


The background features a stylized illustration of a hand holding a stethoscope. The hand is rendered in shades of pink and red with a stippled texture. The stethoscope is grey and teal. The background is light grey with white confetti and scattered teal and yellow rectangular shapes.

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Métodos Mistos na
Pesquisa em
Enfermagem e Saúde

Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

A stylized illustration in shades of gray and white. It depicts a hand holding a stethoscope. The hand is rendered with fine lines and stippling for texture. The stethoscope's chest piece is visible, and the tubing loops around. The background is filled with a pattern of small, irregular white shapes on a light gray background, resembling confetti or a textured surface. There are also several small, dark gray rectangular shapes scattered throughout the composition.

Métodos Mistos na
Pesquisa em
Enfermagem e Saúde

Atena
Editora
Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

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
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
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 Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
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^ª Dr^ª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
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^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

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 Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

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

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof^ª Dr^ª 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

Prof^ª Dr^ª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

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

Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^ª Dr^ª 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^ª Dr^ª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Prof^ª Dr^ª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Prof^ª Dr^ª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª 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
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Prof^ª Dr^ª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^ª Dr^ª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^ª Dr^ª 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. 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. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof^ª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^ª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Prof^ª Dr^ª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^ª Dr^ª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof^ª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Prof^ª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
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

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª 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. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
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
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª 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
Prof^ª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Prof^ª Dr^ª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof^ª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz
Prof^ª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo
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
Prof^ª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Prof^ª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof^ª Dr^ª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa
Prof^ª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Prof^ª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Prof^ª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof^ª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Prof^ª 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

Métodos mistos na pesquisa em enfermagem e saúde

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M593 Métodos mistos na pesquisa em enfermagem e saúde /
Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. –
Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-858-8

DOI 10.22533/at.ed.588210403

1. Enfermagem. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva
(Organizador). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

Temos o prazer de apresentar a coleção “Métodos Mistos na Pesquisa em Enfermagem e Saúde”. Trata-se de uma obra que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas de atuação do fazer Enfermagem e Saúde. Lança-se mão de métodos de pesquisa qualitativos e quantitativos, bem como a combinação dos mesmos para aprofundamento da compreensão dos resultados alcançados. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país.

O primeiro volume traz estudos relacionados à discussão teórica da pesquisa qualitativa e metodologias ativas; a importância do desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente e educação permanente nos mais diversos cenários de cuidado à saúde; a importância da inovação e de estudos de avaliação econômica em saúde para a tomada de decisão; o sentido dado ao próprio trabalho pelos profissionais da saúde e alguns danos que o ambiente de trabalho ou acadêmico pode causar; e por fim, a implementação de práticas integrativas com uso da fitoterapia e de espaços públicos.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas atuais e sensíveis a uma melhor atuação dos gestores e formuladores de políticas públicas. Dentre algumas discussões, tem-se o processo de institucionalização dos idosos, a luta antimanicomial, população quilombola, violência contra a mulher, importância da atenção primária à saúde e a assistência em saúde diante da pandemia de COVID-19.

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

PESQUISA QUALITATIVA EXPLORATÓRIO-DESCRIPTIVA: UMA BREVE DISCUSSÃO TEÓRICA

Karla Cristiane Oliveira Silva

Pâmela Pohlmann

DOI 10.22533/at.ed.5882104031

CAPÍTULO 2..... 9

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DA METODOLOGIA ATIVA NO ENSINO-APRENDIZAGEM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Flávio da Silva Chaves

Isaac Vieira de Araujo

Denise Lima Tinoco

Crisóstomo Lima do Nascimento

Peterson Gonçalves Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.5882104032

CAPÍTULO 3..... 19

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM AMBIENTE HOSPITALAR: IMPORTÂNCIA E PERSPECTIVAS

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Maria dos Milagres Santos da Costa

Anderson da Silva Sousa

Cleanto Furtado Bezerra

Thiego Ramon Soares

Thalêssa Carvalho da Silva

Paulo Romão Ribeiro da Silva

Patrícia Feitoza Santos

Antonio Jamelli Souza Sales

Maíra Josiana Aguiar Maia

Valdenia Rodrigues Teixeira

Iraildes Alves de Moura Gomes

Laurice Alves dos Santos

Taciany Alves Batista Lemos

Annielson de Souza Costa

DOI 10.22533/at.ed.5882104033

CAPÍTULO 4..... 24

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Lânia da Silva Cardoso

Iana Christie dos Santos Nascimento

Juliana de Menezes Dantas

Maria do Socorro Rego de Amorim

Nilton Andrade Magalhães

Eliete Leite Nery
Mara Cléssia de Oliveira Castro
Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto
Francinalda Pinheiro Santos
Cyane Fabiele Silva Pinto
Marília Silva Medeiros Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.5882104034

CAPÍTULO 5..... 32

**DEMARCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS GERADORAS DE ESTOMIAS:
CONHECIMENTOS PARA O ENFERMEIRO GENERALISTA**

Aline de Oliveira Ramalho
Paula de Souza Silva Freitas
Lucas Dalvi Armond Rezende

DOI 10.22533/at.ed.5882104035

CAPÍTULO 6..... 43

**A IMPORTÂNCIA DO ACIONAMENTO POR PEDAL COMO FERRAMENTA PARA A
SEGURANÇA DO CUIDADO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE VERSUS PACIENTE**

Alice Xamines Ribeiro de Mello
Amanda Velasco Mota
Mara Dayanne Ramos Alves de Cerqueira
Luciana Pessanha de Abreu

DOI 10.22533/at.ed.5882104036

CAPÍTULO 7..... 58

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MANIPULAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL:
INFECÇÕES NA CORRENTE SANGUÍNEA DE PACIENTES CRÍTICOS**

Davidson Diart Soares Bezerra
Itamara Vieira Pinto
Gabrielly Laís de Andrade Souza

DOI 10.22533/at.ed.5882104037

CAPÍTULO 8..... 71

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SALA DE VACINA: UMA NECESSIDADE PRIMORDIAL
DO ENFERMEIRO**

Regiane Rodrigues Peixoto Macedo

DOI 10.22533/at.ed.5882104038

CAPÍTULO 9..... 85

**INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES TRAUMATIZADOS: ANÁLISE DE
EVENTOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Eveline Christina Czaika
Maicon Henrique Lentsck
Jade Nayme Blanski Alves
Flavia Dvulathca
João Guilherme Brauna
Leticia Gramazio Soares

DOI 10.22533/at.ed.5882104039

CAPÍTULO 10..... 98

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO - INTERPROFISSIONALIDADE/ SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luanne Marcelle Vaz Figueiredo

Neuci Cunha dos Santos

Marina Nolli Bittencourt

Larissa de Almeida Rezio

Ana Carolina Pinheiro Volp

DOI 10.22533/at.ed.58821040310

CAPÍTULO 11 105

CUIDADOS DO ENFERMEIRO NO PÓS-OPERATÓRIO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Ana Paula do Carmo Nascimento

Claudia Maria Soares Barbosa

Fernanda Carolina Soares de Moraes

Jozineia Fernandes Garcias da Costa

Kened Enderson Gonçalves de Oliveira Silva

Sumara Teixeira Lomeu

Taíssa Ferreira Lima

Tatiane Aparecida Ferreira Silva

Thais Fernandes Sarmento

DOI 10.22533/at.ed.58821040311

CAPÍTULO 12..... 113

O SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Erica Almeida Brito

Joelyta Barbara Araruna

Maria Roberta da Silva

DOI 10.22533/at.ed.58821040312

CAPÍTULO 13..... 125

A INOVAÇÃO COMO IMPORTANTE FERRAMENTA PARA A TOMADA DE DECISÃO ORGANIZACIONAL

Pamela Nery do Lago

Camila Ferreira Corrêa

Denise Karla de Abreu Silva

Flávia Cristina Duarte Silva

Ira Caroline de Carvalho Sipoli

Luciana Moreira Batista

Marlene Simões e Silva

Diego Leite Cutrim

Diélig Teixeira

Gisela Pereira Xavier Albuquerque

Glauber Marcelo Dantas Seixas

Susi dos Santos Barreto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.58821040313

CAPÍTULO 14..... 132

**IMPACTO ECONÔMICO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Paula de Souza Silva Freitas
Amanda de Souza Laranjeiras
Lucas Dalvi Armond Rezende
Adriana Nunes Moraes Partelli
Marta Pereira Coelho
Aline de Oliveira Ramalho

DOI 10.22533/at.ed.58821040314

CAPÍTULO 15..... 143

**OS SENTIDOS DO TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO CTI DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Carolina da Silva Caram
Lilian Cristina Rezende
Maria José Menezes Brito

DOI 10.22533/at.ed.58821040315

CAPÍTULO 16..... 156

**USO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Durval Veloso da Silva
Maria Cristina de Moura Ferreira
Guilherme Silva de Mendonça
Carla Denari Giuliani
Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

DOI 10.22533/at.ed.58821040316

CAPÍTULO 17..... 168

**CHANGES IN NURSING STUDENTS' HEALTH ONE YEAR AFTER STARTING THE
NURSING DEGREE PROGRAM**

Rodrigo Marques da Silva
Ana Lúcia Siqueira Costa
Margaret M. Heitkemper
Cristilene Akiko Kimura
Kerolyn Ramos Garcia
Osmar Pereira dos Santos
Clezio Rodrigues de Carvalho Abreu
Juliana Leite Abreu Silva de Oliveira
Lincoln Agudo Oliveira Benito

DOI 10.22533/at.ed.58821040317

CAPÍTULO 18..... 180

HEALTH PHENOMENA AND RESILIENT PERSONALITY IN UNIVERSITY HEALTH

PROFESSORS

Rodrigo Marques da Silva
Cristilene Akiko Kimura
Fernanda Carneiro Mussi
Gabriela Alves Vieira Soares
Izabel Alves das Chagas Valóta
Ani Cátia Giotto
Ana Paula Neroni Stina Saura
Graziela Queiroz Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.58821040318

CAPÍTULO 19..... 193

O ESPAÇO PÚBLICO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E SOCIALIZAÇÃO: UM MAPEAMENTO DA PRODUÇÃO ACADÊMICA

Aline Rocha Amaral
Fábio Rodrigues da Costa

DOI 10.22533/at.ed.58821040319

CAPÍTULO 20..... 203

O IMPACTO DA GRADUAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Luyze de Sá Campos
Isabella Correa da Silva
Tatiana D'Ávila Manhães Ferreira de Araújo
Gabriela Ferreira Dal Molin
Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur

DOI 10.22533/at.ed.58821040320

CAPÍTULO 21..... 208

O USO DA FITOTERAPIA NO NORDESTE NO ÂMBITO DO SUS: REVISÃO INTEGRATIVA

Analu Natalina dos Santos Moreno
Cleide Luciana dos Santos Batista

DOI 10.22533/at.ed.58821040321

SOBRE O ORGANIZADOR..... 217

ÍNDICE REMISSIVO..... 218

CAPÍTULO 1

PESQUISA QUALITATIVA EXPLORATÓRIO-DESCRIPTIVA: UMA BREVE DISCUSSÃO TEÓRICA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 05/02/2021

Karla Cristiane Oliveira Silva

Hospital Universitário de Santa Maria
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/9991428276903010>

Pâmela Pohlmann

Hospital Universitário de Santa Maria
Santa Maria - RS
<http://lattes.cnpq.br/8657781128829138>

RESUMO: Este trabalho objetivou realizar uma breve discussão teórico-conceitual sobre as pesquisas qualitativas, exploratório-descritivas para servir de auxílio às fundamentações metodológicas em pesquisas na área da saúde. É um levantamento bibliográfico que traz a discussão entre potencialidades e fragilidades dos métodos com vistas a nortear as pesquisas que os utilizam. Suas características, estratégicas e aspectos gerais, articulados com outros métodos de pesquisa, podem possibilitar maior enriquecimento na construção do conhecimento. Após explanar sobre as potencialidades e possíveis equívocos decorrentes da investigação qualitativa, exploratório-descritiva, é premente destacar que o pesquisador deve estar ciente dos riscos que permeiam os métodos empregados por ele, buscando, desenvolver suas pesquisas sob o crivo da rigidez científica, no sentido de não ocasionar dúvidas sobre o seu trabalho. É, portanto, relevante a discussão teórica

acerca dos métodos das pesquisas científicas, sobretudo no que se refere a esta consciência da compreensão antes da aplicação, fato que pode indicar ao investigador que caminhos adequados ele delineará para alcançar seus objetivos.

PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa qualitativa, Pesquisa exploratório-descritiva, Pesquisa em saúde.

QUALITATIVE EXPLORATORY- DESCRIPTIVE RESEARCH: A BRIEF THEORETICAL DISCUSSION

ABSTRACT: This work aimed to accomplish a brief theoretical-conceptual discussion on qualitative, exploratory-descriptive research to serve as an aid to methodological foundations in health research. It is a bibliographic review that brings up the discussion between the strengths and weaknesses of the methods in order to guide the research that uses them. Its characteristics, strategic and general aspects, articulated with other research methods, can enable greater enrichment in the construction of knowledge. After explaining the potentialities and possible mistakes resulting from qualitative, exploratory-descriptive research, it is important to highlight that the researcher must be aware of the risks that permeate the methods employed by him, seeking to develop his research under the sieve of scientific rigidity, in the sense not to cause doubts about your work. Therefore, the theoretical discussion about the methods of scientific research is relevant, especially with regard to this awareness of understanding before application, a fact that can indicate to the researcher what

appropriate paths he will outline to achieve his goals.

KEYWORDS: Qualitative research, Exploratory-descriptive research, Health research.

1 | INTRODUÇÃO

As investigações científicas na área da saúde retratam múltiplas e distintas formas de delineamento metodológico no intuito de criar caminhos próprios para buscar respostas às suas questões norteadoras. Nesse contexto, a sustentação teórico-conceitual acerca das metodologias utilizadas, especialmente nas pesquisas qualitativas exploratório-descritivas, está presente em uma ampla gama de estudos os quais são quesitos basilares para que a produção de conhecimento na área da saúde seja constante, sistêmica, progressiva e inovadora, sobretudo no que diz respeito ao bem estar humano em todas as formas de sua existência.

Assim sendo, na área da saúde, uma pesquisa somente será socialmente necessária se originar respostas a problemas amplos, e, a partir disso, desfrutar de proeminência social. Não obstante, deve-se entender a pesquisa e seu método como determinação e iniciativa ímpar para resolver uma experiência e realizar, deliberadamente, um apanhado específico e necessário acerca das realidades vividas, partindo da utilização de um processo de abstração pertinente ao que se propõem, de fato, as pesquisas.

Por conseguinte, busca-se uma simplificação ou uma redução do todo real uma vez que é impossível, para um único estudo, alcançar a totalidade do conhecimento sobre um dado tema ou problema, justamente porque um único estudo não conseguirá alcançar e/ou transpor a totalidade da verdade deste dado tema ou problema (LEOPARDI, 2002).

O presente trabalho apresentou, como objetivo, realizar um breve levantamento teórico-conceitual sobre o tema pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva com vistas a auxiliar os debates acerca destes métodos tão costumeiramente empregados nas pesquisas na área da saúde no Brasil. No decorrer desta revisão, abordam-se determinadas características estratégicas dos referidos métodos de pesquisa para consolidar o conhecimento sobre os mesmos, além de identificar alguns aspectos gerais os quais, articulados com outros métodos investigativos, podem possibilitar maior enriquecimento na construção de novos conhecimentos na área da saúde.

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata de uma revisão bibliográfica que abordou a temática pesquisas qualitativas, exploratórias e descritivas.

Segundo Baffi (2002) e Oliveira (2002), o levantamento bibliográfico é de extrema relevância, uma vez que a localização e a aquisição de conteúdos e de diferentes formas de contribuição científica existentes subsidiam, a partir de estudos pgressos, o tema proposto para a realização do trabalho de pesquisa em diversos cenários metodológicos.

Uma pesquisa bibliográfica é perfeitamente consonante à pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, pois visa “conhecer [...] as contribuições culturais ou científicas do passado sobre um determinado assunto, tema ou problema” (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 48) para embasar o tema proposto no estudo.

Inicialmente, procedeu-se a elaboração de um projeto de delineamento metodológico de estudo sobre a literatura pré-existente, efetivando-se um levantamento bibliográfico com documentos publicados tanto por meio da forma impressa quanto pela eletrônica (internet), tais como livros, capítulos de livros e periódicos (revistas e jornais), dentre outros.

Optou-se, ao realizar a busca do material bibliográfico, por não seguir nenhum critério de inclusão e exclusão pré-definidos e, por consequência, ocorreu, tão somente, de maneira aleatória e natural na medida em que, na busca pelos temas específicos deste estudo, foram encontrados textos acerca da pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva em livros e artigos divulgados em revistas eletrônicas e impressas.

3 | RESULTADOS

3.1 A pesquisa qualitativa

Ainda hoje, pode-se observar certa resistência de determinadas áreas de estudos para o desenvolvimento de investigações qualitativas, especialmente no que se refere à ciências da saúde, pois, historicamente, se mostraram baseadas, mormente, no Positivismo e nas pesquisas quantitativas. No entanto, foram as investigações de enfermagem, por exemplo, que colaboraram, expressivamente, para o advento dos debates qualitativos na área médica (TURATO, 2008).

Este autor também menciona que, ainda que já tenham ocorrido transformações, há muitos responsáveis por publicações científicas que permanecem considerando “menos válidas” as pesquisas de cunho qualitativo. O que, de fato, não é verídico. Esta concepção produz o impasse entre as “*hard sciences*”, que contam com dados objetivos, mensuráveis, matematizados e explicáveis, versus as “*soft sciences*”, as quais possuem dados subjetivos, compreensíveis e imensuráveis que consideram os estudos das ciências humanas.

O emprego do método qualitativo, ou abordagem qualitativa, ou, ainda, método compreensivo-interpretativo, diferentemente da pesquisa quantitativa, não utiliza dados estatísticos para centralizar a análise de um determinado problema. Ao contrário, apresenta-se de forma a possibilitar a compreensão da relação entre causa e efeito de um fenômeno. Assim, explora circunstâncias de caráter reservado, peculiar, específico, com o objetivo de estudar a produção e o desenvolvimento de fatos detectáveis e observáveis (LEOPARDI, 2002; OLIVEIRA, 2002; TURATO, 2008).

A natureza qualitativa possibilita o aprofundamento “no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e

estatísticas” (MINAYO, 2000, p. 22), um mundo repleto de fenômenos sociais que devem ser apreciados através de uma visão holística (visão de algo em sua totalidade) e de uma visão idiográfica (não repetível), como apontam Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1998). Este método, como afirma Turato (2008), caracteriza-se por ser um processo multimetodológico, baseado em uma abordagem interpretativa e naturalística, através do qual os pesquisadores qualitativistas têm o intuito de investigar as coisas em seu *setting* original e dar sentido ou decodificar fenômenos por intermédio das significações das pessoas, no momento em que o investigador estuda o fenômeno no ambiente natural em que se dá.

A pesquisa qualitativa é utilizada, dentre outros motivos, quando o tema ou fenômeno a ser investigado é escasso na literatura, fato que implica na necessidade real de ser explorado (CORTES, 1998). Para Leopardi (2002), tal tipo de pesquisa é aplicável quando se deseja entender um fenômeno subjetivo, levando-se em consideração as suas apresentações e representações, e não o número de vezes que este fenômeno surge, buscando compreender

um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como a perspectiva do próprio pesquisador. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre (LEOPARDI, 2002, p. 117).

Existem múltiplos sistemas perfeitamente passíveis de serem qualitativamente investigados, tais como: crença, ideologia, costume e “*ethos*”, dentre outros. Estes fenômenos demandam sua investigação através de métodos qualitativos, visto que existe, claramente, a necessidade de se investigar o particular e suas características intrínsecas, ou seja, é o homem em seu *setting* natural envolvido nas situações cotidianas e todas as suas variáveis (TURATO, 2008).

Em se tratando dos prós e contras dos métodos qualitativos, estes possuem múltiplos elementos: “limites conceituais (como entendemos), propósitos (para que servem), paradigmas filosóficos que lhes dão embasamentos diferentes, recursos metodológicos próprios (métodos, técnicas e procedimentos) e outros” (TURATO, 2008, p. 166). Assim sendo, com uma multiplicidade de fatores determinantes, os métodos, metodologias e técnicas podem exibir várias facetas, contando com prós, no sentido de serem pontos facilitadores do processo investigativo, e contras, ao possuírem algumas limitações à sua efetivação.

Leopardi (2002) afirma que os métodos qualitativos contemplam e possibilitam grande interação entre o pesquisador e cada membro do grupo social pesquisado, firmando, idealmente, uma relação de aceitação e confiança por parte deste grupo. Então é esta, inegavelmente, a grande vantagem do método: a interação pesquisador-pesquisado.

Outro benefício da pesquisa qualitativa é possibilitar o delineamento da complexidade de um determinado problema, analisar o intercâmbio entre dados, entender e classificar

as dinamicidades vivenciadas pelos grupos sociais, prover subsídios nos processos de transformação, concepção ou desenvolvimento de opiniões relativas a um determinado grupo social e proporcionar a interpretação das peculiaridades comportamentais ou atitudes das pessoas investigadas (OLIVEIRA, 2002).

A natureza das pesquisas qualitativas, segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998), Leopardi (2002) e Turato (2008), exige que os pesquisadores incluam um apropriado rigor durante o desenvolvimento das atividades, para que os resultados maximizem a confiabilidade por todo o processo do estudo, com vistas a atingir credibilidade, transferibilidade, validação interna e externa, consistência, sustentação dos resultados pelos participantes da pesquisa, confirmabilidade, questionamento por pares e permanência prolongada em campo.

Em concordância com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998), ao se propor compreender uma realidade específica, a pesquisa qualitativa contribui, imensamente, para o incremento do conhecimento, seja qual for a sua questão de estudo, visto que o fator essencial é o pesquisador estar habituado à temática investigada, para que possa recomendar pontos ou questões expressivas e que não foram investigadas até então.

Por sua vez, Leopardi (2002, p. 198) considera que existem algumas “distorções comuns da evidência do problema na pesquisa qualitativa, que resultam de considerações parciais sobre o contexto e que geram resultados não confiáveis”. A autora explica que é preciso delimitar o problema de forma coerente, além de se ratificar que este é significativo para o estudo da realidade. Assim sendo, elementos que confundem o todo lógico da pesquisa podem provocar a perda consecutiva do rigor almejado.

Há algumas possíveis imprecisões nas pesquisas qualitativas, que se referem ao problema de pesquisa, cuja formulação poderia torná-lo muito abrangente e impossibilitar a sua resolução, ou não ser relevante ou original; à revisão de literatura, a qual, se pouco extensa, retiraria trabalhos importantes à investigação, mas, se muito ampla, poderia empobrecê-lo por uso demasiado de citações em série; à coleta de dados, pelas dificuldades dos sujeitos pesquisados ou do próprio pesquisador e também do emprego inadequado de técnicas e instrumentos; à metodologia, que pode conter diversos problemas estruturais; e, por fim, ao relatório, que, se prolixo ou impreciso na linguagem, ou divergente dos objetivos, teoria e análise dos resultados, acarretaria na desestruturação do conteúdo (LEOPARDI, 2002).

Portanto, transtornos podem ocorrer. E, após explanar sobre os possíveis equívocos decorrentes de uma investigação qualitativa, realizada de maneira inadequada, é premente destacar que o pesquisador deve estar ciente dos riscos que permeiam esse método, buscando, ininterruptamente, desenvolver suas pesquisas sob o crivo da rigidez científica, no sentido de não ocasionar questionamentos sobre seus trabalhos.

3.2 A pesquisa exploratório-descritiva

A pesquisa exploratório-descritiva aprecia as distintas circunstâncias e relações que incidem sobre os múltiplos processos de vida do ser humano, os quais envolvem fatores sociopolíticos e econômicos de uma população, além de aspectos relacionados ao comportamento humano, saúde e doença, tanto do indivíduo quanto de grupos sociais ou comunidades mais complexas. A pesquisa de caráter descritivo

observa, registra e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. [...] Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano tanto no indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas. [...] Os dados, por ocorrerem em seu habitat natural, precisam ser coletados e registrados ordenadamente para seu estudo [...] (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 49).

Por sua vez, a pesquisa descritiva pode assumir formas distintas, entre as quais se destaca o estudo exploratório, que pode ser designado como o primeiro passo no processo investigativo, levando-se em conta o conhecimento e o subsídio que origina a formulação de hipóteses para pesquisas posteriores. Assim sendo, “os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas [...], restringindo-se a definir os objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo” (CERVO e BERVIAN, 1996, p. 48).

Estes autores, assim como Leopardi (2002), assinalam que este tipo de estudo tem o intuito de apreender algo ainda não conhecido para torná-lo familiar ou alcançar uma nova apreensão da realidade, além buscar novas informações, revelar novas ideias, realizando, dessa forma, acepções sucintas das circunstâncias investigadas e dos elementos que a compõem. Fato que vem ao encontro da Teoria das Representações Sociais.

Para Santos (1999) apud Leopardi (2002), a pesquisa descritiva trata do levantamento de dados de determinadas características ou elementos do fato, fenômeno ou problema, sendo, habitualmente, efetivada como levantamentos ou observações sistemáticas. Portanto, o estudo descritivo pretende expor, com precisão, os fatos ou fenômenos de uma realidade e exige do pesquisador várias informações sobre o que almeja estudar, uma concisa demarcação de técnicas, métodos, modelos e teorias que nortearão a coleta e a interpretação dos dados.

Os estudos descritivos abarcam aspectos gerais sobre um contexto social, permitindo um grau de análise que possibilite coligar formas distintas de fenômenos, além de sua ordenação e classificação. Do mesmo modo, possibilitam explicar as semelhanças entre causa e efeito dos fenômenos, ou seja, “analisar o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento dos fenômenos [...] permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno” (OLIVEIRA, 2002, p. 114).

Em relação à pesquisa de caráter exploratório, o mesmo autor afirma que esta busca enfatizar as investigações de práticas ou diretrizes existentes em determinado local que, porventura, poderiam ser modificadas ou substituídas, de acordo com as alternativas geradas pelo resultado da pesquisa. Ademais, existem inúmeras significações e representações que somente poderão ser manifestadas se derivarem de uma exploração apropriada das reais extensões do problema que a pesquisa objetiva averiguar.

As pesquisas exploratórias proporcionam ao investigador um acréscimo de sua experiência em relação a uma determinada temática ou problema, além de permitirem “explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (LEOPARDI, 2002, p. 121).

Igualmente, esta autora afirma que, para a realização de uma pesquisa exploratória, faz-se necessária uma adequada revisão de literatura, além da efetivação de entrevistas, observações e utilização de questionários, dentre outras metodologias e técnicas, com vistas a elaborar um trabalho rigorosamente científico, além de auxiliar na melhoria das práticas do campo investigado, por meio da formulação de sugestões advindas da pesquisa.

Os estudos exploratórios abarcam múltiplas configurações, tais como flexibilidade e engenhosidade; estudos a partir de dados secundários, com o fim de aproveitar trabalhos já realizados; possibilidade de investigar pessoas que têm correlação com o objeto de pesquisa; e, por fim, estudo de fatos e possíveis interligações que de outra forma poderiam não se tornar conhecidos (OLIVEIRA, 2002).

Um dos pontos positivos da pesquisa exploratório-descritiva refere-se ao seu emprego quando existem poucos conhecimentos sobre a temática investigada, proporcionando um estudo mais vasto, no intuito de alcançar respostas ao(s) problema(s) de pesquisa. Pode-se, com isso, explorar, descrever e analisar diversos aspectos, características e relações de determinada comunidade, grupo ou realidade, como afirmam Cervo e Bervian (1996).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo final discutir, esclarecer e informar sobre o método de pesquisa qualitativa e seu ramo exploratório-descritivo, assim deixando clara a importância da busca teórico-conceitual para a evolução do processo metodológico científico. Ao mesmo tempo, espera-se que o ato de pesquisar não seja entendido como uma atividade meramente técnica e objetiva, mas como uma atividade que envolve, também, as subjetividades do pesquisador e daqueles que estão sendo estudados.

É, portanto, de extrema relevância a discussão teórica acerca dos métodos científicos das pesquisas científicas, sobretudo no que se refere à consciência de suas potencialidades e limitações, fato que pode indicar ao investigador que caminhos adequados ele delineará para alcançar seus objetivos.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

BAFFI, M. A. T. **Modalidades de pesquisa:** um estudo introdutório. Petrópolis, 2002. Disponível em: http://usuarios.upf.br/~clovia/pesq_bl/textos/texto02.pdf. Acesso em: 08 jun. 2008.

CERVO, A.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CORTES, S. M. V. Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados. In: NEVES, C. E. B.; CORRÊA, M. B. (Orgs.) **Pesquisa Social Empírica:** métodos e técnicas. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1998. p. 11-47. (Coleção Cadernos de Sociologia. v. 9).

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** 2 ed. rev. e atual. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MINAYO, M. C. S. O conceito de Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em Representações Sociais.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-111.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica:** projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 2002.

SANTOS, M. F. S. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, M. de F. de S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs.) **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais.** Recife: Editora Universitária da UFPE, 2005. p. 15-38.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa:** Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

CAPÍTULO 2

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DA METODOLOGIA ATIVA NO ENSINO-APRENDIZAGEM DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/03/2021

Flávio da Silva Chaves

Universidade Estadual do Norte Fluminense,
RJ
<http://lattes.cnpq.br/1803410094792785>

Isaac Vieira de Araujo

Faculdade Batista do Estado do Rio de Janeiro,
RJ
<http://lattes.cnpq.br/1638054154042182>

Denise Lima Tinoco

Faculdade Salesiana Maria Auxiliadora, RJ
<http://lattes.cnpq.br/5831410243357330>

Crisóstomo Lima do Nascimento

Universidade Estadual do Norte Fluminense,
RJ
<http://lattes.cnpq.br/3298272647948258>

Peterson Gonçalves Teixeira

Universidade Estadual do Norte Fluminense,
RJ
<http://lattes.cnpq.br/7367184022467742>

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo apresentar os pressupostos teóricos e práticos da Metodologia Ativa no Ensino-Aprendizagem (MAEA) dos Profissionais de Saúde, rompendo com o Modelo Biomédico e apontando a nova tendência curricular das escolas médicas. Foi utilizada a Metodologia Revisão de Literatura a partir de artigos e levantamentos bibliográficos na Scientific Electronic Library Online (SciELO), sob o

eixo: Metodologia Ativa no ensino-aprendizagem de profissionais de saúde. Constatou-se, que a Metodologia Ativa, proposta como novo método de ensino-aprendizagem, traz, em seu escopo teórico e prático, uma visão biopsicossocial de saúde, contribuindo para a autonomia do discente na construção do conhecimento e inovando as intervenções terapêuticas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE: Metodologia Ativa, Ensino-Aprendizagem, Profissionais de Saúde.

ABSTRACT: This paper aims to present the theoretical and practical assumptions of the Active Methodology in Teaching-Learning (MAEA) of Health Professionals, breaking with the Biomedical Model and pointing out the new curricular trend of medical schools. The Literature Review Methodology was used from articles and bibliographical surveys in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), under the axis: Active Methodology in the teaching-learning of health professionals. It was found that the Active Methodology, proposed as a new teaching-learning method, brings, in its theoretical and practical scope, a biopsychosocial view of health, contributing to the student's autonomy in the construction of knowledge and innovating therapeutic interventions in the context of the Unified Health System (SUS).

KEYWORDS: Active Methodology, Teaching-Learning, Health Professionals.

1 | INTRODUÇÃO

Propõe-se, neste trabalho, refletir sobre os pressupostos teóricos e práticos da Metodologia Ativa no Ensino-Aprendizagem dos Profissionais de Saúde, tornando-os agentes dinâmicos nas abordagens terapêuticas nos contextos em que estão inseridos.

Pensar a questão, justifica-se pelo fato da etiologia das doenças não estar correlacionada apenas ao biológico, mas também a fatores sanitários, econômicos e sociais, seguindo o Modelo Biopsicossocial (SPINK, 2003). Sendo assim, o ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde deve contemplar novos conceitos de saúde e novas abordagens terapêuticas, onde o discente, enquanto autônomo do próprio conhecimento, considera a subjetividade do indivíduo e as realidades sociais, num processo contínuo de aprendizagem (XAVIER et al, 2014; VASCONCELOS, 2015), contribuindo assim, para o desenvolvimento sustentável (ORGANIZAÇÃO, 2014).

Deste modo, as seguintes indagações foram suscitadas para a elucidação do tema: o que é Metodologia Ativa no Processo Ensino-Aprendizagem dos Profissionais de Saúde? Quais os pressupostos teóricos e práticos da Metodologia Ativa e a sua relevância no contexto do SUS? Ainda: quais os conceitos de saúde e doença na perspectiva acadêmica da Metodologia?

Nesta direção, em primeiro lugar serão delineados os conceitos e aspectos históricos da Metodologia Ativa no processo ensino-aprendizagem. Apresentaremos, em seguida, os seus postulados teóricos e práticos, bem como os seus desdobramentos no âmbito do SUS. Por último, conceituar saúde e doença na perspectiva acadêmica desta Metodologia.

2 | METODOLOGIA

Foi utilizada a Metodologia Revisão de Literatura a partir de artigos e levantamentos bibliográficos na Scientific Electronic Library Online (Scielo), sob o eixo: Metodologia Ativa no Ensino-Aprendizagem de Profissionais de Saúde. Por esse ângulo foram inseridos outros temas como: Metodologia Ativa e SUS; saúde, doença e metodologia ativa, educação médica e outros termos correlatos. Reuniram-se as informações, concatenando as ideias, articulando os conceitos e demonstrando a importância e relevância do tema na Educação Médica, na perspectiva do Modelo Biopsicossocial, onde o discente é autônomo na construção do seu conhecimento, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento sustentável na saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na perspectiva da Psicologia Social, o processo de adoecimento bem como as ações na promoção da cura e bem-estar perpassam por um ponto de vista específico, deslocando-se do arcabouço de verdade científica para a realidade social. Assim, o conceito de saúde/doença não está circunscrito somente ao campo biológico, mas também

na dialética indivíduo-sociedade, sendo o sujeito um ser ativo na construção de seu *habitat*. Logo, as questões sociais, econômicas e políticas estão intrincadas neste processo, não sendo a doença uma questão individual, mas coletiva, numa perspectiva construcionista e historicista da saúde. Tal visão,

Consiste, essencialmente, em uma tentativa de desmontar o arcabouço epistemológico de retórica da verdade pautada pela razão científica, enfatizando, em marcada oposição a esta postura, a natureza 'construída' da realidade social. Ou seja, muito embora a objetividade possível do 'mundo das coisas' não seja posta em dúvida (realismo ontológico), as nossas explicações e descrições deste mundo são tidas como construções socialmente determinadas. Desta forma, o discurso e a própria prática científica podem e devem ser eles próprios objetos de uma realidade social. (SPINK, 2003, p. 40).

Sendo assim, as vertentes que abordam a Psicologia da Saúde dividem-se em: vertente intraindividual, psicossocial e construcionista, cada qual com a sua respectiva abordagem do processo saúde/doença, desembocando, em última análise, enquanto pressuposto para a Metodologia Ativa do Ensino Aprendizagem (MAEA). A abordagem intraindividual está "voltada à explicação do aparecimento da doença como organismo individual" (SPINK, 2003, p. 44) com destaque para as aproximações psicanalíticas e as teorias da personalidade que, grosso modo, defendem a ideia de que certas doenças, como o câncer e os problemas cardíacos estão associadas as emoções.

Em oposição a vertente interindividual, estão os aspectos psicossociais enquanto cadeia multicausal responsável pelo surgimento de doenças advindas dos eventos da vida e do estresse (WOLFF 1953, apud SPINK, 2003). A principal crítica que recai sob estas vertentes é o caráter individual da enfermidade, fazendo emergir outras possibilidades na conceituação de doença. É a saúde/doença na perspectiva construcionista.

Já a terceira vertente difere das demais em vários sentidos. Antes de mais nada, partindo da analogia das esferas, poderíamos afirmar que esta vertente - privilegiando a perspectiva do paciente e não do médico ou do sistema de saúde - pertence sobretudo à esfera da conscienciização. Há, ainda, uma segunda inversão importante. As duas primeiras vertentes privilegiam a explicação da doença a partir da explicitação da rede de causalidade: o que está em pauta é entender (e prevenir) o surgimento da doença. A terceira vertente, ao contrário, não tem por objetivo formular leis causais; a doença é vista como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, é sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade. (SPINK, 2003, p. 46, 47).

Nesta perspectiva, inferem-se ainda, três correntes conceituais: saúde e doença na interface entre os fatores sociais e psicobiológicos associadas as "representações" vigentes; as interfaces entre representações e comportamentos; e as interfaces entre o saber popular e o saber oficial. Na primeira:

A doença, portanto, surgia do conflito entre o social (mediado pelo estilo de vida) e a resistência individual (a reserva de saúde própria de cada indivíduo). Paralelamente, a saúde representava a integração na sociedade, através de atividade (especialmente a atividade produtiva) enquanto a doença representava a exclusão da sociedade pela inatividade. (SPINK, 2003, p. 47).

Na segunda corrente, ocorre a relação entre “a representação da doença e a automedicação ou, ainda, entre representações e a escolha de terapêuticas oficiais e/ou alternativas”. Neste sentido, “a definição da origem da doença - se doença do corpo ou da alma - orienta a escolha da terapêutica adequada” (SPINK, 2003, p. 48). E, por último, a corrente da interface entre o saber popular e o saber oficial. Estudos como os de Holtanski (1969 apud SPINK, 2003, p. 49) abordam “tanto a difusão dos conhecimentos oficiais e sua penetração no saber do senso comum, quanto as implicações deste saber popular para o ‘colóquio singular’ entre médicos e pacientes das classes menos privilegiadas”.

Nesta direção, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por ocasião da 37ª assembleia da instituição, em maio de 1984, redimensiona o conceito de saúde como inteiro bem-estar físico, mental, espiritual e social, deslocando, de igual forma, de um conceito de saúde unilateral, incluindo em seus anais, com uma visão holística da saúde. O eminente pesquisador Rodrigo Toniol, ao acessar aos arquivos A37/33, 15 de maio de 1984 da OMS faz a seguinte constatação:

[...] tendo considerado o relatório da direção geral [da OMS] sobre a dimensão espiritual para o “Programa saúde para todos no ano 2000” e também acompanhando as indicações do Comitê executivo sobre a resolução EB73.R3, a assembleia: [...] Reconhece que a dimensão espiritual tem um papel importante na motivação das pessoas em todos os aspectos de sua vida. Afirma que essa dimensão não somente estimula atitudes saudáveis, mas também deve ser considerada como um fator que define o que seja saúde. Convida todos seus Estados-membros a incluírem essa dimensão em suas políticas nacionais de saúde, definindo-a conforme os padrões culturais e sociais locais (grifos originais). (TONIOL, 2017^a, p. 1).

Neste sentido, “a Organização Mundial da Saúde desenvolveu um instrumento para avaliação de qualidade de vida através de um projeto colaborativo multicêntrico” (FLECK et al, 1999, p. 19). Sob o eixo subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor) define-se qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP 1994 apud FLECK et al 1999, p. 20). Logo, a estrutura do instrumento que avalia a QV está sob os seguintes domínios: “domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais” (FLECK et al, 1999, p. 20), denotando a multidimensionalidade do processo saúde e doença.

Depreende-se, desta realidade, o afastamento de um modelo de ensino biologizante das Escolas Médicas para novos paradigmas curriculares, onde o formado egresso/profissional tenha condições de atuar precocemente no sistema de saúde, pautado em princípios éticos, humanistas e numa visão holística do ser humano (VASCONCELOS & RUIZ, 2015). Segundo os autores,

O ensino médico vem sendo objeto de estudos, pesquisas e formulações novas, influenciado por aspectos políticos, didático-pedagógicos, culturais e comunitários relacionados às mudanças nos sistemas e serviços de saúde. A educação médica tem sofrido profundas críticas quanto à necessidade de diversificar os cenários de ensino-aprendizagem para que se construam novos currículos e sujeitos, possibilitando-lhes a inserção num processo pedagógico reflexivo e dinâmico. (p. 630).

Interpõem-se, nesta temática, a urgência e necessidade da interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade no diagnóstico e prognóstico da doença. Considerando que as experiências do campo de saúde são complexas, Spink (2010) argumenta que “as práticas profissionais devem ser fundamentadas tanto no saber técnico quanto na formação ampliada” (SPINK, 2010, p. 1). E acrescenta:

A complexidade aqui referida não trata meramente de pontos de vista diferentes: das pessoas saudáveis, pacientes, médicos, profissionais de saúde, gestores e, é claro, da ciência. Trata-se da concomitância de múltiplas versões, de realidades fractais que são performadas de diferentes formas pelos muitos actantes sociais e materiais que estão presentes nessa rede heterogênea. (2010, p. 1).

No intuito de incentivar a transdisciplinaridade e levando em consideração os novos contextos em saúde, conclama-se para que as escolas médicas mudem o seu padrão de ensino de modelo tradicional, traçado por princípios do positivismo científico e tendo o professor como detentor do conhecimento, para uma nova abordagem, cuja metodologia tem como parâmetro a formação de um profissional dialético, dialogando com as realidades sociais.

A formação dos profissionais de saúde ao longo de décadas se restringe a mero expectador e um sujeito ativo que reconhece a mutação da realidade sem criticá-la. Nas universidades, alguns professores têm instigado discussões de mudanças nos currículos, pois temos forte influência de Flexner com a valorização do ensino hospitalar na saúde com uma assistência curativa, conduzindo um ensino fora das realidades reais dos serviços e das necessidades de saúde. (XAVIER et al, 2014, p. 77).

No contraponto do modelo tradicional surge a proposta de autonomia do estudante cujo objetivo é a preparação de profissionais de saúde com uma visão multidimensional da saúde, voltados para as epidemiologias dos contextos sociais:

Para que ocorram mudanças de práticas do fazer dos trabalhadores que vão atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições de ensino devem rever o processo de ensino aprendizagem e estimular a autonomia do estudante por incentivar a transdisciplinaridade com a construção de redes sociais diferentes do modelo de ensino outrora praticado, com práticas alienantes, tecnicistas. Levando os futuros profissionais da saúde a compreender o indivíduo enfermo de forma subjetiva e favorecendo a uma reflexão de novas respostas efetivas para promover a saúde com iniciativas inovadoras, compreendendo o sujeito na dimensão coletiva dos problemas a fim de gerar soluções eficientes e multidimensionais na graduação. (XAVIER, et al, 2014, p. 77).

Desta feita, a MAEA tem como pressuposto teórico a autonomia do discente, enfatizado na pedagogia de Paulo Freire (XAVIER et al, 2014), estimulando a construção do próprio conhecimento, numa visão biopsicossocial do paciente, articulando teoria e prática:

Diante dessa nova pedagogia, nasce a metodologia ativa, tendo como princípio teórico a autonomia do discente que Paulo Freire enfatiza. Um sujeito que procura construir a sua própria história levando em consideração sua cultura, seus saberes acumulados e torna-se corresponsável pelo seu processo de aprender, o que leva o professor a exercer um papel apenas de mediador e coadjuvante, estimulando um aluno crítico e reflexivo. (XAVIER et al, 2014, p. 77).

Os alunos de enfermagem, que são formados nesta visão, atendem aos princípios do SUS, cuja tendência é trazer para o atendimento das redes públicas de saúde um profissional comprometido, crítico e reflexivo, além de promover, no educando, a construção de um conhecimento emancipatório, considerando-o um agente ativo no desenvolvimento do aprender a aprender e aprender a fazer, conceitos da pedagogia dinâmica. Sendo assim:

O discente se sente cada vez mais autônomo e capaz de desenvolver raciocínio clínico, com uma visão biopsicossocial do paciente e confiante na tomada de decisão em diversas situações no serviço de saúde. A formação dos estudantes de enfermagem pela MAEA estão em consonância com os princípios do SUS, tornando o futuro profissional comprometido, crítico e reflexivo. (MELO & SAN'ANA, G., 2012, p. 327).

Logo,

O grande desafio da Metodologia Ativa é aperfeiçoar a autonomia individual e uma educação capaz de desenvolver uma visão do todo – transdisciplinar, que possibilite a compreensão de aspectos cognitivos, afetivos, socioeconômicos, políticos e culturais, constituindo uma prática pedagógica socialmente contextualizada. (MELO & SAN'ANA, G., 2012, p. 329).

De igual modo, num contexto de reflexão de novos paradigmas no ensino-aprendizagem da educação em saúde, tendo como pressuposto a MAEA, Oliveira, Marques e Schreck (2017),

crítica o ensino tradicional centrado na figura dominante do professor enquanto detentor do saber e valoriza o cotidiano como uma ferramenta de ensino. Para

o autor, os conhecimentos necessários ao desenvolvimento intelectual do educando estão associados ao cotidiano e ao meio social ao qual pertence. (FONSECA 2005 apud OLIVEIRA, MARQUE & SCHRECK 2017, p. 675).

Em termos práticos, o formando da MAEA atua de forma interdisciplinar e nos mais diversos âmbitos da saúde, constado na dinâmica e no contexto do envelhecimento (SOUZA, SILVA & SILVA, 2018). Os autores usam a Metodologia Ativa de ensino na disciplina Psicologia do Desenvolvimento e suas repercussões no processo de aprendizagem dos discentes de enfermagem da Universidade do Oeste Paulista - Presidente Prudente - SP. Tomando como eixo as Diretrizes Curriculares de 2014 e o Sistema Único de Saúde, problematizam as potencialidades e limitações da pessoa idosa na própria residência. Logo, “abordar as necessidades biopsicossociais e a integralidade referente à saúde dos idosos na visita domiciliar simulada”, apresentou-se como “um instrumento diferenciado no desenvolvimento de habilidades e competência do futuro enfermeiro” (SOUZA, SILVA & SILVA, 2018, p. 975).

Sob os Quatro Pilares da Educação (aprender a aprender; aprender a ser; o aprender a fazer e o aprender a conviver), conceitos imprescindíveis para Educação do Século XXI, a tendência das escolas de Medicina e Enfermagem é adotarem, em seus currículos, um ensino que compreenda a conexão entre teoria e prática:

Atualmente, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014 para os cursos de graduação dão ênfase às práticas pedagógicas que estimulam ações transformadoras, éticas e reflexivas, favorecendo a autonomia dos estudantes de maneira que se sintam instigados a refletir e participar ativamente do processo de ensino em um cenário acadêmico de práticas inovadoras com vistas a um modelo de formação contemporânea estimulado pelo aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer e o aprender a conviver. (SOUZA, SILVA & SILVA, 2018, p. 977).

Nesta ótica, tal como ocorreu no Canadá e na Holanda, na década de 1960, será possível o desenvolvimento de ações preventivas, na promoção da saúde, atuando nas ações primárias, porta de entrada para o SUS. Neste sentido, o atendimento do SUS estende-se para o campo social, onde o profissional de saúde adquire competência para comandar, processar e encaminhar resoluções de problemas de saúde, a partir, claro, do contexto em que o indivíduo está inserido e propondo intervenções para a comunidade. No cenário brasileiro,

[...] as metodologias ativas estão fundamentadas nos princípios teóricos de Paulo Freire e na tendência pedagógica progressista crítico-social dos conteúdos, que objetiva a formação de um profissional autônomo, capaz de solucionar problemas a partir de conhecimentos prévios da realidade onde vive. Trata-se de uma metodologia fundamentada na autonomia, de práticas educativas, possibilitando aos estudantes a construção de um conhecimento crítico e reflexivo, com responsabilidades articuladas em situações do mundo real. ((SOUZA, SILVA & SILVA, 2018, p. 977).

Fica em evidência que na MAEA o professor não é o protagonista do ensino-aprendizagem, mas sim, o tutor. Aquele que conduz o processo. Nesta perspectiva, a sala de aula torna-se um laboratório, onde as reflexões giram em torno de problemas clínicos, aliados à técnica acadêmica. Assim, é permitido, o *feedback* e o *debriefing*. No primeiro momento, a partir de uma simulação da realidade, o aluno é capaz de integrar as complexidades teóricas e práticas da saúde. Em seguida, guiado pelo professor, o aluno é capaz de avaliar e refletir sobre a própria conduta (*debriefing*) absolvida na simulação. É a reflexão dos seus sentimentos e da própria postura frente à realidade vivida, auxiliando o estudante à futuras intervenções no campo da saúde. “O objetivo é promover a reflexão, pensar sobre como poderiam fazer diferente e auxiliar os estudantes na transferência de competências do ambiente simulado para futuras situações em sua profissão” (SOUZA, SILVA & SILVA, 2018, 977).

Desse modo, o papel do enfermeiro vai além das intervenções clínicas de cunho biológico. A sua ação e prática ganham relevância educacional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo é tornar o usuário autônomo na resolução de sua enfermidade, quando a mesma tem relação com o seu modo de estar no mundo, pressuposto teórico da Daseinsanalyse. Nesta abordagem, a doença associa-se ao horizonte histórico existencial, quando o *Dasein* (o ser-ai lançado em sua facticidade), perdido em sua *cotidianidade* e na *falação*, estabelece uma relação *inautêntica* com o seu modo originário de existir, perpetuando, desta feita, o adoecimento

Obstruindo da maneira descrita, a falação constitui o modo de ser da compreensão desenraizada da presença. Ela não se apresenta como estado simplesmente dado de algo simplesmente dado, mas, existencialmente sem raízes, ela mesma é no modo de um contínuo desenraizamento. Do ponto de vista ontológico, isso significa: como ser-no-mundo, a presença que se mantém na falação cortou suas remissões ontológicas primordiais, originárias e legítimas com o mundo, com a copresença e com o próprio ser-em. (HEIDEGGER, 2015, 233, 234).

Logo, a atuação educacional em saúde respeita a cultura, a subjetividade e as experiências vividas pelo usuário da Unidade Básica de Saúde (UBS), ajudando-o a formular uma visão crítica do problema e melhorar a própria qualidade de vida. Neste sentido, a qualidade de vida está relacionada a fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, que precisam ser levados em consideração no exercício profissional do enfermeiro. Neste sentido:

A atenção básica é considerada um palco privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas, pois em todos os momentos existe contato entre usuário e profissional da enfermagem. Assim o presente estudo objetivou descrever teoricamente os aspectos gerais da educação em saúde; evidenciando os obstáculos e facilidades encontrados pelos enfermeiros para que seja desenvolvida tal ação; avaliar a opinião dos usuários frente às ações de educação em saúde; identificar a relevância dessa prática educativa para

o profissional enfermeiro e identificar quais são as práticas que ele desenvolve em sua UBS. (GONÇALVES, 2010, p. 8).

Assim, conforme preconiza a Lei de nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990, a assistência em saúde não está circunscrita a uma consulta médica e ou a aplicação de medicamentos, mas a ações que possibilitem a promoção, proteção e recuperação da saúde, numa perspectiva integrada de ações assistenciais e atividades preventivas. Neste sentido, foi implementado pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que visa a mudança nas estratégias de cuidado da saúde, tendo como eixo a aprendizagem-trabalho, uma referência à relação entre saúde e contexto das organizações. Sendo assim, “a atuação do enfermeiro, no que diz respeito à educação em saúde promove aos usuários a sensação ou felicidade, por estarem aprendendo em relação à sua patologia, de modo a prevenir doenças e se tornarem multiplicadores de saberes saudáveis (GONÇALVES, 2010, p. 13).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se mediante a bibliografia utilizada, que a MAEA é uma nova tendência curricular das Escolas Médicas e de Enfermagem, visando à autonomia do discente na construção do conhecimento, cuja postura do professor deve ser como mediador e não protagonista, conforme o modelo tradicional de educação.

Neste contexto, evidenciou-se que teoria e prática em saúde estão vinculadas a processos biopsicossociais e não apenas aos aspectos tecnicistas e biologizantes. Logo, a sala de aula torna-se um laboratório de aprendizagem, onde o aluno tem a oportunidade de vivenciar teoria e prática clínica e fazer a própria avaliação frente às diferentes demandas em saúde.

Percebe-se que o SUS contempla novas estratégias de intervenções clínicas em saúde, onde a MAEA contribui de forma significativa para o eixo educacional, proporcionando uma metodologia crítica e reflexiva do papel do enfermeiro junto as UBS. O conceito de saúde, nesta visão, estende-se para os aspectos sociais, políticos e econômicos.

Logo, é fundamental que o profissional em saúde atente para a importância de se desenvolver uma postura de diálogo com o usuário do SUS, atuando de forma interdisciplinar, tornando este um agente ativo no processo de cura e promoção da saúde.

Assim sendo, o presente estudo busca explicitar condições compreensivas que fundamente o desenvolvimento de novas estratégias, contribuindo para um perfil profissional humanizado, respeitando a subjetividade e potencialidade do indivíduo e auxiliando na qualidade de vida da sociedade.

REFERÊNCIAS

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)**. Rev Bras Psiquiatr, 21 (1), 1999.

GONÇALVES, Giane Gargaro; SOARES, Marcelo. **A atuação do enfermeiro em educação em saúde: uma perspectiva para a atenção**. Monografia apresentada ao Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium – UNISALESIANO, Lins-SP, para graduação em Enfermagem, 2010.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução revisada e apresentação de Márcia Sá Cavalcante; posfácio de Emanuel Carneiro Leão. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2015.

MELO, BC, SAN'ANA, G. **A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem**. Com. Ciências Saúde. 2012; 23(4):327-339.

OLIVEIRA, CM. MARQUE, VF. SCHRECK, R. S. C. **Aplicação de metodologia ativa no processo de ensino-aprendizagem: relato de experiência**. Rev. Eletrônica Pesquiseduca, ISSN: 2177-1626, v. 09, n. 19, p. 674-684, set.-dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2014.

SOUZA, EFD; SILVA, AG; SILVA, AILF. **Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018; 71(suppl 2):920-4. [Thematic Issue: Health of the Elderly] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0150>

SPINK. Mary Jane P. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis, RJ. Vozes, 2003.

TONIOL, Rodrigo. **Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade**. Anuário Antropológico, II | 2017a: 2016/II, artigos. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/aa/2330>> Acesso em: 24 jul 2019.

VASCONCELOS, Rafaela Noronha de Carvalho. RUIZ, Erasmo Miessa. **Formação de médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família – revisão Integrativa**. Revista Brasileira de Educação Médica, 631 39 (4): 630 – 638, 2015.

XAVIER, L. N. et al. **Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa**. S A N A R E, Sobral, V.13, n.1, p.76-83, jan. / jun. – 2014.

CAPÍTULO 3

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM AMBIENTE HOSPITALAR: IMPORTÂNCIA E PERSPECTIVAS

Data de aceite: 01/03/2021

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Especialista em Saúde Pública pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Especialista em Docência do Ensino Superior pelo o Instituto de Ensino Superior Múltiplo IESM, Pós- graduanda em estética avançada pelo o instituto de ensino superior múltiplo IESM, Teresina Piauí

Maria dos Milagres Santos da Costa

Graduação em enfermagem pela Associação de Ensino Superior do Piauí-AESPI, Especialista e urgência e emergência pela faculdade diferencial Facid/ Wyden, Pós graduanda em saúde da Família e docência do ensino superior pela faculdade-FAEME

Anderson da Silva Sousa

UNINOVAFAPI, Especialista em Terapia Intensiva

Cleanto Furtado Bezerra

Centro de Ensino Unificado de Teresina – Ceut, Enfermagem em Urgência e emergência

Thiego Ramon Soares

Uninovapi, Cardiologia em enfermagem

Thalêssa Carvalho da Silva

Graduação em enfermagem pela Cristo Faculdade do Piauí; Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva /Urgência e Emergência pela Faculdade Aldemar Rosavo-FAR/ Unieducacional

Paulo Romão Ribeiro da Silva

Enfermeiro, Mestre em Gestão em Saúde (Uece), Cardiologia em enfermagem

Patrícia Feitoza Santos

Mestre em Saúde da Família- UFC, Especialista em Saúde da Família- UVA Especialista em Economia da Saúde- UFG, Especialista em Auditoria, controle avaliação e regulação-ESP, Especialista em Linha de Cuidado em Enfermagem em Doenças Crônicas não transmissíveis- UFSC

Antonio Jamelli Souza Sales

Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência (Docere)

Maira Josiana Aguiar Maia

Graduação em enfermagem

Valdenia Rodrigues Teixeira

Graduacao pelo INTA, Terapia Intensiva pela FAMETRO Nefrologia pela UECE

Iraildes Alves de Moura Gomes

Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo e graduação em ENFERMAGEM pela Universidade Estadual do Piauí

Laurice Alves dos Santos

Enfermeira, Especialista em Docência do Ensino Superior e, Enfermagem do Trabalho FAR, Mestranda em Biotecnologia e Atenção Básica de Saúde- UNIFACID

Taciany Alves Batista Lemos

Enfermeira, Mestrado Profissional em Mestrado em Terapia Intensiva, Mestranda em Biotecnologia Aplicada a Saúde FACID-WYDEN, Pós Graduada em MBA em Auditoria de Serviços de Saúde UNIPÓS

Annielson de Souza Costa

Mestre em Ciências pela a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo–FMUSP.

RESUMO: INTRODUÇÃO: Atualmente é notável o grande avanço na saúde sejam em equipamentos, medicações, procedimentos e outros, contudo essa evolução é diretamente proporcional aos surgimentos de possíveis danos a saúde. A Enfermagem está diretamente ligada a ações de segurança. **OBJETIVO:** Destacar a importância da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No decorrer dos estágios extracurriculares foi observada a cultura com a segurança do paciente. Em relação à identificação do paciente no hospital todos os pacientes são devidamente identificados utilizando as pulseiras de identificação que tem informações do paciente. A cerca da sinalização de alergias medicamentosas é utilizada uma pulseira para a equipe ficar ciente que o paciente apresenta alguma alergia. Sobre a cirurgia segura toda a equipe de enfermagem é treinada e sabe da importância do CHECK LIST antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico. **CONCLUSÃO:** As ações de segurança fortalecem o vínculo do paciente/profissional e da equipe, garantem uma maior qualidade do serviço. A Enfermagem ainda enfrenta muitos obstáculos contudo a educação continuada e permanente é a solução para inúmeros problemas assistências e falhas de segurança ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Risco, Segurança do paciente, Enfermagem.

CULTURE OF PATIENT SAFETY IN HOSPITAL ENVIRONMENT: IMPORTANCE AND PERSPECTIVES

ABSTRACT: INTRODUCTION: Currently, the great advances in health are notable, whether in equipment, medications, procedures and others, however this evolution is directly proportional to the emergence of possible damage to health. Nursing is directly linked to safety actions. **OBJECTIVE:** To highlight the importance of the patient safety culture in the hospital environment. **METHODOLOGY:** This is an experience report, of a qualitative nature. **RESULTS AND DISCUSSION:** During the extracurricular stages, culture was observed with patient safety. Regarding patient identification at the hospital, all patients are properly identified using the wristbands that have patient information. Around the signaling of drug allergies, a bracelet is used for the team to be aware that the patient has any allergies. Regarding safe surgery, the entire nursing team is trained and knows the importance of the CHECK LIST before referring the patient to the operating room. **CONCLUSION:** Safety actions strengthen the bond between the patient / professional and the team, guaranteeing a higher quality of service. Nursing still faces many obstacles, however, continuous and permanent education is the solution to numerous care problems and patient safety failures.

KEYWORDS: Risk, Patient safety, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente é notável o grande avanço na saúde sejam em equipamentos, medicações, procedimentos e outros, contudo essa evolução é diretamente proporcional aos surgimentos de possíveis danos a saúde reversíveis e os irreversíveis podendo chegar a óbito do paciente, essas falhas na segurança do paciente são eventos que devem ser evitados uma vez que todo erro e ou perigo pode ser reduzido (RADUENZ, et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) no mundo varias pessoas já foram vítimas de erros no decorrer de atendimentos hospitalares, as práticas inseguras em saúde levam milhares de pessoas a passar por lesões debilitantes, essa triste estimativa trouxe uma serie de preocupações e vários programas voltados a prevenção e promoção da saúde, dentre elas o programa de segurança do paciente (PEDREIRA, 2009).

A Enfermagem está diretamente ligada a ações que precisem envolver a segurança do paciente uma vez que presta assistência de forma integral, contudo a classe enfrenta muitos desafios como: envolver toda a equipe com ações de segurança, implantação do núcleo de segurança do paciente atuante, devolver o cuidado seguro com toda a equipe multidisciplinar, comunicação efetiva com a equipe e outros (SILVA, 2010; FASSINI, P. HAHN, G.V,2012).

O objetivo desse trabalho foi destacar a importância da cultura de segurança do paciente no âmbito hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa, vivenciado num estágio extracurricular em um hospital de Teresina, os estágios eram realizados diariamente totalizando 20 h semanais.

3 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

No decorrer do estágio extracurricular foi observada a cultura com a segurança do paciente, o hospital conta com um núcleo de segurança atuante, onde existem vários protocolos de segurança que são devidamente fiscalizados, os protocolos estão de acordo com o que o Ministério da Saúde (MS) vem publicando a acerca das medidas de segurança com a saúde de forma geral.

Em relação a identificação do paciente no hospital todos os pacientes são devidamente identificados utilizando as pulseiras de identificação que tem informações do paciente: nome completo, data de nascimento, sexo e idade. É de suma importância que todos estejam utilizado esses dados para evitar erros de assistência á saúde, o leito do paciente também é identificado com os mesmos dados, tendo ainda a data de internação, pois vai ajudar a sinalizar toda a equipe sobre a localização(leito) que o paciente se encontra porém sempre é feito a checagem da pulseira de identificação.

A cerca da sinalização de alergias medicamentosas é utilizada uma pulseira de cor vermelha para a equipe ficar ciente que o paciente apresenta alguma alergia, nessa pulseira tem o nome da medicação que foi relatada pelo o paciente, essa ação salva vidas uma vez que algumas alergias além de desencadear reações em casos mais grave podem levar a óbito sendo que mesmo que a equipe já saiba qual alergia é apresentada no momento da administração de medicação caso o paciente tenha essa sinalização o profissional questiona o paciente de qual medicação o mesmo tem alergia, essa é uma das metas de segurança do paciente.

Sobre a cirurgia segura toda a equipe de enfermagem é treinada e sabe da importância do CHECK LIST antes de encaminhar o paciente para o centro cirúrgico, e quando o paciente dá entrada para realização de procedimento cirúrgico passa por um novo CHECK LIST, e o uso do TIME OUT durante os tempos cirúrgicos. Fica clara a importância de práticas seguras para o paciente e como mudam a vida profissional e assistência prestada.

Torna-se importante ressaltar os avanços obtidos pela enfermagem, no que diz respeito à atuação pautada na identificação e avaliação de riscos, prevenção de eventos adversos e adoção de melhores práticas assistências e gerenciais, numa perspectiva de alcançar as metas de segurança do paciente, propostas pela OMS.

Entretanto, o tema “paciente seguro” ainda necessita de investigações, principalmente no que se refere à eficácia das estratégias adotadas, a fim de auxiliar enfermeiros e equipe a desenvolverem intervenções adequadas ao gerenciamento dos erros e fortalecimento da cultura de segurança nos diversos níveis e setores dos cuidados em saúde.

4 | CONCLUSÃO

Ao observar quais são as práticas seguras que salvam a vida do paciente são coisas simples que fazem parte do cuidado integral a saúde, essas ações fortalecem o vínculo do paciente/profissional e da equipe, garantem uma maior qualidade do serviço, e para o hospital é a certeza que esta no caminho certo para a eficiência e eficácia dos atendimentos.

A Enfermagem ainda enfrenta muitos obstáculos por conta de várias atividades a serem desenvolvidas, causando falta de tempo que às vezes é o grande vilão que impede que as práticas seguras sejam realizadas rotineiramente, contudo a educação continuada e permanente é a solução para inúmeros problemas assistências e falhas de segurança ao paciente.

REFERENCIAS

Cestari VRF, Ferreira MA, Garces TS, Moreira TMM, Pessoa VLMP, Barbosa IV. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2017;22(3):e45480.

Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):144-54.

FASSINI, P; HAHN, G.V. RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Rev Enferm UFSM* 2012 Mai/Ago;2(2):290-299. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4966/3753>

Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014

Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 529, de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente – ANVISA [Internet]. Brasília; 2013

PEDREIRA, M.L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. *Acta Paul Enferm* 2009;22(Especial - 70 Anos):880-1. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307023850007.pdf>

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(3):422. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11885/7815>

Simam AG, Cunha SGS, Brito MJM. Ações de enfermagem para segurança do paciente em hospitais: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017;11(2 Supl):1016-24

RADUENZ, A. C. et al . Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original* 18(6):[10 telas] nov-dez 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02

Rodrigues CCFM, Santos VEP, Sousa P. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1083-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0194>

World Health Organization (WHO). The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety: Version 1.1: final technical report. Genebra: World Health Organization; 2009

CAPÍTULO 4

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 24/01/2021

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Lânia da Silva Cardoso

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/4301563793669327>

Iana Christie dos Santos Nascimento

Centro Universitário Santo Agostinho –
UNIFSA, Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3993932380136852>

Juliana de Menezes Dantas

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí – HU/UFPI, Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0002-6085-4361>

Maria do Socorro Rego de Amorim

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2143390691230113>

Nilton Andrade Magalhães

Universidade Federal do Piauí – UFPI,
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/8156450356552984>

Eliete Leite Nery

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí–HU/UFPI, Teresina - PI
<https://orcid.org/0000-0003-3740-8715>

Mara Cléssia de Oliveira Castro

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1808-7963>

Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-8212-4765>

Francinalda Pinheiro Santos

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM,
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5196050041298486>

Cyane Fabiele Silva Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-
PI
<http://lattes.cnpq.br/9530661566258015>

Marília Silva Medeiros Fernandes

Centro Universitário Santo Agostinho, Teresina-
PI
<http://lattes.cnpq.br/1275840041264226>

RESUMO: **Objetivo:** Refletir acerca da importância da cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo reflexivo realizado no mês de janeiro de 2021 nas bases de dados: *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scidentific Eletronic Library Online* (SCIELO) e *National Library of Medicine* (MEDLINE). Foram utilizados os descritores: segurança do paciente, qualidade da assistência à saúde e assistência hospitalar. **Resultados:** Evidenciou-se com o estudo que a segurança do paciente é um assunto que está em ascensão, demonstrando a importância de se abordar mais

sobre o tema, levando-se em conta a sua relevância. Assim, considerando as principais reflexões levantadas, é possível inferir que há a necessidade de tornar a segurança do paciente nas instituições hospitalares, um processo cultural, a fim de favorecer uma maior consciência de cada profissional da equipe multiprofissional que atua nas unidades de saúde. **Conclusão:** Acredita-se que este estudo poderá subsidiar possíveis discussões entre gestores e profissionais da saúde com o objetivo de apontar as necessidades e limitações para a implementação da cultura de segurança no âmbito das instituições de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do paciente, Qualidade da assistência à saúde, Assistência hospitalar.

CULTURE OF PATIENT SAFETY IN THE HOSPITAL CONTEXT: A THEORETICAL REFLECTION

ABSTRACT: Objective: To reflect on the importance of the patient safety culture in the hospital context. **Methodology:** This is a reflective study carried out in January 2021 in the databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scidentific Electronic Library Online (SCIELO) and National Library of Medicine (MEDLINE). The descriptors were used: patient safety, quality of health care and hospital care. **Results:** It was evident from the study that patient safety is a subject that is on the rise, demonstrating the importance of addressing more about the topic, taking into account its relevance. Thus, considering the main reflections raised, it is possible to infer that there is a need to make patient safety in hospital institutions, a cultural process, in order to favor greater awareness of each professional of the multiprofessional team that works in health units. **Conclusion:** It is believed that this study may support possible discussions between managers and health professionals in order to point out the needs and limitations for the implementation of the safety culture within the scope of health institutions.

KEYWORDS: Patient safety, Quality of health care, Hospital assistance.

1 | INTRODUÇÃO

A cultura de segurança é compreendida como um dos padrões da cultura organizacional, cujo objetivo é definir ações coerentes, condutas adequadas, práticas e normas como cruciais para um ambiente seguro (VINCENT, 2009).

Segundo Brasil (2013), a cultura de segurança é estabelecida de acordo com a ação individual e o comportamento coletivo dos integrantes de uma organização que tem compromisso e responsabilidade de propor um serviço de qualidade, seguro e efetivo, mesmo com a posição hierárquica.

Nesse contexto, a atenção voltada à segurança do paciente torna-se foco de pesquisadores em dimensões mundiais sendo fundamental para qualidade do serviço em saúde. Diante disso a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (World Alliance for Patient Safety) ao assumir globalmente a relevância dos fatos ocorridos (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Para Davies, Hebert e Hoffman (2003), a segurança do paciente, está voltada a prevenir ameaças de erros e diminuir falhas não-intencionais nas organizações de saúde, assim como a implementação de boas práticas de acordo com a cultura e condições estruturais com ênfase no processo de trabalho e resultados satisfatórios com a minimização de danos. Logo, para Brasil (2013), a segurança do paciente estar relacionada à redução dos eventos adversos a um mínimo aceitável associado ao cuidado de saúde.

É importante destacar que a maior parte dos eventos adversos são geralmente associados ao erro humano, mas que devem ser tratados como um alerta às condições de trabalho, aspectos estruturais e a complexidade das atividades desenvolvidas. Dessa forma, presume-se que o fortalecimento de ações direcionadas a cultura de segurança entre os sujeitos envolvidos evidencia o progresso institucional de estratégias para melhoria da qualidade e redução de incidentes. (BEZERRA et al., 2009).

É importante salientar que o desafio para o enfrentamento da redução dos riscos e dos danos na assistência à saúde dependerá não somente da mudança de cultura dos profissionais como também do envolvimento do paciente no cuidado a saúde além de componentes organizacionais em concordância com a política interna do país (BRASIL, 2013). Assim, considerando a relevância da temática, objetivou-se com este estudo, refletir acerca da importância da cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo reflexivo realizado por meio da abordagem da temática que envolve a cultura de segurança do paciente em âmbito hospitalar. A seleção dos estudos para o embasamento da reflexão foi realizada no mês de janeiro de 2021 nas bases de dados *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e *National Library of Medicine* (MEDLINE). Foram utilizados os descritores: segurança do paciente, qualidade da assistência à saúde e assistência hospitalar.

Em relação aos critérios de inclusão, considerou-se: artigos publicados nos últimos 10 anos, disponíveis na íntegra e no idioma português. Foram excluídos da pesquisa, aqueles que não correspondiam ao foco do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um tema discutido em âmbito global é a cultura de segurança do paciente, no entanto a melhoria da qualidade do cuidado e da segurança prestada não é tarefa fácil, o que exige o comprometimento de todas as partes envolvidas em uma organização de saúde, além de resultados a longo prazo. No que diz respeito a saúde, é um princípio fundamental e indispensável para a qualidade do cuidado, no entanto para ser dispensado de maneira

correta é essencial alcançar hábitos nos quais os profissionais e serviços compartilhem ações que permitem a oportunidade de aprender com as possíveis falhas no processo de cuidado do paciente (WEGNER et al., 2016).

No que compete a estrutura dos serviços, a Cultura de Segurança do Paciente (CSP) é indispensável, pois atua como o alicerce necessário para a implantação de práticas seguras e minimização de situações desnecessárias (ANDRADE et al, 2018). Em vista disso, estabelecer a cultura de segurança é imprescindível para avaliar as estruturas organizacionais que levam a possíveis danos ao paciente nos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Cabe ressaltar que o engajamento entre a segurança do paciente e a qualidade na assistência é fator importante para o cumprimento de protocolos e padrões estabelecidos, os quais organizam as ações de práticas bem como estabelece uma educação continuada entres os envolvidos (CALDANA et al., 2015).

Por conseguinte, para desenvolver a implementação de ações concretas voltadas à melhoria da segurança do paciente, foram instituídos o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em abril de 2013. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), nº 36 de 2013, a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) dentre outras ações que visem a melhoria da assistência (BRASIL, 2013).

A efetividade das ações preconizadas pelo PNSP dependem do comprometimento dos atores envolvidos na qual os trabalhadores, profissionais e gestão, assumem a responsabilidade pela sua própria segurança e dos outros envolvidos como os colegas e familiares, priorizam a segurança pela vida sendo apoiados a identificar e notificar falhas e encorajados a resolver conflitos e promovem o crescimento individual e organizacional a partir da responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (BRASIL, 2013).

A partir dessa postura, as instituições hospitalares têm investido em ações que oferecem uma assistência que diminuem ao máximo os danos, minimizando os prejuízos financeiros e garantindo satisfação do serviço. Portanto, quando a segurança é trabalhada diariamente na instituição, é possível a mudança de postura do profissional, além do compromisso ético que minimizem os riscos tanto para o profissional como para o paciente (CLARO et al., 2011; OLIVEIRA et al. 2014).

Assim sendo, Reis, Martins e Laguardia (2013), salientam que é preciso a confiança entre o grupo, no qual os colaboradores não tenham medo de conversar sobre os erros cometidos, a fim de identificar as fragilidades, aprender com as falhas e discutir formas de melhorias. Além do mais, os autores ressaltam que o ambiente hospitalar deve ser um ambiente seguro e deve-se priorizar a comunicação baseada na confiança entre os profissionais.

Para Tobias et al. (2014), a cultura se sobrepõe devido as características das organizações hospitalares, o que afeta a qualidade da assistência e tomadas de decisão

práticas pelos gestores que precisam compreender o contexto ao qual oferecem serviços de saúde seguros para seus pacientes. Assim, é necessário a implementação de ações que visem a segurança do paciente com intuito de garantir uma assistência segura para os pacientes e os profissionais de saúde com a melhoria contínua das práticas assistenciais e gerenciais nas organizações hospitalares (FRANÇOLIN et al., 2015).

Desse modo, é importante valorizar o cuidado com o paciente principalmente em ambientes hospitalares devido à dinâmica dos trabalhos e elevada complexidade, pois estes podem estar vulneráveis a algum erro no qual a chance de ocorrer nesse meio é bem elevada por estar ligada a complexas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos (WACHTER, 2013).

Destaca-se que a percepção diária de situações de risco colabora para o adequado gerenciamento do cuidado com enfoque na prevenção do erro e o estabelecimento da cultura de segurança na instituição. Os eventos adversos devem ser compreendidos em sua totalidade, considerando o que existe além de sua ocorrência, ou seja, sobrecargas de trabalho, a falta de conhecimento dos profissionais, falta de comunicação, precária infraestrutura institucional, dentre outros (BRANDÃO; BRITO; BARROS, 2018).

Evidencia-se que muitos erros ocorridos no domínio da assistência à saúde decorrem de falhas nos processos decisórios ocasionadas por comunicação ineficaz, informações incompletas e ainda a inexperiência na tomada de decisão em situações complexas (PARRO; ÉVORA, 2011).

Cabe ressaltar que Reis, Martins e Laguardia (2013), afirmam em seus estudos que a ocorrência de eventos adversos pode provocar uma elevação de custos sociais e econômicos acarretando prejuízos, além de causar danos irreversíveis e irreparáveis aos pacientes, familiares e a coletividade.

Neste sentido, foi constatado que grande parte dos erros cometidos são evitáveis, contudo os processos não funcionam de modo eficaz, logo, para garantir uma assistência segura é necessário reforçar o sistema para prevenir e minimizar falhas humanas (SILVA, 2016).

Assim, acredita-se que é preciso construir uma cultura que envolva profissionais e os serviços compartilhando os saberes entre si, valorizando as práticas, atitudes e comportamentos com foco na redução de danos e promoção do cuidado seguro (BUTLER; HUPP, 2016).

Foulcaut (2012), ao associar seus preceitos, que são contrários à cultura voltada para a punição como resolução dos problemas da sociedade, à cultura de segurança do paciente, busca-se inserir uma consciência coletiva de prevenção de eventos adversos, utilizando-se a abordagem de encorajamento para a identificação do erro e incentivo à notificação espontânea e anônima dos eventos não punitiva.

Com isso a aprendizagem por meio dos erros encoraja a oportunidades para compartilhar lições aprendidas e considera o processo de educação contínuo e evolutivo

(SAMMER et al., 2010). Contudo, a eficácia dessas ações se torna evidente quando os líderes demonstram vontade de aprender e criam uma consciência entre os profissionais para o relato dos incidentes, abrindo espaços de oportunidade que permitam a identificação de condições inseguras para a segurança do paciente (MELLO; BARBOSA, 2013).

Portanto, cabe aos gestores de saúde, à sociedade, ao governo e aos consumidores, bem como aos profissionais envolvidos direta ou indiretamente na prestação de cuidados, a criação do arcabouço de segurança do paciente, de forma a garantir uma assistência livre de danos (SILVA, 2016)

4 | CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo a reflexão acerca do conhecimento sobre a cultura de segurança do paciente no contexto hospitalar, destacando a importância dessa temática e identificando os ajustes fundamentais para tornar a segurança do paciente o ponto central do cuidado.

Evidenciou-se com o estudo, que a segurança do paciente é um assunto que está em ascensão, demonstrando a importância de se abordar mais sobre o tema, levando-se em conta a sua relevância.

Em vista disso, considerando as principais reflexões levantadas, é possível inferir que há a necessidade de tornar a segurança do paciente nas instituições hospitalares, um processo cultural, a fim de favorecer uma maior consciência de cada profissional da equipe multiprofissional que atua nas unidades de saúde, sem esquecer da participação efetiva do paciente no cuidado de saúde.

Assim sendo, acredita-se que este estudo será capaz de contribuir para possíveis discussões entre gestores, profissionais da saúde e pacientes com o objetivo de apontar as necessidades e limitações para a implementação da cultura de segurança no âmbito das instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. E. L. et al. **Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 161-172, 2018.

BEZERRA, A. L. Q. Et al. **Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela.** *Rev Enferm UERJ*. v. 17, n. 4, p. 467-472, 2009.

BUTLER, G. A.; HUPP, D. S. **Pediatric quality and safety: a nursing perspective.** *Pediatr Clin North America*. v. 63, n. 2, p. 329-339, 2016.

BRANDÃO, M. G. S. A.; BRITO, O. D.; BARROS, L. M. **Gestão de riscos e segurança do paciente: mapeamento dos riscos de eventos adversos na emergência de um hospital de ensino.** *Rev. Adm. Saúde*. v. 18, n. 70, 2018

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática**. Brasília: Anvisa, 2013.

BRASIL. **Portaria N° 529, de 1° de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2014.

CALDANA G. e al. **Brazilian network for nursing and patient safety: challenges and perspectives**. Texto Contexto Enferm. v. 24, n. 3, 9. 906-911, 2015.

CLARO, C. M. et al. **Adverse events at the intensive care unit: nurses' perception about the culture of no-punishment**. Rev Esc Enferm USP. V. 45, n. 1, p. 167-172, 2011.

DAVIES, J. M.; HEBERT, P.; HOFFMAN, C. **Canadian patient safety institute: royal college of physicians and surgeons of canada**. The Canadian patient safety dictionary. Ottawa, Canada, 2003.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão**. 40. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FRANÇOLIN, L. et al. **Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros**. Rev Esc Enferm USP. v. 49, n. 2, 2015.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. **Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem**. Texto Contexto Enferm. v. 22, n. 4, p. 1124-1133, 2013.

OLIVEIRA, R. M. **Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices**. Esc Anna Nery. v. 8, n. 1, p. 122-129, 2014.

PARRO, M. C.; ÉVORA, Y. D. M. **Desenvolvimento de software para a organização da informação de um serviço de saúde ocupacional hospitalar**. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.13, n.3, p. 386-394, 2011.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura**. Ciênc. saúde coletiva. v. 18, n. 7, 2013.

SAMMER, C. E. et al. **What is patient safety culture? A review of the literature**. J Nurs Scholarsh. v. 42, n. 2, p. 156-165, 2010.

SILVA, A. C. A. B. **Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar**. 111 f. 2016. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

TOBIAS, Q. G. C. et al. **Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico**. Enferm glob. v. 13, n. 33, 2014.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

WACHTER, R. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. 2ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WEGNER, W. et al. **Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional**. Esc Anna Nery. v. 20, n. 3, 2016.

DEMARCAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA EM CIRURGIAS GERADORAS DE ESTOMIAS: CONHECIMENTOS PARA O ENFERMEIRO GENERALISTA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 04/12/2020

Aline de Oliveira Ramalho

Departamento de Enfermagem – Universidade de São Paulo (USP)
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/6257370959689143>

Paula de Souza Silva Freitas

Departamento de Enfermagem – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Vitória – ES
<http://lattes.cnpq.br/6676352092840927>

Lucas Dalvi Armond Rezende

Departamento de Enfermagem – Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Vitória – ES
<http://lattes.cnpq.br/0427430340357046>

RESUMO: INTRODUÇÃO: A demarcação de estomas consiste em delimitar a área ideal na parede abdominal para exteriorização da estomia, embora seja um procedimento considerado de simples execução necessita de um preparo prévio do enfermeiro, para que de fato auxilie na prevenção de complicações pós-operatórias e favoreça a qualidade de vida e reabilitação do paciente estomizado. Com base nisso, realizou-se a seguinte pergunta: Quais os pontos chaves para habilitação do enfermeiro generalista na demarcação pré-operatória em cirurgias geradoras de estomias? OBJETIVO: Elencar os construtos existentes na literatura nacional

e internacional acerca dos pontos chaves para habilitação de enfermeiros generalistas para realização de demarcação pré-operatória em cirurgias geradoras de estomias e seu impacto na qualidade de vida e prevenção de complicações. MÉTODO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, entre os anos de 2008 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis nas bases de dados MedLine/Pubmed, Scopus, LILACS, Scielo e BDEF. RESULTADOS: Foram inseridos no estudo 13 artigos, que culminou em três categorias temáticas, sendo elas: Demarcação: Passo-a-Passo, Complicações e Qualidade de Vida. CONCLUSÃO: A importância da demarcação pré-operatória como ferramenta para prevenção de complicações e reabilitação do estomizado em seu meio social, auxilia na determinação de conceitos importantes para realização do procedimento.

PALAVRAS-CHAVE: Demarcação, Estomas cirúrgicos, Enfermagem

PREOPERATIVE DEMARCATION IN SURGERY THAT GENERATES OSTOMIES: KNOWLEDGE FOR THE GENERALIST NURSE

ABSTRACT: INTRODUCTION: The stoma site marking consists of selecting a proper area in the abdominal cavity for ostomy exteriorization. Even though it is considered an easy procedure, it needs a previous preparation of the nurse so that really, in fact, prevents postoperative complications and improve the health quality and rehabilitation of the ostomized patient. Based on this, a question was asked: which are the key points for enabling generalist nurses to do preoperative demarcation

in surgeries that generates tumors? GOALS: List national and international scientific literature about the key points for enabling generalist nurses to do preoperative demarcation in surgeries that generates tumors and its impact on patient health quality and to prevent complications. METHODS: An integrative Portuguese, English and Spanish literature review between the years 2008 and 2018 available in MedLine/Pubmed, Scopus, LILACS, Scielo and BDNF databases. RESULTS: 13 scientific articles were chosen and divided in 3 categories: Demarcation: step-by-step, complications and health quality. CONCLUSION: Preoperative demarcation in surgery as a valuable tool in preventing postoperative complications and ostomized patient rehabilitation in his social environment helping to determinate key concepts for procedure realization.

KEYWORDS: Demarcation, Surgical stomas, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O termo estoma tem origem na palavra grega “stoma” e significa “a abertura de uma nova “boca” através de um procedimento cirúrgico, visando à exteriorização de qualquer víscera oca existente no corpo”. Sua finalidade é suprir a função do órgão afetado, podendo ser construído em diversas posições anatômicas, onde a nomenclatura utilizada será definida de acordo com o segmento exteriorizado, sendo os mais prevalentes os urinários e os intestinais (FERNANDES, MIGUIR, DONOSO 2010).

Segundo o *International Ostomy Guideline Recommendations* todos os pacientes submetidos a cirurgias nas quais existam a possibilidade de confecção de estoma devem antes ter a área demarcada por um profissional capacitado, sendo que os indivíduos submetidos a demarcação costumam apresentar menos complicações relacionadas ao estoma (SALVADALENA 2015 (B)).

Além das complicações relacionadas ao estoma, sabe-se que a pele periestomal também pode sofrer alguma injúria. As dermatites são as complicações mais comumente encontradas nos pacientes com estoma intestinal ou urinário, e podem ser classificadas em alérgicas, irritativa, dermatite por trauma mecânico, por infecção e por ação da radiação (CAMPOS, SOUZA, VASCONCELOS 2016).

Os princípios para a confecção de um estoma estão muito bem determinados, e a maioria das complicações relacionadas à sua confecção podem ser evitadas, desde que levado em consideração os princípios básicos de fisiologia e anatomopatologia (CRUZ et al., 2008).

Tais aspectos envolvem a assistência realizada por enfermeiros capacitados para tal atividade, sendo geralmente executado por um estomaterapeuta. Toda via, sabe-se que enfermeiros generalistas também são capazes de realizar a demarcação, desta forma a questão norteadora para esta pesquisa foi: Quais os pontos chaves para habilitação do enfermeiro generalista na demarcação pré-operatória em cirurgias geradoras de estomias?

Com isso, buscou-se reconhecer o que tem sido descrito na literatura quanto aos conhecimentos necessários para a realização de demarcação de estomas, uma vez que,

embora seja um procedimento considerado simples, tem relação direta com a qualidade de vida e reabilitação do paciente, pois uma demarcação realizada sem o preparo adequado poderá contribuir com dificuldade no autocuidado e na reintegração social, fato que influenciará negativamente a qualidade de vida.

2 | OBJETIVOS

Elencar os construtos existentes na literatura nacional e internacional acerca dos pontos chaves para habilitação de enfermeiros generalistas para realização de demarcação pré-operatória em cirurgias geradoras de estomias e seu impacto na qualidade de vida e prevenção de complicações.

3 | MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura, com intuito de investigar, problematizar e discutir quanto as referências bibliográficas encontradas sobre demarcação de estomas bem como os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao profissional para bem fazê-lo (GIL 2010; BOTELHO, CUNHA, MACEDO 2011; MARCONI, LAKATOS 2011).

A questão norteadora desta revisão foi: Quais os pontos chaves para habilitação do enfermeiro generalista na demarcação pré-operatória em cirurgias geradoras de estomias?. Para inclusão no estudo foram estabelecidos os seguintes critérios: O estudo deveria estar em português, inglês ou espanhol; A publicação ter sido realizada entre 2008 e 2018; ser relacionado com a definição do problema.

A busca de referencial teórico foi realizada entre os meses de Julho de 2017 a Fevereiro de 2018 em todas as bases de dados presente na BVS (Biblioteca Virtual /em Saúde), onde as que apresentaram artigos nesta busca foram: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual de Enfermagem (BDENF), para aumentar a gama de periódicos inclusos na pesquisa foram pesquisadas também as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), US National Library of Medicine (PubMed) e SciVerse Scopus - Elsevier.

A busca nas bases de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores: demarcação, estomas cirúrgicos, ileostomia, colostomia e urostomias, nos idiomas português e inglês. Os descritores foram pesquisados separadamente e em diferentes combinações, adaptados para a base de dados em questão. Os resultados serão apresentados de forma descritiva e com o auxílio de tabelas. Em seguida, serão apresentadas e discutidas as categorias que emergiram a partir da análise, as quais possibilitaram estabelecer uma relação entre o que foi abordado pelos autores dos manuscritos e o objeto deste estudo.

4 | RESULTADOS

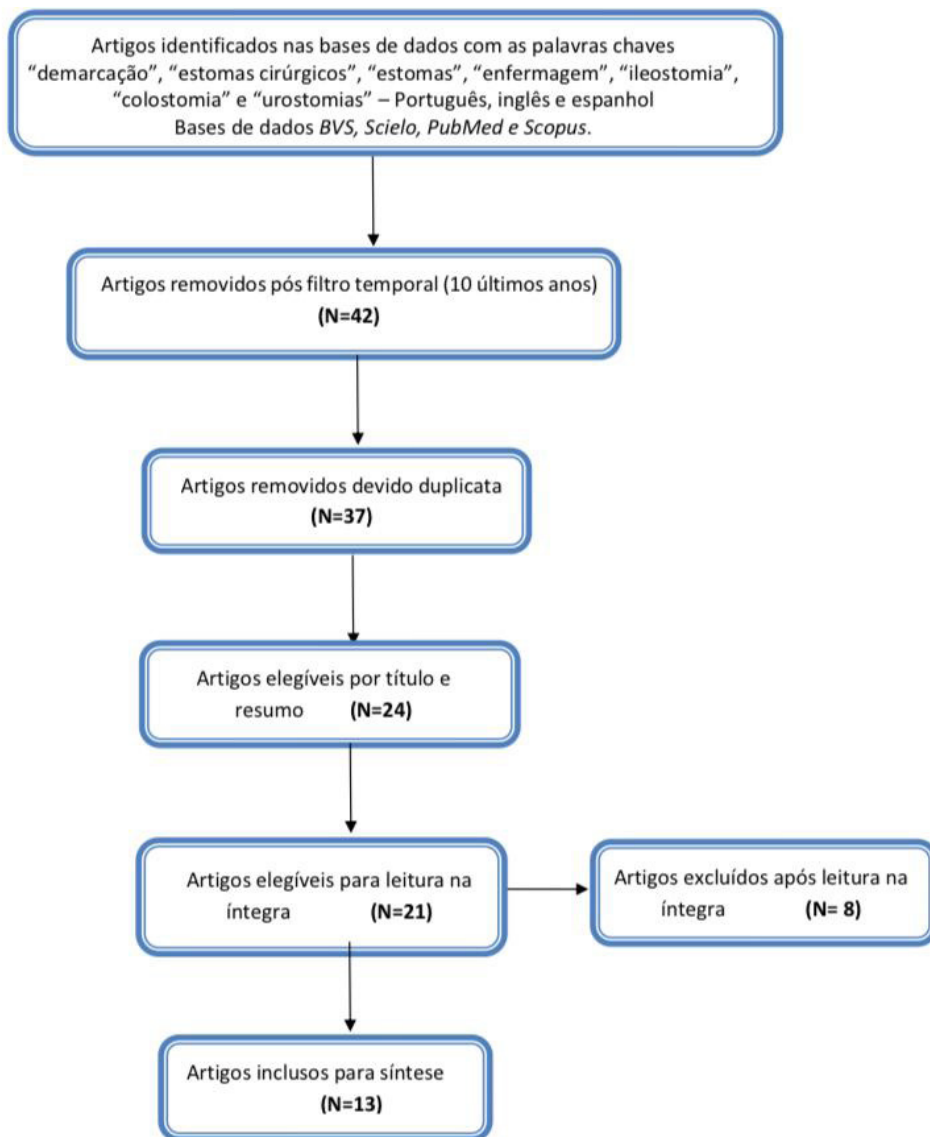


FIGURA 1 - Fluxograma das etapas metodológicas cumpridas para seleção de artigos:

Fonte: Autoria própria (2018)

Com base no percurso metodológico adotado foram selecionadas 13 publicações que responderam à pergunta de pesquisa e aos critérios de inclusão, a seguir apresentar-se-á um panorama geral dos artigos analisados.

Dos 13 artigos (100%) incluídos nesta revisão, 8 (61,5%) foram categorizados em Demarcação: Passo-a-Passo, 3 (23,1%) em Complicações e 2 (15,4%) em Qualidade de Vida.

Na categoria **Demarcação Passo-a-Passo** foram incluídos todos os trabalhos que abordaram o processo de demarcação em si, conhecimentos acerca do profissional que realizará o procedimento, condutas a serem tomadas na consulta de enfermagem pré-operatória, conceitos e recomendações de sociedades internacionais para escolha do local para confecção do estoma, etc.

Os estudos categorizados como **Complicações** tiveram enfoque na demarcação pré-operatória para prevenção de complicações relacionadas à cirurgias geradoras de estomias.

Na categoria **Qualidade de Vida** encontram-se os estudos que abordaram o impacto da demarcação pré-operatória na qualidade de vida do paciente demarcado, algumas vezes comparando aos que não tiveram acesso ao procedimento em questão.

A caracterização dos textos com respectivos autores e delineamento da amostra encontra-se ilustrada no quadro abaixo:

Título/Ano	Autores	Considerações Temática	Categoria
Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: a descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. 2010	MILLAN, TEGIDO, BIONDO, GARCÍA-GRANERO.	Estudo prospectivo que avaliou as taxas de complicações em pacientes submetidos a cirurgias geradoras de estomias, onde foi evidenciado que o paciente que recebeu atendimento pré-operatório pelo enfermeiro estomaterapeuta e teve seu estoma demarcado apresentou menores taxas de complicações e ansiedade no pós operatório.	Complicações
Stoma siting and the 'arcuate line' of Douglas: might it be of relevance to later herniation? 2014	AL-MOMANI, MILLER, STEPHENSON.	Discorre sobre a relação da demarcação pré-operatória e a prevenção de hérnia no pós operatório. Evidencia que os pacientes com demarcação adequada tiveram menor incidência de herniações.	Complicações
What the patient needs to know before stoma siting: an overview. 2012	CROIN E.	Levanta os principais pontos a serem considerados na visita pré operatória de cirurgias geradoras de estomias e quais as orientações mais significativas aos pacientes que serão submetidos a este procedimento.	Demarcação Passo-a-Passo
Methods for siting emergency stomas in the absence of a stoma therapist. 2014	PENGELLY et al.,	Estudo que realiza comparação de métodos fáceis para demarcação de estomas na urgência, levando em consideração o IMC do paciente a ser operado.	Demarcação: Passo-a-Passo
Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. 2016	ROVERON, DE TOMA, BARBIERATO.	Declaração de sociedades internacionais sobre localização adequada para confecção do estoma, bem como orientações a respeito de prevenção de complicações, melhoria da qualidade de vida e cuidados gerais voltados ao estomizado.	Demarcação: Passo-a-Passo

<p>Preoperative care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. 2017</p>	<p>BURCH J.</p>	<p>Discorre sobre a importância da consulta pré operatória e papel do enfermeiro generalista na conquista do autocuidado, fornece pontos-chaves para o conhecimento do enfermeiro, afim de que ele possa garantir uma demarcação efetiva, na prevenção de complicações e cuidados gerais com o estoma recém confeccionado.</p>	<p>Demarcação: Passo-a-Passo</p>
<p>A Descriptive Study Assessing Quality of Life for Adults with a Permanent Ostomy and the Influence of Preoperative Stoma Site Marking. 2016</p>	<p>MAYDICK D.</p>	<p>Estudo descritivo sobre a qualidade de vida dos pacientes com estomas definitivos, comparando a qualidade de vida dos pacientes que receberam demarcação pré-operatória por um enfermeiro estomaterapeuta ou cirurgião versus outro profissional, demonstrou maiores níveis de qualidade de vida naqueles que tiveram acesso ao estomaterapeuta no período pré-operatório.</p>	<p>Qualidade de Vida</p>
<p>The impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: A comparison cohort study. 2016</p>	<p>MCKENNA et al.,</p>	<p>Estudo comparativo a respeito da qualidade de vida dos pacientes que receberam demarcação pré-operatória versus os pacientes que não receberam demarcação. Foi evidenciado maiores índices de qualidade de vida nos pacientes que foram demarcados por uma enfermeira estomaterapeuta no pré-operatório.</p>	<p>Qualidade de Vida</p>
<p>WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery. 2015</p>	<p>SALVADALENA et al.</p>	<p>Posicionamento da Sociedade de Enfermagem em Feridas, Estomas e Incontinência em parceria com a Associação Americana de Urologia a respeito dos principais pontos a serem considerados na realização de demarcação pré-operatória em cirurgias geradoras de urostomias, especialmente para enfermeiros não especialistas.</p>	<p>Demarcação: Passo-a-Passo</p>
<p>WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. 2015</p>	<p>SALVADALENA et al.,</p>	<p>Posicionamento da Sociedade de Enfermagem em Feridas, Estomas e Incontinência em parceria com a Associação Americana de Cirurgia Colorretal a respeito dos principais pontos a serem considerados na realização de demarcação pré-operatória em cirurgias geradoras de estomias intestinais, especialmente para enfermeiros não especialistas.</p>	<p>Demarcação: Passo-a-Passo</p>
<p>Preoperative teaching and stoma marking in an inpatient population: A quality improvement process using a FOCUS-plan-do-check-act model. 2015</p>	<p>ZIMNICKI KM</p>	<p>Discorre a respeito do planejamento da assistência de enfermagem através do uso da ferramenta FOCUS, como estratégia de organização do atendimento ao paciente que será submetida a cirurgias geradoras de estomias. Com a implementação deste processo, após 3 meses, houve aumento significativo do número de pacientes demarcados no período pré-operatório e de intervenções realizadas baseadas em evidências.</p>	<p>Demarcação: Passo-a-Passo</p>

A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. 2014	BAYKARA et al.,	Estudo descritivo, multicêntrico, retrospectivo, evidenciou que dos pacientes analisados apenas um terço receberam demarcação pré-operatória e que a incidência de complicações pós operatórias foi maior no grupo que não teve acesso a demarcação. O que reforça a necessidade da demarcação em todas as cirurgias geradoras de estomias.	Complicações
Demarcação abdominal por enfermeira estomoterapeuta. 2017	SILVA et al.,	Revisão integrativa a respeito das particularidades na demarcação pré-operatória em pacientes oncológicos. Demonstra que a literatura ainda é pobre no que tange aos paciente com câncer e suas peculiaridades no momento da demarcação.	Demarcação: Passo-a-Passo

QUADRO 4 – Apresentação síntese dos artigos inclusos na revisão integrativa.

Fonte: Autoria própria

5 | DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados e categorização dos pontos chaves para capacitação do enfermeiro na realização da demarcação, observou-se consenso a respeito dos benefícios relacionados a realização do procedimento. A seguir, discorreremos a respeito de cada ponto abordado.

Demarcação: Passo-a-Passo

Entre as publicações encontra-se pareceres e recomendações das sociedades a respeito da importância da demarcação do local do estoma, realizada pelo cirurgião, enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro capacitado para realização deste procedimento, bem como os principais pontos a serem considerados no momento da demarcação, trazendo inclusive ilustrações dos locais corretos a serem marcados no corpo do paciente (SALVADALENA 2015 (A); ROVERON, TOMA, BARBIERATO 2016; PENGELLY et al., 2014). Estes materiais podem ajudar no embasamento científico do enfermeiro generalista no que tange a demarcação.

Além disso, reforçam a necessidade do envolvimento do paciente na escolha do local do estoma, destacando a importância de orientações gerais a serem realizadas no período pré-operatório, incluindo orientações sobre o que são estomas, qual será a característica do efluente drenado no pós-operatório, qual equipamento coletor poderá ser indicado e a demarcação (CRONIN 2012).

Estes estudos são capazes de direcionar o profissional sobre quais caminhos ele deverá conduzir seu paciente na consulta pré-operatória. Sabe-se que neste momento o doente tem inúmeras angústias e ansiedades, desta forma direcioná-lo para as perguntas certas, será a chave para um estoma bem confeccionado e um paciente reabilitado precocemente (CRONIN 2012).

Sobre a técnica de realização da demarcação, recomenda-se que esta seja realizada com o paciente deitado, sentado e em pé traz maiores benefícios e possivelmente menos complicações ao paciente (PENGELLY et al., 2014). Além disso, a escolha do local a ser marcado deve ser realizada prioritariamente por profissional especialista (médico ou estomaterapeuta), no entanto, um enfermeiro generalista capacitado pelo estomaterapeuta ou médico, poderá executar a técnica com precisão, sendo fundamental que o profissional se sinta apto para realização e esteja munido de todo conhecimento necessário.

Complicações

Ao optar pela inclusão de artigos que demonstrassem qual o impacto do procedimento na incidência de eventos indesejáveis relacionados ao procedimento cirúrgico, foram inclusos os trabalhos que relacionavam diretamente a demarcação pré-operatória com as complicações das estomias, a fim de sensibilizar os profissionais não especialista sobre a relevância deste procedimento.

Nesta linha, foi realizado um estudo retrospectivo, multicêntrico, onde observou-se que apenas um terço dos pacientes estomizados haviam sido demarcados no pré-operatório e que o grupo que não recebeu demarcação apresentou maiores índices de complicações no pós-operatório quando comparados aos pacientes previamente demarcados (BAYKARA et al., 2014). Além disso, os pacientes que receberam demarcação pré-operatória tiveram menores índices de herniações no pós-operatório tardio, quando comparados aos pacientes que não foram demarcados (AL-MOMANI, MILLER, STEPHENSON 2014).

Estes estudos reforçam as recomendações dos órgãos internacionais e nacionais sobre a importância da demarcação, como direito do paciente e agente protetor para complicação no pós-operatório imediato e tardio.

Qualidade de Vida

Nesta categoria foram considerados os periódicos que relacionaram a demarcação pré-operatória e seu impacto na qualidade de vida do doente.

Em estudo comparativo foi realizada avaliação da qualidade de vida do paciente que recebeu demarcação pré-operatória versus paciente que não recebeu demarcação, estes foram avaliados 72h antes da alta hospitalar e 8 semanas após a alta. Os resultados evidenciaram índices maiores de qualidade de vida nos pacientes que receberam a demarcação. Além disso, houve maiores índices de independência para autocuidado no grupo que recebeu demarcação (MCKENNA et al., 2016).

A compreensão sobre o impacto da demarcação diretamente na qualidade de vida do paciente estomizado fornece subsídios para o enfermeiro no planejamento da assistência, tendo em vista o quanto orientações e procedimentos baseados em evidência podem ser fatores preditivos para reabilitação do paciente e reinserção do mesmo na sociedade.

6 | CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta revisão possibilitou dimensionar e analisar as publicações relacionadas ao tema demarcação de estomas. Sendo possível levantar as principais recomendações a respeito do procedimento, qual profissional é o responsável pela sua realização, bem como quais bases fundamentam o procedimento, para que a realização dele seja efetiva e traga, de fato, melhoria na qualidade de vida e diminuição no número de complicações.

Tais achados contribuem com a ideia da necessidade de se construir um programa de habilitação, baseada no desenvolvimento da competência do enfermeiro para execução deste procedimento. Uma vez que, o enfermeiro generalista embasado por conhecimentos técnicos, científicos e teórico-práticos, a respeito da demarcação, poderá contribuir com a melhoria da qualidade de vida, diminuição da incidência de complicações e planejamento estratégico da assistência prestada.

A limitação de artigos que abordassem os conhecimentos necessários ao enfermeiro generalista para realização da demarcação fez com que o assunto não pudesse ser amplamente explorado. Desta forma, sugere-se para pesquisas futuras, foquem na demarcação realizada por este profissional, comparando a respeito da demarcação realizada pelo especialista versus generalista capacitado. Além disso, sugere-se que seja estabelecido pelos órgãos e sociedades responsáveis, quais os critérios para capacitação do enfermeiro generalista na realização do procedimento.

REFERÊNCIAS

AL-MOMANI, H; MILLER, C; STEPHENSON, B M. **Stoma siting and the “arcuate line” of Douglas: might it be of relevance to later herniation?** *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, England*, vol. 16, no. 2, p. 141–143, Feb. 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/codi.12469>> Acesso em: 12 Nov. 2018

STEPHENSON, B M. **Stoma siting and the “arcuate line” of Douglas: might it be of relevance to later herniation?** *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, England*, vol. 16, no. 2, p. 141–143, Feb. 2014 Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/codi.12469>> Acesso em: 12 Nov. 2018

BAYKARA, Zehra Gocmen; DEMIR, Sevil Guler; KARADAG, Ayise; HARPUTLU, Deniz; KAHRAMAN, Aysel; KARADAG, Sercan; HIN, Aysel Oren; TOGLUK, Eylem; ALTINSOY, Meral; ERDEM, Sonca; CIHAN, Rabia. **A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications.** *Ostomy/wound management, United States*, vol. 60, no. 5, p. 16–26, May 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24807019/>> Acesso em: 12 Nov. 2018

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. **O Método Da Revisão Integrativa Nos Estudos Organizacionais.** *Gestão e Sociedade*, vol. 5, no. 11, p. 121, 2011. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>> Acesso em: 15 Nov. 2018

CAMPOS, Maria Genilde das Chagas Araújo *et al.* **Feridas complexas e estomias: aspectos preventivos e manejo clínico.** [S. l.]: Ideia, 2016. 389 p. v. 1. ISBN 978-85-463-0133-1. Disponível em: <<http://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>>. Acesso em: 15 Nov. 2018

CRONIN, Elaine. **What the patient needs to know before stoma siting: an overview.** British journal of nursing (Mark Allen Publishing), England, vol. 21, no. 22, p. 1304,1306-1308, Dec. 2012. Disponível em:< <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2012.21.22.1234>> Acesso em: 15 Nov. 2018

CRUZ, Geraldo Magela Gomes da; CONSTANTINO, José Roberto Monteiro; CHAMONE, Bruno Cunha; ANDRADE, Mônica Mourthé de Alvim; GOMES, Daniel Martins Barbosa Medeiros. **Complicações dos estomas em câncer colorretal: revisão de 21 complicações em 276 estomas realizados em 870 pacientes portadores de câncer colorretal.** Rev Bras. de Coloproctol., vol. 28, no. 1, p. 50–61, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbc/v28n1/a08v28n1.pdf>> Acesso em: 16 Nov. 2018

FERNANDES, Rafaela Magalhães; MIGUIR, Eline Lima Borges; DONOSO, Terezinha Vieccelli. **Perfil da clientela estomizada residente no município de Ponte Nova, Minas Gerais.** Rev Bras. Coloproctol., Rio de Janeiro , v. 30, n. 4, p. 385-392, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802010000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Nov. 2018

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar um projetos de pesquisas.** 5. ed. [S. l.]: Atlas, 2010. ISBN 9788522458233. Acesso em: 15 Nov. 2018

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 5ª ed., Editora Atlas. 2011. Acesso em: 15 Nov. 2018

MCKENNA, Linda S; TAGGART, Elizabeth; STOELTING, Joyce; KIRKBRIDE, Geri; FORBES, Gordon B. **The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study.** Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, United States, vol. 43, no. 1, p. 57–61, 2016. Disponível em:<https://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2016/01000/The_Impact_of_Preoperative_Stoma_Marking_on.10.aspx> Acesso em: 17 Nov. 2018

PENGELLY, S; READER, J; JONES, A; ROPER, K; DOUIE, W J; LAMBERT, A W. **Methods for siting emergency stomas in the absence of a stoma therapist.** Annals of the Royal College of Surgeons of England, vol. 96, no. 3, p. 216–218, Apr. 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4474052/>> Acesso em: 17 Nov. 2018

ROVERON, Gabriele; DE TOMA, Giorgio; BARBIERATO, Maria. **Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting.** Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, United States, vol. 43, no. 2, p. 165–169, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26938165/>> Acesso em: 15 Nov. 2018

SALVADALENA, Ginger; HENDREN, Samantha; MCKENNA, Linda; MULDOON, Roberta; NETSCH, Debra; PAQUETTE, Ian; PITTMAN, Joyce; RAMUNDO, Janet; STEINBERG, Gary. **WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery.** Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, United States, vol. 42, no. 3, p. 249–252, 2015. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25695929/>> Acesso em: 15 Nov. 2018 (A)

SALVADALENA, Ginger; HENDREN, Samantha; MCKENNA, Linda; MULDOON, Roberta; NETSCH, Debra; PAQUETTE, Ian; PITTMAN, Joyce; RAMUNDO, Janet; STEINBERG, Gary. **WOCN Society and AUA Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Urostomy Surgery.** Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, United States, vol. 42, no. 3, p. 253–256, 2015. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25695928/>> Acesso em: 16 Nov. 2018 (B)

A IMPORTÂNCIA DO ACIONAMENTO POR PEDAL COMO FERRAMENTA PARA A SEGURANÇA DO CUIDADO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE VERSUS PACIENTE

Data de aceite: 01/03/2021

Alice Xamines Ribeiro de Mello

Amanda Velasco Mota

Mara Dayanne Ramos Alves de Cerqueira

Luciana Pessanha de Abreu

RESUMO: A pele é um reservatório em potencial de diversos microrganismos transitórios ou permanentes que podem ser disseminados por meio de contato direto, ou indireto, a partir de objetos e superfícies contaminadas. Ciência e tecnologia são temas inseridos no trabalho do(a) enfermeiro(a), que é o profissional mais indicado para desenvolver este processo de mudança e atitude. Em sua formação possui as atribuições necessárias para germinar um excelente cuidado. A partir daí, o presente estudo tem por objetivo exemplificar soluções de segurança, prevenindo e reduzindo danos de contaminação. Analisar as rotinas ligadas aos padrões de práticas seguras. Explorar maneiras nas quais as novas tecnologias sejam inseridas e aproveitadas no interesse de cuidados mais seguros, com participação ativa e fornecer orientação para os profissionais de enfermagem, enfatizando o controle de infecções hospitalares. Trata-se de um estudo descritivo, que caracteriza-se como um estudo de caráter qualitativo, produzido a partir de um projeto de extensão, realizado no município de Campos dos Goytacazes, interior do Estado do Rio de Janeiro,

e teve como cenário o Hospital Ferreira Machado. O período da coleta de dados para o material prático foi compreendido entre os meses de abril a dezembro de 2019 e concluído em janeiro de 2020. Para a utilização do material teórico foram utilizados os dados disponíveis nas seguintes bases: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros - SCIELO Brasil. As buscas iniciais foram realizadas de fevereiro a agosto de 2019.

PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança, Educação em saúde, Novas tecnologias.

ABSTRACT: The skin is a potential reservoir of several transient or permanent microorganisms that can be disseminated through direct or indirect contact, from contaminated objects and surfaces. Science and technology are themes inserted in the work of the nurse, who is the most suitable professional to develop this process of change and attitude. In his training he has the necessary duties to germinate excellent care. Thereafter, the present study aims to exemplify security solutions, preventing and reducing contamination damage. Analyze routines linked to safe practice standards. Explore ways in which new technologies are inserted and used in the interests of safer care, with active participation and provide guidance for nursing professionals, emphasizing the control of nosocomial infections. This is a descriptive study, which is characterized as a qualitative study, produced from an extension project, carried out in the municipality of Campos dos Goytacazes, in the interior of the State of Rio de Janeiro, and had as its setting the Hospital Ferreira Machado. The period of data collection for the practical material

was between April and December 2019 and concluded in January 2020. For the use of the theoretical material, the data available in the following databases were used: Virtual Health Library (VHL) and the Electronic Library of Brazilian Scientific Journals - SCIELO Brazil. Initial searches were carried out from February to August 2019.

KEYWORDS: Biosafety, Health education, New technologies.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), às mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes. Sendo a pele um reservatório em potencial de diversos microrganismos transitórios ou permanentes que podem ser disseminados por meio de contato direto, ou indireto, a partir de objetos e superfícies contaminadas (BRASIL, 2009).

As mãos são uma das principais vias de transmissão de infecções cruzadas, através da manipulação dos profissionais de enfermagem, e tendo como base o principal instrumento de trabalho do profissional de enfermagem, uma vez que existe um contato de forma direta com o paciente. Diante disso, se tornando uma principal porta de entrada para germes e microrganismos, caso não seja realizada uma higienização de forma adequada das mãos. (SANTOS *et al.*, 2013).

A higienização das mãos consiste em uma maneira simples, individual e pouco dispendiosa. Constata-se de uma medida primária que está relacionada ao controle de infecções, e sendo destacada como o ponto inicial de prevenção a saúde dentro do âmbito hospitalar. Nesse contexto, com a rotina de inclusão sendo realizada com segurança e qualidade no atendimento ao paciente, a adesão de tais práticas evidencia menor riscos de contaminação cruzada. (SANTOS; PINTO, 2018).

Assim, a biossegurança no conceito hospitalar, é conhecida como uma soma de ações e um conjunto de normas que estabelecem o controle de reduzir, prevenir e eliminar os riscos inerentes às atividades que possam influenciar ou comprometer a qualidade de vida. Inclusive a saúde da população e do meio ambiente, o ato de prevenir tem a denominação de antecipar os eventos indesejados através de medidas que visam evitar o seu desenvolvimento (BRAND; FONTANA, 2014).

A frequência de infecções da microbiota residente que se encontra presente nos níveis mais profundos da pele e a mais resistente e colocando-se em risco a qualidade da assistência prestada, ou seja, provocando-se níveis elevados de infecções que se associam a má higienização de medidas básicas no controle e prevenção (GAUER; SILVA, 2016).

Em uma unidade hospitalar, sabe-se que trata-se de um ambiente insalubre, e o potencial de riscos à saúde é grande. Pela quantidade de propagação do vírus e bactérias, que são capazes de causar contaminações. Atualmente as normas e procedimentos constituem a finalidade de diminuir ou aniquilar quaisquer as chances de se contrair algum

tipo de doença. Logo são adotadas medidas preventivas e de proteção à saúde dos da área da saúde (PAROVEZE; FIGUEIREDO, 2014).

A assistência humanizada propõe um conjunto coerente de atitudes e ações motivadas por conceitos éticos e sociais que visam promover, proteger e preservar a humanidade, assim contribui-se em ajudar os pacientes a encontrar uma definição para a doença (SALUM; PRADO, 2014). No entanto, atualmente os prognósticos na saúde enfrentam outras realidades, que se dispõem de altos índices de infecções hospitalares e por fim prejudicam a eficácia de toda assistência executada profissional, na prática diária da enfermagem (OLIVEIRA; PINTO, 2018).

O paciente, principalmente em estado debilitado, está suscetível e vulnerável às infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Portanto, no momento de prestar os cuidados na assistência ao paciente e em seguida/sequência a outro, o profissional deve realizar/utilizar como rotina a higienização constante. Nesse sentido, ao realizar um atendimento adequado, as consequências de evitar uma contaminação cruzada (que ocorre quando a bactéria migra para o organismo) com intuito de reduzir o número de óbitos (SILVA et al., 2014).

O enfermeiro é o profissional mais indicado para alavancar este processo de mudança de atitude, por ser aquele que possui formação e atribuições necessárias para um excelente cuidado. Além disso, trata-se de um profissional que pode mais facilmente detectar os problemas, pois se caracteriza como um agente articulador, considerando que atua em diversos níveis de conexão, tanto no que diz respeito ao público atendido quanto ao contato Inter profissional, na prática diária da enfermagem a adesão da higienização das mãos afeta a qualidade e segurança do auxílio fornecido (BARROS; et al, 2016).

Historicamente o hospital é espaço primordial para o tratamento e cura. O conteúdo problematizado emergiu durante o Ensino Clínico Cirúrgico, disciplina obrigatória no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá, do campus Campos dos Goytacazes. Após analisar a realidade dos hospitais públicos, o Projeto de extensão escolheu o Hospital Ferreira Machado, em particular o setor trauma ortopedia. Trata-se de um hospital de alto/médio porte, que atende diversas especialidades de alta complexidade em traumatologia, cardiologia e pacientes de alto risco e serve como base no desenvolvimento da ação a fim de evitar contaminação e aumentar os riscos de outras doenças.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo exemplificar soluções de segurança, prevenindo e reduzindo danos de contaminação. Analisar as rotinas ligadas aos padrões de práticas seguras. Explorar maneiras nas quais as novas tecnologias sejam inseridas e aproveitadas no interesse de cuidados mais seguros, com participação ativa e fornecer orientação para os profissionais de enfermagem, enfatizando o controle de infecções hospitalares.

1.1 Biossegurança: evolução histórica, conceito e adesão

O médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis em 1845 atribuiu através de pesquisas, e fez a descoberta do grau de importância da assepsia das mãos, como controle de infecções hospitalares e por fim como base na teoria sobre a febre puerperal que envolvia a assepsia como cuidado básico antes da realização de qualquer procedimento, a atual eventualidade continua sendo uma das medidas mais eficazes no controle de infecções, que, além disso, tornou-se o cuidado preventivo, como medida primária (BARALDI; PADOVEZES, 2015).

Com um olhar mais observador, (e com apenas o conhecimento empírico) sobre o contexto das teorias ou da transmissão de doenças infecciosas, ele percebeu que as gestantes que eram cuidadas pelos acadêmicos de medicina mostravam maiores taxas de morbidade e mortalidade do que as parteiras. Assim, Ignaz chegou à conclusão que durante o atendimento dos acadêmicos de medicina, eles não realizavam a lavagem das mãos após o contato com cadáveres, e em seguida cuidavam das gestantes e mulheres em sua fase puerperal. Ao contrário das parteiras que não tinham contato com os cadáveres. E assim, ele estabeleceu uma das mais importantes medidas de prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), revendo a importância de realizar a lavagem das mãos de um paciente para o outro (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016).

No mesmo século, a enfermeira Florence Nightingale, precursora da enfermagem, destacou-se por ser a pioneira no tratamento de feridas de guerra. No ano de 1854, atuou com o objetivo de reformular a assistência aos enfermos, quando foi requisitada para assumir o cuidado aos feridos, com relevância de que o ambiente hospitalar deveriam ser livres de intervenções externas de modo que afetassem a vida e o desenvolvimento de organismo do ponto de vista, onde seriam capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a proliferação de doenças (FRELLO e CARRARO, 2013).

Florence Nightingale descrevia a doença como um processo reparador, com a definição da enfermagem como o olhar de diagnósticos e tratamento. Incentivava e trabalhava com o enfoque nas características ambientais como iluminação, ruído, ventilação, higiene ambiental, como roupas de cama e nutrição. Que especificou que o equilíbrio entre todas as características exigia maior energia do enfermo, que ocasionava o estresse e interferia na recuperação e reabilitação da saúde. Suas ideias, pensamentos ampliam inclusive aos domicílios que enaltecem a importância da água pura e higiene ambiental e pessoal como fator de saúde (MEDEIROS; ENDERS; LIRA, 2015).

1.2 A resistência bacteriana e os recursos para o cuidado

Para compreender a finalidade de múltiplas abordagens sobre a higienização das mãos determina-se o extenso conhecimento das microbiotas da pele. Sabe-se que as mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos, durante o processo de assistência aos pacientes, onde em vista sendo a pele um possível âmbito de diversos germes, que claramente é capaz de ocorrer uma transferência de uma superfície para outra, com o contato direto ou indireto (GUER e SILVA, 2017).

Segundo a WHO, do termo em inglês World Health Organization (em português Organização Mundial de Saúde - OMS), as práticas de higiene das mãos:

“O uso frequente e repetido de produtos para a higiene das mãos, principalmente sabonetes, pode causar dermatite de contato irritativa entre profissionais de saúde, particularmente em locais com atividade de cuidados intensivos onde a ação de higiene das mãos é necessária repetidas vezes por hora, bem como durante o inverno. Portanto, o cuidado com as mãos que inclui o uso regular de cremes de boa qualidade e a adoção de comportamentos adequados é de extrema importância para evitar danos à pele.” (WHO, 2015, p. 26)

Considera-se que as mãos são predominantes no ato do cuidar, visto como a principal ferramenta dos profissionais atuantes na ocupação de serviços de saúde, neste sentido, através delas que a equipe de saúde realiza suas atividades, sendo de responsabilidade e importância serviços de segurança do paciente e condiz com a prática segura e correta da higienização frequente das mãos desses profissionais (ALMEIDA e LEMBO, 2015).

Na literatura, trata-se de bactéria que reside e se multiplica na pele a microbiota residente, sendo considerada um microrganismo gram-positivo, não oferecendo riscos a pessoas de bom estado de saúde. Com isso, no setor hospitalar, deve haver uma grande cautela com pacientes após procedimentos cirúrgicos ou invasivos, pois encontram-se mais vulneráveis, se tornando uma medida de proteção a higienização das mãos através da escovação com o uso de solução antissépticas para que possa haver a remoção dessas bactérias que estão presentes nas camadas mais profundas da derme e epiderme (GAUER e SILVA, 2017).

Diferente da microbiota transitória que é composta por microrganismo geralmente responsáveis pelas infecções hospitalares, bactérias gram-negativas e estafilococos, que são adquiridas pelo contato direto com fontes contaminadas, de forma temporária se tornando mais fáceis para a remoção por estar localizada na superfície da pele, através da higienização das mãos de forma adequada (CORDEIRO e LIMA, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), como são definidas decorrentes ao longo processo contínuo de cuidados em uma unidade hospitalar que está relacionada a um processo de assistência ou de internação, exemplos dessas infecções são as de sítio cirúrgico (ISC), pneumonia hospitalares ou associadas à ventilação mecânica, infecções do trato urinário, com associações do cateter, entre outras adquiridas no ambiente de assistência (BRASIL, 2017)

Sendo assim, o Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, série 4, Capítulo 1, Medidas de Prevenção, afirma que:

“Nas ações de prevenção e controle das IRAS estabelecer prioridades é fundamental. O estabelecimento de políticas e a padronização da implantação e manutenção de dispositivos invasivos devem ser priorizados.

O acompanhamento da execução de procedimentos deve ser proposto, além da adoção de indicadores de resultado e avaliação criteriosa da estrutura. Existindo boas condições de estrutura, é mais provável que se obtenha um processo adequado e um resultado mais favorável.” (Brasil, 2017, p. 20)

1.3 As atribuições do papel do enfermeiro como educador

A Enfermagem há décadas tem desenvolvido serviços como planejamento, organização, coordenação, avaliação entre outras atividades exercidas. Com a finalidade de compartilhar a qualidade e a essência do cuidar, o profissional enfermeiro tem se diversificado e ampliado o trabalho tanto individual quanto o coletivo (SOUZA et al., 2016).

Com o intuito de facilitar os serviços de saúde e reconhecer a importância do papel do enfermeiro como membro multiplicador e educador, a educação na saúde busca a temática de informar e transformar os hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde. Trata-se de uma nova forma de educar e construir uma relação do “cuidar e cuidando” que beneficia ambas as partes (SANTOS et al., 2018).

Neste contexto, a contribuição de melhorias na execução de medidas de higienização e a participação da enfermagem no procurado de higienização contribuiu para que a ANVISA, a fim de minimizar riscos de infecções como forma de cuidado dos profissionais da enfermagem e os hospitalizados, no sentido de contribuição para minimizar os riscos individuais e coletivos (BRASIL, 2016).

O programa titulado por “cuidado limpo é cuidado seguro” (vide anexo 1) com o apoio da organização mundial da saúde (OMS) que ressalta os cinco momentos no qual deve se realizar a higienização das mãos; antes do contato físico com o paciente; antes de realizar quaisquer procedimentos; após o contato direto com riscos de exposição de fluidos biológicos; após contato com o paciente e após contato com áreas próximo ao do paciente, mesmo sem o toque, com os cuidados direto ou indireto (GUER e SILVA, 2017).

A técnica de lavagem das mãos (vide anexo 2) resulta de um método que é de baixo custo e que se torna fundamental para o controle de infecções dos profissionais da rede de saúde e com enfoque principal na equipe de enfermagem, que provém do mais contato com o paciente. Com base na realização da lavagem das mãos e o consentimento da técnica correta, sabe-se que é uma providência de suma importância, que deve ser preconizada sempre que necessário (BRASIL, 2007).

Ao analisar a resolução NR 32 que regulamenta a biossegurança como:

“compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente. Desta forma, a biossegurança caracteriza-se como estratégica e essencial para a pesquisa e o desenvolvimento sustentável sendo de fundamental importância para avaliar e prevenir os possíveis efeitos adversos de novas tecnologias à saúde.” (BRASIL, 2010)

Portanto, a Norma Regulamentadora (NR) de nº 32 conceitua determinados pontos básicos para efetivação de medidas para a proteção de riscos eminentes e a segurança da equipe de enfermagem ou englobam todos aqueles que executam atividades de promoção e assistência à saúde. Estabelecendo o funcionamento e a utilização dos equipamentos de proteção para uso de risco individual (BRASIL, 2005).

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, caracteriza-se como um estudo de caráter qualitativo, produzido a partir de um projeto de extensão, realizado no município de Campos dos Goytacazes, interior do Estado do Rio de Janeiro, e teve como cenário o Hospital Ferreira Machado. Para este trabalho será abordado o desenvolvimento prático da instalação do acionamento de torneira por pedal, visando a execução das técnicas de biossegurança em saúde, em particular a técnica da lavagem das mãos. A instituição foi escolhida para servir de base no desenvolvimento de ações a fim de minimizar as contaminações e os riscos relacionados a outras doenças.

O projeto de extensão conta com os estudantes do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá, campus Campos dos Goytacazes (UNESA), em 2019. O período da coleta de dados para o material prático foi compreendido entre os meses de abril a dezembro de 2019 e concluído em janeiro de 2020. Para a utilização do material teórico foram utilizados os dados disponíveis nas seguintes bases: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e da Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros - SCIELO Brasil. As buscas iniciais foram realizadas de fevereiro a agosto de 2019.

Para tanto, foi definido, como critério de inclusão: artigos publicados nos últimos anos, ou seja, publicados no período de 2013 a 2019. Após leitura e análise do material, foi obtido um total de 50 artigos, destes, foram excluídos 30 dos quais apenas 20 estavam de acordo com os critérios de inclusão definidos neste estudo.

A esse propósito, para a utilização do material selecionado e interpretação das obras consultadas foi realizado um fichamento dos artigos para posterior elaboração desta revisão, tendo como os descritores: Enfermagem, higiene, controle de infecções, segurança do paciente e educação em saúde e suas combinações, relacionando o conteúdo dos textos analisados com o tema proposto.

Adotou-se como critério de inclusão os artigos que apresentassem pelo menos um dos descritores no seu resumo, sendo artigo original, podendo ser revisão de literatura, relato de experiência, textos completos somente publicados no idioma português e que disponibilizassem textos completos para análise. Como critérios de exclusão: publicações inferiores ao ano de 2013, outros idiomas que não a língua portuguesa, contendo somente resumo e títulos sem referência ao assunto (palavras-chave).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta inicialmente foi dialogar com a equipe de enfermagem do setor e traçar um planejamento de atividades estruturadas pela equipe do projeto. Durante o processo de implementação da tecnologia, o projeto contou com um cronograma de quatro etapas: o primeiro passo é criar dinâmicas de fácil acesso e rápido a fim de acompanhar o desenvolvimento da ferramenta no dia a dia, em segundo lugar será realizar uma inspeção junto aos profissionais sobre a qualidade e a facilidade dos recursos atuais. Em terceiro realizar palestras informativas acerca do tema relacionado a prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde e por fim realizar um curso de capacitação para atualizar os profissionais.

A primeira parte do planejamento foi executado com uma dinâmica de perguntas simples:

1. Por que é importante lavar as mãos?
2. A cada paciente atendido, quantas vezes é necessário lavar as mãos?
3. Você recebeu alguma capacitação em higienização das mãos nos últimos anos?
4. Lavar ou higienizar: Qual a diferença entre os dois?

A segunda parte da dinâmica compreende a importância da lavagem das mãos utilizando a técnica correta. Para isso, criamos a alusão da higienização utilizando a tinta guache, para estimular um efeito semelhante ao sabão e mostrar aos voluntários como a técnica seria executada (corretamente). Seguindo as seguintes etapas:

Passo 1: Os voluntários que participaram da dinâmica 1, foram convidados a participar desta segunda atividade.

Passo 2: Os olhos serão vendados com um lenço;

Passo 3: Logo após as novas instruções, o voluntário, no ato da lavagem das mãos fica ciente que o sabão será substituído por tinta guache (azul);

Passo 4: A orientação será para lavar as mãos na técnica como está habituada a fazer em sua rotina;

Passo 5: Após o companheiro realizar a lavagem das mãos, a venda será retirada para inspeção visual, com o objetivo de avaliar se toda a tinta guache foi removida.

A análise dos resultados inicialmente será feita através da ideia de transformação causada nos profissionais atuantes, sua aceitação do novo recurso de acionar a queda da água pelos pés, utilizando um pedal.

Com estas transformações, o propósito que o projeto propôs, segue três momentos importantes:

- a) estimular a interação dos envolvidos a interagir em torno de temas que apresentem necessidades e prioridades básicas;

b) realizar a promoção em saúde, através de uma experiência de intervenção local que será organizada juntamente com o Centro de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) e a Educação Continuada;

c) adoção de um POP (tabela 1) para a execução da técnica de lavagem das mãos.

A principal finalidade de qualquer procedimento é a proteção do paciente/profissional antes e após do contato direto, sendo assim em todos os momentos revelam-se importantes para a questão de qualidade de assistência. A não adesão da higienização das mãos, deixa de exercer um princípio elementar e a medida de controle de infecção cruzada. É nessa perspectiva que a proposta da implantação da torneira com o acionamento por pedal pretende contribuir com a segurança dos trabalhadores, além de conduzi-los a pensar sobre as consequências de suas práticas e a aderência das medidas de biossegurança.

Tem-se ainda, como diferencial desse projeto, a possibilidade de mobilizar uma rede de profissionais do maior hospital de referência do município, e os demais externos a ele, que participarão das oficinas. A importância desta providência implica não somente pela ação mecânica, mas no domínio do conhecimento acerca da técnica correta e dos benefícios, para obtenção dos efeitos desejados na prevenção de infecções hospitalares. Em virtude dos fatos mencionados é necessário criar estratégias, como oficinas, capacitações e palestras dentro das instituições a fim de beneficiar não só os profissionais, mas diretamente a comunidade acadêmica em geral.

Iniciativa: POP (Procedimento Operacional Padrão)	
Título: Higienização das mãos no ambiente hospitalar	
Objetivo: Orientar os profissionais sobre a rotina de higienização das mãos no ambiente hospitalar.	
Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.	Orientações Gerais: <ul style="list-style-type: none">• Manter as unhas curtas e não usar unhas artificiais;• Não usar adornos (anéis, alianças, relógios de pulso);• Nenhuma recomendação sobre uso de esmaltes.
Abrangência: Todos os setores	
Executor: Equipe de saúde.	

<p>Material necessário:</p> <p>Preparação alcoólica a 70% para uso hospitalar (com glicerina, conforme especificação do CCIH).</p>	<p>Observações importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com a finalidade de evitar ressecamento e dermatites, não higienize as mãos com água e sabão imediatamente antes ou depois de usar uma preparação alcoólica; - Depois de higienizar as mãos com preparação alcoólica, deixe que elas sequem completamente (sem utilização de papel toalha); - Recomenda-se que após 05 (cinco) aplicações de álcool realize-se uma lavagem de mãos. 	<p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fique em posição confortável, sem tocar na pia e abra a torneira; Mantenha se possível a água em uma temperatura agradável (água quente ou muito fria resseca a pele); • Coloque o sabão líquido; • Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia; • Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos; • Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si; • Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
<p>Resultados esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução de infecções hospitalares; • Garantir a qualidade da técnica correta. 		
<p>DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA</p> <p>Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485 de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.32 sobre a segurança e saúde no trabalho e estabelecimentos de saúde.</p> <p>Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos. Brasília: 2009. 105p</p>		

Tabela 1: Processo de execução da técnica de lavagem das mãos.

Fonte: próprias autoras

Nesse cenário, acredita-se que essa proposta deverá enriquecer os conteúdos das disciplinas que serão ofertadas ao longo da graduação, gerando assim oportunidades para que os alunos almejem ampliar suas experiências acadêmicas. Portanto, conclui-se que a proposta de criar diversas estratégias, como oficinas, capacitações e palestras dentro do hospital público deverá beneficiar não só os profissionais, mas diretamente os acadêmicos de enfermagem que se interessam pela continuidade e enriquecimento de sua formação e pelo atendimento e intervenção problemas/situações de saúde doença mais prevalentes no perfil epidemiológico social identificada na instituição.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enfatiza que todas as instituições invistam em programas para a realização de programas de treinamento, direcionado e conscientização a prática de higienização das mãos através da educação continuada, fazendo com que esse profissional tenha um olhar

diferente, e conduzindo para novas percepções das necessidades de instituir com boa adesão a técnica correta da higienização das mãos. Com referência que tal procedimento bem realizado diminui a incidência de infecções em serviços de saúde.

Destaca-se ainda a necessidade de capacitação permanente das equipes para conscientizar a adoção de práticas seguras relacionadas aos riscos ocupacionais e acidentes de trabalho, nesta perspectiva o envolvimento dos profissionais são fatores importantes inseridos na elaboração coletiva de medidas de segurança que possam introduzir no seu cotidiano a melhorias das condições de trabalho e maior satisfação profissional sendo aspecto de grande importância ao profissional de enfermagem.

E para que se tornem mais seguras apontamos para a necessidade de medidas estruturais e organizacionais que visem à mudança de comportamento nos espaços de atendimento à saúde, através de esforços conjuntos de seus trabalhadores e administradores. Com a finalidade de nortear suas ações para a melhoria, e atendimentos os pacientes e a realização de promoção com estratégias de transformações no cenário da assistência, além disso, deve-se estimular a conscientização da equipe de saúde, diante da segurança do ambiente, do paciente e do próprio profissional no seu dia a dia hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. W. M.; LEMBO, T. Microbiota residente em equipamentos de radiodiagnósticos e a importância em reduzir a disseminação de microrganismos nas instituições de saúde. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 4, p. 309-313, 2015. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/04_out-dez/V33_n4_2015_p309a313.pdf . Acesso em: 10 nov. 2020.

BARALDI, M. M.; PADOVEZE, M. C. Higienização das mãos: a evolução e o atual “ estado da arte”. **Journal Of Infection Control**, v. 4, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS157.pdf> . Acesso em 18 de nov. 2020.

BARROS, M. M. et al. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Universitas; Ciências da Saúde**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 15-21, jan./jun., 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/3411/3066> . Acesso em: 12. nov. 2020.

BRAND, C. I.; FONTANA, R. T. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de unidades de tratamento intensivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santo Ângelo – RS, v. 67, n. 1, p. 78-84, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0078.pdf> . Acesso em: 10 nov. 2020

BRASIL, World Health Organization. **Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos**. 2015.. Disponível em: http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual_de_Refer%C3%AAncia_T%C3%A9cnica.pdf . Acesso em: 25 nov. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf . Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em : <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fcc9220c373> . Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância. Segurança do paciente em serviços de saúde. **Higienização das mãos**/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2009. 105p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf . Acesso em: 4 dez. 2020.

BRASIL. Ministério do trabalho emprego. **NR 32- segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. 2005**. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf> . Acesso em: 4 dez. 2020.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Escola Anna Nery**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 573-579, jul./set, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0573.pdf> . Acesso em: 30 nov. 2020.

GAUER, D.; SILVA, G. K. Análise qualitativa e quantitativa da microbiota das mãos dos funcionários de um posto de saúde. **Revista RBAC**, Lajeado – RS, v. 49, n. 2, p. 206-212, 2017. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/08/RBAC-vol-49-2-2017-ref.-522-finalizado.pdf> . Acesso em: 21 nov. 2020.

GRAVETO, J. M. Gestão do procedimento higiene das mãos por enfermeiros: desafios para saúde coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Portugal, v. 71, p. 607-612, 2018. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0562.pdf . Acesso em: 6 dez. 2020.

MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: uma análise crítica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, jul./set. 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0518> . Acesso em: 7 dez. 2020.

OLIVEIRA, A. C. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, Minas Gerais, v. 24, n. 4, p. 9945, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9945> . Acesso em: 19 nov. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Intervenções para elevar a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 15 n. 4, p. 1052-1060, out./dez. 2013. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a24.pdf> . Acesso em: 11 out. 2020.

OLIVEIRA, A. C.; PINTO, S. A. Participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Belo Horizonte – MG, v. 71, n. 2, p. 280-285, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0259.pdf . Acesso em: 15 nov. 2020.

OLIVEIRA, H. M.; SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Políticas de controle e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil: análise conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Manaus, v. 50, n. 3, p. 505-511, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0505 . Acesso em: 30 nov. 2020.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. M. O papel da atenção primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 1137-1144, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1137.pdf . Acesso em: 3 dez.

PIRES, F. V. et al. Momentos para higienizar as mãos em centro de material e esterilização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 546-551 mai./jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0546.pdf> . Acesso em: 27 nov. 2020.

PRADO, M. F.; HARTMANN, T. P. S.; FILHO, L. A. T. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 220-226, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a03.pdf> . Acesso em 1 dez. 2020.

PRADO, M. F.; MARAN, E. Desafio ao uso das preparações alcoólicas para higienização das mãos nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0544.pdf> . Acesso em 28 nov. 2020.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. Educação permanente no desenvolvimento de competência dos profissionais de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, abr./jun, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00301.pdf . Acesso em: 24 nov. 2020.

SANTOS, A. A. et al. O papel do enfermeiro como educador na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, p. 1319-1324, 2018. Supl. 11. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS157.pdf> . Acesso em: 14 nov. 2020.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 257-263, mar./abr. 2013. . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf> . Acesso em: 3 out. 2020.

SANTOS, T. C. R. et al. Higienização das mãos em ambiente hospitalar; uso de indicadores de conformidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 70-77, mar, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00070.pdf . Acesso em: 4 set. 2020.

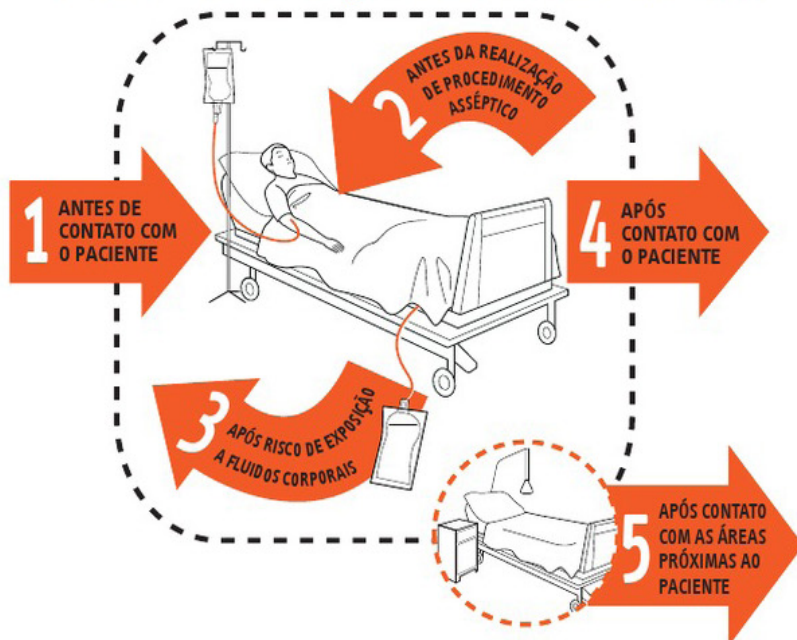
SILVA, A. C. et al. A enfermagem frente a educação permanente na prevenção e no controle da infecção hospitalar. **Revista Pro-univerSUS**, Vassouras, v. 5, n. 2, p. 05-10, jul./dez, 2014. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/514> . Acesso em: 7 dez. 2020.

SOUZA, G. C. *et al.* Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional. **Revista Escola Enfermagem**, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0642.pdf . Acesso em 16 set. 2020.

TRANNIN, K. P. P. *et al.* Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 01-07, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44246/28015> . Acesso em: 29 nov. 2020.

VENTUROSO, F. F. *et al.* O papel educador do enfermeiro no controle da infecção hospitalar enquanto membro da CCIH. **Revista Saberes**, São Paulo, v. 7, n. 1, jan./jul. 2018. Disponível em: <https://facsapaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed7especial/4.pdf> . Acesso em: 5 dez. 2020.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de estar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de lavas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e no entorno imediato de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, móvel e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

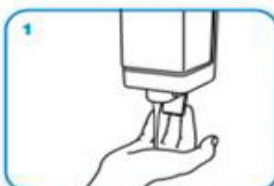
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



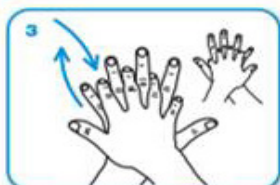
0
Molhe as mãos com água.



1
Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



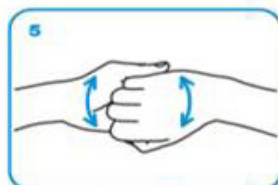
2
Ensaube as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



3
Estregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4
Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



5
Estregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6
Estregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7
Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



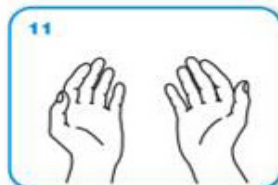
8
Enxágue bem as mãos com água.



9
Seque as mãos com papel toalha descartável.



10
No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



11
Agora, suas mãos estão seguras.

Fonte: Ministério da Saúde, 2016

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MANIPULAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL: INFECÇÕES NA CORRENTE SANGUÍNEA DE PACIENTES CRÍTICOS

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 24/11/2020

Davidson Diart Soares Bezerra

Faculdade Uninassau, Caruaru/PE
<http://lattes.cnpq.br/4339853208102802>

Itamara Vieira Pinto

Faculdade Uninassau, Caruaru/PE
<http://lattes.cnpq.br/4098312014566674>

Gabrielly Laís de Andrade Souza

Enfermeira e professora da Uninassau,
Caruaru/PE
<http://lattes.cnpq.br/2838366547701640>

RESUMO: O estudo buscou demonstrar como a área da enfermagem pode promover a prevenção e o controle de infecções na corrente sanguínea por cateter venoso central com eficiência e segurança. O objetivo foi descrever os achados na literatura científica sobre os cuidados da enfermagem na manipulação do CVC, e a prevenção de infecções primárias na corrente sanguínea. É uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, através de critérios de inclusão foi pacientes críticos com infecções na corrente sanguínea por CVC e exclusão foi pacientes com infecções por vírus. Para seleção dos artigos foram utilizados os seguintes bancos de dados LILACS, BVS e SCIELO. Foram encontrados 16 artigos e nestes falam sobre CVC, e medidas adotadas de antisepsia da pele, higienização prévia das mãos e treinamento dos profissionais

de saúde. A atuação do profissional enfermeiro torna-se indispensável no monitoramento contínuo do paciente sob sua assistência, promovendo a prevenção de infecções de corrente sanguínea e prestação de cuidados resolutivos e eficientes.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Paciente e Infecções.

NURSING CARE IN HANDLING THE CENTRAL VENOUS CATHETER: INFECTIONS IN THE BLOOD CURRENT OF CRITICAL PATIENTS

ABSTRACT: The study sought to demonstrate how the nursing area can promote the prevention and control of infections in the bloodstream by central venous catheter efficiently and safely. The objective was to describe the findings in the scientific literature on nursing care in handling CVC, and the prevention of primary infections in the bloodstream. It is a bibliographic review of the integrative type, through inclusion criteria were critical patients with CVC bloodstream infections and exclusion was patients with virus infections. For the selection of articles, the following LILACS, BVS and SCIELO databases were used. 16 articles were found and these talk about CVC, and measures adopted for skin antisepsis, prior hand hygiene and training of health professionals. The role of the professional nurse becomes indispensable in the continuous monitoring of the patient under his care, promoting the prevention of bloodstream infections and providing resolute and efficient care.

KEYWORDS: Nursing, Patient and Infections.

1 | INTRODUÇÃO

O cateter Venoso Central (CVC) é um dispositivo vascular manipulado com a finalidade de infundir soluções endovenosas, medicações, hemoderivados, quimioterápicos, e outros, em pacientes que não possuem acesso venoso adequado. O mesmo ainda pode ser utilizado em nutrições parenterais prolongadas, monitorização hemodinâmica invasiva da pressão sanguínea arterial, pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar, medição de débito cardíaco e acesso para hemodiálise. (SOUSA, *et al.*,2018)

Embora o CVC forneça acesso vascular seguro, as práticas inadequadas em seu manuseio podem acarretar em maior risco de diversas complicações para os pacientes incluindo a infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais (ICSRC) (PIEROTTO, 2015)

Apesar de registrarem baixa prevalência, as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), estão entre os principais problemas de saúde pública e principais causas de morte em ambiente hospitalar. Estas infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter se dão, quando microrganismos colonizam o local de inserção deste dispositivo e posteriormente atingem a corrente sanguínea, conseqüentemente esse paciente é vítima de maiores complicações, como septicemia. (DE ALMEIDA, *et al.*,2015)

Dados referentes a 2015, no Brasil, reportam uma taxa de infecção da corrente sanguínea relativa ao CVC em UTI de 5,1 para 1000 cateteres dia; na Europa, 13,3 infecções para 1.000 cateteres dia e, nos Estados Unidos, estimam-se em torno de 30.000 novos casos dessa infecção por ano. A taxa de mortalidade por infecção relacionada ao CVC pode atingir até 69% (SILVA e OLIVEIRA, 2016).

É pertinente pontuar, que a permanência do CVC também é um fator de risco importante para desenvolvimento de infecção da corrente sanguínea. Para cada dia em que o cateter permanece na pele, a taxa é de 13 % no que diz respeito a chance de infecção. Outro aspecto relacionado ao risco refere-se à inserção e manipulação do CVC, elevando equivalentemente a possibilidade de colonização microbiana e infecção, visto que, este problema irá se desenvolver caso medidas simples como, assepsia da pele do paciente e higienização adequada das mãos, por exemplo, não forem feitas. Conseqüentemente esse paciente irá precisar permanecer mais tempo com o CVC (STRELOW, 2017).

O intuito é demonstrar a importância do enfermeiro, esses que estão mais envolvidos no momento de implantação do CVC, visto que, o mesmo realiza os cuidados, como higienização com técnicas de assepsia, curativos diários além de manuseá-lo para seus devidos fins, exemplo, infusão de medicações. A supervisão da equipe também é importante ser mencionada, pois tem um relevante papel na identificação e notificação dos casos de infecções.

2 | MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada por um estudo do tipo revisão de literatura integrativa com publicações relacionadas ao tema entre 2011 a 2020. Este método emerge como uma metodologia que realiza um apanhado de conhecimentos e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Foi realizado uma revisão bibliográfica do tipo integrativa. Para seleção dos artigos foram utilizados os seguintes bancos dados: BIREME (centro latino-americano e do caribe de informação em ciências da saúde), SCIELO (biblioteca eletrônica científica online), SCIENCE DIRECT e BVS (biblioteca virtual em saúde). Foram analisados de 16 artigos relacionados ao tema, através de critérios de inclusão que foram a prevenção de infecções primárias na corrente sanguínea, a manipulação do CVC, pacientes críticos com infecções na corrente sanguínea por CVC, cuidados da enfermagem da UTI e exclusão foi pacientes com infecções por vírus, ou parasitose, e pacientes que não estavam com infecção.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo foi composto por 16 artigos, que falam sobre CVC, a análise dos dados permitiu o reconhecimento de dois eixos que nortearam a produção de conhecimento sobre ações de controle e prevenção de infecções relacionadas a cateter venoso central.

Desse modo, suscitaram do estudo em quatro categorias: cateter venoso central, controle das infecções de corrente sanguínea, manipulação do CVC e medidas de prevenção.

- **Cateter venoso central**

Os CVCs são tubos flexíveis radiopacos, feitos de silicone, poliuretano ou teflon, podem ter de um a três lúmens, dispostos em paralelo na extremidade proximal, independentes entre si, de comprimentos e calibres variados (KHANNA *et al.*,2013).

Para Perin *et al.* (2016), os CVCs possuem papel fundamental no tratamento de pacientes críticos hospitalizados, visto que o ambiente de UTI (Unidades de *terapia intensiva*) comumente desenvolve diagnósticos e faz utilização de procedimentos que envolvem dispositivos invasivos, em virtude da gravidade do quadro de saúde dos pacientes no respectivo setor visando sua recuperação e atendimento de suas demandas fisiológicas. A indicação para utilização do cateter varia conforme a necessidade de infusão de drogas vasoativas, nutrição parenteral e monitoração hemodinâmica. Eles acreditam que o seu uso expõe o paciente às infecções, visto que o dispositivo vascular facilita o acesso à corrente sanguínea central, aumentando significativamente as taxas de morbimortalidade e custo hospitalares, já que haverá um aumento no tempo de internação.

Autor	Título	Ano	Objetivo da pesquisa	Resultados
1. Todeschini BG., Trevisol FB.	Sepses associada ao cateter venoso central em pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva	2011	A sepsis é uma importante causa de óbitos em unidades de terapia intensiva (UTI). Pacientes que utilizam cateter venoso central apresentam risco elevado para desenvolver sepsis, pois é porta de entrada para que micro-organismos atinjam a circulação sanguínea.	Dos 83 casos avaliados, 44 evoluíram para óbito, sendo 63,9% homens. A média de idade foi de 48,6 ± 21,6 anos. O tempo médio de internação foi de 19,8 dias.
2. K Calil, GSC Valente, ZR_Silvino	Ações e/ou intervenções de enfermagem para prevenção de infecções hospitalares em pacientes gravemente enfermos: uma revisão integrativa	2014	Identificar na literatura existente publicada a partir do ano de 1997, as ações e/ou intervenções de enfermagem para prevenção de infecções hospitalares em pacientes adultos Criticamente enfermos.	Foram analisados 29 artigos, seguintes categorias: higienização das mãos, intervenções educacionais, introdução de novas tecnologias em saúde, higiene oral, aspiração do conteúdo gástrico, mudança de decúbito e elevação da cabeceira do leito.
3. Saymom FS. Siqueira V.	Ações de enfermagem para prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa	2014	Identificar as ações de enfermagem para a prevenção de infecções primárias da corrente sanguínea	Amostra foi composta por 12 artigos, sendo que nove deles apresentaram associação de intervenções por meio dos care bundle, mostrando grande eficácia na redução de infecções.
4. GC_Nascimento, AAFLN_Queiroz	Infecção na inserção do cateter venoso central	2015	Reunir e sintetizar evidências disponíveis na literatura sobre a prevenção de infecções de corrente sanguínea relacionada à inserção de cateter venoso central.	Foram selecionados ao todo 08 artigos. Os estudos relataram alta prevalência de infecções de corrente sanguíneas relacionadas a cateter, com destaque para a unidade de terapia intensiva.
5. Daniele CP., Alacoque LE., Giovana Dorneles CH., Grace TM.	Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: revisão sistemática	2016	Identificar evidências de cuidados para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central em pacientes adultos em Unidades de Terapia Intensiva.	Os estudos apresentaram bundles de cuidados com elementos como a higiene das mãos e precauções máximas de barreira.

6. AG da Silva, AC de oliveira.	Prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: Uma revisão integrativa	2016	Analisar as produções científicas nacionais e internacionais sobre a adoção aos bundles para prevenção de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central em unidade de terapia intensiva adulto.	Foram encontrados 11 artigos e em 100% deles as principais medidas adotadas foram antes da inserção do cateter, sendo: antisepsia da pele, uso de barreira máxima de precaução, preferência pela veia subclávia, higienização prévia das mãos e educação e treinamento dos profissionais de saúde
7. MTR Danski, L Pontes.	Infecção Da Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Venoso Central Para Hemodiálise: Revisão Integrativa	2017	Identificar evidências científicas presentes nas publicações relacionadas à infecção em cateter venoso central para hemodiálise. Método: revisão integrativa de literatura	13 estudos analisados demonstraram altos índices de infecção relacionados a cateter, sendo o <i>Staphylococcus aureus</i> o micro-organismo mais observado.
8. AO Paula, AKM Salge, MAP Palos.	Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa	2017	Analisar as evidências científicas sobre as infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).	Foram analisadas 36 publicações sobre IRAS, excluídas as infecções virais.
9. AG da Silva, AC de Oliveira	Estratégia multimodal para prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: uma revisão integrativa	2017	Analisar as produções científicas nacionais e internacionais que discorram sobre as estratégias multimodais para prevenção de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central em unidade de terapia intensiva adulto	Foram analisados 10 artigos que em sua totalidade enfatizaram ações voltadas as taxas de infecção da corrente sanguínea relacionada ao CVC
10. LC de Oliveira Junior, C Guilherme, GG De Cunto	Ações de enfermagem para prevenir a infecção de cateteres venosos centrais: uma revisão integrativa	2017	O objetivo do estudo foi demonstrar qual a conduta preventiva de maior impacto para a redução dos riscos de infecção do cateter venoso central (CVC)	As infecções da corrente sanguínea configuram uma complicação frequente, em que os CVC de curta permanência, são as principais causas destas infecções. A frequência de troca do curativo foi o mais encontrado pelo estudo

11. AG Silva, AC_ Oliveira	Impacto Da Implementação Dos Bundles Na Redução Das Infecções Da Corrente Sanguínea: Uma Revisão Integrativa	2018	Analisar as produções científicas nacionais e internacionais sobre o impacto dos bundles na prevenção de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central em unidade de terapia intensiva adulta.	Encontraram-se 16 artigos, 100% relacionados à implementação dos bundles para a inserção do cateter venoso central e 50% à manutenção deste dispositivo. O tempo de intervenção foi variado, bem como o número de medidas e o período analisado (inserção/ manutenção do cateter).
12. RM Bezerra, GF VIEIRA - CIPEEX	Prevenção de infecção relacionada ao cateter venoso central em pacientes de unidade de terapia intensiva	2018	Analisar as medidas adotadas por profissionais da saúde, para prevenção de infecção Cateter Venoso Central em Unidade de Terapia Intensiva.	Foram separados em quatro categorias analíticas: Cateter venoso central quanto as suas apresentações, Protocolos e Registros, Prevenção, Treinamento e Segurança do paciente.
13. Ricardo DS. Wenyha C.	Infecção Da Corrente Sanguínea Associada Ao Uso De Cateter Venoso Central Em Utis:	2019	Descrever o perfil das infecções de corrente sanguínea relacionadas à assistência à saúde em UTIs, associadas a cateter venoso central.	Os artigos foram classificados em 4 categorias (perfil icrs-cvc, epidemiologia, condições de risco, qualidade e segurança.
14. Betiane C.	Cuidados De Enfermagem Na Prevenção De Infecção De Corrente Sanguínea Em Cateter Venoso Central	2019	Demonstrar como o enfermeiro pode promover a prevenção e controle de infecções de correntes sanguíneas em cateter venoso central com eficiência e segurança.	Diante das informações encontradas, destacou-se que a adoção de estratégias previamente estabelecidas e cientificamente reconhecidas por parte da equipe de enfermagem, com base em um processo de padronização aliado aos cumprimentos de demais diretrizes de saúde favorece a construção de cuidados de enfermagem.
15. AKG SILVA	Assistência de enfermagem frente às infecções relacionadas ao cateter venoso central em unidades de terapia intensiva	2019	As taxas de infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter venoso central (ICSRC) são significativamente altas, mais de 2,5 milhões dos cateteres são inseridos anualmente, onde 21 mil apresentam incidência de infecção de corrente sanguínea	Foram selecionados 21 artigos que seguiram os critérios de inclusão e exclusão. Nos estudos foram verificados que as incidências das ICSRC têm tido uma taxa significativamente alta dentro das unidades de terapia intensiva

16. AC Dantas, JNM Araújo, AAA Nascimento.	Medidas utilizadas em unidades de terapia intensiva para prevenção de infecção: revisão integrativa	2020	Verificar medidas utilizadas em unidades de terapia intensiva para prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde	Relacionadas às medidas de prevenção de infecção pertinentes, desenvolvidas em unidades de terapia intensiva: medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea.
--	---	------	--	---

Tabela 1- Caracterização dos estudos

Fonte: Autor

- **Risco de infecção na corrente sanguínea por CVC**

Entre as IRAS mais frequentes está a infecção da corrente sanguínea e constitui umas das complicações relacionadas ao CVC mais frequentes, dispendiosas, potencialmente letais, associando-se à elevada morbidade e mortalidade em doentes críticos, com prolongamento do período e aumento dos custos de internação. Estas são definidas como uma condição local ou sistêmica resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou sua toxina, podendo começar a se manifestar com 48 horas após a internação (MAGILL, *et al.*,2014).

A utilização do dispositivo intravascular, principalmente o CVC, torna-se o principal fator de risco para as infecções da corrente sanguínea, das quais aproximadamente 90% estão relacionados ao uso do CVC e, dentre essas, 45% ocorrem em UTI (DUDECK, WEINER, ALLEN-BRIDSON, 2013).

As causas mais frequentes de internação estão sendo por infecções na corrente sanguínea. O CVC é o grande responsável na maioria dos casos por estas infecções, as cepas de *Staphylococcus aureus* foram as prevalentes. A pele é a principal fonte de colonização e infecção de cateter de curta duração. Pacientes em UTI têm múltiplos acessos ao CVC por dia, o que aumenta o risco de contaminação e subsequente infecção. É possível afirmar que a implantação de conectores sem agulhas, quer valvulados ou puncionáveis, com manutenção de sistema fechado de infusão, apresentam impacto positivo na menor contaminação do canhão do cateter ou na ocorrência de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central (ESMANHOTO, *et al.*,2013)

O aumento de infecção da corrente sanguínea também está relacionado com o sítio anatômico de inserção do cateter, com destaque maior para inserção na femoral e menor para subclávia, cujo fator preponderante é a quantidade e diversidade de microrganismos encontrados em cada uma das regiões supracitadas (ENTESARI-TATAFI, ORFORD *et al.*,2015). O cateterismo na veia subclávia tem sido associado a uma menor taxa de infecção, em comparação com a femoral. Estudos realizados em UTIs nos Estados Unidos, ao compararem as complicações infecciosas e a colonização desses dois sítios de inserção, constataram que a incidência de complicações infecciosas pela femoral foi 3,75 maiores

que na subclávia e que a taxa de colonização do cateter foi de 20% para femoral e 4% para subclávia (SILVA, OLIVEIRA,2018),

O período de permanência na UTI com o uso do CVC deixa o paciente suscetível a adquirir infecções nosocomiais e a agravar demais infecções. Se o tempo de uso do CVC for superior a 5 dias aumentam as chances de ocorrências e comorbidades e a permanência do curativo sobre a pele por mais de 3 dias, aumenta-se em até 6,9 vezes a chance de desenvolver ICSRC (PETROLO *et al.*, 2014; BARROS *et al.*, 2016).

As causas de risco para as infecções de corrente sanguínea (ICS) podem estar também relacionadas ao paciente. Apresentando-se pelos extremos de idade, aumento do número e gravidade das doenças de base, nutrição ineficiente, perda da integridade tissular da pele, como no caso das queimaduras, imunidade comprometida, especialmente neutropenia (DA SILVA, 2017).

No Brasil, dados de 2014 publicados pela Anvisa referentes às UTIs de 1.692 hospitais evidenciaram a densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) em UTI adulto, como sendo de 5,1 infecções a cada 1.000 cateter venoso central dia. Em pacientes pediátricos essa incidência foi de 5,5 infecções a cada 1.000 CVC dia. Na UTI neonatal, a densidade diminui à medida que o peso do paciente ao nascer aumenta (ANVISA, 2015).

Conforme os dados informativos da ANVISA, no ano de 2012, as taxas de infecção da ICSRC foram significativamente altas, onde 2.539.918 dos cateteres inseridos anualmente, 21 mil apresentaram incidência de infecção de corrente sanguínea e 15.149 foram caracterizados como ICSRC (ANVISA, 2015).

- **Manipulação do cateter venoso**

A manipulação excessiva associada ao período do uso prolongado do dispositivo é apontada como fatores determinantes para o surgimento do quadro infeccioso nos pacientes, ou seja, quanto maior o período de permanência do CVC, maiores as chances de piora do paciente, conseqüentemente aumento o tempo de internação e sobrecarga de antibióticos para tentar reverter o quadro. É relevante o conhecimento dos profissionais sobre as medidas de prevenção de infecção de CVC, por meio de treinamentos e capacitações que busquem a segurança na técnica de inserção e manipulação do CVC por parte da equipe, a fim de minimizar eventos adversos com esse dispositivo, também foi pontuada em revisão integrativa que teve como objetivo levantar as melhores evidências na literatura sobre as intervenções mais eficazes para prevenir as infecções da corrente sanguínea em pacientes em uso de CVC (SANTOS *et al.*, 2014)

Entretanto, ressalta-se que a manipulação de um CVC no momento posterior a sua inserção, até mesmo em sua remoção é de total responsabilidade do profissional de enfermagem e sua respectiva equipe. Logo, nota-se a relevância do aprimoramento técnico e profissional do enfermeiro nesse, devendo o indivíduo manter-se constantemente

atualizado quanto ao conhecimento, habilidades, competências e treinamentos necessários ao exercício de sua função com excelência, resolutividade, segurança e eficiência (PERIN *et al.*, 2016).

Nesse contexto, destaca-se as elevadas taxas de morbidade e mortalidade associadas as IRAS refletem diretamente no próprio grau de cuidado com paciente crítico no ambiente de UTI, constituindo um agravante na saúde pública. Sendo assim, a execução do enfermeiro no manuseio do CVC é indispensável visando a resolutividade e efetividade das ações assistenciais executadas, visto que ao atuar diretamente na realização de curativos, monitoramento de sinais infecciosos, intercorrência com dispositivos invasivos e execução de práticas indispensáveis a recuperação de saúde do indivíduo, além da prevenção e controle de infecções diversas, promove a construção de um modelo de cuidado pautado pela integralidade, dignidade e humanização no atendimento ao público (SILVA; CRUZ, 2018).

- **Medidas de prevenção**

É de suma importância que haja esforços incessantes par promoção de cuidados baseados em evidencias para prevenção das infecções associadas ao CVC em pacientes internados na UTI. É importante que haja monitoramento constante nesses pacientes, identificando complicações precocemente fazendo assim que os cuidados pela equipe sejam tomados antes mesmo de o quadro do paciente evoluir (PETROLO *et al.*, 2014)

Os programas de educação continuada para os profissionais que estão diretamente responsáveis pelos cuidados que envolvem o CVC, desenvolvendo e aprimorando e conhecimento acerca das técnicas estéreis e de outras medidas que compõem inserção e manipulação do dispositivo, podem contribuir para a melhora da cultura de segurança e maior comprometimento dos profissionais na adesão das estratégias que visem à redução das taxas de infecção (PERIN, 2015).

Segundo Ferreira *et al.* (2019), a enfermagem exerce papel importante no controle e prevenção de infecções na corrente sanguínea, na medida em que o desenvolvimento de suas atribuições pautadas pelo respeito a protocolos de atendimento previamente definidos, com base no estabelecimento de maior segurança, integralidade e efetividade no atendimento, promove a construção do meio necessário a garantia de maior segurança e redução de eventuais casos de infecções. Nesse contexto, os autores falam que as IRAS no ambiente de UTI estão comumente associadas aos CVCs, sendo preocupação mundial e objeto de estudo visando a minimização de seus riscos, além de promoção de maior qualidade na prestação da assistência

Oliveira e Rodrigues (2016) dizem que os cuidados de enfermagem objetivam a construção de metodologias assistenciais voltadas a redução de casos de infecção no cateter venoso central, por meio da execução de ações como punção segura do cateter totalmente implantado, adequada troca e manutenção de curativos do CVC, administração

de medicamentos de forma segura e manutenção do sistema constantemente fechado. Sendo assim, tais ações promovem um ambiente favorável a prevenção do cateter totalmente implantado, promovendo uma assistência segura ao paciente sob tratamento e garantindo maior integralidade, segurança e resolutividade das ações executadas enfermagem.

As seis recomendações universais para prevenir e controlar as ICS via CVC, demonstram grande eficácia quando realizadas de forma regular, sendo elas: uso de EPI's e campo estéril (precauções de barreira máxima), higiene das mãos (medida universal de controle de infecção), antisepsia da pele com clorexidina (melhor proteção comparada aos outros antissépticos), seleção do local (veia subclávia vem sendo a mais indicada pela literatura atual), revisão diária do Cateter, educação continuada da equipe multidisciplinar (manuseio e implantação conforme normas de prevenção) (HENRIQUE *et al.*, 2013).

Os profissionais da área de enfermagem que adotam procedimentos de limpeza não apenas das mãos, mas também do uso de substâncias adequadas durante a limpeza, troca e manutenção de curativos são fundamentais para preservação da saúde do doente e prevenir diversas infecções. Além disso, os cuidados com os CVC são de completa responsabilidade da área de enfermagem, sendo estes atores fundamentais na manutenção e retirados do cateter (SOUSA *et al.*, 2018).

A importância da prática de HM (higienização das mãos) é baseada na capacidade das mãos de abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto por meio de objetos. A HM deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo. É importante ressaltar que a utilização de luvas não substitui a HM. O controle dessas infecções por meio da higienização cuidadosa e frequente das mãos atende às exigências legais e éticas, promove a segurança e a qualidade da atenção prestada ao paciente (GOMES, MORAES, 2018).

Cabe apontar que a HM deve ser realizada, com uso de água e sabonete líquido quando houver visível contaminação por sangue ou outros fluidos corporais, além de solução alcoólica de 70% quando não houver sujidades visíveis nas mãos do profissional enfermeiro (PERIN *et al.*, 2016).

Diante da pesquisa realizada por SOUSA *et al.* (2017), a incidência dos enfermeiros que realizaram higienização das mãos antes de realizar o curativo foi de 40%, sendo menor do que a incidência dos enfermeiros que se higienizaram após realização do procedimento, com porcentagem de 73,4%.

A assepsia do local de inserção do CVC, com solução com clorexidina alcóolica >0,5%, a cada troca de curativos tem sido recomendada pela diretriz do CDC para cuidado da infecção relacionada ao CVC, por reduzir a carga microbiana local. A clorexidina é amplamente utilizada como um antisséptico nos cuidados de saúde, devido a sua excelente atividade antimicrobiana, a seu efeito residual prolongado e a sua rápida ação. As taxas

de infecção da corrente sanguínea podem ser reduzidas de forma significativa quando a assepsia é realizada a cada troca de curativo (CHEN, *et al.*,2013)

É preciso destacar a execução de intervenção educacional continuada tem sido comprovadamente eficaz na diminuição das taxas de infecção, pois desenvolve uma cultura de prevenção entre os profissionais e leva a uma redução sustentada das taxas de infecção. No entanto, tal intervenção não deve se resumir somente em transmitir conhecimento, devendo ter foco nas habilidades adotadas por parte dos enfermeiros (SIQUEIRA, HUEB, CONTREIRA, NOGUERON, CANCIO, 2011).

4 | CONCLUSÃO

O CVC é um procedimento muito utilizado em pacientes internos na UTI, ainda que o esse forneça acesso vascular seguro, as práticas indevidas em seu manuseio podem causar em maior risco diversas complicações para os pacientes incluindo a infecção de corrente sanguínea.

O presente trabalho mostrou a importância da enfermagem na realização de procedimento simples, que se realizado de forma correta, para minimiza as taxas de infecção e outros problemas.

Esperamos atrair a atenção para o tema para mostrar que a antisepsia é a melhor maneira de prevenir a infecção na corrente sanguínea, o uso da clorexidina, álcool 70%, uso de EPI's e a importância da higienização das mãos que deve ser lavada antes e depois dos procedimentos.

Nesse sentido, aponta-se a melhor maneira de diferentes estratégias e ações voltadas à controle e prevenção de infecções em cateteres venosos centrais exerce impacto positivo na redução dos índices de infecção hospitalar, contudo, torna-se necessária a padronização da assistência ofertada visando o estabelecimento de procedimentos pautados por maior integralidade, resolutividade e segurança.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde** (PNPCIRAS) 2015. Disponível em. Acesso em: 26 set. 2020.

BARROS, L. L. S.; MAIA, C. S. F.; MONTEIRO, M. C. **Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em unidade de terapia intensiva**. Caderno Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4. p.388-396, 2016.

CHEN, W., LI, S., LI, L., WU, X., & ZHANG, W. **Effects of daily bathing with chlorhexidine and acquired infection of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant *Enterococcus*: a meta-analysis**. Journal of thoracic disease, v. 5, n. 4, p. 518, 2013.

- DA SILVA, R. F. et al. **Fatores de risco para infecção de corrente sanguínea e influência na taxa de mortalidade.** Revista Prevenção de Infecção e Saúde, v. 3, n. 3, 2017.
- DE ALMEIDA, N. R., et al. **Perfil epidemiológico das infecções relacionadas à assistência à saúde em Unidades de Terapia Intensiva.** Cadernos ESP, v. 9, n. 1, p. 42-51, 2015.
- DUDECK, M. A., WEINER, L. M., ALLEN-BRIDSON, K. **National Healthcare Safety Network (NHSN) device-associated module.** American journal of infection control, v. 41, n. 12, p. 1148-1166, 2013.
- ENTESARI-TATAFI, D., ORFORD, N., BAILEY, M. J., CHONGHAILE, M. N. I., LAMB-JENKINS, J., & ATHAN, E. **Effectiveness of a care bundle to reduce central line-associated bloodstream infections.** Medical Journal of Australia, v. 202, n. 5, p. 247-249, 2015.
- ESMANHOTO, C. G., TAMINATO, M., FRAM, D. S., BELASCO, A. G. S., & BARBOSA, D. A. **Microrganismos isolados de pacientes em hemodiálise por cateter venoso central e evolução clínica relacionada.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, n. 5, p. 413-420, 2013.
- FERREIRA, L. L. et al. **Cuidado de enfermagem nas infecções relacionadas à assistência à saúde: scoping review.** Revista Brasileira de Enfermagem REBEN, v. 72, n. 2, p. 498-505, 2019.
- GOMES, M. F.; MORAES, V. L. **O programa de controle de infecção relacionada à assistência à saúde em meio ambiente hospitalar e o dever de fiscalização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Revista de Direito Sanitário, v. 18, n. 3, p. 43-61, 2018.
- HENRIQUE, D. M. et al. **Fatores de risco e recomendações atuais para prevenção de infecção associada a cateteres venosos centrais: uma revisão de literatura.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 3, n. 4, 2013.
- KHANNA, V. et al. **Evaluation of central venous catheter associated bloodstream infections: a microbiological observational study.** Journal of pathogens, v. 2013.
- MAGILL, S. S. et al. **Pesquisa de prevalência pontual de várias etapas de infecções associadas à assistência à saúde.** New England Journal of Medicine, v. 370, n. 13, p. 1198-1208, 2014.
- OLIVEIRA, T. F.; RODRIGUES, M. C. S. **Enfermagem na prevenção de infecção em cateter totalmente implantado no paciente oncológico.** Revista Cogitare Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 1-5, 2016.
- PERIN, D. C. **Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: Revisão sistemática sem metanálise.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- PERIN, D. C., ERDANN, A. L., HIGASHI, G. D. C., DAL SASSO, G. T. M. **Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: revisão sistemática.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, n. 1, 2016.
- PETROLO, E., et al. **Infecção, reação local e má fixação de curativos para cateter venoso central.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, n. 27, n. 1, jan./fev. 2014.

PIEROTTO, A.A.S. et al. **Infecção de corrente sanguínea relacionada ao uso de cateteres venosos centrais em pacientes pediátricos de um hospital terciário.** 2015. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SANTOS, S. F. et al. **Ações de enfermagem na prevenção de infecções relacionadas ao cateter venoso central: uma revisão integrativa.** Revista SOBECC, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 219- 225, out./dez. 2014.

SILVA, A. G., OLIVEIRA, A. C. **Conhecimento autorreferido das equipes médica e de enfermagem quanto às medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea.** Revista Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis, v.27, jul./ago. 2016.

SILVA, E. A. D., CRUZ, I. C. F. **Diretrizes para a prática baseada em evidência para o controle de intervenção de enfermagem na prevenção de infecção relacionada a cateter venoso central, um desafio na prática de assistência em UTI.** Journal of Specialized Nursing Care, v. 10, n. 1, 2018.

SILVA, A. G. D., & OLIVEIRA, A. C. D. **Impacto da implementação dos bundles na redução das infecções da corrente sanguínea: uma revisão integrativa.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, n. 1, 2018.

SIQUEIRA, G. L. G., HUEB, W., CONTREIRA, R., NOGUERON, M. A., CANCIO, D. M., & CAFFARO, R. A. **Infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central (ICSRC) em enfermarias: estudo prospectivo comparativo entre veia subclávia e veia jugular interna.** Jornal Vascular Brasileiro, v. 10, n. 3, p. 211-216, 2011.

SOUSA, F. C., PEREIRA, J. C., REZENDE, D. A., LAURA, C. **Avaliação dos cuidados de enfermagem com o cateter venoso central em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica.** Revista Administração em Saúde, v. 18, n. 70, 2018.

SOUSA, F. C., et al. **Avaliação dos cuidados de enfermagem com o cateter venoso central em uma unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica.** Revista Administração em Saúde. Minas Gerais, v. 18, n. 70, jan./mar. 2017.

STRELOW, F. A. et al. Cuidados da equipe de enfermagem com cateter venoso central em pacientes críticos. **REVISTA INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E BIOLÓGICAS–RICSB**, v. 1, n. 1, 2017.

CAPÍTULO 8

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SALA DE VACINA: UMA NECESSIDADE PRIMORDIAL DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão em: 02/02/2021

Regiane Rodrigues Peixoto Macedo

Centro Universitário Luterano de Palmas –
Ceulp Ulbra. Servidora do Tribunal de Justiça
do Tocantins como Enfermeira assistencial.
Palmas-TO

<https://orcid.org/0000-0002-1438-1161>
<http://lattes.cnpq.br/2236653907921731>

RESUMO: Este ensaio objetiva descrever a efetividade da educação permanente para equipe de enfermagem em sala de vacina. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, assim os dados foram levantados nas bases: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Redalyc e Portal CAPES. Diante dos resultados, evidencia-se que a educação permanente em sala de vacina é uma estratégia necessária para garantia da qualidade no processo de enfermagem na área de vacinação. Concluiu-se que o enfermeiro deve repensar seu papel na sala de vacina e estabelecer o critério de educação permanente para garantir a efetividade no programa de imunização.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente, Imunização, Enfermagem.

PERMANENT EDUCATION IN THE VACCINE ROOM: A PRIMARY NEED OF NURSES

ABSTRACT: This essay aims to describe the effectiveness of continuing education for nursing staff in a vaccine room. It is a narrative review of the literature, so the data were collected in the bases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Redalyc and CAPES Portal. In view of the results, it is evident that permanent education in the vaccination room is a necessary strategy for quality assurance in the nursing process in the vaccination area. It was concluded that the nurse must rethink his role in the vaccination room and establish the criterion of permanent education to guarantee the effectiveness of the immunization program.

KEYWORDS: Permanent Education, Immunization, Nursing.

EDUCACIÓN PERMANENTE EM SALA DE VACUNAS: UMA NECESIDAD PRIMORDIAL DEL ENFERMEIRO

RESUMEN: Este ensayo tiene como objetivo describir la efectividad de la educación continua para el personal de enfermería en una sala de vacunas. Se trata de una revisión narrativa de la literatura, por lo que los datos se levantaron en las fundaciones: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Redalyc y Portal CAPES. Dados los resultados, es evidente que la educación permanente en la sala de vacunación es una estrategia necesaria para el aseguramiento de la calidad en el proceso de enfermería en el área de vacunación. Se concluyó que el enfermero debe

repensar su rol en la sala de vacunación y establecer el criterio de educación permanente para garantizar la efectividad del programa de inmunización.

PALABRAS CLAVE: Educación Permanente, Inmunización, Enfermería.

1 | INTRODUÇÃO

A imunização é um dos meios mais seguros, econômicos e efetivos para erradicação de doenças incapacitantes e da mortalidade infantil no primeiro ano de vida. O Brasil é reconhecido por ter o melhor programa de Imunização (PNI) do mundo, sendo usado como exemplo por diversos países. Entretanto, mesmo com a disponibilização de vacinas de forma gratuita a todo e qualquer cidadão brasileiro, inclusive aos mais vulneráveis, a cobertura vacinal vem caindo significativamente. Um dado que se torna preocupante, uma vez que traz a insegurança da volta de doenças já erradicadas¹.

No cenário brasileiro o Programa Nacional de Imunizações (PNI) promove de forma gratuita a vacinação de mais de 15 imunógenos, o programa encontra-se em constante ampliação tecnológica e diversificação do esquema vacinal. Mas que de acordo Sato² está em situação de declínio, dados revelam que no ano de 1990 as coberturas vacinais ficavam acima de 95%, entretanto desde 2016 ocorre uma queda de 10 a 20 pontos percentuais.

Eventualmente vários fatores ocasionam o declínio da adesão da população frente as imunizações, sendo categorizados pelo enfraquecimento do sistema único de saúde e os aspectos culturais e religiosos de cada indivíduo que influenciam negativamente a aceitação da vacinação³. Além disso a crescente onda de manifestações antivacinais são crescentes e fomenta informações de saúde incorretas.

Diante desse cenário, é importante entender que o Programa Nacional de Imunização para atuar com eficiência precisa ser eficaz em pontos chaves, dentre eles, com relação a vacina (resposta imunológica adequada), que para que isso ocorra, as vacinas devem estar em condições ideais de conservação, esquema adequado, orientações corretas e principalmente a técnica de aplicação ideal. Exigindo assim do vacinador, conhecimento teórico e prático⁴.

No tocante a imunização, as atividades devem ser realizadas por uma equipe de enfermagem treinada para a conservação, manuseio e administração das vacinas. A capacitação, bem como a educação permanente da equipe, é responsabilidade do enfermeiro da unidade, com o objetivo de oferecer uma vacina eficaz, com os menores eventos adversos possíveis e ausência de procedimentos e técnicas inadequadas⁵.

Dessa forma, Jesus et al.,⁶ descreve a educação permanente na enfermagem como um meio de contribuir para a formação profissional, visando à mudança de atitudes e comportamento. O Enfermeiro como multiplicador de conhecimento, frente a imunização precisa motivar a sua equipe à busca por tecnologias de atualização profissional, para o autoconhecimento e a autorreflexão, bem como promover educação em saúde para os usuários do SUS, afim de efetivar o processo da adesão da vacinação.

Neste contexto surgiu a indagação: Quais os impactos ocasionados pela escassez da educação permanente em salas de vacina? Com o objetivo de descrever a efetividade da educação permanente para a equipe em sala de vacina, analisando os entraves que dificultam o processo de educação permanente, assim como identificar os principais pontos em sala de vacina a ser explorado pelo enfermeiro em educação permanente.

2 | MÉTODO

Foi realizado um estudo de revisão narrativa da literatura, onde o material sobre o tema foi buscado em artigos periódicos, por meio dos sistemas de informação de busca eletrônica. Segundo Silva e Porto⁷ a revisão de literatura caracteriza-se pelo conhecimento adquirido mediante repetidas leituras, objetivando um texto lógico e coerente que traga sentido a discussão. Consiste em traçar as ideias já existentes, colocando-as em ordem de pensamento, dando sentido e seguimento a cada autor estudado.

“[...] um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema. O estudo da literatura pertinente pode ajudar a planificação do trabalho, evitar duplicações e certos erros, e representa uma fonte indispensável de informações podendo até orientar as indagações”⁸.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, no idioma português, em conformidade com o tema proposto e com procedência nacional. Foram excluídas as duplicações dos estudos, e todos os artigos que não se encaixaram nos critérios de inclusão.

As bases de dados científicas foram acessadas durante o período de fevereiro a maio de 2019, na primeira busca foram identificadas 9.322 amostras, sendo encontrados no Scientific Eletronic Library Online (SciELO) 445, Portal CAPES 04 e Redalyc 8.873 publicações. Após a utilização dos critérios de inclusão, houve a redução da quantidade de publicações, permitindo identificar como amostra 16 estudos, sendo 11 obtidos no SCIELO, 06 no Redalyc e 02 no Portal CAPES.

Para os resultados e discussões foram selecionados artigos dos últimos 10 anos. Foram utilizadas na pesquisa os seguintes descritores: supervisão, educação permanente, vacinação, sala de vacina, programa nacional de imunização e imunização.

Em relação ao tratamento dos dados, foi desenvolvida em três fases, conforme descrito abaixo: 1º fase - exploração dos materiais: leituras e releituras dos artigos/publicações selecionados a fim de conhecer sobre o tema e reter informações importantes para construção da próxima etapa; 2º fase - seleção das unidades de análise: sentenças, ideias, dados, frases e parágrafos que se apresentavam com maior frequência no objetivo de construir unidades temáticas; 3º fase - categorização dos estudos: foram demonstradas as interpretações abstraídas no intuito de construir novos conhecimentos.

RESULTADOS

Foram identificados 9.322 artigos científicos, destes foram excluídos 9.306 artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão, sendo selecionados para a construção deste trabalho 16 artigos, apresentados pelo quadro a seguir com o demonstrativo das obras literárias que compuseram o estudo.

Autor	Título	Periódico	Ano	Resultados
TRINDADE et al.	As implicações práticas do enfermeiro em saúde da família: um olhar sobre a sala de imunizações	Revista Eletrônica Acervo Saúde	2019	É necessário refletir a atuação do enfermeiro, apontando que seu papel é fundamental para que todas as atividades sejam desenvolvidas de maneira efetiva, em todas as etapas da imunização.
MARTINS et al.	Educação permanente em sala de vacina: qual a realidade?	Revista Brasileira de Enferma-gem	2018	Os entraves para não realização de processos educacionais se faz em razão da sobrecarga de trabalho associada a recursos humanos insuficientes e falta de apoio dos superiores.
RIBEIRO; MELO; TAVARES	A importância da atuação do enfermeiro na sala de vacina: Uma revisão integrativa	R. Enfer. UFJF	2017	A presença e a atuação expressiva do enfermeiro na sala de vacina forma indicadas como método para diminuir a incidência de falhas, devido a capacitado para atuar na educação permanente da equipe e organizar os processos.
SIQUEIRA et al.	Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015	Epidemiol. Serv. Saúde	2017	Classificaram a maioria das salas de vacinas como boa/ideal, porém, observaram que há necessidade de sistematização de educação permanente para os profissionais e de melhorias estruturais, a fim de atender às normas preconizadas pelo PNI.
LIMA; PINTO	O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS)	Scire Salutis	2017	A importância do PNI para a saúde pública e prevenção de doenças, destacando que o PNI desempenha um papel relevante na promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida de grande parte da humanidade
LACERDA	Capacitação em sala de vacina: uma proposta de educação permanente em saúde no município de esperança-PB	RI - Repositório Institucional UFSC	2017	Ressalta-se a importância da educação permanente em imunização, uma vez que novas vacinas são incorporadas e novos conhecimentos adicionados ao PNI.

SANTOS et al.	Fatores determinantes das perdas das vacinas em Unidades Básicas de Saúde	Id on Line Rev. Psic.	2016	A importância de conhecer as causas das perdas dos imunobiológicos, que na maioria das vezes são evitáveis, o que poderá subsidiar o gerenciamento nas unidades de saúde, garantindo a qualidade das vacinas que são ofertadas nos serviços de saúde.
OLIVEIRA et al.	Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem	R. Enferm. Cent. O. Min.	2016	Destacaram que os achados apontam a necessidade de repensar as formas de educação dos profissionais de enfermagem que atuam em sala de vacina a fim de que ocorram melhorias no processo de trabalho.
SILVA et al.	Análise dos eventos adversos após aplicação de vacinas em Minas Gerais, 2011: um estudo transversal	Epidemiol Serv. Saúde	2016	Foram observados eventos em todas as regiões do estado, mais frequentes após a administração de vacinas inativadas e entre crianças menores de 1 ano.
TERNOPOLSKI; BARATIERI; LENSTCK	Eventos adversos pós-vacinação: educação permanente para a equipe de enfermagem	Revista Espaço para a Saúde	2015	Os autores enfatizam que contextualizar e abordar sobre eventos adversos não é tarefa fácil, mas necessária para o aprimoramento dos serviços de imunização no SUS.
FOSSA et al.	Conservação e administração de vacinas: a atuação da enfermagem	Saúde Rev.	2015	Os problemas identificados estavam relacionados à estrutura e à organização das salas de vacinas. Assim, pelos dados analisados, consideram que há necessidade de um maior investimento na formação permanente dos profissionais.
OLIVEIRA et al.	Fragilidades da conservação de vacinas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde	Revista Brasileira de Enferma-gem	2015	O estudo apontou falhas na estrutura das salas de vacinas, deficiência no processo de supervisão, desconhecimento das normas e técnicas do PNI e ausência de educação para os trabalhadores.
MARINELLI; CARVALHO; ARAÚJO	Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica	Revista Univap	2015	A pesquisa identificou demanda urgente na qualificação dos profissionais de enfermagem de sala de vacina.
GIOVELLI et al.	A percepção dos técnicos de enfermagem em relação aos riscos ocupacionais em salas de vacinas	Cogitare Enferm	2014	No estudo observou-se que as salas de vacinas apresentam inúmeros riscos ocupacionais e que muitos trabalhadores não os percebem.

OLIVEIRA et al.	Conservação de vacina em unidades públicas de saúde: uma revisão integrativa	Revista de Enferma-gem Referên-cia	2013	Para os pesquisadores, a análise da amostra apontou inúmeros entraves que podem comprometer a qualidade da imunogenicidade, além de um aumento considerável nos custos do PNI, com perdas desnecessárias de vacinas, por erros de manutenção da cadeia de frio. Tal situação aponta para a necessidade de educação permanente.
LUNA et al.	Aspectos relacionados a administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	2011	Na pesquisa detectaram-se lacunas quanto a estrutura física, verificação e registro do mapa de temperatura e orientações sobre os efeitos pós vacinais na maioria das salas estudadas.
FEITOZA; PEREIRA; LEITE	Condutas do enfermeiro nas situações de atraso vacinal em conformidade com o Programa Nacional de Imunização	Saúde Coletiva	2010	Os resultados deste estudo possibilitaram identificar a necessidade de realizar com maior frequência cursos de capacitação em sala de vacinação.
FEITOSA; FEITOSA; CORIOLANO	Conhecimen-Tos e práticas Do auxiliar de Enfermagem em sala de Imunização.	Cogitare Enferm.	2010	De acordo com os resultados da pesquisa, recomendam maior investimento na educação permanente destes profissionais aliando o conhecimento científico ao cotidiano do trabalho para uma atuação mais fortalecida e humanizada.

Quadro 1 – Demonstrativo das obras literárias em ordem cronológica decrescente, de 2009 a 2019.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

A partir dos artigos analisados a temática foi organizada em três tópicos: Pontos positivos da educação permanente para a equipe em sala de vacina; Entraves que dificultam o processo de educação permanente; principais pontos em sala de vacina a ser explorado pelo enfermeiro em educação permanente.

3 | DISCUSSÃO

3.1 Pontos positivos da educação permanente para a equipe em sala de vacina

A equipe de imunização das unidades básicas de saúde é composta pelo enfermeiro e pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, os quais têm responsabilidade quanto ao manuseio, conservação, preparo e administração, monitoramento de eventos adversos, registro e descarte dos materiais utilizados nas ações de vacinação. Cabe ao enfermeiro,

supervisionar a sala de vacina e promover a educação permanente da equipe pela qual é responsável, considerando que a prática de educação para o trabalho, é uma ferramenta necessária para o enfrentamento dos contratempos relacionados às práticas de saúde⁹.

Fossa et al.,¹⁰ afirmam que o enfermeiro tem a responsabilidade de estruturar as atividades de vacina e participar de estratégias como intensificação, bloqueio e campanhas de imunização. Os autores ressaltam que é papel do enfermeiro planejar, organizar, coordenar, e avaliar as estratégias aplicadas à cobertura vacinal e as taxas de abandono. Assim, o enfermeiro como educador em saúde deve compartilhar com a família, informações úteis dos inúmeros fatores necessários à prevenção e promoção da saúde por meio da vacinação.

A educação permanente tem como objetivo propor estratégias para alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, partindo da ideia de que o conhecimento nasce na identificação das necessidades e na busca de soluções para os problemas encontrados¹¹.

Para Ribeiro et al.,¹² o sucesso no serviço de imunização está relacionado à segurança e eficácia dos imunobiológicos, assim como a efetivação das recomendações específicas de conservação, manipulação, administração e acompanhamento pós-vacinal realizada pelos profissionais de enfermagem, destacando que o enfermeiro é o responsável pela supervisão do serviço na sala de vacina e pela educação permanente da equipe. Neste sentido, cabe ao enfermeiro manter-se presente diariamente atuando na vacinação, na supervisão contínua, orientando o paciente e/ou pais, gerenciando as possíveis reações adversas e dando suporte no sistema de registro e monitoramento da conservação dos imunobiológicos.

De acordo com Trindade et al.,¹³ a respeito de vacinação segura, a portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que implementa o Programa Nacional de Segurança do Paciente, ressalta sobre o dever de produzir, sistematizar e ampliar informações sobre segurança do paciente e estender o acesso da população à cerca deste assunto. Para os autores, é necessário reiterar que a lavagem das mãos, conforme preconiza a Anvisa, é indispensável durante a vacinação e no momento em que os procedimentos são realizados pela equipe de saúde, evitando assim a propagação de doenças, devendo a técnica ser realizada antes e depois de qualquer atividade realizada.

Segundo Luna et al.,¹⁴ o Ministério da Saúde preconiza que nas salas de vacinas estejam sempre disponíveis os manuais, resoluções e informes técnicos operacionais para possíveis necessidades de consultas pela equipe, assegurando a realização de procedimentos e esclarecimentos, favorecendo a redução de complicações e viabilizando educação em saúde entre os usuários. Os autores entendem que as atualizações sistemáticas em vacinação são cobranças necessárias para que se ofereça um serviço de qualidade que extermine e controle as doenças imunopreveníveis.

Oliveira et al.,¹⁵ corroboram afirmando que a vacinação tem alcançado posição de destaque entre as políticas públicas de saúde no Brasil, e que o PNI brasileiro tem se sobressaído internacionalmente devido seus considerados avanços na prevenção, controle e eliminação de doenças imunopreveníveis, bem como o rápido processo de introdução de novas vacinas no calendário. Assim, os pesquisadores ressaltam que a supervisão das atividades em sala de vacina é primordial para a monitorização e avaliação de procedimentos, na medida em que busca estabelecer o alcance dos objetivos e cumprimento de metas.

Frequentemente ocorrem mudanças no calendário vacinal e introdução de novos imunobiológicos, bem como, a modernização dos equipamentos em sala de vacina, requerendo da equipe profissional a obtenção de novos e específicos conhecimentos. Dessa forma, faz-se necessário a contínua atualização das instruções e um perfil de profissional mais comprometido com capacidade de adaptação às transformações, e ainda motivado a continuar aprimorando suas aprendizagens ao longo da vida profissional¹⁶.

Santos et al.,¹⁷ ressaltam a relevância do investimento em capacitação permanente da equipe que atua em salas de vacinas, considerando a necessidade de identificar alterações que possam ocorrer e interferir na conservação dos imunobiológicos e reduzir a sua eficácia. Assim, os autores consideram a possibilidade de garantia da qualidade das vacinas que são oferecidas para a população nos serviços de saúde, contribuindo para o controle das doenças imunopreveníveis.

Estudo realizado por Ternopolski et al.,¹⁸ destacou a importância dos fatores relacionados ao manejo e administração das vacinas, alertando para as práticas inadequadas que resultam em danos para o produtor do imunobiológico, para o profissional que administra, e principalmente para os usuários que recebem a vacina. De acordo com os autores, tais consequências podem ser prevenidas através de capacitação dos profissionais, fornecimento adequado de equipamentos e supervisão dos serviços, por meio de notificações e acompanhamentos de casos.

Neste sentido, Marinelli et al.,¹⁹ corroboram afirmando que o enfermeiro em sala de vacina, tem papel de definir as ações que são de sua competência nesse contexto, colaborando para o controle e/ou eliminação de agravos preveníveis por imunizantes através da execução correta de toda a política tangente à conservação dos imunobiológicos, correto preparo e administração da vacina, atitude frente aos efeitos adversos, preenchimento correto das notificações e educação continuada da equipe a qual é responsável.

Lima e Pinto²⁰, chamam a atenção para a importância das equipes profissionais e trabalhadores que desenvolvem papéis relacionados ao processo de imunização, destacando que estes devem permanecer envolvidos e comprometidos com o serviço de vacinação, o qual se faz necessário a capacitação continuada dessa equipe conforme as normas dos manuais elaborados pelo Ministério da Saúde, assim como dos órgãos competentes para que seja determinada a excelência dos imunobiológicos e a totalidade da assistência aos usuários desse serviço.

Ribeiro et al.,¹² descrevem que a educação permanente realizada pelo enfermeiro organiza os processos, diminuindo assim as incidências de falhas. A presença e a atuação expressiva do enfermeiro na imunização denotam maior qualidade na assistência prestada e maior segurança aos pacientes e familiares.

3.2 Principais pontos em sala de vacina a ser explorado pelo enfermeiro em educação permanente

Erros de imunização na administração de vacinas são causados por falhas cometidas em algum momento da imunização como armazenamento, preparo, manipulação ou administração, situações estas que são evitáveis. Os motivos para estes erros podem estar relacionados com a técnica não estéril de administração, reutilização de materiais descartáveis, contaminação do imunobiológico ou diluente, preparo incorreto, erro no local ou via de administração, a forma como é transportado, e inadequação no armazenamento¹⁸.

Neste sentido, De Oliveira et al.,²¹ referem que em relação aos sentimentos de insegurança relacionados aos eventos adversos, se faz necessário repensar as condutas da equipe, desde o aumento das capacitações, como o acompanhamento direto pelo enfermeiro. Visto que esses eventos geram transtornos e danos, e que, além disso, causam insegurança por parte da população, levando a uma diminuição na procura do serviço e, conseqüentemente, baixa adesão do calendário vacinal.

Para Trindade et al.,¹³ um ponto importante na gestão do enfermeiro sobre a sala de vacina está na necessidade de orientações efetivas para pacientes e familiares, pois só com o processo de trabalho e acompanhamento da qualidade das vacinas aplicadas será garantido a efetividade no programa de imunização.

De acordo com Ribeiro et al.,¹² os prejuízos na imunogenicidade da vacina, que ocorrem em decorrência do transporte, manipulação e armazenamento incorreto, são considerados perdas evitáveis, devido à falta de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, e ainda pela falta de conhecimento e descumprimento das normas de conservação dos imunobiológicos. O estudo dos autores identificou falhas no processo de refrigeração dos imunobiológicos, apontando para a falta de capacitação dos profissionais atuantes na sala de vacina, bem como atuação ineficaz do enfermeiro. Deve haver sempre treinamento e capacitação para a equipe de enfermagem na sala de vacina para os meios de manipulação, conservação, preparo e administração, devendo realizar registro e descarte dos resíduos em locais apropriados. Deve ainda participar do processo que determina prioridades e do planejamento das ações de vacinação^{12,13}.

Corroborando Siqueira et al.,²¹ destacam que os profissionais devem ter uma visão mais crítica e reflexiva do seu trabalho, bem como receber atualização constante sobre os serviços a serem ofertados. Ressaltam que a introdução de novas vacinas no calendário do PNI requer capacitação para melhor desempenho das habilidades e ampliação do conhecimento destes profissionais. Consideram também a importância da adequada

condição de trabalho da equipe, para que as recomendações do Ministério da Saúde possam ser respeitadas.

Pesquisa realizada em Minas Gerais com profissionais que atuam em imunização, identificou falhas na estrutura das salas de vacina, carência no processo de supervisão, falta de conhecimento das normas técnicas do PNI e ausência de educação continuada para os profissionais, podendo tais fatores explicar a presença ainda de motivos das perdas dos imunobiológicos por acondicionamento inadequado¹⁷.

Estudos realizados no Brasil têm identificado desconhecimento dos profissionais sobre intervalos de temperatura ideais para a conservação, falta de termômetros ou monitoramento contínuo de temperaturas, detecção de exposição com frequência dos produtos a temperaturas extremas (<0°C e >10°C) ao serem transportados e armazenados, organização inapropriada dos refrigeradores e falta de exclusividade na estocagem das vacinas¹⁹.

Atualmente, estudos têm demonstrado que o congelamento de vacinas é considerado um problema global, que ocorre tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, e que há falta de conhecimento dos profissionais no que diz respeito às vacinas que não podem ser submetidas ao congelamento. Assim, o enfermeiro como responsável direto pela equipe de enfermagem deve inserir, em sua rotina, a supervisão planejada da sala de vacina, identificando as demandas de capacitação dos profissionais, para que haja maior desenvolvimento do potencial e melhora na qualificação da equipe de enfermagem²³.

O Manual de rede de frio proposto pelo Ministério da Saúde destaca a importância de entender que a rede de frio é um processo de grande complexidade e que envolve várias etapas para que não haja comprometimento em sua execução. Seus objetivos estão centrados na segurança dos imunobiológicos, considerando que estes são pouco resistentes às variações de temperaturas, situação que altera sua composição inativando-as. De acordo com o Ministério da Saúde os níveis de armazenamento e distribuição, equipamentos, cuidados e manipulação por parte dos profissionais, são elementos básicos que devem compor esta rede²⁰.

De acordo com Oliveira et al.,¹⁵ com a elevada introdução de vacinas nos calendários atuais, e de modo consequente, um custo elevado de algumas destas vacinas, é fundamental uma maior supervisão das atividades de conservação, com objetivo de manter a qualidade dos imunobiológicos disponibilizados à população. Fatores importantes a ressaltar também, é que os profissionais que laboram em salas de vacinas devem permanecer atentos a aspectos importantes como, via e local de administração da vacina, validade, conservação, idade recomendada para cada vacina, intervalo entre as doses e a composição da vacina²⁴.

Silva et al.,²⁵ afirmam que o monitoramento da segurança das vacinas é o principal critério para alcançar níveis de confiabilidade dos componentes vacinais e maior adesão da população, bem como frequente manutenção e redução das doenças já controladas. Assim, é importante manter sistemas de vigilância de eventos adversos pós-vacinação.

Considerando também os fatores que predispõe ao atraso vacinal, é importante que o enfermeiro participe de programas de treinamento e aprimoramento de profissionais de saúde, programas de vigilância epidemiológica, dentre outros, de acordo com a Lei 7.498/86 que dispõe sobre o exercício da enfermagem em seu artigo 8º²⁶.

Feitosa et al.,¹¹ ressaltam que a sala de vacina deve ser mantida sempre limpa e organizada, a fim de prevenir infecções e garantindo ao usuário assistência segura e de qualidade. Assim, cabe ao enfermeiro planejar, organizar, supervisionar e realizar as atividades de enfermagem no que tange à imunização na Atenção Básica, bem como, colaborar com a elaboração dos programas multiprofissionais de saúde pública, direcionados à população.

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que os entraves encontrados frente a análise dos ensaios estudados baseiam-se pela falta de tempo dos enfermeiros em acompanhar diretamente o serviço na sala de vacina, motivado pelo acúmulo de outras atividades tanto nos serviços gerenciais quanto assistenciais, bem como a sobrecarga de trabalho relacionada comumente ao número reduzido de profissionais, à complexidade das atividades e o acúmulo de dois vínculos empregatícios.

O que ressalta a importância do enfermeiro como profissional responsável pela sala de vacina no que diz respeito à educação permanente neste setor. Sendo perceptível que esta é uma estratégia relevante para o alcance do desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, considerando que o conhecimento nasce na identificação das necessidades e na busca de soluções para os problemas encontrados.

Portanto, no que tange o serviço de imunização, é necessário que o enfermeiro repense sobre o seu papel e reflita sobre a importância da educação permanente na sala de vacina, afim de garantir uma oferta qualificada dos profissionais para os usuários do serviço de saúde, como também garantir as orientações efetivas aos pacientes e familiares e obter sucesso no serviço. O enfermeiro deve planejar, organizar, supervisionar e realizar as atividades de enfermagem de modo sistemático mantendo visão crítica e reflexiva para que possa alcançar os objetivos propostos em sala de vacina.

REFERÊNCIAS

1. Silva Francelena de Sousa, Barbosa Yonna Costa, Batalha Mônica Araújo, Ribeiro Marizélia Rodrigues Costa, Simões Vanda Maria Ferreira, Branco Maria dos Remédios Freitas Carvalho et al. . Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA. Cad. Saúde Pública, 2018 [cited 2020 Nov 16] ; 34(3) : e00041717. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305012&lng=en. Epub Mar 12, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00041717>.

2. Sato Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 18] ; 52: 96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100601&lng=en. Epub Nov 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052001199>.
3. Succi Regina Célia de Menezes. Recusa vacinal - que é preciso saber. J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Dec 18] ; 94(6): 574-581. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000600574&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.01.008>.
4. Pinto Maria de Lourdes Coelho, Caetano Joselany Áfio, Soares Enedina. Conhecimento dos vacinadores: aspectos operacionais na administração da vacina. Rev. RENE; 2(2): 31-38, jul.-dez. 2001. Disponível em:< <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5827>>. Acesso em: 02 out. 2018.
5. Mochizuki Ludmilla Bastos. Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem em Salas Públicas de Vacinação de Goiânia. 2017. 103 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de pós-graduação em Enfermagem, Goiânia, (2017). Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/7557>> [Acesso em: 28 ago. 2018].
6. Jesus Maria Cristina Pinto de et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. Rev. esc. enferm. USP, v.45, n.5, p.1229-1236. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a28.pdf> >. [Acesso em: 20 out. 2018].
7. Silva Cláudio Nei Nascimento, Porto Marcelo Duarte. Metodologia científica descomplicada: prática científica para iniciantes. Brasília: Editora IFB, 2016. Disponível em: <<http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/editoraifb/article/view/373/155>>. [Acesso em: 13 out. 2018].
8. Lakatos Eva Maria, Marconi Maria de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india> [Acesso em: 08 out. 2018].
9. Oliveira Valéria Conceição de et al. Educação para o trabalho em sala de vacina: percepção dos profissionais de enfermagem. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 6, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1180>. [Acesso em:)
10. Fossa Angela Márcia et al. Conservação e administração de vacinas: a atuação da enfermagem. Saúde em Revista, v. 15, n. 40, p. 85-96, 2015 Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2538>. [acesso em:)
11. Feitosa Lucas Rodrigues, Feitosa Jullyanne Alexandre; De Lavor Coriolano, Maria Wanderleya. Conhecimentos e práticas do auxiliar de enfermagem em sala de imunização. Cogitare Enfermagem, v. 15, n. 4, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20370>
12. Ribeiro Ana Beatriz, Melo Camila Taliene do Prado, Tavares Daiana Rocha Silva. A importância da atuação do enfermeiro na sala de vacina: Uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem da UFJF, v. 3, n. 1, 2017. [internet pdf]
13. Trindade Alexsander Augusto et al. As implicações práticas do enfermeiro em saúde da família: um olhar sobre a sala de imunizações. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 19, p. e263-e263, 2019. Disponível: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/263>

14. Luna Geisy Lanne Muniz, Vieira Luiza Jane Eyre de Souza, Souza Priscilla Freire de, Lira Samira Valentim Gama, Moreira Deborah Pedrosa, Pereira Aline de Souza. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Feb [cited 2020 Nov 16]; 16(2): 513-521. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200014&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200014>.
15. Oliveira Valéria Conceição de et al. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro, v.22, n.4, p.1015-1021. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 out. 2018.
16. Oliveira Valéria Conceição de, Gallardo Maria Del Pilar Serrano, Cavalcante Ricardo Bezerra, Arcêncio Ricardo Alexandre, Pinto Ione Carvalho. Fragilidades da conservação de vacina nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015 Abr [citado 2020 Nov 16]; 68(2): 291-296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200291&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680215i>.
17. Santos Jaqueline Adelaide da Silva et al. Fatores determinantes das perdas das vacinas em Unidades Básicas de Saúde. *Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 10, n. 32, p. 41-53, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/572/0>
18. Ternopolski Chayane Andrade, Baratieri Baratieri Tatiane, Lentsck Maicon Henrique. Eventos adversos pós-vacinação: educação permanente para a equipe de enfermagem. *Espaço para Saúde*, v. 16, n. 4, p. 109-119, 2016. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/388>
19. Marinelli Natália Pereira, Carvalho Khelyane Mesquita, Araújo Telma Maria Evangelista. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. *Revista Univap*, v. 21, n. 38, p. 26-35, 2015. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/324>
20. Lima Adeânio Almeida, Pinto, Edenise dos Santos. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Scire Salutis*, v. 7, n. 1, p. 53-62, 2017. Disponível em: <https://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/SPC2236-9600.2017.001.0005>
21. De Oliveira Valéria Conceição et al. A percepção da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em sala de vacinação. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, 2019. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/590>
22. Siqueira Leila das Graças, Martins Andréa Maria Eleutério de Barros Lima, Versiani Cláudia Mendes Campos, Almeida Lyllian Aparecida Vieira, Oliveira Claudemilson da Silva, Nascimento Jairo Evangelista et al . Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2017 Sep [cited 2020 Nov 16]; 26(3): 557-568. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300557&lng=en. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300013>.
23. Oliveira Valéria Conceição de, Guimarães Eliete Albano de Azevedo, Cavalcante Ricardo Bezerra, Gallardo Pilar Serrano, Pinto Ione Carvalho. Conservação de vacina em unidades públicas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2013 Mar [citado 2020 Nov 16]; serIII(9): 45-54. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100005&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1295>.

24. Giovelli Graciela et al. A percepção dos técnicos de enfermagem em relação aos riscos ocupacionais em sala de vacinas. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, n.2, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37006>
25. Silva Suelem Santos, Oliveira Valéria Conceição de, Ribeiro Helen Cristiny Teodoro Couto, Alves Tamara Gabriela Silva, Cavalcante Ricardo Bezerra, Guimarães Eliete Albano de Azevedo. Análise dos eventos adversos após aplicação de vacinas em Minas Gerais, 2011: um estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Nov 16] ; 25(1): 45-54. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000100005&lng=pt.
26. Feitoza Eliude Teixeira de Melo, Pereira Tânia Cristina Evangelista Joaquim, Leite Graciene Lannes. Condutas do enfermeiro nas situações de atraso vacinal em conformidade com o Programa Nacional de Imunização. *Saúde Coletiva*, v. 7, n. 45, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5108224/mod_resource/content/1/Artigo_Condu%20as%20enfermeiro%20nas%20situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20atraso%20vacinal.pdf

INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES TRAUMATIZADOS: ANÁLISE DE EVENTOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 07/12/2020

Eveline Christina Czaika

Universidade Estadual do Centro Oeste -
UNICENTRO
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/6160033720736808>

Macon Henrique Lentsck

Universidade Estadual do Centro Oeste -
UNICENTRO
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7947997933034008>

Jade Nayme Blanski Alves

Universidade Estadual do Centro Oeste -
UNICENTRO
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9305660441642389>

Flavia Dvulathca

Universidade Estadual do Centro Oeste -
UNICENTRO
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7039555436859124>

João Guilherme Brauna

Universidade Estadual do Centro Oeste -
UNICENTRO
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5115210722862732>

Leticia Gramazio Soares

Universidade Estadual do Centro Oeste -
UNICENTRO
Guarapuava - Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8763053918436407>

RESUMO: Introdução: O trauma está entre as principais causas de morte no Brasil. As complicações adquiridas após a internação por trauma são responsáveis pelo aumento da mortalidade hospitalar, do tempo de permanência e de seus custos, dentre elas, destacam-se as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - IRAS, que agravam consideravelmente o quadro do paciente. A partir disso, o objetivo deste estudo foi identificar as infecções hospitalares em pacientes traumatizados. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, documental, individualizado, observacional e longitudinal, delimitado a uma UTI geral de um hospital da região central do Estado do Paraná, com início em 01 de janeiro de 2013 e seguimento até 2016. **Resultados:** Infecções observadas: pneumonia, sepse, infecções de trato urinário, ponta de cateter e sítio cirúrgico, úlcera contaminada e osteomielite. Do total de 417 pacientes internados por trauma na UTI, foram identificados 148 indivíduos que desenvolveram complicações e 337 eventos infecciosos. A principal característica foi o trauma contuso (82,7%). O tipo e a gravidade do trauma foram significativos e observou-se a associação entre a presença de infecções e óbito. A média dos dias de internação, tanto em UTI, quanto hospitalar foram muito maiores para aqueles com algum tipo de infecção. **Discussão:** A gravidade anatômica do trauma é um fator de risco para complicações, o tempo de permanência na UTI é notavelmente maior para aqueles que desenvolvem infecções e estudos indicam que o sexo feminino é um fator protetor para o trauma. **Conclusão:** As associações: trauma grave/contuso, sexo masculino e tempo de permanência

com as infecções na UTI se mostraram relevantes, e trazem ainda o debate sobre o perfil do atendimento intensivo. O paciente crítico é extremamente dependente da qualidade do serviço e a manutenção do seu estado de saúde exige uma atenção organizada e complexa. **PALAVRAS-CHAVE:** Unidade de Terapia Intensiva, Trauma, Enfermagem, Complicações, Infecção Hospitalar.

HOSPITAL INFECTIONS IN TRAUMA PATIENTS: ANALYSIS OF EVENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Introduction: Trauma is among the top ten death causes in Brazil. Complications acquired after hospitalization due to trauma are responsible for the increase in in-hospital mortality, length of stay, and costs, among which are healthcare-associated infections, which considerably aggravate the patient's condition. Based on this, the objective of this study was to identify in-hospital infections in trauma patients. **Methods:** A retrospective, documentary, individualized, observational and longitudinal cohort study, delimited to a general ICU of a hospital in the central region of the State of Paraná, beginning on January 1, 2013, and followed up until 2016. **Results:** Observed infections: pneumonia, sepsis, urinary tract infection, catheter-related bloodstream infection, surgical site infection, contaminated ulcer, and osteomyelitis. Of the total of 417 patients admitted to the ICU for trauma, 148 individuals were identified who developed complications and 337 infectious events. The main characteristic was blunt trauma (82.7%). The type and severity of the trauma were significant and there was an association between the presence of infections and death. The average length of stay, both in the ICU and in the hospital, was much higher for those with some type of infection. **Discussion:** The anatomical severity of the trauma is a risk factor for complications, the length of stay in the ICU is noticeably longer for those who develop infections and studies indicate that the female sex is a protective factor for the trauma. **Conclusion:** The associations: severe/blunt trauma, male gender, and length of stay with infections in the ICU proved to be relevant, and also bring up the debate on the service profile in the intensive care unit. The critical patient is extremely dependent on the quality of the service and the maintenance of his health requires organized and complex attention.

KEYWORDS: Intensive Care Units, Trauma, Nursing, Complications, Hospital Infections.

1 | INTRODUÇÃO

O trauma está entre as dez principais causas de morte no Brasil relacionadas a causas externas e agressões. Apenas no ano de 2016 aproximadamente meio milhão de brasileiros (484.917) evoluíram para óbito por causas externas e cerca de 30% destas, foram causadas por acidentes de trânsito. A maior parte destes óbitos é composta pela população de homens, predominância que também é observada em relação às agressões, pois são a terceira causa de morte mais frequente para esta população (BRASIL, 2019).

Após o atendimento pré-hospitalar (APH), o indivíduo gravemente traumatizado é hospitalizado e por vezes necessita de tratamento em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O usuário deste serviço é submetido a diversos procedimentos invasivos para a

manutenção do seu grave estado de saúde, o qual o deixa mais vulnerável e predisposto a desenvolver diversas complicações e/ou eventos adversos decorrentes do perfil deste atendimento, do motivo da internação e de suas especificidades (ROQUE; TONINI; MELO, 2016).

As complicações adquiridas após a internação por lesão traumática são responsáveis pelo aumento da mortalidade hospitalar, do tempo de permanência e de seus custos, dentre elas destacam-se as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - IRAS. Segundo estudo com pacientes traumatizados de um hospital em São Paulo, as complicações são a maior causa de morbimortalidade entre indivíduos traumatizados em UTI, e a maioria destas complicações observadas são infecções (41,80%), entre elas a sepse e a pneumonia. As infecções agravam consideravelmente o quadro do paciente, piorando seu prognóstico e possivelmente a qualidade de vida após a alta, fato preocupante pois a origem destes danos é evitável (MOORE *et al.*, 2014; JUNIOR, SALEH, WHITAKER, 2016).

Para que uma infecção seja considerada nosocomial, não podem haver evidências de contaminação ou incubação do microrganismo no processo de admissão hospitalar, a invasão ao hospedeiro se estabelece por consequência de procedimentos realizados pela equipe no momento do atendimento à saúde na unidade. As UTI são locais nos quais há maior risco às IRAS, logo, os índices de infecção são maiores do que em outros setores, em razão da exposição mais frequente a procedimentos invasivos e comprometimento imunológico do cliente (GARNER *et al.*, 1988; GIL *et al.*, 2018.)

Dentre os fatores que tornam o indivíduo predisposto ao estabelecimento de IRAS identificam-se por exemplo os extremos de idades, obesidade, tabagismo, desnutrição, doença de base imunodepressora e uso de alguns medicamentos como os corticóides. A aquisição de infecções depende, além da condição do indivíduo, de fatores como o tempo de internação e a necessidade de procedimentos invasivos, já que quanto maior o tempo de internação, maiores as chances de se adquirir infecções, e da mesma forma, os procedimentos invasivos aumenta o risco, ressaltando que na UTI, estes são algumas das características predominantes no perfil da assistência (GIL *et al.*, 2018).

O paciente traumatizado é especialmente vulnerável a contrair infecções, tendo em vista o trauma grave como um fator que condiciona o paciente às características de vulnerabilidade já mencionadas. Como apresentado em estudo realizado com pacientes traumatizados em duas UTIs da Sérvia nos anos de 2014 a 2016, o avanço tecnológico contribuiu para o aumento da sobrevivência dos indivíduos após um trauma grave, mas apesar disso, expõe-se o paciente à muitos dispositivos invasivos que contribuem para o desenvolvimento de infecções de ponta de cateter por exemplo, uma das IRAS mais prevalentes na UTI por trauma (DJURIC *et al.*, 2018).

O objetivo deste estudo foi identificar as infecções hospitalares em pacientes vítimas de trauma internados em uma unidade de terapia intensiva, analisando o perfil destes pacientes e a ocorrência de indivíduos que desenvolveram as complicações. É importante

considerar que o desenvolvimento de pesquisas neste molde contribuem para a difusão de indicadores de desempenho do cuidado prestado ao paciente traumatizado.

2 | MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectivo, documental, individualizado, observacional e longitudinal, delimitado a uma UTI geral de um hospital da região central do Estado do Paraná, com início em 01 de janeiro de 2013 e seguimento até 2016.

A população foi composta por vítimas de trauma internadas em uma UTI de um hospital terciário da região central do Paraná, localizado no município de Guarapuava, sede da 5ª Regional de Saúde da Secretaria do Estado da Saúde (SESA) e integrante da Rede de Urgência e Emergência, como referência para alta complexidade.

Os dados para a realização da pesquisa foram obtidos por meio de registros hospitalares utilizando do livro de admissão na UTI e do prontuário eletrônico e físico do paciente. Foram acessadas também as fichas de investigação sobre infecção hospitalar do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Foram selecionadas as internações ocorridas por trauma no período, identificadas no livro de admissão, considerando como critérios de seleção inicial internações com menção de trauma, causa externa e procedimento relacionado a atendimento ao trauma. Posteriormente foram acessados os prontuários eletrônicos dos pacientes para coleta de informações sociodemográficas, do trauma e do atendimento da UTI. De maneira complementar foi acessado o prontuário físico. Para classificar as complicações por infecções hospitalares, inicialmente foi levado em consideração uma lista de consenso de especialistas que consideram 25 complicações que podem ser usadas para avaliar a qualidade do atendimento ao trauma adulto agudo (MOORE *et al.*, 2014).

Essa lista foi agrupada em uma tabela contendo as complicações por categoria, o grau da qualidade dos registros coletados acerca dos pacientes e o Código Internacional de Doença (CID) correspondente de cada complicação, sendo elas categorizadas baseadas na seguinte divisão: pulmonares, cardíacas, gastrintestinais, geniturinárias/renais, musculoesqueléticas/tegumentares, neurológicas, psiquiátricas e infecciosas, que consideram os seguintes tipos de infecções: infecção relacionada a cateter venoso central, sepse/sepse severa/choque séptico, infecção de sítio cirúrgico.

Selecionadas as complicações infecciosas destacadas por Moore e colaboradores, de maneira complementar, foi detectado nos prontuários outras infecções que também foram analisadas nesse estudo, sendo essas: infecções de trato urinário e úlcera por pressão contaminada. Para classificação das infecções hospitalares utilizou-se os critérios diagnósticos estabelecidos pelo The National Healthcare Network (NHSN) desenvolvido pelo Centers for Disease Control (CDC).

Para descrever o perfil segundo as variáveis em investigação foram construídas tabelas de frequência e proporção das variáveis categóricas por meio de frequência relativa (%) e absoluta (n) e estatísticas descritivas por meio de medidas de tendência central e dispersão, como média, desvio padrão, medianas, intervalo interquartil P25-P75, valores máximos e mínimos. Para comparar as variáveis categóricas entre os grupos foi realizado o teste do Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fischer (para valores esperados menores que 0,05).

Para comparação das variáveis numéricas entre dois grupos foi utilizado os testes de T de Student ou Mann-Whitney, a depender da análise da distribuição normal dos dados. O valor de $p \leq 0,005$ foi considerado significativo em cada um destes testes. O projeto foi encaminhado para parecer ético ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO, e aprovado pelo parecer número 3.787.099/2019.

3 | RESULTADOS

Foram coletados dados de 417 pacientes internados na UTI, em sua maioria homens com idade média de 36,7 anos. A principal característica de trauma foi o trauma contuso (82,7%) sendo causados predominantemente por acidentes de trânsito (60,9%) (Tabela 1).

Características Gerais	n	
Idade (anos), média	36,7	± 17,5
Feminino/masculino, n (%)	70/347	(16,8/(83,2))
ICC, média	0,4	± 1,3
Causa externa, n (%)		
Agressões	98	(23,5)
Acidentes de trânsito	254	(60,9)
Quedas	52	(12,5)
Outras causas externas	13	(3,1)
Trauma contuso, n (%)	345	(82,7)
Admissão hospitalar PAS < 90 mmHg, n (%)	117	(28,1)
ECGI Admissão hospitalar	10,1	(4,5)
Região corpo mais afetada		
TCE, n (%)	218	(52,3)
Transfusão maciça 24h, n (%)	131	(31,4)
VM, n (%)	249	(59,7)
VM > 48 h, n (%)	122	(29,3)
ISS, média	17,3	(8,7)
NISS, média	22,9	(12,5)

APACHE II, média	12,2	(7,5)
SOFA, média	3,6	(3,0)
Tempo de internação UTI (dias), média	5,3	(8,4)
SVD, <i>n</i> (%)	397	(95,2)
Cirurgia, <i>n</i> (%)	268	(64,3)
CVC, <i>n</i> (%)	105	(25,2)
Dreno de tórax, <i>n</i> (%)	93	(22,3)
Outros drenos, <i>n</i> (%)	75	(18,0)
Febre, <i>n</i> (%)	98	(23,5)

Tabela 1. Características gerais de pacientes traumatizados hospitalizados em UTI (n=417). Guarapuava, PR, Brasil, 2020.

Na população observada, foram identificados 337 eventos infecciosos, sendo 148 indivíduos que tiveram infecções. Entre as 8 complicações infecciosas observadas, a pneumonia destacou-se como a mais prevalente, em 68% dos casos, sendo 44% de origem nosocomial e 24% de origem aspirativa. Outra complicação infecciosa frequente foi a sepse, identificada em 11% (37) das infecções (Tabela 2).

Complicações infecciosas	n	%
Pneumonia Nosocomial	148	44
Pneumonia Aspirativa	81	24
Sepse	37	11
ITU	26	8
IPC	17	5
ISC	12	4
Úlcera contaminada	10	3
Osteomielite	6	2
Total	337	100

Tabela 2. Complicações infecciosas em pacientes traumatizados hospitalizados em UTI. (n=417). Guarapuava, PR, Brasil, 2020.

Do total de homens, 38,9% apresentaram complicações infecciosas, já para as mulheres essa porcentagem foi de 18,6%, demonstrando que ser sexo masculino está associado a desenvolver complicações infecciosas durante internação por trauma em UTI ($p < 0,001$). A população de 18 a 39 anos é a mais prevalente, e em consequência os números de complicações infecciosas são maiores nesta faixa, mas apesar disso há uma proporção dos casos que desenvolvem infecções em todos os intervalos de faixas etárias, ainda que não exista associação (Tabela 3).

Variáveis	Complicações infecciosas						p
	Total		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,001
Masculino	347	83,2	135	38,9	212	61,1	
Feminino	70	17,8	13	18,6	57	81,4	
Faixa etária							0,095
18 a 39 anos	269	64,5	86	32,0	183	68,0	
40 a 59 anos	100	24,0	44	44,0	56	56,0	
60 anos e mais	48	11,5	18	37,5	30	62,5	

Tabela 3. Complicações infecciosas em pacientes traumatizados hospitalizados em UTI, segundo sexo e idade (n=417). Guarapuava, PR, Brasil, 2020.

O perfil de pacientes, segundo informações do trauma e do APH, identificou que 60,9% foram vítimas de acidentes de trânsito, 82,7% tiveram trauma contusos e 56,4% graves, e em sua maioria tendo a cabeça e pescoço como parte do corpo mais afetada (52,3%). Ao associar as variáveis do trauma e do APH com a presença de infecções, o tipo e a gravidade do trauma mostraram-se significantes ($p=0,004$ e $p=0,003$, respectivamente), evidenciando que o trauma grave assim como o trauma contuso são fatores de risco para o desenvolvimento de complicações infecciosas (Tabela 4).

Variáveis	Complicações infecciosas						p
	Total		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	
Causa Externa							0,115
Agressões	98	23,5	25	25,5	73	74,5	
Acidentes de trânsito	254	60,9	99	39,0	155	61,0	
Quedas	52	12,5	20	38,5	32	61,5	
Outras causas externas	13	3,1	4	30,8	9	69,2	
Tipo de trauma							0,004
Contuso	345	82,7	133	38,6	212	61,4	
Penetrante	72	17,3	15	20,8	57	79,2	
Gravidade do Trauma							0,003
0 a 15	182	43,6	50	27,5	132	72,5	
15 a 75	235	56,4	98	41,7	137	58,3	
Região do corpo mais afetada							0,056
Extremidades	62	14,9	17	27,4	45	72,6	

Cabeça e pescoço	218	52,3	88	40,4	130	59,6
Abdômen	48	11,5	10	20,8	38	79,2
Face	20	4,8	6	30,0	14	70,0
Tórax	69	16,5	27	39,1	42	60,9

Tabela 4. Complicações infecciosas em pacientes traumatizados hospitalizados em UTI, segundo variáveis do trauma e atendimento pré-hospitalar (n=417). Guarapuava, PR, Brasil, 2020.

O óbito se apresentou como desfecho em 28,3% (118) das internações. Na tabela 5 observa-se a associação entre a presença de infecções e óbito ($p=0,021$). Outros desfechos comparados foram o tempo de permanência em UTI e hospitalar, que demonstrou que a média dos dias de internação, tanto em UTI ($11,5 \pm 10,6$), quanto hospitalar ($20,4 \pm 17,1$), foram muito maiores para os traumatizados que apresentaram algum tipo de infecção, sendo essa comparação estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Variáveis	Complicações Infecciosas						p
	Total		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	
Desfecho							0,021^a
Óbito	118	28,3	96	32,1	203	67,9	
Alta	299	71,7	52	44,1	66	55,9	
Permanência UTI (dias)							< 0,001^b
(média, SD, max, min, mediana)			11,5 ± 10,6; 0-72,9		1,9 ± 3,7; 0-32,1		
Permanência hospitalar (dias)							< 0,001^b
(média, SD, max, min, mediana)			20,4 ± 17,1; 1-126,2		7,0 ± 8,3; 0-49,4		

a *Chi-square test*.

b *Mann-Whitney U test*.

Tabela 5. Complicações infecciosas em pacientes traumatizados hospitalizados em UTI, segundo variáveis do trauma e atendimento pré-hospitalar (n=417). Guarapuava, PR, Brasil, 2020.

4 | DISCUSSÃO

O perfil de indivíduos deste estudo é comum ao observado em um estudo americano retrospectivo de pacientes hospitalizados por trauma em UTI com amostra de mais de 1 milhão de internações com uma incidência maior para homens, sendo 4,6 por 100.000 habitantes e idade média de 47 anos. A pneumonia foi a complicação mais comum (10,9%), e a maioria dos pacientes necessitou do internamento após sofrer trauma contuso (88,5%), com a região da cabeça sendo a mais acometida (39,3%) (PRIN, LI, 2016).

Dentre as complicações infecciosas investigadas, as mais incidentes foram a pneumonia e a sepse. Identificou-se associação das complicações infecciosas com o sexo masculino, o trauma contuso e a maior gravidade do trauma, além disso, as infecções estiveram associadas ao óbito. O tempo de permanência tanto em UTI como hospitalar foram estatisticamente diferentes entre os grupos analisados e notavelmente maior para aqueles que desenvolveram infecções.

Dentre os tipos de pneumonia observados, a aspirativa é exclusivamente em função da broncoaspiração, e a nosocomial caracterizada pela contaminação na unidade. Em um estudo de coorte europeu no qual analisou-se pacientes politraumatizados de 2010 a 2015, ao longo do curso clínico destes indivíduos cerca de 19,9% (n = 93) desenvolveram pneumonia, e ela esteve diretamente ligada a outras complicações mais graves como a Síndrome Respiratória aguda Grave e a Síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (HOFMAN *et al.*, 2020). De acordo com o Centers for Disease Control - CDC, a pneumonia é diagnosticada a partir da combinação de diversos exames laboratoriais, evidências clínicas e radiográficas. Ainda que útil na identificação da etiologia e susceptibilidade microbiana, a cultura de escarro expectorado não produz diagnóstico da doença (GARNER *et al.*, 1988).

Hofman *et al.* apresentam também a pneumonia como o preditor independente mais relevante de mortalidade hospitalar em pacientes politraumatizados, e traumas como o TCE, e a combinação de TCE e trauma torácico são também preditivos independentes de mortalidade hospitalar para estes pacientes. Sabe-se ainda que estes e outros tipos de trauma em sua maioria debilitam a atividade pulmonar do paciente, trazendo com frequência a necessidade do uso de ventilação mecânica (VM) (HOFMAN *et al.*, 2020).

Neste estudo, 249 pacientes fizeram uso de VM, este suporte é de suma importância para os pacientes traumatizados, sendo efetivo para promover a hiperventilação e diminuir os valores de pressão intracraniana nos indivíduos acometidos por trauma cerebral por exemplo, porém, favorece a colonização bacteriana e a infecção pulmonar. Apenas 20 indivíduos que fizeram uso de VM nesta amostra não apresentaram a pneumonia como complicação infecciosa. Além disso, Lentsck traz em seu estudo que a ventilação mecânica está associada ao óbito em pacientes com trauma internados em UTI, com OR-5,58 (IC-1,94;15,98), e segundo o estudo de Prin e Li, a VM é um fator de risco para complicações hospitalares, especialmente para desenvolvimento de pneumonia (OR 6,7 (IC95%, 6,4-7,1) $p < 0,001$) (PRIN, LI, 2016; REIZINE, 2019; LENTSCK *et al.*, 2020).

A sepse demonstrou uma prevalência importante, a qual caracteriza-se por uma exacerbação de uma infecção que pode surgir inicialmente de algum foco localizado em qualquer órgão do corpo, mas ainda assim o pulmão é o mais frequentemente atingido mesmo em casos nos quais o foco da sepse não é pulmonar. A doença requer cuidados médicos intensivos e de emergência, e também está associada a necessidade de VM, além de ser uma das principais causas de morbimortalidade no mundo entre pacientes hospitalizados (ZHANG *et al.*, 2018; WEITERER *et al.*, 2019). A literatura também traz a

relação da idade com a alta mortalidade por sepse, o estudo FORECAST concluiu que, apenas um terço de seus 1.184 pacientes com sepse grave admitidos em UTI, obtiveram alta. Isto justifica-se pelo envelhecimento da população no Japão e suas comorbidades (ABE *et al.*, 2018).

A sepse é responsável por aumentar significativamente o tempo de permanência do traumatizado na UTI, conforme um estudo de Eriksson *et al.*, a média de permanência foi mais longa em pacientes sépticos, e ainda houve associação com o ISS dos indivíduos (ERIKSSON *et al.*, 2019). O trauma pode ser classificado conforme a sua gravidade anatômica utilizando-se critérios como o Injury Severity Score (ISS), que considera - a partir de exames físicos, radiológicos e até mesmo autópsia - os três maiores valores de AIS (Abbreviated Injury Scale) de 6 regiões do corpo, variando de 1 a 75 pontos. Quando não causa a mortalidade precoce, o trauma grave abre uma janela de tempo e exposição para as infecções, e sua gravidade anatômica evidenciada a partir do ISS mostra-se influente no desenvolvimento da sepse como complicação infecciosa. Além disso, a desregulação imunológica ocasionada pelo trauma também é responsável por tornar o indivíduo mais suscetível à infecções (JUNIOR, SALEH, WHITAKER, 2016; MA, TIAN, LIANG, 2016).

Observou-se que o sexo masculino associa-se à presença de infecções. Isto pode ser interpretado de diversas formas e, neste caso, a amostra contou com um número maior de homens do que de mulheres. Os homens são mais expostos a acidentes e traumas, o que leva a números elevados desta população nas UTIs, segundo um estudo epidemiológico de internações intensivas no Brasil, as taxas de hospitalização por trauma são duas vezes mais elevadas para homens comparado à mulheres, e uma análise de mortalidade do Ministério da Saúde apresentou que o sexo masculino em 2016 teve maior risco de morrer por agressões em todas as regiões do país, além de que a mortalidade prematura desta população ocorre principalmente pelo grande impacto das causas externas (BRASIL, 2019; LENTSCK, SATO, MATHIAS, 2019).

Existem muitos estudos que abordam não apenas o sexo masculino como um fator de risco, mas também o sexo feminino como um fator protetor pós lesões traumáticas, relacionado aos efeitos dos hormônios sexuais, principalmente os estrogênios e os agonistas do receptor de estrogênio que demonstraram melhorar a função cardíaca e a resposta imune após um trauma e/ou hemorragia. Em uma revisão proposta por Maximilian *et al.*, observou-se também contradições entre estudos clínicos e experimentais, o que se explica por desenhos de estudos insuficientes, mas ainda assim, sabe-se que entre pacientes com ISS superior a 15 fora evidenciado que mulheres têm menos probabilidade de desenvolver complicações infecciosas (WENIGER, MARTIN, CHAUDRY, 2016).

Outro achado relaciona-se com a associação do trauma grave e contuso com as infecções na UTI, e indicam que existem mais chances de um indivíduo em estado grave contrair infecções durante o internamento do que outro em menor gravidade, devido à

vulnerabilidade em que o paciente se encontra e também da necessidade de procedimentos a serem realizados.

Um estudo com pacientes admitidos no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo aborda a gravidade anatômica do trauma como um fator de risco para o desenvolvimento de complicações durante o internamento, pacientes com ISS entre 25 e 40 tiveram 8,5 vezes mais chances de apresentar complicações hospitalares (OR = 8,58), as chances daqueles com ISS entre 16 e 24 foram 2,5 vezes (OR = 2,46) maiores do que as dos pacientes com ISS entre 1 e 8 (JÚNIOR, SALEH, WHITAKER, 2016).

Um estudo realizado em Shiraz no Irã, apresentou que a infecção hospitalar causou um aumento de mais de 12 vezes na chance de morte dos internados por trauma na UTI, e foi o fator de risco mais importante e significativo para o óbito tardio desses pacientes. Além disso, os indivíduos traumatizados eram os mais susceptíveis a infecções. Em geral, os pacientes traumatizados com infecções nosocomiais tiveram uma taxa de mortalidade de 15,6% (119/761), evidentemente maior em comparação com a taxa de 2% (194/9792) de pacientes traumáticos sem esta complicação ($p < 0,001$) (YADOLLAHI *et al.*, 2018).

A ocorrência de complicações em pacientes traumatizados está associada ao aumento significativo da mortalidade, a tabela 5 apresenta que infecções nosocomiais influenciam na morte dos pacientes com trauma nas UTIs, na sua permanência neste setor e no hospital, ($p=0,021$ e $p<0,001$ respectivamente). Este efeito é negativo e merece atenção, pois uma permanência maior na unidade aumenta os custos da assistência além de contribuir para a piora no prognóstico do paciente (LOPES, AGUIAR, WHITAKER, 2019).

Além da significativa influência sobre a mortalidade dos indivíduos internados por trauma, as infecções também são responsáveis pelo aumento da permanência neste setor. Um estudo caso-controle com 8.247 pacientes em um departamento de trauma da Suíça apresentou que infecções hospitalares são preditores para um tempo de internação maior (OR 2,66, IC 95% 1,57-4,49) que o de indivíduos que não desenvolveram complicações, ademais, o tempo de permanência afeta diretamente nos custos do tratamento, nos Estados Unidos por exemplo, por ano houve pelo menos 1,7 milhão de infecções nosocomiais registradas, com um custo anual de mais de 9 bilhões de dólares (JENTZSCH, *et al.*, 2018. YADOLLAHI, *et al.*, 2018).

5 | CONCLUSÃO

As associações: trauma grave/contuso, sexo masculino e tempo de permanência com as infecções na UTI se mostraram relevantes. O paciente crítico é extremamente dependente da qualidade do serviço e a manutenção do seu estado de saúde exige uma atenção organizada e complexa. Toda a equipe que presta o atendimento tem grande importância na assistência ao paciente que necessita dos cuidados em terapia intensiva no que se refere a prevenção e controle das infecções, analisando as limitações em relação a perda da autonomia, da capacidade do autocuidado e da tomada de decisão.

É necessária que haja a sistematização da assistência conforme as orientações da CCIH para que seja efetivo o papel de prevenção de iatrogenias. A falha na organização é evidenciada quando a assistência que seria para a reabilitação do indivíduo, é na prática uma maneira na qual se adquirem infecções que evoluem para a piora do seu quadro. Portanto é clara a necessidade de uma sistematização bem-sucedida e específica para cada unidade, a fim de reduzir as infecções nosocomiais e promover uma assistência livre de danos e agravos.

REFERÊNCIAS

ABE, T.; et al. Characteristics, management, and in-hospital mortality among patients with severe sepsis in intensive care units in Japan: the FORECAST study. **Critical Care**. v. 22, n. 322, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Brasil. **Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília (DF); 2019.

DJURIC, O.; MARKOVIC, D.L.; JOVANOVIC, B.; JOVANOVIC, S.; MARUSIC, V.; BUMBASIREVIC, V. Bacterial bloodstream infections in level-I trauma intensive care unit in Serbia: incidence, causative agents and outcomes. **Journal Infect Dev Ctries**. v. 12, n. 12, p. 1079-1087, 2018.

ERIKSSON, J.; ERIKSSON, M.; BRATTSTRÖM, O.; et al. Comparison of the sepsis-2 and sepsis-3 definitions in severely injured trauma patients. **J Crit Care**. v. 54, p. 125-129, 2019.

GARNER, J.S; JARVIS, W.R.; EMORI, T.G; HORAN, T.C; & HUGHES, J.M. Definições do CDC para infecções nosocomiais. **American Journal of Infection Control**. v. 16, n. 3, p. 128-140, 1988.

GIL, A.C.; BORDIGNON, A.P.P.; CASTRO, E.A.R.; CASTRO, S.T.; RAFAEL, R.M.R.; PEREIRA, J.A.A. Avaliação microbiológica de superfícies em terapia intensiva: reflexões sobre as estratégias preventivas de infecções nosocomiais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. v. 26, n. 26388, 2018.

HOFMAN, M.; ANDRUSZKOW, H.; KOBBE, P.; POEZE, M.; HILDEBRAND, F. Incidence of post-traumatic pneumonia in poly-traumatized patients: identifying the role of traumatic brain injury and chest trauma. **European Journal of Trauma and Emergency Surgery**. v. 46, p. 11–19, 2020.

JENTZSCH, T.; SEIFERT, B.; NEUHAUS, V.; MOOS, R.M. Predictors for shorter and longer length of hospital stay outliers: a retrospective case-control study of 8247 patients at a university hospital trauma department. **Swiss Med Wkly**. v. 148, n. 14650, 2018.

JÚNIOR, A.; SALEH, C.M.R.; & WHITAKER, I.Y. Fatores de risco para complicações de lesões traumáticas. **Journal of Trauma Nursing**. v. 23, n. 5, p. 275–283, 2016.

LENTSCK, M.H.; OLIVEIRA, R.R.; CORONA, L.P.; MATHIAS, T.A.F. Risk factors for death of trauma patients admitted to an Intensive Care Unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 28:e3236, 2020.

LENTSCK, M.H.; SATO, A. P. S.; MATHIAS, T. A. F. Panorama epidemiológico de dezoito anos de internações por trauma em UTI no Brasil. São Paulo: **Rev Saúde Pública**, v. 53, n. 83, 2019.

MA, X., TIAN, L. & LIANG, H. Prevenção precoce de infecção / sepse relacionada ao trauma. **Military Med Res.** v. 3, n. 33, 2016.

MOORE, L.; LAUZIER F.; STELFOX, T.; SAGE, N.L.; BOURGEOIS, G.; CLÉMENT, J.; SHELMT, M. Complications to evaluate adult trauma care: An expert consensus study. **J Trauma Acute Care Surg.** v. 77, n. 2, p. 322-330. 2014.

PRIN, M., LI, G. Complicações e mortalidade hospitalar em pacientes com trauma tratados em unidades de terapia intensiva nos Estados Unidos, 2013. **Inj. Epidemiol.** v. 3, n. 18, 2016.

REIZINE, F.; ASEHNOUNE, K.; ROQUILLY, A.; LAVIOLLE, B.; ROUSSEAU, C.; ARNOUAT, M.; SEGUIN, P. Effects of antibiotic prophylaxis on ventilator-associated pneumonia in severe traumatic brain injury. A post hoc analysis of two trials. **Journal of Critical Care.** v. 50, p. 221-22, 2019.

ROQUE, K. E.; TONINI, T.; MELO, E.C.P. Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 10, 2016.

LOPES, M. C. B. T; AGUIAR, W.J; WHITAKER, I.Y. In-hospital Complications in Trauma Patients According to Injury Severity. **J Trauma Nurs.** v. 26, n. 1, p. 10-16, 2019.

WENIGER, M.; MARTIN, A. K; CHAUDRY, I. H. The Role and Use of Estrogens Following Trauma. **Shock.** v. 46, n. 3, p. 4-11, 2016.

WEITERER, S.; FRICK, S.; LICHTENSTERN, C. et al. Sepsis in mechanically ventilated patients with spinal cord injury: a retrospective analysis. **Spinal Cord.** v. 57, p. 293–300, 2019.

YADOLLAHI, M.; KASHKOOE, A.; FEYZI, M.; BORNAPOUR, S. Fatores de risco de mortalidade em pacientes traumáticos infectados nosocomiais em um centro de referência para trauma no sul do Irã. **Chin J Traumatol.** v. 21, n. 5, p. 267-272, 2018.

ZHANG, Z.; BOKHARI, F.; GUO, Y.; GOYAL, H. Prolonged length of stay in the emergency department and increased risk of hospital mortality in patients with sepsis requiring ICU admission. **Emergency Medicine Journal.** v. 0, p. 1-6, 2018.

CAPÍTULO 10

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO - INTERPROFISSIONALIDADE/ SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 18/12/2020

Luanne Marcelle Vaz Figueiredo

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá- MT
<https://orcid.org/0000-0002-9630-0010>

Neuci Cunha dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá - MT
<https://orcid.org/0000-0002-5901-957X>

Marina Nolli Bittencourt

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá- MT
<http://orcid.org/0000-0002-1660-3418>

Larissa de Almeida Rezio

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá- MT
<https://orcid.org/0000-0003-0750-8379>

Ana Carolina Pinheiro Volp

Universidade Federal de Mato Grosso
Cuiabá- MT
<https://orcid.org/0000-0001-7533-4898>

RESUMO: **Introdução:** O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade, visando uma maior integração entre os acadêmicos, os serviços de saúde e a comunidade, oferece aos alunos a oportunidade de inserção nos locais de atendimento à saúde, tornando-os assim conhecedores da realidade da saúde pública e

da atuação profissional. Dessa forma, além da formação acadêmica a ser pautada para atuar de modo interprofissional aptos a realizar um atendimento integral e humanizado à população, este PET-Saúde também tem o propósito realizar intervenções/transformações no serviço e nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP).

Objetivo: O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de integrantes do PET-Saúde Interprofissionalidade/Saúde Mental e enfatizar a necessidade da educação interprofissional na formação acadêmica. **Metodologia:**

Descrição e análise da experiência vivenciada, no período de dezembro de 2018 a agosto de 2019, por uma graduanda do curso de Enfermagem como integrante do PET-Saúde Interprofissionalidade/Saúde Mental.

Resultados: Ao buscar pensar o cuidado interprofissional em saúde mental não só de modo articulado no Projeto Político Pedagógico (PPP) e na Rede de Atenção Psicossocial, foi possível envolver diversos dispositivos e serviços, como também, um trabalho articulado, integrado, colaborativo, ou seja, atendendo a interprofissionalidade, a medida em que o cuidado é realizado não só por diversos profissionais, mas sim profissionais integrados numa prática colaborativa. **Considerações finais:** Fica evidente a importância de iniciativas, como a do PET-Saúde, para abordar e viabilizar ações interprofissionais na academia e para assim produzir reflexões a respeito da prática da educação interprofissional, atendendo a necessidade de promover mudanças curriculares na perspectiva da integração ensino-serviço, e da articulação ensino-pesquisa-extensão.

PALAVRAS-CHAVE: Educação interprofissional,

Estudantes, Educação, Saúde Mental.

WORK EDUCATION PROGRAM - INTERPROFISSIONALITY / MENTAL HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: The Interprofessional Education through Work for Health Program (PET-Saúde), aiming at greater integration between academics, health services and the community. Offers to the students a opportunity to enter health care facilities, showing them the reality of public health and professional performance. Thus, in addition to academic training being guided to act in an interprofessional way able to provide comprehensive and humanized care to the population, this PET-Health. It also has the purpose of carrying out interventions/transformations in the service and in Political Pedagogical Projects (PPP). **Objective:** The objective of this work is to report the experience of members of PET-Saúde Interprofessionality/Mental Health and emphasize the necessity for interprofessional education in academic training. **Methodology:** Description and analysis of the experience, from December 2018 to August 2019, by a graduate student in the Nursing course as a member of PET- Interprofessionality / Mental Health. **Results:** When trying to think about interprofessional care in mental health not only in an articulated way in the Political Pedagogical Projects (PPP) and in the Psychosocial Care Network, involving several devices and services, but also, an articulated, integrated, collaborative work, that is , given the interprofisonality, the extent to which care is provided not only by several professionals, but also who are integrated in a collaborative practice. **Final considerations:** The importance of these initiatives, such as that of PET, is evident in addressing and enabling interprofessional actions in the academy, and so that, beginning, there is a reflection on the practice of interprofessional education, meeting the necessity for curricular change, articulating teaching -service, and teaching-research-extension. **KEYWORDS:** Interprofessional education, Students, Education, Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, tem como uma de suas ações intersetoriais o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, como pressuposto, a educação pelo trabalho e, como premissa, a integração ensino-serviço (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, a proposta do PET-Saúde é favorecer a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a constituição de grupos de aprendizagem tutorial, a interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço, incluindo um plano de pesquisa em atenção básica (BRASIL, 2010). Uma de suas disposições preliminares estão as mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2018).

Dentro da premissa da integração ensino-serviço, o PET-Saúde Interprofissionalidade nasce em busca dessa qualificação nos processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde (SUS)

e as instituições de ensino, de modo a promover a Educação Interprofissional (EIP) e as Práticas Colaborativas em Saúde (BRASIL, 2018), trazendo a tona algo que é de extrema necessidade de discussão e implementação nas academias, a educação interprofissional.

Dessa forma, a EIP se faz essencial para que haja no serviços de saúde, a Prática interprofissional (PIP), a qual é reconhecida como componente da organização dos serviços, que permite a problematização e o reconhecimento da fragmentação presente no cuidado em saúde, e a partir dessa problematização, é possível desenvolver uma articulação e integração das ações de saúde. Desse modo, esse processo faz com que favoreça uma maior resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, evitando a partir da lógica da PIP, omissões ou duplicações de cuidados, e ampliação e melhora da comunicação entre os profissionais (PEDUZZI et al., 2013).

Assim, é preciso lembrar e evidenciar a diferença entre a Educação multiprofissional e Interprofissional (EIP), para que assim haja um fortalecimento na promoção da (EIP) e partir dessa lógica se possa promover uma PIP nos serviços de saúde. Nesse contexto, é evidenciado que na Educação multiprofissional as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles. Já na EIP os alunos aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais (BARR et al., 2005; REEVES et al., 2013). A vivência de aprendizagens interativas na EIP é reconhecida como promotora do desenvolvimento de competências para a prática colaborativa. Assim, é de extrema importância que estas experiências sejam inseridas como atividade curricular para que elas não sejam somente uma opção acadêmica, caracterizando menos importância para a formação do futuro profissional.

Desse modo, é visto que apesar de ser difundido a importância da interprofissionalidade, no ambiente acadêmico e no campo profissional, ainda é pouco trabalhado e desenvolvido nas Universidades e demais instituições formadoras, pois é evidenciado no cenário brasileiro que a formação em saúde é sobretudo uniprofissional e que as iniciativas de EIP, no Brasil, ainda são tímidas e referidas majoritariamente a ações multiprofissionais na graduação e pós-graduação *latus senso* e, mais recentemente, à atividades optativas extracurriculares como o PET-Saúde.

Assim, essa ausência dessas iniciativas de EPI tem tido reflexo através da falta de trabalho em equipe interprofissional na área da saúde, uma vez que é observado que o cuidado prestado pelos profissionais de saúde é apresentado por silos profissionais não havendo uma comunicação concreta entre as diversas profissões da área da saúde para efetivar um cuidado integral e qualificado para população.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência enquanto integrante do PET Saúde Interprofissionalidade, no subprojeto Saúde Mental e enfatizar a necessidade da educação interprofissional na formação acadêmica, principalmente, da área da saúde para que nós, enquanto futuros profissionais, estejamos aptos a trabalhar em equipe para

fornecer um cuidado qualificado e integral à população.

2 | METODOLOGIA

A partir da minha inserção como bolsista do programa, o momento que ingressei no PET-Saúde interprofissionalidade com foco em (PET- Saúde Mental), tive a oportunidade de pensar por meio da lógica da interprofissionalidade, já que em outras ocasiões durante a minha graduação não se tinha apresentado e discutido sobre esta temática e modo de trabalho colaborativo e integrado.

Nesse contexto, em dezembro de 2018, tanto por meio de reuniões e leituras de textos e artigos começaram a ser discutidos temáticas como interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, a partir de então começamos a nos aprofundarmos ao tema “educação interprofissional”. Em abril de 2019 o PET-Saúde Interprofissionalidade teve início oficialmente com uma reunião com o secretário adjunto de Saúde do Ministério da Saúde, Marcelo Viana, onde se discutiu a respeito da interprofissionalidade, seu conceito e as competências necessárias para atingi-la. Logo em seguida, foi proposto para nós participantes deste programa realizar um curso do AVASUS (Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde) a respeito dessa temática. Assim, a partir deste curso pude observar realmente a importância de desenvolver a EPI para que seja gerado um cuidado qualificado e integral aos pacientes.

O PET-Saúde configura-se como uma das estratégias do Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) que visa a interação ativa da universidade com o serviço e a população. Assim, para desenvolver essa proposta do PET-Saúde deu-se início às discussões em reuniões com participantes de diferentes cursos que compõem o PET para a partir das problemáticas observadas no campo prático, das USF Dr. Fábio I e II, onde estamos inseridos, surgirem a partir da observação, pontos-chaves e as possíveis hipóteses de solução para resolvê-las interprofissionalmente.

Para este processo utilizamos como referência o Arco de Maguerez que parte da observação da realidade em que fomos inseridos para que possamos observar as possíveis problemáticas presente nesse cenário, em seguida é realizada teorização para vislumbrar possíveis hipóteses de solução para as problemáticas levantadas. Assim, ao realizar a metodologia da problematização, através do Arco de Maguerez, é possível promover um potencial para formação em saúde pautada sobretudo no conhecimento da realidade e sua transformação (VILLARDI; BERBEL, 2015). Desse modo o sujeito pode refletir a respeito da realidade que o cerca e questioná-la.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento do levantamento dos pontos chaves foi visto que uma das problemáticas observadas na realidade onde estamos inseridos, o USF Dr. Fábio I e II, é o pouco desenvolvimento da interprofissionalidade no cuidado em saúde mental da população

coberta por esse serviço, já que há uma fragilidade de conhecimento a respeito da saúde mental pelos profissionais, o que gera pouca discussão e trabalho interprofissional com o cuidado à saúde mental.

Diante disso, é de fundamental importância trabalhar essa temática e inseri-la na graduação, por meio da educação interprofissional. Assim, pode-se reconhecer que a EIP contribuiu para a quebra de barreiras e aproximação entre as profissões durante a formação, com mais chance de se alcançar uma prática interprofissional e colaborativa futura (KHALILI et al., 2013). Desse modo, a EIP pode viabilizar a ampliação da colaboração interprofissional e, conseqüentemente aumentar a qualidade da assistência aos pacientes (REEVES, 2016).

Portanto, estudantes de diferentes cursos, ao levarem em conta as necessidades de saúde individuais e coletivas para propor medidas que ampliem o cuidado e, conseqüentemente, que melhorem a qualidade de vida das pessoas, aprendem a aprender juntos sobre si, sobre o outro e sobre as diferentes profissões (CAIPE, 2002). Isto fortalece o compartilhamento de competências colaborativas porque inverte a lógica da formação tradicional em saúde, consolidando a EIP, promovendo assim, enquanto futuros profissionais, um cuidado centrado nas necessidades do indivíduo, de maneira que ao desempenhar o exercício profissional nos serviços de saúde se possa configurar de forma colaborativa e em parceria com usuários, famílias e comunidade (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Dessa forma, o PET-Saúde Interprofissionalidade, tem dentre seus objetivos, adequar os cursos de graduação com ênfase na interprofissionalidade, assim como, desenvolvimento da docência e preceptoria para utilização dos fundamentos teórico-conceituais e metodológicos da EIP.

Já é possível observar que possui essa realidade onde busca-se a formação interprofissional na graduação, por exemplo na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em que foi implantado nos cursos de enfermagem e medicina um currículo fundamentado em competência profissional, no qual é centrado no estudante de acordo com os princípios da metodologia ativa de aprendizagem e educação interprofissional. Este compõe um ciclo de dois anos comuns, que buscam desenvolver recursos nas áreas do cuidado individual, cuidado coletivo e de gestão dos serviços de saúde, na lógica da vigilância em saúde, com ênfase na atenção primária (SILVA, 2011).

Logo, essa proposta de educação faz com que forme profissionais competentes, que saibam trabalhar em equipe prestando dessa maneira um cuidado integral ao paciente, respeitando e prezando os princípios do SUS.

Diante disso, o PET-Interprofissionalidade/ Saúde Mental busca pensar o cuidado em saúde mental não só de modo articulado na Rede de Atenção Psicossocial, envolvendo diversos dispositivos e serviços, como também, um trabalho articulado, integrado, colaborativo, ou seja, atendendo a interprofissionalidade e, conseqüentemente,

possibilitando e fortalecendo estratégias com foco na autonomia e reinserção social da pessoa em sofrimento mental, a medida em que o cuidado é realizado não só por diversos profissionais, mas diversos profissionais que estejam integrados numa prática colaborativa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tem sido muito bom, válido e importante ter essa vivência com a interprofissionalidade, por intermédio de estratégias de ensino do PET-Saúde Interprofissionalidade/ Saúde Mental, já que é possível observar as problemáticas do serviço, que estamos inseridos, a partir de diferentes visões dos diferentes cursos que integram este o projeto PET-Saúde Mental.

Nesse contexto, fica evidente a importância de iniciativas, como a do PET-Saúde, para abordar e viabilizar ações interprofissionais na academia e para assim produzir reflexões a respeito da prática da educação interprofissional, atendendo a necessidade de promover mudanças curriculares na perspectiva da integração ensino-serviço, e da articulação ensino-pesquisa-extensão.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 Dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.

BARR H. et al. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence**. Oxford: Blackwell, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde pet-saúde/interprofissionalidade - 2018/2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jul. 2018. p. 78.

KHALILI H. et al. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. **J Interprof Care**, v. 2, n. 6, p. 448-453, Nov. 2013. Disponível em <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2013.804042?journalCode=ijic20>>. acesso em 17 Dez. 2020. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.804042>.

PEDUZZI, M. et al . Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Ago. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 Dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400029>.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-197, Mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100185&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 Dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.

REEVES S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 3, Mar. 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513239/>>. acesso em 16 Dez. 2020. <https://dx.doi.org/10.1002%2F14651858.CD002213.pub3>.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educ. rev.**, Curitiba, n. 39, p. 159-175, Abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602011000100011&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 Dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602011000100011>.

VILLARDI, M. L.; CYRINO, E. G.; BERBEL, N. A. N. **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]**. São Paulo: UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

CAPÍTULO 11

CUIDADOS DO ENFERMEIRO NO PÓS-OPERATÓRIO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 06/01/2021

Tatiane Aparecida Ferreira Silva

Faculdade única de Ipatinga

Antônio Dias – MG

<http://lattes.cnpq.br/9174536021913113>

Ana Paula do Carmo Nascimento

Faculdade única de Ipatinga

Santana do Paraíso – MG

<http://lattes.cnpq.br/6544308040170792>

Thais Fernandes Sarmento

Faculdade única de Ipatinga

Naque – MG

<http://lattes.cnpq.br/27489977572>

Claudia Maria Soares Barbosa

Faculdade única de Ipatinga

Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/7620153272386352>

Fernanda Carolina Soares de Morais

Faculdade única de Ipatinga

Coronel Fabriciano – MG

<http://lattes.cnpq.br/2383321503537553>

Jozineia Fernandes Garcias da Costa

Faculdade única de Ipatinga

Açucena – MG

<http://lattes.cnpq.br/6448256314532449>

Kened Anderson Gonçalves de Oliveira Silva

Faculdade única de Ipatinga

Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/5554587609602732>

Sumara Teixeira Lomeu

Faculdade única de Ipatinga

Ipatinga – MG

<http://lattes.cnpq.br/6159542335243198>

Taíssa Ferreira Lima

Faculdade única de Ipatinga

Antônio Dias – MG

<http://lattes.cnpq.br/4704132754868081>

RESUMO: O câncer de próstata diz respeito a um tumor na próstata, sendo, em linhas gerais, definido como uma proliferação celular anormal na glândula do sistema reprodutor masculino. Segundo dados da OMS, o câncer de próstata é o segundo tipo que mais atinge o sexo masculino sendo esse responsável por cerca de 1,28 milhões de óbitos no ano de 2018. Os cuidados prestados pelo enfermeiro no pós-operatório da prostatectomia consistem na drenagem de urina através de sondagens ou instalação do sistema coletor urinário aberto ou fechado, medidas curativas para a lesão cirúrgica com técnica asséptica, alívio da dor através de administração de medicações e incentivo a deambulação precoce, além de constantemente monitorar e evitar complicações. O estudo tem como objetivo apresentar quais os cuidados de enfermagem no pós-operatório, além de descrever quais as complicações que podem ocorrer. Observa-se que o câncer de próstata, em muitos casos, se desenvolve de forma silenciosa, o que implica em um diagnóstico tardio. Nesse sentido, denota-se que com os resultados obtidos nesta revisão de literatura, foi possível uma aquisição

de conhecimentos a respeito do câncer de próstata, bem como a sua incidência entre os homens; indicação da prostatectomia; possíveis complicações pós-cirúrgicas; e, em suma, os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Próstata, Cuidados de Enfermagem, Pós-Operatório.

NURSING CARE IN POST-OPERATIVE PROSTATE CANCER

ABSTRACT: Prostate cancer refers to a tumor in the prostate, being broadly defined as an abnormal cell proliferation in the gland of the male reproductive system. According to WHO data, prostate cancer is the second type that most affects males, being responsible for around 1.28 million deaths in 2018. The care provided by nurses in the post-operative period of prostatectomy consists of drainage urine through probes or installation of the open or closed urinary collection system, curative measures for surgical injury with aseptic technique, pain relief through administration of medications and encouragement of early ambulation, in addition to constantly monitoring and avoiding complications. The study aims to present which nursing care in the postoperative period, in addition to describing which complications may occur. It is observed that prostate cancer, in many cases, develops silently, which implies a late diagnosis. In this sense, it is noted that with the results obtained in this literature review, it was possible to acquire knowledge about prostate cancer, as well as its incidence among men; indication of prostatectomy; possible post-surgical complications; and, in short, the care provided by the nursing professional.

KEYWORDS: Prostate Cancer, Nursing Care, Postoperative.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de próstata diz respeito a um tumor na próstata, sendo, em linhas gerais, definido como uma proliferação celular anormal na glândula do sistema reprodutor masculino. Trata-se de uma doença de progressão lenta, o que culmina em um retardo no aparecimento dos sinais e sintomas, podendo assim, permanecer assintomática por anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), o câncer de próstata é o segundo tipo que mais atinge o sexo masculino (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma) sendo esse responsável por cerca de 1,28 milhões de óbitos no ano de 2018.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020) estimam cerca de 65.840 mil novos casos para 2020 em todo território nacional e, incidência de 6.420 casos no estado de Minas Gerais.

“De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, um em cada seis homens com idade acima de 45 anos pode ter a doença sem que conheça o diagnóstico” (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010). Contudo, enfatiza-se que há cura para o câncer de próstata, porém é necessário o diagnóstico precoce, que se dá através dos exames de rastreamento e detecção precoce, sendo a dosagem de PSA e o toque retal. A partir daí, aqueles que

estiverem no estágio inicial, possivelmente, serão submetidos à prostatectomia, a qual possibilita menores riscos de complicações e/ou agravamento decorrente do tumor (BENÍCIO; NASCIMENTO, 2015).

Com base no exposto, o objetivo dessa pesquisa é apresentar sobre os cuidados de enfermagem no pós-operatório do câncer de próstata. A prostatectomia é um dos tratamentos do câncer de próstata, sendo imprescindíveis os cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve estabelecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e estar atento para as intervenções necessárias, além da detecção de sinais e sintomas que podem ser indicativos de complicações pós-cirúrgica. Ademais, com suas habilidades técnico-científicas, empatia e escuta efetiva, consegue atender de forma integral e humana estes pacientes, passando confiança e trabalhando as manifestações biopsicossociais do mesmo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, onde as informações foram buscadas em artigos científicos publicados nas plataformas digitais do Ministério da Saúde, Scielo e revistas acadêmicas.

Foram utilizados 15 artigos científicos datados entre os anos de 2010 a 2020. Para a busca da base teórica foram pesquisados os seguintes descritores: câncer de próstata, cuidados de enfermagem, pós-operatório.

3 | CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é o tumor que acomete a maior parte dos homens com idade superior a 50 anos, com alto índice de mortalidade no Brasil e no mundo, podendo acometer qualquer classe social, é uma doença silenciosa e possivelmente curável (VERAS, 2017).

Segundo dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018), o câncer de próstata é o segundo tipo que mais atinge o sexo masculino (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma) sendo esse responsável por cerca de 1,28 milhões de óbitos no ano de 2018.

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2020) estimam cerca de 65.840 mil novos casos para 2020 em todo território nacional e, incidência de 6.420 casos no estado de Minas Gerais.

A próstata é uma glândula excepcionalmente masculina, localizada abaixo da bexiga a frente do reto, com a função de produção dos líquidos prostáticos que são adicionados ao sêmen, facilitando assim a fecundação. (SARRIS, 2018).

Segundo Ministério da Saúde (2013), as causas específicas do câncer de próstata não são definidas, porém são referidos alguns fatores que são considerados de risco para a sua ocorrência. Esses são: idade; histórico; sobrepeso e obesidade.

Na maioria dos casos a doença não se manifesta de forma sintomática, mas na fase avançada, o paciente pode apresentar os seguintes sinais/sintomas: hematúria, disúria, polaciúria, oligúria, infecções generalizadas e insuficiência renal. Estes também podem se manifestar doenças benignas da glândula, tais como: Hiperplasia benigna da próstata e Prostatite. (INCA, 2020).

Em se tratando da prevenção do câncer de próstata esta pode ser dividida em dois níveis, sendo eles, primário e secundário. No nível primário, as medidas preventivas da doença são: manter alimentação saudável; evitar o consumo de álcool e drogas; realizar exercícios físicos. Já no nível secundário, não se trata exatamente da prevenção, mas do diagnóstico precoce da doença. Pra isso, é necessário que os homens com idade a partir de 50 anos devem realizar os exames de toque retal e dosagem de PSA sanguíneo. Vale ressaltar que os homens que possuem casos da doença na família devem realizar estes exames ainda mais cedo, uma vez que a hereditariedade é um dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O tratamento é realizado de acordo com cada estágio da doença (quadro 1). Para a escolha da medida terapêutica são levados em considerações os benefícios/riscos, os efeitos colaterais, condições clínicas do paciente e idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

ESTÁDIO	DESCRIÇÃO
Estádio I	Câncer assintomático detectado ao acaso ou pelo aumento do PSA
Estádio II	Câncer encontrado devido à presença de nódulo na próstata
Estádio III	Câncer que atingiu tecidos próximos a glândula (bexiga, vesícula seminal e reto)
Estádio IV	Câncer metastático que se espalhou para os linfonodos, ossos e órgãos.

Quadro 1: Estádios do Câncer de Próstata

Fonte: Adaptado de MALUF, 2018.

Nos estádios I e II o câncer pode ser tratado de três formas: cirúrgica, radioterápica ou observação vigilante da evolução das alterações. Já nos estádios III e IV o tratamento indicado é radioterapia combinada com hormonioterapia. (MALUF, 2018).

3.1 Complicações no pós-operatório

A realização da prostatectomia é uma opção para o tratamento cirúrgico para o câncer de próstata, porém, podem ocorrer complicações no pós-operatório imediato e recusas ao novo estilo de vida causado pela cirurgia, podendo prolongar, dessa forma, o processo de recuperação. (PORTO *et al*, 2017).

Santos *et al* (2015) explicam que, por ser um procedimento que gera medos e insegurança, tanto o paciente como o cônjuge/cuidador devem ser orientados quanto aos cuidados e possíveis complicações que a cirurgia pode acarretar.

Saldanha *et al* (2013) afirmam que após a cirurgia o paciente está suscetível a complicações como: desequilíbrio hidroeletrólítico, hipertensão arterial, confusão, angústia respiratória, hemorragia, trombose venosa profunda e obstrução da sonda.

Após a alta, a atenção deve estar votada aos cuidados com a sonda vesical de demora (SVD), queixas de dor e, principalmente, para a saúde mental do homem. Fatores cirúrgicos secundários como: disfunção erétil (DE), incontinência urinária (IU) e distúrbios na ejaculação projetam impactos desfavoráveis na qualidade de vida do paciente acarretando alterações psicológicas como depressão e baixa autoestima, logo, o acompanhamento com uma equipe multi e interdisciplinar é primordial para a recuperação e bem estar desse. (GOMES *et al*, 2019).

Diante disso, a equipe de enfermagem atua nessa área prestando os devidos cuidados no que tange a saúde física, mental e social desse indivíduo visto que, até sua recuperação, há grandes desafios quanto à mudança do seu cotidiano e do meio em que esse vive. (SANTOS *et al*, 2015).

3.2 Cuidados de enfermagem no pós-operatório

Após o procedimento cirúrgico, o paciente é encaminhado para a sala de recuperação para atingir um estado de estabilidade clínica. Cabe ao enfermeiro proporcionar um ambiente calmo, silencioso e com pouca luminosidade. Os cuidados do profissional devem estar voltados para as funções vitais do paciente, sendo assim, o enfermeiro deverá avaliar as funções respiratórias, cardíacas e neurológicas e analisar as funções hidroeletrólíticas do indivíduo. (BATISTA, 2010).

Os cuidados prestados pelo enfermeiro no pós-operatório da prostatectomia consistem na drenagem de urina através de sondagens ou instalação do sistema coletor urinário fechado, medidas curativas para a lesão cirúrgica com técnica asséptica, alívio da dor através de administração de medicações e incentivo a deambulação precoce, além de constantemente monitorar e evitar complicações (MATOS, *et al*, 2017).

O pós operatório com assistência de enfermagem assertiva e especializada possibilita ao paciente a recuperação tranquila e a minimização de complicações, principalmente processos infecciosos no pós-cirúrgico. Para tal assistência o enfermeiro tem como instrumento norteador a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), metodologia que organiza o trabalho deste profissional. Desta forma a enfermagem realiza a visita no leito pós o procedimento cirúrgico e efetua a avaliação do paciente, identifica os diagnósticos de enfermagem, implementa as prescrições de enfermagem e posteriormente registra os resultados esperados (Quadro 2). (BATISTA, 2010).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADOS
	- Controle do débito urinário;	
Eliminação urinária prejudicada evidenciada pela presença de cateter vesical de demora.	- Atentar para sinais de infecção urinária; - Manter boa higienização da região íntima; - Estimular o paciente a drenagem de urina espontânea.	Melhora do débito urinário e ausência de infecção do trato urinário.
Dor aguda evidenciada por queixa do paciente.	- Acolher a queixa do paciente, anotar local e intensidade da algia; - Mediar conforme prescrição; - Instituir medidas para conforto como posicionamento adequado.	Melhora e/ou ausência de queixa algica.
Deambulação prejudicada relacionada a dificuldade de deambular pós-cirúrgica.	- Auxiliar o paciente a deambular; - Incentivar a realização da deambulação precoce; - Atentar para risco de quedas.	Desenvolvimento do processo de deambulação do paciente, sem presença de quedas ou lesões.
Risco de queda.	- Elevar grades; - Orientar quanto ao uso de apoio e calçado antiderrapante, - Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e sua prevenção; - Auxiliar na deambulação e banho.	Ausência de quedas.
Padrão de sexualidade Ineficaz.	- Acolher respeitosamente as queixas e dificuldades sexuais nesse momento do paciente; - Motivar a buscar outras possibilidades na rotina sexual; Orientar quanto a possibilidade de prótese peniana; - Orientar quanto à procura de apoio psicológico profissional.	Proporcionar relação de conforto e respeito com o paciente, evitando adoecimento mental e piora da condição física.
Risco de infecção no sítio cirúrgico.	- Atentar para sinais e sintomas sugestivos de sepse; - Monitorar sinais vitais; - Realização de curativo com técnica asséptica; - Anotar características da lesão e drenagem de exsudato se presente.	Evitar surgimento de processo infeccioso e complicações pós-cirúrgica.
Integridade da pele prejudicada evidenciado pela presença de lesão cirúrgica.	- Realização dos curativos e acompanhamento da evolução cicatricial da lesão cirúrgica; - Posicionar o paciente de forma confortável minimizando algia e protegendo a área lesionada.	Evitar atrito da área lesionada, reduzindo algia e favorecendo a cicatrização precoce.
Distúrbio do padrão do sono relacionado a dificuldade de manter o sono.	- Ensinar ao paciente técnica de relaxamento; - Proporcionar ambiente calmo.	Capacidade de conciliar o sono/reposo

Quadro 2: Diagnóstico, prescrições e resultados de enfermagem.

Além disso, o Enfermeiro assume papel de orientador e educador do paciente e de seus familiares nos cuidados que devem ser seguidos após a alta hospitalar. As orientações devem ser transmitidas de forma clara e direta. (MATOS *et al*, 2017).

As intervenções de enfermagem que devem ser seguidas pelo paciente e familiar após a alta estão voltadas para o cateter urinário e coletor, devendo este se manter fixos, evitando contatos com superfícies sujas; higiene e cuidados com a incisão cirúrgica, através de banho diário e limpeza suave no local; hidratação e nutrição; atividades físicas leves que não necessitam de levantamento de peso. (SANTOS *et al*, 2015).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o que foi dito, observa-se que o câncer de próstata, em muitos casos, se desenvolve de forma silenciosa, o que implica em um diagnóstico tardio. Porém, a fim de se estabelecer o diagnóstico precoce, preferivelmente no estágio I da doença, se faz necessário uma conscientização dos homens para que possam aderir aos serviços de atenção básica e exames de rastreamento do câncer, a partir da idade de risco pré-estabelecida.

Com base no que foi exposto neste estudo, observa-se também que, o enfermeiro deve firmar a SAE no pós-cirúrgico do paciente, executando os diagnósticos, intervenções e avaliações. Ademais, é fundamental que o profissional esteja atento às condições do paciente, referindo-se, no que diz respeito, aos sinais e sintomas apresentados que possam ser indicativos de complicações cirúrgicas e/ou infecções.

Nesse sentido, denota-se que com os resultados obtidos nesta revisão de literatura, foi possível uma aquisição de conhecimentos a respeito do câncer de próstata, bem como a sua incidência entre os homens; indicação da prostatectomia; possíveis complicações pós-cirúrgicas; e, em suma, os cuidados prestados pelo profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BATISTA R. M. L. **Patologia Prostática – Cuidados de enfermagem a doentes submetidos a cirurgia prostática**. Universidade Fernando Pessoa. 2020. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2506/1/T_16864.pdf. Acesso em: 10 outubro 2020.

BENICIO R. B. M; NASCIMENTO R. F. CUIDADOS DE ENFERMAGEM: pacientes portadores de câncer de próstata. **Revista Científica da FASETE**, 2015. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2015/9/cuidados_de_enfermagem.pdf. Acesso em: 19 setembro 2020.

GOMES C. R. G *et al.*. Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. **Acta paul. enferm.** vol.32 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000100106&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 setembro 2020.

INCA. **Câncer de próstata**. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 02 setembro 2020.

INCA. **Brasil - estimativa dos casos novos**. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>. Acesso em: 21 de outubro de 2020.

MALUF F. **Câncer de próstata I Tratamento**. 2018. Disponível em: <https://vencercancer.org.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata-tipos-de-cancer/tratamento-9/>. Acesso em: 15 setembro 2020.

MATOS M. W. P *et al.*. Atuação da enfermagem na recuperação de pacientes em pós-operatório de prostatectomia: uma revisão sistemática da literatura. **Revista gestão & saúde**. 2017. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file86e0c43d4d9b94982e8cc82636a7bf24.pdf>. Acesso em: 03 outubro 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Câncer de próstata: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** 2013. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-prostata>. Acesso em: 15 setembro 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ministério da Saúde e Inca orientam homens sobre prevenção ao câncer de próstata - O Instituto Nacional do Câncer estima o surgimento de cerca de 68 mil novos casos no Brasil em 2019.** 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2019/11/ministerio-da-saude-e-inca-orientam-homens-sobre-prevencao-ao-cancer-de-prostata>. Acesso em: 12 outubro 2020.

OPAS. **Folha informativa – Câncer.** 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094. Acesso em: 02 setembro 2020.

PAIVA E. P; MOTTA M. C. S; GRIEP R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta paul. enferm.** vol.23 no.1 São Paulo 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 setembro 2020.

SALDANHA E. A *et al.*, O perfil sociodemográfico de pacientes em pós-operatório imediato de prostatectomia. **Revista de enfermagem UFPE online**, 2013. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7178/1/2013_art_albclira.pdf. Acesso em: 10 setembro 2020.

SANTOS D. R. F *et al.*, Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, nº 4, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4218>. Acesso em: 03 setembro 2020.

SARRIS A. B *et al.*, **Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada.** 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/57304/35376>. Acesso em: 05 setembro 2020.

VERAS A. S. P *et al.*, Saúde preventiva com ênfase no câncer de próstata: uma revisão de literatura. **Revista Uningá**, v.54, nº 1, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/7>. Acesso em: 05 setembro 2020.

CAPÍTULO 12

O SISTEMA MANCHESTER DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Data de aceite: 01/03/2021

Erica Almeida Brito

Faculdade Maurício de Nassau

Joelyta Barbara Araruna

Faculdade Maurício de Nassau

Maria Roberta da Silva

Faculdade Maurício de Nassau

RESUMO: Entre os protocolos de risco, o sistema Manchester é um dos sistemas mais completo. Neste trabalho foi abordado, através da análise de estudos, os diversos sistemas existentes, porém, com ênfase no sistema Manchester aplicado a hospitais de pequeno porte, que é maioria dos hospitais brasileiros. Portanto, foi realizado uma revisão da literatura sobre a aplicação do sistema Manchester a hospitais de pequenos portes para saber os seus pontos fortes e possíveis falhas na sua aplicação, principalmente na realidade dos hospitais brasileiros, onde ocorre uma inversão no, por parte dos usuários, na ordem do atendimento e cuidado à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Classificação de Risco, Protocolo de Manchester, Hospital de pequeno porte.

ABSTRACT: Among the risk protocols, the Manchester system is one of the most complete systems. In this work, through the analysis of studies, the various existing systems were approached, however, with emphasis on the

Manchester system applied to small hospitals, which is the majority of Brazilian hospitals. Therefore, a literature review on the application of the Manchester system to small hospitals was carried out to find out its strengths and possible flaws in its application, especially in the reality of Brazilian hospitals, where an inversion occurs, on the part of users, in the order of care and health care.

1 | INTRODUÇÃO

Os primeiros momentos do paciente em hospitais e unidades de saúde são imprescindíveis para a garantia de um atendimento eficiente e com menos riscos de transtornos e erros médicos. O atendimento de pacientes em hospitais superlotados pode retardar a assistência ofertada àqueles usuários com maior risco clínico, com isso interferir diretamente na ocorrência de eventos adversos e na deterioração das condições de trabalho. Este cenário proporciona, ainda, em última instância, um desempenho questionável do sistema de saúde como um todo¹.

O Sistema Manchester de Classificação de Risco utiliza uma metodologia de trabalho sólida, coerente, compatível com a boa prática médica em situações de urgência, confiável, uniforme e objetiva. O Protocolo de Manchester permite a identificação da prioridade clínica e a definição do tempo alvo recomendado até a avaliação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do serviço

de urgência, quer em situações de catástrofe ou múltiplas vítimas. Este sistema de classificação de risco foi criado para possibilitar aos profissionais de saúde as habilidades necessárias para identificar rapidamente uma prioridade clínica para pacientes em situação aguda².

Desta forma, essa estratégia se converte em um dispositivo clínico e organizacional valioso para o auxílio à gestão da assistência no serviço de aprimoramento e qualificação do cuidado prestado ao organizar a demanda conforme os padrões de riscos expressos pela gravidade no momento da apresentação do paciente. O Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM), por sua abrangência e capacidade de triagem, tem sido um dos mais utilizados no Brasil e no exterior³. Sabendo do seu valor e da sua ampla utilização em contexto brasileiro, questiona-se em que medida este protocolo tem sido efetivo em -

1.1 Problema

Diante da ampla utilização do Sistema Manchester de Classificação de Risco em contextos hospitalares brasileiros, importa investigar como esta prática vem se efetivando em hospitais de pequeno porte nacional, e o que a literatura científica vem apontando nesse sentido, de modo que assim possa se descobrir sua efetividade nestes contextos e possíveis lacunas a se aprimorar através da investigação. Portanto, chega-se ao seguinte questionamento: como o Sistema Manchester de Classificação de Risco vem sendo aplicado em contextos hospitalares de pequeno porte no Brasil e o que a literatura científica vem demonstrando sobre esta prática?

1.2 Objetivos

Diante do problema levantado chegou-se ao objetivo geral de identificar como Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM) vem sendo aplicado em contextos hospitalares de pequeno porte brasileiro, objetivo no qual respaldou-se através dos objetivos específicos de identificar literatura científica sobre aplicação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM) em contextos hospitalares de pequeno porte brasileiro; Identificar literatura científica no que tange a aplicação do referido sistema nos contextos hospitalares de pequeno porte públicos e privados e discutir que lacunas existem no aprimoramento da aplicação deste sistema nos contextos hospitalares de pequeno porte no país.

1.3 Justificativa

O atendimento de urgência ganhou mais relevância e indica a proporção desigual entre a oferta de recursos e demanda dos usuários, ressaltando um cenário nacional de serviços de emergência superlotados. Isso mostra a necessidade de adoção de dispositivo com capacidade para contribuir para a priorização do atendimento, não só como meio de aliviar o sofrimento, mas principalmente de salvar vidas. A classificação de risco surgiu, portanto, como uma estratégia clínica e organizacional para atenuar riscos e danos oriundos

das assimetrias geradas pelo acesso aos cuidados em hospitais. O Estudo se justifica pela grande relevância desse sistema de classificação para a saúde pública, de modo que identificar e discutir formas de se efetivar, melhorar e ampliar sua aplicação no sistema hospitalar brasileiro permite uma contribuição com o desenvolvimento do atendimento em saúde no país.

1.4 Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura por meio da busca criteriosa de estudos publicados sobre a temática proposta. Foi realizada uma busca por artigos nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e Banco de Teses e Dissertações - CAPES, no período de 2010 a 2020 tendo como objetivo identificar o cenário recente dos últimos dez anos. Utilizou-se como descritores as palavras-chave: ^(a) Classificação de Risco; ^(b) Protocolo de Manchester; ^(c) Hospital de pequeno porte; ^(d) Hospital público; ^(e) Hospital privado. Foram definidos como critérios de inclusão estudos originais, que abordaram a temática, publicados na íntegra, no idioma português, em contextos de pesquisa brasileiros, entre 2010 e 2020, dentro da grande área de ciências da saúde.

1.5 Estrutura

No primeiro eixo buscou-se atender ao objetivo de identificar literatura científica sobre aplicação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM) em contextos hospitalares de pequeno porte brasileiro, ação que se deu através de uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados supramencionadas, verificou-se que através de um revisão sistemática, a existência de diversos sistemas de classificação de risco, porém, dentre os analisados, o sistema de classificação de risco Manchester foi o que apresentou melhores condições de avaliação, dado sua complexidade e completude.

No segundo eixo realizou-se o atendimento ao objetivo de identificar literatura científica no que tange a aplicação do referido sistema nos contextos hospitalares de pequeno porte públicos e privados, também através de uma revisão sistemática nas bases de dados estabelecidas e constatou-se, através da análise de diversos estudos, sendo alguns pesquisa de campo, que o sistema de classificação de risco Manchester, é uma ferramenta muito útil dentro dos hospitais grandes e de pequeno porte, pois, devido a realidade da saúde brasileira, os prontos socorros tendem a receber um número grande de pacientes e o sistema de classificação de risco Manchester, ajuda a organizar este seguimento.

No terceiro eixo realizou-se o objetivo de discutir que lacunas existem no aprimoramento da aplicação deste sistema nos contextos hospitalares de pequeno porte no país, conforme achados encontrados nas revisões realizadas, de modo a identificar que aspectos precisam ser aprimorados e com isso possibilitar que este trabalho contribua com o desenvolvimento do sistema de saúde bem como o atendimento em contextos hospitalares brasileiros. Chegou-se, a partir dos estudos analisados, que o sistema de classificação de

risco Manchester, apesar de ajudar a diminuir o número de paciente no pronto socorro, sozinho não resolve os problemas da saúde brasileira, portanto, é se confirma com uma ferramenta de ajuda.

No quarto e último eixo apresentou-se as discussões e considerações finais, onde espera-se como resultado contribuir com o desenvolvimento de um atendimento eficiente e eficaz em saúde nos hospitais de pequeno porte brasileiro.

21 O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER (SCRM) E A APLICAÇÃO EM CONTEXTOS HOSPITALARES DE PEQUENO PORTE BRASILEIRO

No primeiro momento atendeu-se ao objetivo de identificar literatura científica sobre aplicação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM) em contextos hospitalares de pequeno porte brasileiro, através de uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Pubmed, Google Acadêmico e Banco de Teses e Dissertações - CAPES, no período de 2010 a 2020. Para subsidiar a revisão sistemática importou discutir características do sistema de classificação de risco de Manchester, bem como sua importância para os profissionais de enfermagem e seu comparativo com outros tipos de protocolos.

São muitos os trabalhos que buscam a melhoria do atendimento em saúde à população brasileira. Dentro desses projetos, o enfermeiro é um profissional de muita importância, dado que são os primeiros a entrar em contato com os pacientes. São eles os responsáveis por fazer as avaliações e as classificações de gravidade das pessoas que procuram atendimento de emergência, pois, com a pessoas vivendo mais, o número de doenças crônicas como diabetes, câncer, pressão e entre outras, aumentaram muito⁴.

Portanto, um grande número de pessoas busca atendimento no pronto de socorro e cabe aos enfermeiros aplicar uma boa classificação que garanta este atendimento. Portanto, neste trabalho de classificar e avaliar os pacientes que chegam aos hospitais, a utilização de protocolos garante uma melhoria no atendimento e evita-se uma análise subjetiva ao seguir determinados procedimentos já estabelecidos. Sendo assim, para dar conta do objetivo proposto neste trabalho, pensar quais são os benefícios que o Sistema de Manchester (neste trabalho será identificado sigla SM) traz ao atendimento da população, devido à enorme quantidade de pessoas que chegam aos prontos de socorros, para serem atendidas, é essencial. Pois, essa discussão sobre a área saúde, no qual os sistemas são avaliados, tem crescido, o que faz com a busca por resposta rápida e precisa às demandas seja atendida. Principalmente por conta do envelhecimento da população⁴.

Entre os sistemas existente estão: Modelo Australiano (Australasian Triage Scale - ATS), sistema pioneiro no que tange a triagem; Modelo Canadense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS, semelhante ao australiano, porém mais complexo e utilizado no Canada; Modelo de Manchester (Manchester Triage System - MTS), trabalha com descritos, usa

algoritmos e cores, muito utilizado em partes da Europa; Modelo Americano (Emergency Severity Index - ESI), utilizado nos Estados Unidos, tem como prioridade o uso de recursos; Modelo de Andorra (Model Andorrà del Trialge – MAT), sistema complexo que leva até 8 minutos para ser realizado o procedimento.⁴

Apesar haver diversos tipos de sistemas de protocolo de risco, optou-se por focar apenas no protocolo Manchester, dado que é o mais utilizado no Brasil e que se destaca por conta de o protocolo de Manchester ter categoria que classificam os sinais e sintomas, evitando-se assim a indução a diagnósticos, que é indesejável em um sistema de classificação. O SM, baseia-se em evidência a partir de uma regularidade que está em sintonia com os padrões internacionais de excelência, portanto, é um sistema confiável por conta de sua metodologia e apresenta uma capacidade de informatização⁴.

Sobre a escolha do SM como método de classificação de risco dentro do contexto brasileiro, nota-se que diversa publicação apontam para melhoras na administração de paciente que chegam a hospitais de pequeno porte no Brasil. Com isso há um redução do desconforto por parte dos paciente e também da taxa de mortalidade, pois, quanto mais rápido se garante o atendimento, maiores as chances do paciente em sobreviver. Portanto, nota-se, a partir dos estudos, uma eficiência na aplicação do sistema Manchester em vários níveis de atendimento. Com a informatização do sistema, as informações são colhidas com rapidez pelo Estado, o que garante melhorias na saúde como um todo. Neste contexto, o enfermeiro atua como protagonista, uma vez que é qualificado, na aplicação do sistema Manchester para uma rápida avaliação e classifica os pacientes da urgência e emergência. Portanto, o enfermeiro é quem reconheci o nível de gravidade, tem o reconhecimento do funcionamento da equipe médica e pode até mesmo delegar tarefas em situações que exigem rapidez no atendimento⁵.

Por ser um sistema informatizado e devido a falta de pessoal e recurso no sistema de saúde brasileiro e principalmente nos hospitais de pequeno porte, o sistema Manchester acaba por sofrer um certa resistência quanto a sua implementação, porém, com uma adaptação correta na rotina dos profissionais e um bom treinamento é um ferramenta que soma muito na melhoria do atendimento ⁵.

Um outro fator que aumenta o número de paciente em hospitais de pequeno porte no brasil, é o fato de que nas cidades há muitos aspectos que colaboram negativamente, como: violência urbana, acidentes de trânsitos, poluição do ar, sedentarismo e entre outros. Para ajudar neste quadro, as tecnologias têm desempenhado um papel importante junto com políticas públicas. Porém, mesmo sendo garantido por lei o direito de acesso a saúde a todos os cidadãos brasileiros, os recursos para alcançar este fato não se concretizam, mesmo que se faça o possível⁵.

É neste contexto em que se pode fazer uma análise do quanto o sistema Manchester pode colaborar, pois, além da classificação adequada que o sistema permite que o enfermeiro faça, isso colabora na percepção dos usuários, que acabam por se sentir mais

bem atendidos. Além disso, um outro fator relevante é que com uma boa organização e classificação, os recursos são utilizados de uma forma melhor e mais eficiente.

As pesquisas neste campo da triagem, cresceu e continua a crescer, pois, dado a existência de inúmeros sistemas, busca-se entender qual o melhor sistema para determinadas situações. Alguns pontos são importante para entender característica que serão relevantes no momento de adesão a determinado sistema, são eles: a capacidade hospitalar em receber os pacientes, portanto, o quanto de enfermeiro e do setor de terapia existe no hospital; o histórico de mortalidade do hospital e o quanto de recurso este hospital tem para disponibilizar ⁴.

Conclui-se a partir do que foi discutido que, dentre dos inúmeros sistemas de protocolos de riscos existente, o SM apresenta aspectos interessante e tem alto potencial de uso para o cenário de cuidados da saúde dos brasileiros, e, principalmente, no atendimento em hospitais de pequeno porte nas diferentes regiões do Brasil. Porém, com os estudo certo sobre estes hospitais de pequeno porte e suas características outros sistemas podem colaborar para o bom atendimento.

Acrescenta se ainda, em relação ao protocolo em análise neste trabalho que o sistema de classificação Manchester tem demonstrado bons aspectos quanto à validade, a capacidade sensibilizar o enfermeiro para um melhor primeiro contato com o paciente e, também, apresentado boa reprodutibilidade⁴.

Portanto, o sistema Manchester apresenta boas condições para o alcance de resultado dentro do atendimento dos hospitais de pequeno porte. Os estudos pesquisados serão analisados no próximo item.

31 APLICAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER (SCRM) EM CONTEXTOS HOSPITALARES DE PEQUENO PORTE PÚBLICOS E PRIVADOS

No eixo dois efetivou-se o atendimento ao objetivo de identificar literatura científica no que tange a aplicação do referido sistema nos contextos hospitalares de pequeno porte públicos e privados. No que tange a discussão de hospitais públicos em cenário brasileiro, importa refletir as características e demandas do Sistema Único de Saúde (SUS).

O sistema de saúde brasileiro atende uma alta demanda de pacientes, dado a sua gratuidade, universalidade e o território em que atua, buscando atender a toda população. Segundo a pesquisa do IBGE em 2019, cerca de 150 milhões de brasileiros dependem do uso do SUS. Portanto, é preciso avaliar os efeitos da utilização deste sistema no Sistema Único de Saúde. Pois, um dos maiores desafios do SUS se dá nos Prontos de Socorro (mesmo em hospitais de pequeno porte), devido desorganização do cuidado geral da saúde dos brasileiros, que vai criando ao longo do tempo, um adoecimento que acaba nos prontos de socorro.

No Brasil, a atenção à saúde ocorre no setor hospitalar, no que tange aos cuidados

preventivos, há poucos recursos investidos. Há também um comportamento de inversão por parte dos usuários, pois, a percepção é de que a qualidade de atendimento nos hospitais é melhor. Sendo assim, quando a população precisa do atendimento médico, os hospitais são tidos como a primeira opção, portanto, é no atendimento que os hospitais realizam que os pacientes notam se há ou não um bom atendimento. Vale ressaltar, que por falta de informação ou por questões de trabalho, o fato de não poder faltar, por exemplo, muitos só procuram os hospitais quando não podem mais adiar o atendimento, o que acaba gerando urgências e emergências. Portanto, o setor hospitalar é o principal representante do sistema de saúde brasileiro e os investimentos neste setor colaboram com esta perspectiva, uma vez que dois terços destes investimentos são para o setor hospitalar. Como resultado, o setor hospitalar conta com maior demanda de médicos, enfermeiros e demais profissionais que atuam na saúde. Além disso, os hospitais são centros de treinamentos e tem a sua disposição um alto número de tecnologias⁶.

Há alguns pontos que devem ser observados para garantir uma boa qualidade no atendimento hospitalar, três intervenções são consideradas para atender a esta finalidade: a criação de regulamentação que garantam os investimentos necessários; a garantia de meios e instrumentos; e estimular os profissionais a realização do melhor atendimento possível⁶.

Dada a análise e comparação dos sistemas hospitalares públicos e privados, bem como identificação de hospitais de pequeno porte, chega-se à necessidade de identificar a literatura científica acerca do protocolo de SM nestes contextos em território brasileiro. Portanto, é necessário entender qual a dimensão que ocupa os hospitais de pequeno porte dentro do sistema de saúde brasileiro.

Os dados apontam que 4.705 hospitais de pequeno porte chegam a representar 62% das unidades hospitalares, ou seja, o número apontado no estudo em questão, é de que os hospitais de pequeno porte realizam boa parte dos atendimentos no território brasileiro. Portanto, os hospitais de pequeno porte atuam de forma expressiva dentro do sistema de saúde brasileiro, o SUS⁷.

Sobre o papel que os hospitais de pequeno porte cumprem na saúde brasileira, nota-se que é um setor que atua de forma estratégica para garantir o cuidado das pessoas que utilizam o SUS. Além disso, a sua localização garante o atendimento em locais que em outro momento teriam que ir aos grandes centros em busca de ajuda médica. Entre os elementos que garante ao hospitais de pequeno porte um caráter estratégico estão: garantir atendimentos mais simples, que caso chegasse aos grandes hospitais, acabariam por gerar maior demanda e problemas; a criação de um rede de atendimento anterior ao setor hospitalar de grande porte; e garantir a presença de profissionais em cidades menores⁷.

Entre os artigos encontrados, um estudo sobre aplicação do SM, apontou que a dor

é fator que se analisa nos diferentes níveis do sistema Manchester, portanto, ao relatar a presença da dor e esta ser localizada, garante uma melhor classificação⁸. A partir desta informação, nota-se que a dor é um elemento que o enfermeiro deve se atentar no momento em que o paciente chega ao pronto de socorro. Portanto, o SM, é um importante método de medição aproximada da dor que o paciente está sentindo. No momento do acolhimento, a comunicação se torna essencial. Dado que, em um primeiro momento, é através da verbalização descritiva do paciente, que o enfermeiro vai organizar os descritores, que são organizados através de números, para realizar a classificação adequada do paciente. Assim, a sensação de dor é classificada numericamente, cria-se assim uma comunicação ágil que é necessária neste tipo de atendimento⁸.

Dentro deste contexto, os pacientes que chegam aos hospitais e no caso, nos de pequeno porte, no primeiro contato, a comunicação pode ser a chave para um bom atendimento. Pois, as dores estão presentes nas maiorias dos casos. Há regiões específicas do corpo que são as fontes dessas dores, como a cabeça, a garganta, o tórax, o abdômen e o lombar. Segundo o estudo, mesmo que a classificação da sensação da dor tenha limitações, o uso desse sistema garante uma comunicação em que o caráter subjetivo da dor é transformado em objetivo para que enfermeiro possa proceder da melhor maneira no momento da classificação, é justamente o protocolo de classificação Manchester que facilita a realização adequada deste procedimento, além de garantir uma padronização neste tipo de classificação⁸.

Em um segundo estudo analisado, o SM é colocado como proposta para responder as características que são específicas do sistema de saúde brasileiro e que, por extensão, aos hospitais de pequeno porte. Pois, a autora afirma as seguintes situações, que foram usadas como justificativa de sua pesquisa: ocorrência de atraso em consultas; corredores superlotados, como situação dos hospitais de emergência; inversão nos cuidados da saúde por parte dos usuários. Portanto, a realidade da saúde brasileira traz sérias complicações que dificultam o atendimento de qualidade do paciente⁹.

Nota-se que, por essas características, o SM serve como uma alternativa paliativa, mesmo que sua utilização melhore o atendimento, como dito anteriormente. Portanto, segundo autora, a aplicação do SM se torna menos eficiente, dado que se verifica uma comunicação ruim entre enfermeiro e paciente, que muitas vezes gera irritação e conflito. Portanto, é necessário a existência de um incentivo aos enfermeiros a uma formação contínua, pois, o aprimoramento é sempre necessário e atuação estratégica, como boa formação, garante ao enfermeiro uma maior diversidade na sua capacidade de atendimento. Sendo o enfermeiro o primeiro a entrar em contato com o paciente, a sua boa atuação reflete no atendimento de toda a equipe hospitalar, pois garante uma melhor fluidez no atendimento⁹.

Um terceiro estudo analisado, no qual foram entrevistados enfermeiros. Novamente

é relatado a inversão que acontece quando os usuários buscam atendimento de saúde. Há uma troca, uma inversão no uso do serviço básico pelo serviço de urgência e emergência. Os serviços de emergência e urgência se tornam a porta de entrada ao atendimento de saúde, ou seja, há uma inversão e uma não procura por outros setores da rede de atuação da saúde por grande parte da população brasileira. Dado que o setor hospitalar dispõe, como dito anteriormente, um maior número de recursos, médicos e tecnológicos, o atendimento acaba por ser de forma rápida e resolutive. Portanto, o setor hospitalar acaba por atender o que deveria ser atendido em outras instâncias, como o setor de atenção primária¹⁰.

Alguns relatos fornecidos à pesquisa, apontam novamente para uma falha de comunicação entre enfermeiro e paciente, pois, ao serem submetidos a uma classificação, muitas vezes os usuários acabam por ficar irritados e contestar a classificação recebida ¹⁰.

Outro fator relatado, é a complicação que se dá quando o paciente não é atendido e acaba com o quadro agravado. Devido ao grande contingente de pessoa que chegam com dores não urgentes e que no tempo de espera desenvolve um agravamento. Neste estudo é ressaltado, que mesmo diante dessas complicações que são encontradas no dia a dia do enfermeiro na hora de aplicar a classificação de risco, os benefícios das aplicações são muitos e superaram os malefícios¹⁰.

A partir dos estudos analisados, nota-se que a utilização do SM por si só não garante a qualidade no atendimento, dado a realidade do sistema de saúde brasileiro. Pois, como foi relatado, a inversão do sistema de saúde feita pelo paciente, somada à uma possível incompreensão da classificação feita pelos enfermeiros, acabam por gerar conflitos, principalmente, nos prontos de socorro. Portanto, é necessário pensar alternativas para essa situação.

No próximo eixo pretende-se fazer a junção do que foi abordado anteriormente para se pensar os possíveis pontos fortes no sistema de classificação de risco Manchester.

4 | LACUNAS EXISTENTES PARA APRIMORAMENTO DA APLICAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER NOS CONTEXTOS HOSPITALARES DE PEQUENO PORTE NO PAÍS

A partir do que foi trabalhado no primeiro eixo, os inúmeros sistemas de protocolos de risco apresentam determinadas limitações teóricas, pois, a comparação precisa entre eles, seria impossível de se realizar. Mas o que se mostra é que não existe um modelo que seja adequado a todas as situações, ou seja, não há um sistema de classificação de risco que possa dar conta de todas as especificidades de cada hospital e principalmente no Brasil, onde os hospitais de pequeno porte é a maioria, as características são inúmeras. Além disso, há outras limitações por conta da natureza deste trabalho, ou seja, por ser uma pesquisa bibliográfica.

Porém, nota-se a partir dos estudos, que o SM, dado a sua complexidade, parece responder melhor ao acolhimento dos pacientes, pois, como dito anteriormente, a sensibilidade é uma característica muito presente neste protocolo. Portanto, a sensibilidade se entende a capacidade de agrupamento quanto aos pacientes da emergência e da urgência¹¹.

Outra característica do sistema de classificação Manchester é a alta capacidade em classificar os pacientes que não necessitariam de um atendimento imediato, cria-se assim, uma maior efetividade no atendimento de pessoas que precisam serem atendidas imediatamente. Portanto, colabora na resolução do problema de inversão que acontece no sistema de saúde brasileiro¹¹.

Mas para uma boa aplicação do SM, Coutinho et al¹¹, apresenta como condição a seguinte necessidade: treinamento adequado dos enfermeiros, para a melhor aplicação do protocolo de Manchester. É o treinamento adequado que garante a funcionalidade e efetividade da aplicação do protocolo Manchester¹¹.

No segundo eixo, a análise dos estudos aponta para um cenário um pouco complicado do sistema de saúde brasileiro, no qual, os hospitais de pequeno porte são de grande importância. Os pacientes, de forma invertida, acabam no setor hospitalar e, portanto, este setor se torna o primeiro contato com os cuidados do paciente, o que gera sobrecargas, principalmente, nos prontos de socorro.

Portanto, mesmo neste contexto, a aplicação do SM apresenta resultados de melhora no atendimento.

Quanto ao estudo que apresenta entrevista com os enfermeiros, nota-se que a comunicação entre enfermeiros e pacientes em situações de urgência e emergência é conflituosa, e que pode ser melhorada. Mas, mesmo com algumas limitações, Roncalli concluir que existe um desafio na concretização da utilização do sistema Manchester para a realização de um atendimento acolhedor, e que é preciso uma participação ativa dos enfermeiros para possíveis melhorias e adaptações a serem feitas no sistema Manchester¹⁰.

Além disso, um trabalho de conscientização dos usuários do sistema de saúde brasileiro pode colaborar para a manutenção do fluxo dos pacientes nos prontos socorro. Outro fator importante é uma ação explicativa sobre o trabalho de triagem dos enfermeiros para que os pacientes possam entender o trabalho de classificação. Principalmente em cidades pequenas onde há uma grande existência dos hospitais de pequeno porte.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo, conclui-se que o SM tem certas vantagens em relação aos demais sistemas de protocolo de riscos, pois, a sua alta quantidade de fluxogramas garante uma qualidade na classificação e uma vez bem treinados, os enfermeiros têm em mãos uma

excelente ferramenta, que ajuda, como analisados nos estudos, a diminuir a quantidade de pacientes nos prontos socorro.

Notou-se que os hospitais de pequeno porte desempenham um papel fundamental na saúde dos brasileiros, abrangendo mais de 60% dos hospitais existentes no Brasil. Portanto, a aplicação do sistema Manchester no Brasil, tem algumas circunstâncias que faz com que o protocolo seja utilizado com um objetivo no qual não poderia dar conta. O contexto da saúde brasileira exige uma reorganização, onde o pronto de socorro seja utilizado, de forma mais específica, para urgência e emergência. Com isso, a aplicação do sistema Manchester, acabaria por ser mais efetiva.

Nos estudos analisados, notou-se que a utilização do sistema Manchester, traz melhoria na qualidade do atendimento, e mesmo que seu objetivo não seja o de melhorar o sistema de saúde como um todo, ao recorrer a este sistema, esse efeito de melhoria pode ser observado, mesmo que de forma limitada.

Conclui-se, portanto, que mesmo que o cenário da saúde brasileira ainda não é o melhor para aplicação do sistema Manchester, pois, é necessário que seja feita uma reorganização que garanta, assim, uma maior fluidez do sistema como um todo. Em um cenário, onde o paciente seja atendido em todas as etapas do sistema de saúde, com profissionais bem treinados e com utilização do sistema Manchester, contribuições do protocolo para um bom atendimento, que nas condições reais já são significativas, poderia ser ainda maior.

REFERÊNCIAS

1. VAN VEEN M, TEUNEN-VAN DER WALLE VFM, STEYERBERG EW. Repeatability of the Manchester Triage System for children. *Emerg. Med. J.* v. 27, n.7, p. 512-516, 2010.
2. GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2020. O Protocolo de Manchester de Classificação de Risco. Disponível em: <http://gbc.org.br/sistema-manchester>- Acesso em 06 de outubro de 2020.
3. STORM-VERSLOOT MN, UBBINK DT, KAPPELHOF J. Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the Manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. *Acad. Emerg. Med.* v.18, n.8, p. 822-829, 2011.
4. JUNIOR, Welfane Cordeiro; TORRES, Bárbara Lopes de Brito; RAUSEH, Maria do Carmo Paixão. Sistema de Classificação de Risco: comparando modelo. Grupo Brasileiro de Risco, 2014.
5. TEIXEIRA, Valdeci de Assis; OSELANE, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba. O protocolo de Manchester no sistema único de saúde e atuação do enfermeiro. *Revista da Universidade do Rio Doce*, 2014.
6. LA FORGIA, GERARD M. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. / Gerard M. La Forgia, Bernard F. Couttolenc. São Paulo: Singular, 2009.

7. UGÁ, Maria Alcía Domingues; LOPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. Saúde e Ciência Coletivo, 2007.

8. SILVA, Ana Paula. PRESENÇA DA QUEIXA DE DOR EM PACIENTES CLASSIFICADOS SEGUNDO O PROTOCOLO DE MANCHESTER. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 jan/abr; 3(1):507-517

9. PEREIRA, Isadora Duarte. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CONSULTA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

10. RONCALLI, Aline Alves. Et al, PROTOCOLO DE MANCHESTER E POPULAÇÃO USUÁRIA NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VISÃO DO ENFERMEIRO. Rev. baiana enferm. (2017); 31(2):e16949

11. COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César Mota, Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais 2012; 22(2): 188-198

CAPÍTULO 13

A INOVAÇÃO COMO IMPORTANTE FERRAMENTA PARA A TÔMADA DE DECISÃO ORGANIZACIONAL

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 14/01/2021

Pamela Nery do Lago

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/EBSERH)
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-3421-1346

Camila Ferreira Corrêa

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-5272-7960

Denise Karla de Abreu Silva

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0003-1382-8184

Flávia Cristina Duarte Silva

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-5271-7172

Ira Caroline de Carvalho Sipoli

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-2004-5404

Luciana Moreira Batista

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0001-9649-1198

Marlene Simões e Silva

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais / Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Belo Horizonte – MG
ORCID: 0000-0002-1195-493X

Diego Leite Cutrim

Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA)
Belém – PA
ORCID: 0000-0003-0196-0049

Diélig Teixeira

Hospital Adventista de Belém (HAB)
Belém – PA
ORCID: 0000-0002-0520-6759

Gisela Pereira Xavier Albuquerque

Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (CHU-UFPA)
Belém – PA
ORCID: 0000-0002-9712-2236

Glauber Marcelo Dantas Seixas

Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA)
Belém – PA
ORCID: 0000-0001-9553-4627

Susi dos Santos Barreto de Souza

Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (CHU-UFPA)
Belém – PA
ORCID: 0000-0002-4138-7147

RESUMO: Pensar em soluções e ferramentas que possam otimizar o tempo no ambiente de trabalho é fundamental em um mundo globalizado, competitivo e em constantes transformações. Para tal, foram desenvolvidos o sistema Planejamento de Recursos da Empresa (ERP) e o *Business Intelligence* (BI) que tem como principais finalidades trazer inovação e tomada de decisões assertivas nas organizações. Esta pesquisa tem como objetivo discutir sobre a importância do BI para a tomada de decisão gerencial e o ERP para o processo de inovação necessário para o crescimento da organização no mercado competitivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, em que foi realizada no mês de outubro de 2020, uma revisão bibliográfica dos últimos 15 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, utilizando os descritores: *Business Intelligence*, planejamento de recursos da empresa, inovação e tomada de decisão. Como resultados, percebe-se que BI e ERP conversam entre si como importantes ferramentas que trazem agilidade aos processos da empresa e auxiliam na tomada de decisão com vistas a resultados positivos e assertivos, bem como apontando soluções inovadoras para um diferencial competitivo.

PALAVRAS-CHAVE: *Business Intelligence*, Planejamento de Recursos da Empresa, Inovação, Tomada de Decisão.

INNOVATION AS AN IMPORTANT TOOL FOR ORGANIZATIONAL DECISION MAKING

ABSTRACT: Thinking about solutions and tools that can optimize time in the work environment is fundamental in a globalized, competitive and constantly changing world. To this end, the Company Resource Planning (ERP) and Business Intelligence (BI) systems were developed, whose main purposes are to bring innovation and assertive decision-making to organizations. This research aims to discuss the importance of BI for management decision making and ERP for the innovation process necessary for the organization's growth in the competitive market. This is a qualitative, exploratory research, in which a bibliographical review of the last 15 years was carried out in October 2020 in scientific articles and other Internet sources, using the descriptors: Business Intelligence, company resource planning, innovation and decision making. As a result, realize that BI and ERP talk to each other as important tools that bring agility to the company's processes and assist in decision making with a view to positive and assertive results, as well as pointing out innovative solutions for a competitive advantage.

KEYWORDS: Business Intelligence, Enterprise Resource Planning, Innovation, Decision Making.

1 | INTRODUÇÃO

O mundo passa por constantes transformações e estas estão cada vez mais céleres. As organizações precisam acompanhar as mudanças para permanecer e se destacar frente ao mercado exigente e competitivo. Para tanto, se faz primordial utilizarem ferramentas que auxiliem nas transações diárias realizadas, visto haver um número gigantesco de dados gerados e que precisam ser armazenados e decodificados, para então serem prontamente utilizados. Neste contexto, a maioria das empresas utilizam ferramentas específicas, que não simples planilhas de dados. Surgem importantes aliados que tem a função de facilitar

o processo de organização e análise de dados, como: sistemas ERP (*Enterprise Resource Planning*) e ferramentas de BI (*Business Intelligence*).

Os sistemas ERP, em português Planejamento de Recursos da Empresa, tem o intuito de padronizar e centralizar informações em um banco de dados único de maneira organizada, auxiliando no seu acesso pelos colaboradores e diminuindo o tempo de trabalho manual em cada tarefa.

Segundo Brasão Sistemas (2015), o BI por sua vez, “consiste em um processo que reúne ferramentas que transformam os dados gerados pela empresa em informações que ajudam na tomada de decisão. [...] Somados a outras informações, adquiridas através de soluções ERP, possibilitarão o cruzamento de dados com o objetivo de emitir relatórios customizados”.

Perante o contexto apresentado, esta pesquisa tem como objetivo discutir sobre a importância do BI para a tomada de decisão gerencial e o ERP para o processo de inovação necessário ao crescimento da organização no mercado competitivo.

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória e de cunho bibliográfico, que procura discutir sobre as ferramentas BI e ERP e suas relevâncias no mundo organizacional. Foi realizada uma revisão bibliográfica dos últimos 15 anos em artigos científicos e demais fontes da *Internet*, analisados no mês de outubro de 2020, utilizando os seguintes descritores: *business intelligence*, planejamento de recursos da empresa, inovação e tomada de decisão.

Este artigo traz uma análise sobre a importância de ferramentas sólidas para a tomada de decisão organizacional assertiva frente às necessidades impostas pelo mercado em constantes mudanças e busca por inovações.

Neste interim, abordará o BI como uma ferramenta útil em tornar a empresa mais eficiente e eficaz, auxiliando na tomada de decisão e, ainda o sistema ERP visando a atualizações e inovações, os benefícios que podem trazer, para gerir mudanças que levarão ao sucesso e crescimento da organização.

A pesquisa tem por finalidade fornecer elementos para debates sobre a tomada de decisões com vistas à inovação e mudanças em uma organização. Dessa forma, ao esclarecer sobre alguns conceitos, busca dar subsídio para novos olhares e formas de enxergar o contexto levantado e suas diversas possibilidades.

2 | BUSINESS INTELLIGENCE: TOMADA DE DECISÕES ASSERTIVAS

Muitas são as possibilidades que os gestores de uma organização têm na hora de tomar uma decisão, mas como saber qual a melhor opção? Eu tenho informações fidedignas? Qual trará os melhores resultados? Para que esses questionamentos sejam respondidos, para que as responsabilidades não recaiam integralmente sobre uma única pessoa, para que as decisões sejam assertivas e tragam a solução mais indicada com

vistas aos resultados esperados, ao lucro e ao crescimento da empresa no mercado, temos ferramentas que auxiliam estes processos e garantem com segurança o alcance dos resultados pretendidos.

O cenário atual vem exigindo das organizações cada vez mais uma capacidade de resposta imediata e eficaz, e para isso a necessidade de informações para a tomada de decisão é eminente. Neste contexto, as ferramentas de *Business Intelligence* ganham relevância com as organizações, que a cada dia vem buscando mais este tipo de solução (ANTONELLI, 2009, p. 84).

O BI utiliza a tecnologia da informação para coletar dados, analisá-los e transformá-los em informação para as organizações. Complementando esta ideia, temos que as ferramentas de BI podem trazer diversas vantagens para a organização, dentre elas a redução de custos com: *softwares*, administração e suporte, avaliação de projetos, treinamentos aos colaboradores, retorno sobre investimento mais rápido, maior controle e menos dados incorretos, maior segurança da informação, alinhamento de informações estratégicas e operacionais, controle de acesso e definição de níveis de gerência, alinhamento dos usuários corporativos, rapidez na informação para tomada de decisões, informação consistente, vantagem competitiva no mercado (PRIMAK, 2008).

Segundo Loh (2014), “as soluções de BI buscam o “porquê” de algum problema ou algo que é passível de risco, para poder agir em cima das causas e diminuir consideravelmente os prejuízos”. Desta forma, transformam os dados em informações consistentes e criam possibilidade de tomada de decisão efetivas, trazendo segurança para os gestores e agilidade aos processos.

Ademais Bezerra et al. (2014, p. 5) aponta que o BI tem como primícia “a integração de dados de múltiplas fontes, proporcionando maior capacidade de análise, com contextualização e relação de causa e efeito, disponibilizando informações inteligentes e atualizadas às áreas interessadas, [...] agilizando as tomadas de decisões”.

São muitas as vantagens competitivas levantadas sobre o BI, no entanto, se não houver uma implementação adequada e com dados de qualidade, o BI pode não trazer os resultados esperados. Saber analisar e tomar a decisão mais assertiva diante das possibilidades apresentadas é fundamental, por essa razão os envolvidos devem estar bem capacitados a lidar com essa ferramenta. Para Patricio *et al.* (2016) “não basta que a empresa possua toda estrutura de BI, é preciso também que ela saiba direcionar corretamente o seu capital intelectual, de forma que todos dados, informações e conhecimentos extraídos pelo BI estejam de acordo com as expectativas”.

Corroborando com este aspecto, Bezerra *et al.* (2015) abordaram a implantação do BI, citando que os processos de trabalho ficaram difíceis:

Devido ao fato de existirem na organização pessoas conservadoras que rejeitavam ou tratavam o uso de TICs (Tecnologia da Informação e Comunicação) como algo que dificultava seu trabalho, ficando adversas à implantação da ferramenta. [...] O BI pode ser fundamental para as regras de negócios resultarem em informações que possam vir a serem úteis para o processo decisório, de forma a garantir uma maior gestão destas informações e do conhecimento na organização. Mas, para isso, é preciso considerar não apenas os recursos tecnológicos, mas principalmente, o envolvimento das pessoas, o levantamento dos processos e da cultura [...] Ter o fator humano como elemento chave, envolvendo todas as pessoas que serão afetadas pela implantação desde o planejamento. Além disso, é preciso trabalhar a conscientização, a motivação e o conhecimento das pessoas sobre o que está sendo implantado, os benefícios, os desafios e a necessidade de colaboração.

É fator primordial que as pessoas se sintam parte do processo de mudança, se responsabilizem em equipe pelos resultados alcançados pela organização, tanto positivos quanto negativos e, quando este ocorrer, procurar localizar em que ponto houve o problema que ocasionou o resultado não esperado. Somente desta forma é possível haver a adesão do grupo. O gestor tem o dever de promover o envolvimento dos colaboradores, bem como lidar com as resistências e buscar formas de superá-las.

Tomar decisões não é tarefa fácil e nem pode ser feita de forma precipitada. No entanto, quando se tem o BI implantado, existe o respaldo e a segurança necessários para que essa tomada de decisão flua da forma desejada e com resultados positivos.

3 I PLANEJAMENTO DE RECURSOS DA EMPRESA: INOVAÇÃO E EFICIÊNCIA

Conceituando o ERP (Planejamento de Recursos da Empresa), Medeiros Jr. (2007, p. 50) traz que se trata de “um pacote de *software*, abrangente e integrado, que possibilita a padronização e a automação de processos de negócio utilizando uma base de dados unificada e transações em tempo real”.

“Num contexto de globalização da economia, conceitos como eficácia, eficiência e inovação devem ser intrínsecos aos negócios e projetos das empresas, que atualmente encontram-se inseridas em um mercado cada vez mais volátil e mutável”. (PATRICIO *et al.*, 2016). É salutar para a continuidade das organizações buscarem sempre ferramentas que propiciem a geração de inovação, pois esta é sem dúvida uma característica que representa um diferencial competitivo.

A adoção da inovação ERP pode influenciar diretamente a criação de novos serviços e processos, bem como, melhorar a tomada de decisão dos seus usuários. (SILVA *et al.*, 2011). Complementando este pensamento Oliveira *et al.* (2008), afirma que “a grande vantagem do sistema ERP é que todos os dados passam a circular pela empresa, fornecendo informações em tempo real da operação para tomada de decisões”. Ter em mãos as informações necessárias em tempo real torna o processo decisório mais rápido e o trabalho tem fluidez, oportunizando mais tempo disponível para novas tarefas.

Entretanto, existem desvantagens no sistema ERP, a saber: ele por si só não promove a integração da empresa; muitas vezes seus custos de implantação são maiores que os benefícios reais; é uma tecnologia dependente de um fornecedor; pode ser facilmente copiado por outras empresas do ramo; cria módulos dependentes entre os departamentos da empresa, necessitando, portanto, serem constantemente atualizados; exige muito controle das pessoas e conseqüente resistência às mudanças (Oliveira, 2008).

Pesquisa desenvolvida por Silva *et al.* (2011) aponta que:

Da análise dos resultados obtidos com a adoção da inovação ERP, deduz-se que a sua adoção pode influenciar diretamente a criação de novos serviços e processos e contribuir para o aumento da eficiência, tornando a empresa mais competitiva no mercado, além de trazer resultados positivos para a tomada de decisão. A adoção do ERP possibilita a eliminação do emaranhado que caracteriza muitos sistemas corporativos, com programas redundantes, sem integração, que tornam a consolidação dos dados demorada e ineficiente.

A exemplo de programas morosos, podemos citar as planilhas que além de dispendiar muito tempo do colaborador, não oferecem como resultado final do seu trabalho informações claras e objetivas, dependendo da interpretação e análise do gestor e que muitas vezes pode acabar por não tomar a decisão mais acertada para uma determinada situação problema. O ERP poupa o colaborador de trabalhos repetitivos e este pode atuar em outras tarefas.

Contudo, é importante destacar que o ERP se adotado como única prática de gestão pode trazer muita rigidez aos processos, visto que os processos e atividades são padronizados e engessados. Abrir caminhos para novas descobertas e inovações traz novos olhares, mostrando alternativas para resoluções diferenciadas de um mesmo problema.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Business Intelligence* se constitui em uma importante ferramenta desenvolvida pela TIC com o intuito de transformar dados simples e brutos em informações singulares e que geram uma análise panorâmica situacional, indicando o melhor caminho a ser seguido diante de um problema apresentado pela empresa. É possível vislumbrar um leque de possibilidades de forma rápida para uma correta tomada de decisão. Assim há mais tempo para se dedicar a outras tarefas, aumentando a produtividade e tempo de entrega de produtos e atingimento de resultados esperados.

O Planejamento de Recursos da Empresa vem para simplificar processos lentos e de difícil entendimento, dando agilidade, eficiência e eficácia as ações. Tem como uma de suas características mais importantes a inovação frente a um mercado que está em constante busca por novas ideias e exige isto das organizações para que elas se mantenham vivas e em pleno desenvolvimento.

BI e ERP conversam entre si e apresentam soluções inovadoras, rápidas e de fácil entendimento para o corpo de colaboradores das organizações, sendo importante para a manutenção destas diante do mercado competitivo e cada vez mais exigente.

REFERÊNCIAS

ANTONELLI, R. A. Conhecendo o *Business Intelligence* (BI): Uma Ferramenta de Auxílio à Tomada de Decisão. **Revista TECAP**, 3, 2009 Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosEPG/EPG00194_09_O.pdf>. Acesso em: 02 de out. de 2020.

BEZERRA, A. A. et al. *Business Intelligence: uma perspectiva de soluções aplicadas no contexto da Gestão da Informação*. In: **Encontro de estudos sobre tecnologia, ciência e gestão da informação**. Recife: Infoco Consultoria Júnior/UFPE, 2014.

BEZERRA, A. B.; SIEBRA, S. A. Implantação e uso de *Business Intelligence*: um relato de experiência no Grupo Provider. **Revista Gestão. Org**, 13, 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/gestaoorg>>. Acesso em: 03 de out. de 2020.

BRASÃO SISTEMAS. **Sistemas ERP X Ferramentas de B.I.** 2015. Disponível em: <<https://brasaosistemas.com.br/blog/sistemas-erp-x-ferramentas-de-b-i/>>. Acesso em: 03 de out. de 2020.

LOH, S. **BI na era do Big Data para Cientistas de dados: indo além de cubos e dashboards na busca pelos porquês, explicações e padrões**. Porto Alegre, 2014.

MEDEIROS JR., A. **Sistemas integrados de gestão: proposta para um procedimento de decisão multicritérios para avaliação estratégica**. Tese de Doutorado em Engenharia de Produção. Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. Departamento de Engenharia de Produção, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, H. A.; CARNEIRO, R. S.; OLIVEIRA, E. A. A. Q.; SANTOS, V. S.; QUINTAIROS, P. C. R. SISTEMAS ERP – Enterprise Resources Planning: Vantagens, Desvantagens e Aplicações. **XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Paraíba**, 2008. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosEPG/EPG00194_09_O.pdf>. Acesso em: 03 de out. de 2020.

PATRICIO, T. S.; STÁBILE, S.; TÓFOLI, E. T. **A importância do business intelligence na tomada de decisões em gerenciamento de projetos**, 2016. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/c0f3/79038e11dda63d7634572f3268ebdea6bdf0.pdf>>. Acesso em: 02 de out. de 2020.

PRIMAK, F. V. **Decisões com B.I. (Business Intelligence)**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2008.

SILVA, A. A.; PEREZ, G.; MEDEIROS JÚNIOR, A.; LEX, S.; SANTOS, C. S.; VIEIRA, L. F. N.. Fatores Internos às Organizações que Contribuem para Adoção de um Sistema Integrado de Gestão (ERP): Estudo com Base na Teoria de Difusão de Inovação. **XXXV Encontro da ENANPAD**. Rio de Janeiro, 2011.

CAPÍTULO 14

IMPACTO ECONÔMICO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 08/12/2020

Paula de Souza Silva Freitas

Departamento de Enfermagem (CCS) –
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Vitória – ES
<http://lattes.cnpq.br/6676352092840927>

Amanda de Souza Laranjeiras

Departamento de Enfermagem (CEUNES) –
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
São Mateus – ES
<http://lattes.cnpq.br/8673135751023919>

Lucas Dalvi Armond Rezende

Departamento de Enfermagem (CCS) –
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Vitória – ES
<http://lattes.cnpq.br/0427430340357046>

Adriana Nunes Moraes Partelli

Departamento de Enfermagem (CEUNES) –
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
São Mateus – ES
<http://lattes.cnpq.br/0267270323251912>

Marta Pereira Coelho

Departamento de Enfermagem (CEUNES) –
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
São Mateus - ES
<http://lattes.cnpq.br/1675633892641935>

Aline de Oliveira Ramalho

Departamento de Enfermagem – Universidade
de São Paulo (USP)
São Paulo – SP
<http://lattes.cnpq.br/6257370959689143>

RESUMO: INTRODUÇÃO: As lesões por pressão são eventos evitáveis em aproximadamente 95% das vezes, além disso, estudos demonstram grandes incidências em hospitais tanto brasileiros quanto internacionais. **OBJETIVO:** Analisar as evidências disponíveis na literatura científica nacional e internacional sobre o impacto econômico da prevenção e tratamento das Lesões por Pressão (LP). **METODOLOGIA:** Realizou-se uma revisão integrativa (RI) com a finalidade de reunir e sintetizar os artigos publicados sobre o tema. **RESULTADOS:** Na busca de literaturas nas bases de dados científicos, foram encontrados 440 estudos. Desses estudos, 11 artigos foram escolhidos para extração dos dados. Na extração dos dados observou-se as informações acerca do custo estimado de tratamento anual de LP e do custo de suporte nutricional na Austrália, repercussões após a incidência da LP, comparação de uso entre placa de hidrocolóide e filme transparente para prevenção, o custo econômico quando prevenido a LP e o custo de tratamento em LPs adquiridas no hospital. **CONCLUSÃO:** Recomenda-se a realização de pesquisas de custos ampliadas e comparativas. Além disso, pela baixa incidência de estudos brasileiros abordando os custos de lesão por pressão, incentiva-se a realização de pesquisas nacionais, favorecendo o cenário brasileiro integrado sobre economia, gestão e saúde.

PALAVRA-CHAVE: Lesão por Pressão, Segurança do Paciente, Custos.

ECONOMIC IMPACT OF PREVENTION AND TREATMENT OF PRESSURE INJURIES: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: INTRODUCTION: Pressure injuries (PI) can be prevented in 95% of cases, furthermore, studies demonstrate great incidence in Brazilian and international hospitals. **GOALS:** Analyze the available evidences in scientific literature about the economic impact of pressure injuries prevention and treatment. **METHODS:** An integrative review was carried out for the purpose of gathering and summarizing the scientific articles published. **RESULTS:** 440 scientific studies were found in the database of which 11 articles were selected for data extraction. Estimated cost of annual pressure injuries and nutritional support in Australia, pressure injuries consequences aftereffects, comparison between hydrocolloid dressing and transparent polyurethane for prevention and hospital acquired pressure injuries treatment costs were observed. **CONCLUSION:** Extended and comparative cost researches are recommended. Due to the low number of Brazilian scientific studies, national researches are encouraged, supporting a more integrated Brazilian scenario about Economics, Management and Health.

KEYWORDS: Pressure Injuries, Patient security, Costs.

1 | INTRODUÇÃO

Durante uma internação hospitalar os pacientes estão suscetíveis ao acometimento de diversos eventos adversos, a qual não é pertencente às doenças de bases do indivíduo, sendo passíveis de prevenção, como é o exemplo da lesão por pressão (LP) (FERNANDES 2016; DUARTE et al., 2015). A LP foi definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato (PETZ et al., 2017; ALI et al., 2020). Além disso, sendo um quadro bastante característico de queixas algícas e desconforto, aumentando o tempo de internação e levando a uma queda na qualidade de vida do paciente e de sua família com altos custos para as instituições de saúde (ALI et al., 2020).

Sua formação decorre de processos com alta e prolongada pressão onde, combinada com cisalhamento, influências locais como microclima, nutrição, perfusão e doenças de base como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes promovem redução do fluxo sanguíneo, isquemia e hipóxia no tecido, podendo lesiona-lo (MORAES et al., 2016; CAMPOS et al., 2010). Alguns fatores podem aumentar consideravelmente a incidência deste evento, como: idade, comorbidades, parestesia, coma, sedação, paraplegia, restrições mecânicas, alto nível de dependência dos cuidados em saúde, doença vascular, incontinência urinária e má nutrição (FERNANDES 2016).

A National Pressure Injury Advisory (NPIAP) define o estadiamento atual das LPs em 4 estágios de acordo com a extensão do dano tecidual causado, sendo de 1 a 4; estágio 1 apresenta pele íntegra com eritema não branqueável; estágio 2 demonstra perda parcial da espessura da pele com exposição da derme; estágio 3 apresenta perda total da espessura com exposição de gordura; e estágio 4 perda total da espessura tecidual e

perda tissular. Há ainda a existência de três estadiamentos adicionais para a classificação de lesões, sendo LP não classificável, LP em membrana mucosa e LP relacionada à dispositivo médico (PETZ et al., 2017; SOBEST., 2016).

As grandes incidências de LP representam um importante problema dentro da saúde mundial, devido sua relação direta com o aumento dos custos nos serviços de saúde, do tempo de internação e da mortalidade, além de ser um indicador de possíveis fragilidades no processo de assistência à saúde, bem como um indicador de qualidade do serviço prestado (LIMA et al., 2016). De acordo com a ANVISA no Relatório nacional dos incidentes relacionados à assistência em saúde durante o período de 2014 a 2017, aproximadamente 23.700, dos 134.501 incidentes notificados, correspondiam às notificações de lesão por pressão (ANVISA., 2017).

A justificativa desse estudo ancora-se no fato que as lesões por pressão são eventos evitáveis em aproximadamente 95% das vezes, além disso, estudos demonstram grandes incidências em hospitais tanto brasileiros quanto internacionais. Na literatura científica existe uma quantidade de trabalhos significativos que incluem as variáveis relacionadas com a dimensão do impacto econômico das LP, entretanto poucos trabalhos se propuseram a compilar essas publicações. Diante disso torna-se *sinequanon* avaliar o impacto econômico da prevenção e tratamento das LP descritos nas literaturas e expor de forma sistemática.

2 | OBJETIVOS

Analisar as evidências disponíveis na literatura científica nacional e internacional sobre o impacto econômico da prevenção e tratamento das Lesões por Pressão.

3 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa (RI) com a finalidade de reunir e sintetizar os instrumentos publicados sobre o tema. Foram determinadas seis etapas sugeridas na literatura, a saber: seleção da questão norteadora, seleção da amostragem, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2008).

O levantamento bibliográfico ocorreu entre outubro e novembro de 2020. Como primeira etapa a questão norteadora definida foi: “Qual o impacto econômico de prevenção e tratamento das LP?”.

A posteriori, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão e realizada a busca de literaturas nas bases de dados científicos da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem

(BDENF), onde foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): (Lesão Por Pressão OR Ferimentos e Lesões) AND (Custos e Análise de Custo OR Análise Custo-Eficiência OR Custos Diretos de Serviços OR Custos Hospitalares OR Custos de Medicamentos).

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos que respondiam à pergunta norteadora, em todos os idiomas, e publicados entre 2013 e 2018. Os critérios de exclusão definidos consistem em estudos de revisão, teses, dissertações, relatos de casos e capítulos de livros. E, como terceiro passo, os artigos foram selecionados para leitura na íntegra, avaliados de acordo com a questão norteadora e realizada a extração dos dados para montagem de uma tabela.

Por se tratar de um estudo que utilizou base de dados de domínio público e por não contemplar a participação de seres humanos como sujeitos de pesquisa, não foi necessária a submissão desse estudo à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa.

4 | RESULTADOS

Na busca de literaturas nas bases de dados científicos, foram encontrados 440 estudos, sendo 409 da base de dados MEDLINE, 28 da base de dados LILACS e 8 da base de dados BDENF. A soma do subtotal de artigos por base de dados diverge do número apresentado no total, por haver artigos que se encontram em mais de uma base de dado pesquisado.

Após a busca foram excluídos 112 estudos por estarem duplicados. Dos 328 estudos que não eram duplicados, foi realizado a leitura dos títulos e resumos e, a partir das informações desses, 296 estudos foram excluídos por não responder à pergunta norteadora, selecionando 30 artigos para leitura na íntegra.

Após a leitura na íntegra, 11 estudos foram escolhidos para extração dos dados (Figura 1).

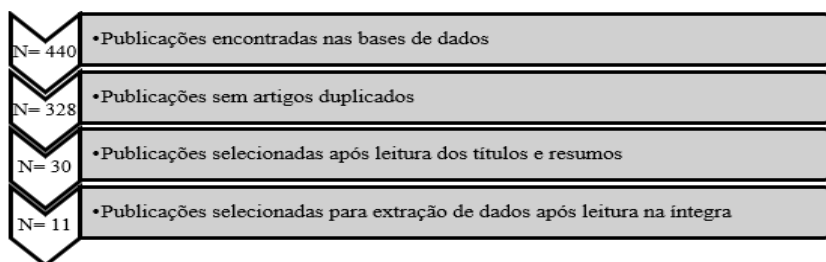


Figura 1 – Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos.

Fonte: Própria (2019).

Os artigos selecionados para leitura na íntegra foram publicados nos seguintes periódicos: Journal of Wound Care (3), Online Brazilian Journal of Nursing (1), European Journal of Clinical Nutrition (1), Revista Brasileira de Enfermagem (ReBEN) (2), Revista da Escola de Enfermagem da USP (1), Medical Care (1), Australian Health Review (1), The Journal of Nursing Administrations (1). Quanto ao ano de publicação observa-se uma organização temporal dos estudos, com início em 2013 ininterruptamente até 2016.

Nº	Título do artigo	Periódico e Ano	Autores	Metodologia
1	<i>An estimate of the potential budget impact of using prophylactic dressings to prevent hospital-acquired PUs in Australia</i>	Journal of Wound Care 2014	SANTAMARIA N., SANTAMARIA H.	Ensaio clínico randomizado
2	<i>Complications of pressure ulcers in severely ill patients: a descriptive-exploratory study</i>	Online Brazilian Journal of Nursing 2013	DANTAS, A. L. M. et al	Estudo descritivo exploratório
3	<i>Cost comparison of pressure ulcer preventive dressings: hydrocolloid dressing versus transparent polyurethane film</i>	Journal of Wound Care 2016	DUTRA, R. A. A. et al	Estudo descritivo, observacional, longitudinal e comparativo
4	<i>Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals</i>	European Journal of Clinical Nutrition 2013	BANKS, M. D. et al	Estudo observacional, analítico.
5	Custos de coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral	Revista Brasileira de Enfermagem 2016	INOUE, K. C., MATSUDA, L. M.	Pesquisa de análise secundária
6	<i>Cost-effectiveness Analysis of Nutritional Support for the Prevention of Pressure Ulcers in High-Risk Hospitalized Patients</i>	Journal of Wound Care 2016	TUFFAHA H. W. et al	Uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados
7	Custos do tratamento tópico de pacientes com úlcera por pressão	Revista da Escola de Enfermagem da USP 2016	ANDRADE, C. C. D. et al	Estudo de custos
8	Custo direto dos curativos de úlceras por pressão em pacientes hospitalizados	Revista Brasileira de Enfermagem 2016	LIMA, A. F. C. et al	Pesquisa quantitativa, exploratória, descritiva, na modalidade de estudo de caso único
9	<i>Marginal Hospital Cost of Surgery-related Hospital-acquired Pressure Ulcers</i>	Medical Care 2016	SPECTOR, W. D. et al	Estudo de custos
10	<i>Pressure injury in Australian public hospitals: a cost-of-illness study</i>	Australian Health Review 2015	NGUYEN K. H.; CHABOYER W.; WHITTY J. A.	Estudo de custos-doença

Tabela 2 – Publicações, por título, periódico/ano, autores e metodologia do estudo.

Fonte: Própria (2019).

Nos resultados, discussões e conclusões das publicações constaram informações acerca do custo estimado de tratamento anual de LP e do custo de suporte nutricional na Austrália, repercussões após a incidência da LP, comparação de uso entre placa de hidrocolóide e filme transparente para prevenção, o custo econômico quando prevenido a LP e o custo de tratamento em LPs adquiridas no ambiente hospitalar.

Nº	Resultados	Conclusão
1	Os custos estimados de tratamento de UP na Austrália indicam uma estimativa de custo anual nacional de \$ 77.814.393. A estimativa final do custo anual de uso de curativo profilático para prevenir UP em pacientes de alto risco é de \$ 34.803.640,61.	Embora o trabalho tenha focado nos aspectos econômicos e na redução de custos potenciais do uso de espuma de silicone de múltiplas camadas para evitar UPs adquiridas em hospitais, o valor real nessa abordagem emergente é de proteger pacientes vulneráveis de um evento adverso hospitalar muito comum, mas principalmente evitável.
2	Os entrevistados associam o aumento dos custos aos curativos, a necessidade de avaliação por equipe multiprofissional, a possibilidade de realizar determinados procedimentos, e também o tratamento de possíveis complicações oriundas da LPP.	Usando as informações coletadas no estudo, deve considerar as qualificações da equipe de enfermagem da UTI sobre a prevenção e o tratamento da LP, bem como a sistematização do cuidado através da construção de protocolos que permitam a padronização da assistência, com ênfase na educação em saúde e prevenção de complicações.
3	160 pacientes foram divididos e dois grupo: HD e o PF. A incidência geral de LP foi de 11,9%. O custo médio por unidade de curativo foi de R\$ 372,44 para o HD e R\$ 35,91 para o PF. Os custos totais médios por troca de curativos por paciente foram de R\$ 413,60 e R\$ 74,04 para os grupos HD e PF, respectivamente.	Os resultados mostraram que o custo total médio por mudança de um curativo preventivo de UP por paciente foi menor quando se usou o filme transparente do que quando se utilizou a placa de hidrocolóide.
4	Nesse estudo foram apresentados gráficos de “casos de LP evitados <i>versus</i> custo econômico” e associados à “dias de leito liberados de casos de UP evitada <i>versus</i> custo econômico”. No geral, havia 951 das 1000 amostras em que o custo econômico é um valor negativo, indicando 95,1% de chance de que a implementação de uma intervenção intensiva de apoio nutricional resulte em economia geral.	Este estudo de modelagem econômica prevê que o investimento em suporte nutricional intensivo para pacientes em risco de úlcera por pressão produzirá economias substanciais de custo de oportunidade para o sistema de saúde com relação à prevenção de úlcera por pressão, o que melhora os resultados dos pacientes.

- 5 Os pacientes foram alocados nos grupos GIF e GIH. Em 25 situações, houve necessidade de troca da cobertura, sendo 7 no GIF e 18 no GIH. Todas as coberturas trocadas no GIF foram devido ao seu descolamento. No GIH esta mesma causa foi apontada em 15 ocorrências. Houveram 2 trocas sem justificativa e 1 por entrada de fezes embaixo da cobertura.
- 6 Durante um período de um ano, o custo médio estimado para o suporte nutricional foi de AU \$ 33.687 comparado com AU \$ 34.112 para o tratamento padrão, com uma economia média de custos de suporte nutricional de AU \$ 425.
- 7 Os custos mínimo e máximo de curativos foram descritos conforme categoria da LP, cobertura/adjuvante utilizados nos curativos e área da LP. Considerando-se o preço por unidade de cobertura/adjuvante em relação ao custo total do tratamento das LP (recursos humanos e material médico-hospitalares), observa-se que a variação é de 4,9% a 96,7%.
- 8 Conforme aplicação da Escala de Braden, 94,9% dos pacientes avaliados apresentavam risco para o desenvolvimento de LPs (score total menor ou igual a 16) e, desse quantitativo, 69,2% apresentava risco alto (score total entre nove e 12 pontos). A maioria (74,56%) dos curativos centrou-se em casos de LPs prevalentes, ou seja, de pacientes que já possuíam as lesões anteriormente ao período de coleta de dados.
- 9 No geral da amostra, 3,5% desenvolveram LPs durante a internação. Apenas 2% tinham LP na admissão. O custo hospitalar médio não ajustado da amostra do estudo foi de US \$ 19,731. Para aqueles sem LPs adquiridas no hospital, o custo foi de US \$ 18.820; para aqueles com LPs adquiridas no hospital o custo foi de US \$ 44.810, mais de 2,3 vezes a taxa não-LPs adquiridas no hospital.
- 10 O número total de dias de leitos perdidos para a Austrália foi estimado em 524661 por ano. A carga econômica total de LP para a Austrália, estimada pela soma dos custos de tratamento e oportunidade, chegou a US \$ 1,8 bilhão por ano, dos quais 55% foram atribuídos ao custo do tratamento. Como a maioria dos casos de LP foi do Estágio I e II, os custos totais estimados do tratamento foram maiores do que os custos de oportunidade.
- Considerando-se que há necessidade de racionalização dos recursos financeiros e que ambos os tipos de cobertura são equivalentes para a prevenção de LP, a princípio, torna-se mais vantajoso financeiramente o uso de filme transparente, que apresentou economia média de R\$167,23 por paciente.
- Em conclusão, estima-se que investir em suporte nutricional como uma intervenção para prevenir LP em pacientes hospitalizados de alto risco é custo-efetivo com economias de custo substanciais previstas.
- Este estudo permitiu conhecer os custos envolvidos no tratamento das LP e pode fornecer subsídios para os tomadores de decisão, assim como para a realização de estudos de custo-efetividade.
- Evidencia-se que a compreensão e a análise dos custos dos procedimentos são imprescindíveis para os gestores e profissionais de saúde contribuírem, efetivamente, na proposição e adoção de medidas racionalizadoras que favoreçam a sustentabilidade financeira das organizações.
- Este artigo, sugere que os custos hospitalares totais de LPs adquiridas no hospital anualmente são quase US \$ 1,3 bilhão por ano. Esse alto custo, pode encorajar mais esforços de prevenção. Pesquisas para desenvolver novas intervenções de prevenção baseadas em evidências e políticas devem ser realizadas, a fim de encorajar a adoção de práticas de prevenção de LPs adquiridas no hospital durante o período cirúrgico.
- Na Austrália como a penalidade é projetada na forma de uma redução no reembolso do governo para hospitais públicos, não representa um custo do ponto de vista do sistema de saúde. Como tal, esses pagamentos não são incluídos na análise atual. Por fim, a coleta de dados para IP no cenário de cuidados de longo prazo (lar e lar de idosos), como prevalência, visitas ambulatoriais, medicamentos, serviços sociais e cuidados informais, deve receber mais atenção do financiamento.

- 11 No ano de referência, o custo esperado das LP adquiridas no hospital foi de US \$ 832,27 por paciente, com base nos custos médios do tratamento. A redução das taxas de LP adquiridas em hospitais reduziu os custos para um nível esperado de US \$ 496,40 por paciente, alcançando uma economia líquida em custos de tratamento de US \$ 335,87. Os custos médios para vigilância e prevenção são de US \$ 208,36, com base em tempo médio de internação de 4,9 dias. Os custos de treinamento de pessoal para um programa de prevenção são de US \$ 4.526,72.
- A redução considerável nas taxas médias de LP adquiridas em hospital, demonstra que os programas de vigilância ativos e melhoria de desempenho podem levar a menores taxas. O primeiro passo para melhorar a qualidade dos cuidados é aumentar a compreensão sobre quais áreas têm oportunidade de melhoria. As informações de comparação podem orientar os gerentes de enfermagem a priorizar seus esforços de melhoria de qualidade. E uma queda nas taxas resulta em menor morbidade e mortalidade para os pacientes e também produz economia para os hospitais.

Tabela 3 – Resultados e conclusão das publicações.

Fonte: Própria (2019).

5 I DISCUSSÃO

Em relação aos custos econômicos na prevenção e tratamento de LP, observou-se em um estudo que a estimativa do custo-benefício para a prevenção gera uma grande economia para as instituições de cuidados, por utilizar de curativos de menores investimentos, o tempo necessário para realizar esses cuidados são menores e os custos de treinamento da equipe também são considerados baixos (SANTAMARIA, SANTAMARIA 2014).

Nas publicações que compõe este estudo, foram encontradas ferramentas de prevenção de LP, entre elas um suporte nutricional adequado afim de potencializar a qualidade da pele do paciente e melhorar o sistema imunológico do mesmo, evitando o surgimento de lesões indesejáveis durante a internação do paciente, o que poderia postergar o tempo de internação hospitalar, aumentando os custos para a instituição, através do aumento da demanda de assistência de enfermagem, além de custos com lavanderia e hotelaria (TUFFAHA et al., 2016; DANTAS 2013).

Em uma das publicações, a diferença de custos anual estimados foi de \$ 43.010.752,39, corroborando com a afirmação de que o custo-benefício da prevenção da LP é maior que o tratamento. Outro estudo demonstra a economia média de \$ 425 quando oferecido suporte nutricional, também consolidando o suporte nutricional como uma ferramenta preventiva eficaz (BANKS 2013; TUFFAHA et al., 2013).

Estudos evidenciam os custos envolvidos ao tratamento de LP, como um alto investimento em consumos de curativos, medicamentos, equipamentos, assim como a necessidade de profissionais especializados, a possibilidade de prescrição de procedimentos mais complexos e custosos, como desbridamento cirúrgico, enxertos, e também com o aparecimento de complicações derivadas da LP, como infecções e até mesmo o óbito (DUTRA 2016; DANTAS 2013).

Apesar de serem apresentados estudos comparativos de custos preventivos e de tratamento, nota-se a existência de pesquisas somente realizados em outros países. No Brasil só foram localizadas pesquisas de comparação de custos de curativos, dificultando a mensuração real do custo-benefício da prevenção e do tratamento, pois as informações dos outros países, como a Austrália, se tornam subjetivas, tendo em vista que os sistemas de saúde, assistência médica e os modelos de financiamento/reembolso de cada país possuem suas particularidades (SANTAMARIA, SANTAMARIA 2014).

Uma pesquisa realizada em 2017 no Brasil, acerca do aumento dos gastos de uma operadora de saúde, demonstrou dificuldade de acesso das informações cruciais para realização de estudos de custos, corroborando com a mesma dificuldade encontrada nessa revisão, que é a falta de pesquisas do impacto econômico direto relacionado a prevenção e tratamento de LP no país (DUARTE 2017).

Ainda quanto à existência de pesquisas brasileiras somente relacionadas aos custos de curativos, deve-se ressaltar que o perfil metodológico observado nesses estudos e nos estudos norte-americanos são justificados pelo financiamento advindo da indústria farmacêutica permeado de interesses econômicos, desconsiderando a prevenção das LPs, haja visto os lucros substanciais dos curativos utilizados no tratamento da LP (ALEXANDRE, VILAÇA 2012).

6 | CONCLUSÃO

Essa RI evidenciou o custo-benefício da prevenção e tratamento de LP para as instituições de saúde e para o paciente, em realidades internacionais, com sistemas de saúdes públicos e privados distintos. Entretanto, a falta de pesquisas brasileiras dificulta o incentivo de investimento na prevenção das LP.

Nesse sentido, recomenda-se a realização de pesquisas de custos ampliadas e comparativas, com vistas à possibilitar a utilização desses resultados como meio de incentivo aos gestores, operadores de saúde e o sistema único de saúde para o fornecimento e utilização de métodos preventivos eficazes e que corrobore com a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). **Classificação das lesões por pressão – consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil**. Disponível em: <http://www.sobest.org.br/textod/35> Acesso em: 18 Out. 2020

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório Nacional de Incidentes relacionados à assistência à saúde. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA; 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorio-s-dos-estados>. Acesso em: 03 Out. 2020

ALI, Yasmin Cardoso Metwaly Mohamed; SOUZA, Tais Milena Milena Pantaleão; GARCIA, Paulo Carlos; NOGUEIRA, Paula Cristina. **Incidência de lesão por pressão e tempo de assistência de enfermagem em terapia intensiva.** ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, , p. 1–7, 2020. Disponível em: https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/849/pdf_1 Acesso em: 18 Out. 2020.

ANDRADE. C. C. D. et al. **Costs of topical treatment of pressure ulcer patients.** Revista da Escola de Enfermagem USP. v. 50. n. 2. p. 292 – 298. 2016. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200295#:~:text=In%20Brazil%2C%20eight%20studies%20on,extent%20of%20tissue%20destruction15.> Acesso em: 18 Out. 2020

BANKS, M.D. **Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals,** European Journal of Clinical Nutrition. v. 67. p. 42 – 46. Out., 2013. Disponível em: < <https://www.nature.com/articles/ejcn2012140#:~:text=Overall%20there%20were%20951%20of,and%20related%20hospital%20bed%20days.>> Acesso em: 18 Out. 2020

CAMPOS, Suellen Fabiane et al. **Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição.** Rev. Nutr., Campinas , v. 23, n. 5, p. 703-714, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Out. 2020.

DANTA, A. L. M. et al. **Complications of pressure ulcers in severely ill patients: a descriptive-exploratory study.** Online Brazilian Journal of Nursing. v. 12. n. 2. 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3794/html> Acesso em: 18 Out. 2020

DUARTE, Sabrina da Costa Machado; STIPP, Marluci Andrade Conceição; SILVA, Marcelle Miranda da; OLIVEIRA, Francimar Tinoco de. **Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 68, no. 1, p. 144–154, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>> Acesso em: 20 Set. 2020

DUTRA, R A A; SALOMÉ, G M; LEAL, L M F; ALVES, M G; MOURA, J P; SILVA, A T; PEREIRA, V O S; DE BRITO, M J A; FERREIRA, L M. **Cost comparison of pressure ulcer preventive dressings: hydrocolloid dressing versus transparent polyurethane film.** Journal of wound care, England, vol. 25, no. 11, p. 635–640, Nov. 2016. Disponível em:<<http://www.univas.edu.br/mpcas/egresso/publicacao/2016112139739456303344.pdf>> Acesso em: 20 Set. 2020

FERNANDES, Luciana Magnani; SILVA, Letícia Da; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; SOUZA, Verusca Soares de; NICOLA, Anair Lazzari. **Association between pressure injury prediction and biochemical markers.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 17, no. 4, p. 490, 2016. Disponível em:< <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4940>> Acesso em: 20 Set. 2020

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. **Custo de curativos para prevenção de úlceras de pressão sacrais.** Rev. Bras. Enferm. , Brasília, v. 69, n. 4, pág. 641-645, agosto de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400641&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Set. 2020

LIMA, Antônio Fernandes Costa et al. **Custo direto de curativos para úlceras por pressão em pacientes hospitalizados.** Rev. Bras. Enferm. , Brasília, v. 69, n. 2, pág. 290-297, abril de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Set. 2020

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Set. 2020

MORAES, Juliano Teixeira; BORGES, Eline Lima; LISBOA, Cristiane Rabelo; CORDEIRO, Danieli Campos Olímpio; ROSA, Elizabeth Geralda; ROCHA, Neilian Abreu. **Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, vol. 6, no. 2, p. 2292–2306, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423/1111>> Acesso em: 22 Set. 2020

NGUYEN, Kim-Huong; CHABOYER, Wendy; WHITTY, Jennifer A. **Pressure injury in Australian public hospitals: a cost-of-illness study.** Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association, Australia, vol. 39, no. 3, p. 329–336, Jun. 2015. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25725696>>. Acesso em: 12 Out. 2019.

PALMA, Alexandre; VILACA, Murilo Mariano. **Conflitos de interesse na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 919-932, Sept. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000300008&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Out. 2020.

PETZ, Francislene de Fátima Cordeiro; CROZETA, Karla; MEIER, Marineli Joaquim; LENHANI, Bruna Eloise; KALINKE, Luciana Puchalski; POTT, Franciele Soares. **Úlcera Por Pressão Em Unidade De Terapia Intensiva: Estudo Epidemiológico.** Rev enferm UFPE on line., Recife, vol. 11, no. 1, p. 287–95, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/bde-30575>> Acesso em: 25 Out. 2020

SANTAMARIA, N; SANTAMARIA, H. **An estimate of the potential budget impact of using prophylactic dressings to prevent hospital-acquired PUs in Australia.** Journal of wound care, England, vol. 23, no. 11, p. 583-584,586,588-589, Nov. 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25375406/>> Acesso em 23 Out. 2020

SCHOONHOVEN, Lisette; HAALBOOM, Jeen R E; BOUSEMA, Mente T; ALGRA, Ale; GROBBEE, Diederick E; GRYPDONCK, Maria H; BUSKENS, Erik. **Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers.** BMJ (Clinical research ed.), vol. 325, no. 7368, p. 797, Oct. 2002. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12376437/>> Acesso em: 15 Set. 2020

SPECTOR, William D; LIMCANGCO, Rhona; OWENS, Pamela L; STEINER, Claudia A. **Marginal Hospital Cost of Surgery-related Hospital-acquired Pressure Ulcers.** Medical care, United States, vol. 54, no. 9, p. 845–851, Sep. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27219637/>> Acesso em: 15 Set. 2020

SPETZ, Joanne; BROWN, Diane S; AYDIN, Carolyn; DONALDSON, Nancy. **The value of reducing hospital-acquired pressure ulcer prevalence: an illustrative analysis.** The Journal of nursing administration, United States, vol. 43, no. 4, p. 235–241, Apr. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23528690/>> Acesso em: 30 Set. 2020

TUFFAHA, Haitham W; ROBERTS, Shelley; CHABOYER, Wendy; GORDON, Louisa G; SCUFFHAM, Paul A. **Cost-effectiveness Analysis of Nutritional Support for the Prevention of Pressure Ulcers in High-Risk Hospitalized Patients.** Advances in skin & wound care, United States, vol. 29, no. 6, p. 261–267, Jun. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27171254/>> Acesso em: 22 Out. 2020

CAPÍTULO 15

OS SENTIDOS DO TRABALHO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO CTI DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 05/02/2021

Carolina da Silva Caram

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Belo Horizonte, MG
<http://lattes.cnpq.br/5683828552286312>

Lilian Cristina Rezende

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Belo Horizonte, MG
<http://lattes.cnpq.br/7792407915662287>

Maria José Menezes Brito

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Belo Horizonte, MG
<http://lattes.cnpq.br/9045877879972358>

Trata-se da dissertação de Carolina da Silva Caram, orientada pela Prof^a. Maria José Menezes Brito, aprovada pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESUMO: As pessoas dão vida e dinâmica às organizações, a subjetividade das pessoas movimentam o trabalho e as relações inerentes a ele. Na saúde, o trabalho se diferencia dos demais, principalmente, no que concerne às relações interpessoais e à subjetividade dos trabalhadores e clientes. Para que o serviço prestado seja coerente tanto com a organização quanto com os princípios dos profissionais é necessário que os trabalhadores atribuam

sentidos ao trabalho. O termo sentido refere-se à compreensão da razão de ser de os profissionais realizarem seu trabalho. O objetivo desse estudo foi compreender os sentidos do trabalho para profissionais da saúde que atuam no UTI de um hospital universitário em Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, cujos participantes foram 31 profissionais da saúde. Os dados foram coletados mediante entrevista com roteiro semiestruturado e submetidos à Análise de Conteúdo. Os resultados foram elaborados considerando a perspectiva análise das dimensões do sentido do trabalho: individual, social, organizacional e fazer cotidiano. Diante de tais dimensões, percebeu-se que os profissionais atribuem sentidos ao trabalho de forma multifacetada. O trabalho é central na vida dos sujeitos, além de estar associado à vida pessoal, sendo o sentido do trabalho uma forma para que eles se constituam, reformulem e se descubram como sujeitos ativos no fazer e viver, sendo relevante na configuração identitária. A compreensão do sentido do trabalho para profissionais da saúde se articula e ressignifica o trabalho, torna-se relevante na organização do processo de trabalho e das práticas gerencias.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva, Equipes de Saúde, Trabalho, Enfermagem.

THE MEANINGS OF WORK FOR HEALTH PROFESSIONALS FROM THE ICU OF A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: The People give life and dynamic to the organization, the subjectivity of people moving the work and relationships inherent into it. In health, the work differs from the others, especially regarding interpersonal relations and subjectivity of workers and customers. For the service provided is consistent with both the organization and the principles and values of the professional is necessary for workers to attribute the meaning of work. The term meaning refers to the understanding of the rationale to be of the professionals to do their jobs. Given the above, this study aimed to understand the meanings of work for health professionals who work in the ICU of a university hospital in Belo Horizonte. This is a qualitative study conducted in an Intensive Care Unit of a university hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. The subjects were 31 health professionals who worked direct in patient care in the Intensive Care Unit. Data were collected through interviews with a semi-structured script and submitted to Content Analysis. The results were elaborated considering the perspective analysis of the dimensions of the meaning of work: individual, social, organizational, and doing daily. In view of these dimensions, it was noticed that professionals attribute meanings to work in a multifaceted way. Work is central to the lives of subjects, in addition to being associated with personal life, with the meaning of work being a way for them to be constituted, reformulated and discover themselves as active subjects in doing and living, being relevant in the identity configuration. The understanding of the meaning of work for health professionals is articulated and gives new meaning to work, it becomes relevant in the organization of the work process and management practices.

KEYWORDS: Intensive Care Unit, Patient Care Team, Work, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho no setor saúde é movido pelas dimensões objetivas e subjetivas, se diferenciando dos demais, principalmente, no que concerne à influência das relações interpessoais e dos modos de subjetivação dos trabalhadores, pacientes e familiares, no ato assistencial. As singularidades desse setor geram desafios relacionados à organização, gestão, processo de trabalho, proteção e produção da saúde e formação permanente, os quais se desenrolam em um contexto interrelacional cuja finalidade principal é a ação terapêutica de saúde (FORTE *et al*, 2019). O trabalho em saúde é materializado coletivamente, baseado em saberes e na busca de um propósito comum, o cuidado.

O ato de cuidar, transcende o conjunto de recursos necessários para as medidas terapêuticas e os procedimentos. Ele demanda a utilização de vários tipos de tecnologias, sendo imprescindível considerar a existência da pessoa no mundo e pensar o ambiente, os estressores do cotidiano aos quais os usuários estão submetidos e as relações de família e comunidade (FRANCO; HUBNER, 2019). Especificamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o ato de cuidar se dá em um local cujas relações são estreitas, nas quais atuam profissionais de diferentes categorias na prestação de cuidados intensivos à pacientes em estados críticos de saúde. Trata-se de um ambiente em que a alta densidade tecnológica

coexiste com intensa proximidade entre profissionais e entre eles e pacientes e familiares, em uma complexa interrelação que determina fortemente o modo como o profissional desempenha e enxerga seu trabalho e atribui sentido a ele.

O sentido que a pessoa confere ao trabalho pode ter efeitos positivos sobre a sua saúde psíquica e no seu comprometimento com a organização, pois um trabalho com sentido é percebido como importante pelo profissional, passa a ter valor e faz com que ele envide esforços para concretizá-lo (MORIN; GAGNÉ, 2009). Portanto, o sentido do trabalho depende da consistência entre a pessoa e o seu trabalho, as expectativas, os valores e as suas ações no cotidiano de trabalho, que geram motivação para desempenhar o trabalho e ter satisfação (MORIN; GAGNÉ, 2009). Para fins deste estudo, optou-se por trabalhar com o termo sentidos do trabalho baseado nos estudos de Morin, o qual se refere à compreensão da razão de ser dos profissionais realizarem o seu trabalho (MORIN, 2001; MORIN 2002; MORIN 2008).

A compreensão dos sentidos do trabalho para profissionais da saúde que atuam em UTI é relevante para a organização do processo de trabalho e das práticas gerenciais. Ademais, estudos dessa natureza podem contribuir para propiciar a revalorização do trabalho conferindo-lhe sentido, de forma que os profissionais ajam em consonância com os objetivos organizacionais, evitando assim, os desvios de comportamentos que comprometem a assistência, bem como contribuir para o resgate do ser humano em sua dimensão subjetiva nas práticas em saúde, articulando o trabalho aos objetivos e valores pessoais dos profissionais.

Visto o exposto, o objetivo desse estudo foi compreender os sentidos do trabalho para profissionais da saúde que atuam na UTI de um Hospital Universitário.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, haja vista a possibilidade de abarcar aspectos do comportamento humano e assim, trazendo à tona aspectos psicológicos revelados pelo indivíduo. A pesquisa qualitativa permitiu se aproximar dos participantes do estudo em sua condição real (YIN, 2015), em seu lugar de trabalho, de forma que eles puderam agir e falar do espaço que lhe é próprio.

Os participantes desse estudo foram 31 profissionais de saúde que atuavam na UTI de um Hospital Universitário em Minas Gerais, sendo eles: 7 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem, 7 médicos, 7 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 psicóloga e 1 fonoaudióloga. Os critérios de inclusão dos participantes foram que não ocupassem cargo de ferista e que assumissem o plantão diurno. O período de um ano foi determinado por entender que profissionais com maior tempo de atuação na assistência na UTI poderiam contribuir com informações diferenciadas e fidedignas, uma vez que o sentido do trabalho se constrói ao longo do tempo, é dinâmico e depende da realidade na qual o sujeito vivencia. A exclusão

dos feristas decorreu do fato desses trabalhadores não permanecem no setor por longos períodos, estabelecendo relações diferenciadas com a instituição e com a equipe, podendo provocar distorções quanto aos sentidos atribuídos ao trabalho em comparação aos demais profissionais. Quanto à exclusão dos profissionais do plantão noturno, acredita-se que a dinâmica, as relações e o quantitativo de profissionais poderiam produzir percepções diferenciadas a respeito dos sentidos do trabalho se comparado aos profissionais do diurno.

A coleta de dados foi realizada em 2013 mediante entrevista seguindo roteiro semiestruturado. Os depoimentos dos participantes foram gravados e transcritos na íntegra após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo os objetivos e as finalidades do estudo e o compromisso de anonimato e do uso dos dados para a produção técnico-científica. No sentido de não haver interferência na interpretação e análise dos dados, os participantes foram identificados pela letra “E” de entrevistado e o número correspondente à ordem na qual as entrevistas foram realizadas.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), seguindo-se três pólos cronológicos, a saber: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A *pré-análise* corresponde a fase de organização do material em si sistematizando as ideias iniciais. A fase de *exploração do material* consistiu na codificação dos pontos identificados na primeira fase e a sua categorização. O *tratamento dos resultados, inferência e interpretação* foi a última fase na qual os dados categorizados foram tratados de forma a ter significativos, propiciando inferências e interpretações ou descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

Cabe salientar que todos os aspectos éticos foram respeitados. A pesquisa foi aprovada pela Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 329.009) em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados revelaram que os profissionais de saúde conferem sentido ao trabalho de forma multifacetada influenciados por aspectos objetivos e subjetivos da organização.

Utilizou-se a perspectiva analítica do sentido do trabalho elaborada por Morin, Tonelli e Pliopas (2007) as quais elaboraram as dimensões do sentido do trabalho esquematizando os fatores desencadeadores da seguinte forma: *dimensão individual* relacionado ao sentido que o trabalho assume para o profissional; a *dimensão organizacional* da relação do profissional com a organização e a *dimensão social* que é do profissional com a sociedade.

A organização das dimensões dos sentidos do trabalho feita pelas autoras possibilita visualizar a complexidade da atribuição de sentidos ao trabalho e o papel que o trabalho na organização e a subjetividade do indivíduo desempenham para tal. Salienta-se que a utilização das dimensões propostas pelas autoras para esse trabalho sofreu algumas adaptações, como a criação da *dimensão fazer cotidiano*. Tal dimensão surgiu na análise

dos dados como um elemento adicional e complementar, uma vez que ela permite ressignificar o trabalho, além de agregar elementos das três dimensões dos sentidos do trabalho propostas Morin, Tonelli e Pliopas (2007), representando a concretização do trabalho em ato, no fazer profissional.

As dimensões dos sentidos do trabalho para profissionais da saúde que atuam em UTI estão apresentadas na Figura 1.

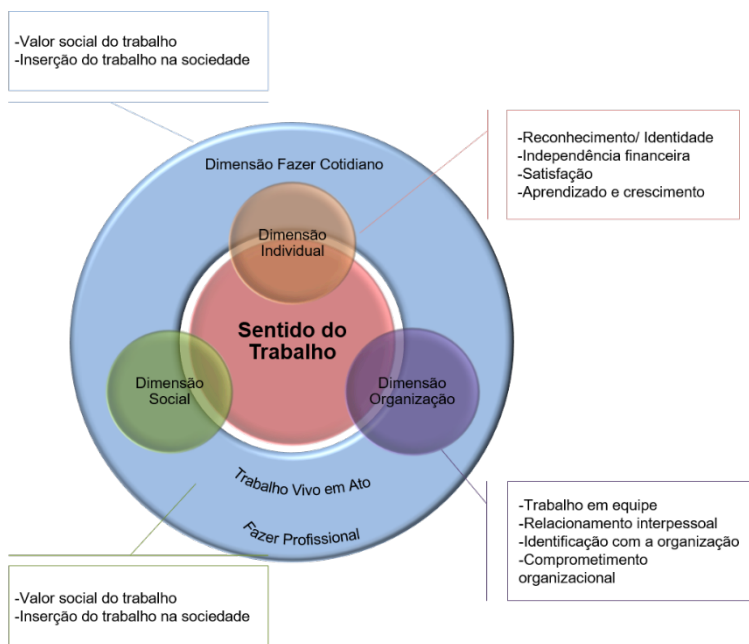


Figura 1: Dimensões do Sentido do Trabalho na Saúde

Fonte: Elaborada para fins deste estudo baseada no estudo de Morin, Tonelli e Pliopas (2007), na literatura e nos dados empíricos.

As dimensões que englobam as estruturas do trabalho permitem uma análise dos sentidos sob uma ótica geral, abarcando questões do indivíduo para/com o trabalho, o trabalho dele para a organização e para a sociedade e sua ressignificação. Ressalta-se que elas coexistem nos sentidos do trabalho e demonstram os aspectos importantes que influenciam o trabalhador no seu fazer profissional.

3.1 Os Sentidos do Trabalho - A Dimensão Individual

A dimensão individual está ligada à satisfação pessoal (social e profissional), à autonomia e sobrevivência (independência financeira), aprendizado e crescimento, bem como a formação da identidade (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

Os profissionais de saúde passam por situações diferenciadas de socialização, pois lidam com a condição *sine qua non* do trabalho na UTI de ser em equipe e com a presença constante da família do paciente, o que cria intenso processo de reconhecimento e aprovação do trabalho que realizam. Desse modo, torna-se importante que trabalhadores assumam o protagonismo de sua prática profissional, além de se sentirem satisfeitos por atuarem em um local em que reconhecem a viabilidade de agir em consonância com o que estudou e com o que gosta de fazer. “Mas, o que a gente sempre busca é o reconhecimento profissional da gente ali, você ser reconhecida pelo o que você faz.” (E3) “Eu acho que é isso, você dar sentido a sua formação, botar em prática aquilo que você aprendeu.” (E6)

A identificação com o trabalho está atrelada à realização profissional obtida mediante à lida com o paciente crítico e ao gostar das atividades complexas que a UTI apresenta, se reconhecendo nessa tarefa. Assim sendo, as situações vivenciadas no cotidiano do serviço se apresentam para os profissionais da saúde como desafiadoras, proporcionando realização plena quando concluídas com êxito (FORTE *et al*, 2019). Ademais, trabalhar em unidade críticas, como no caso da UTI, confere valorização profissional, além de constituir-se como fonte de realização pessoal. Desse modo, os fatores ligados à satisfação em realizar a tarefa, conseqüentemente, implicam no crescimento e realização pessoal e profissional dos trabalhadores.

Os indivíduos se reconhecem na atividade profissional além de se construir como sujeito ativo no seu fazer profissional dando sentido àquela ação e/ou à sua formação. Nesta perspectiva, Morin (2002) afirma que o trabalho auxilia o profissional a descobrir e formar sua identidade, assim como a organização possui papel determinante nesta construção, pois as atividades e tarefas precisam ser claras, estruturadas e favoráveis ao indivíduo para que ele se reconheça e incorpore essas vivências à sua identidade. Nos serviços de saúde, tal organização prioriza a atuação coletiva, sendo que as relações interpessoais influenciam fortemente o processo de trabalho. As relações são fortalecidas por meio da afinidade, proximidade física e convivência, levando a trocas de saberes, ajuda e vínculo dentro da equipe (DIAS *et al*, 2020).

Percebe-se que o trabalho em saúde é alicerçado, entre outros aspectos, nas diversas formas de relacionamento com o outro, seja com o paciente, família e entre os profissionais. Os profissionais passam todo o tempo de trabalho no convívio com as mesmas pessoas, criando um ambiente exclusivo deles, com uma dinâmica própria e relações específicas, como um processo de socialização. De acordo com Dubar (2012) a socialização é uma forma de construção da identidade social que, normalmente, é concedida pela atividade profissional e nas quais o profissional precisa “tornar-se ator”.

O processo de socialização profissional ocorre no âmbito das organizações, e no caso específico da UTI, constitui a dinâmica da configuração identitária do profissional posto que no trabalho ele reconhece a si mesmo e é reconhecido pelo outro, neste caso paciente, familiares, gestores e pelos próprios membros da equipe. Neste aspecto, os

mecanismos de identificação se revelam como parte construtora da identidade de si visto que, como afirma Dubar (2012), a socialização é uma forma institucional de construção do Eu, ou seja, o indivíduo inserido em seu ambiente de trabalho permeado pela dimensão subjetiva das relações permite que ele se construa como sujeito diante de si e do outro, e como ser do seu fazer profissional. Infere-se por, que relações harmoniosas construídas no contexto do trabalho conferem sentidos ao trabalho.

A questão salarial surgiu nessa dimensão e contribui na atribuição de sentido ao trabalho. Entretanto, a motivação financeira não se mostrou exclusiva nos depoimentos dos participantes, estando vinculada às outras necessidades, tais como o trabalho em equipe, a gestão participativa, a infraestrutura e o reconhecimento organizacional. Os resultados do presente estudo estão em consonância com o de Morin, Tonelli e Pliopa (2007) que revelaram que em um trabalho com sentido, a remuneração foi apontada como um fator complementar, sempre acompanhada de outro elemento.

3.2 Os Sentidos do Trabalho - A Dimensão Organizacional

A dimensão organizacional se refere ao trabalho e aos relacionamentos inerentes a ele, englobando questões como o trabalho em equipe e os relacionamentos interpessoais; a identificação com a estrutura da organização e a dinâmica do setor; o comprometimento com a organização e suas metas e o reconhecimento da instituição externamente (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

O reconhecimento do trabalho em equipe multiprofissional e a interação efetiva entre os profissionais foram destacados como importante para que o trabalho aconteça. *“Eu acho que a gente tem um grupo muito bom de especialista, o grupo dos médicos, dos enfermeiros com uma experiência variada, mas que vem ao longo do tempo conseguindo um trabalho muito bom em equipe. Eu acho que o trabalho multiprofissional é bastante interessante, trabalham juntos em prol do paciente. [...] Interagir com outros profissionais é uma necessidade porque a gente não trabalha sozinho, é impossível.”* (E31)

Percebeu-se nesse estudo que os profissionais reconhecem e atribuem sentido e efetividade ao trabalho quando existe a equipe multiprofissional é interessada e comunga de objetivo único, nesse caso, o bem do paciente. A integração e socialização da equipe é importante para definição de estratégias de empoderamento e definição de metas, tendo o gestor a responsabilidade de promover um ambiente de entrosamento com valorização de todos, sendo o resultado do trabalho uma assistência de qualidade e humanizada (TRAJANO; GONTIJO; SILVA; AQUINO; MONTEIRO, 2017).

O ambiente de trabalho é visto como estimulante quando a instituição consegue vincular o profissional à organização para que eles se encontrem emocionalmente envolvidos e, deste modo, atribuem sentidos ao trabalho (MORIN; GAGNÉ, 2009), produzindo identificação organizacional. Nesse sentido, a cultura organizacional empenhada em produzir relações horizontais potencializa a participação, a prática colaborativa, o apoio e a

presença dos coordenadores próximos as equipes, a promoção de espaços de discussão, o reconhecimento e o acolhimento do profissional (CARAM; REZENDE; BRITO, 2017). Morin (2002, p.72), por sua vez, afirma que as dificuldades dos profissionais relacionadas com a identificação organizacional se referem ao “grau de correspondência entre as características das pessoas e as propriedades das atividades desempenhadas”.

O trabalho que tem sentido encontra-se associado à adequada organização das tarefas e atividades, uma vez que isso leva à eficiência dos resultados esperados (MORIN, 2002). Todavia, as tarefas e atividades precisam ser claras e valorizadas pelos profissionais, permitindo a direção das condutas em prol deles e da assistência. Por conseguinte, o compromisso com a organização reflete a natureza da relação entre o profissional e o trabalho, sendo um importante critério de eficácia organizacional, afetando o comportamento do profissional no âmbito da instituição (MORIN; GAGNÉ, 2009).

Cabe destacar a importância dos gestores neste cenário, que são considerados peças-chave no funcionamento do setor e, principalmente, na condução da equipe de trabalho. Neste aspecto, a complexidade das atividades que o gestor desenvolve demonstra a sua importância como agente de mudança, sendo essenciais na articulação entre serviços e pessoas. Portanto, a condução da gestão exige postura empreendedora que permita o crescimento da organização, bem como a promoção de ambiente de trabalho adequado com produtividade e satisfação profissional, criando oportunidades para o desenvolvimento da autonomia individual e da equipe, persistência e resiliência (MARTINS *et al*, 2021). Morin e Gagné (2009) afirmam que o valor do líder está em manter e promover valores fundamentais que aumentem o valor do trabalho e, conseqüentemente, auxiliem na atribuição de sentido ao trabalho.

O trabalho em equipe foi mencionado como motivação para os profissionais neste estudo, sendo fusão daquilo que se considera, convencionalmente, uma forma de atuação coletiva. Para eficiência e eficácia do trabalho é importante que haja sincronia no cuidar e nas relações efetivas entre a equipe, uma vez que o limite entre o sofrimento e a satisfação profissional é tênue, sendo importante o trabalho coletivo baseado no saber-fazer-agir de cada profissional permeado por interações e relações respeitadas (NASCIMENTO; ERDMANN; NASCIMENTO; SANTOS, 2016).

O trabalho com sentido é aquele que permite experiências humanas satisfatórias, sendo uma forma de encontro com pessoas de qualidade, que possam realizar contatos francos, honestos e com quem é possível ter prazer em trabalhar e ajudar o outro a resolver problemas (MORIN, 2001). Essa satisfação pode ser encontrada na relação entre os profissionais da equipe, entre eles e gestores e pacientes/familiares.

3.3 Os Sentidos do Trabalho – Dimensão Social

A dimensão social está relacionada à inserção do trabalho na sociedade e sua contribuição para ela (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007).

Os participantes da pesquisa consideraram o acolhimento ao paciente e à família como forma de contribuir para a sociedade. O acolhimento aqui citado não é entendido como um serviço prestado, mas como um modo de ser e agir em saúde na prática do cuidado ao paciente e à sua família, mediante postura de escuta, processos de responsabilização do profissional pelo paciente e resolutividade e compromisso em atender às suas demandas (BRASIL, 2017).

A análise dos depoimentos permitiu inferir que o acolhimento referido pelos profissionais se relaciona à empatia no cuidado, de modo a minimizar o sofrimento e proporcionar condições de retorno às atividades de vida diária, procurando oferecer qualidade de vida para o paciente durante o processo de internação e até mesmo sua reinserção na sociedade após a alta. *“Então, acho que é um local que você tem que ter muito cuidado ao manejo psicológico e procurar acolher esse paciente que todo mundo que está convivendo no ambiente do CTI. Tanto família quanto paciente estão num momento muito difícil da vida.”* (E27) *“Tentar fazer com que o doente saia daqui com qualidade.”* (E30).

A contribuição social do trabalho demonstra a sua compatibilidade com os valores e princípios do indivíduo, sendo fundamental desenvolver um trabalho que propicie o bem para o outro. Os participantes da pesquisa consideraram o acolhimento ao paciente e ao familiar uma forma de contribuição para a sociedade. Isto porque, a internação, muitas vezes, desestrutura a família sendo fundamental estabelecer comunicação efetiva na recuperação da saúde de modo a acolher, apoiar e integrar a família aos cuidados hospitalares (ARAUJO *et al*, 2019).

Na dimensão social do sentido do trabalho foi analisada a contribuição do trabalho para a sociedade, sendo vinculado à percepção da utilidade do trabalho e suas consequências sociais. Um trabalho que tenha sentido deve contribuir socialmente, isto é, “permitir a união entre o exercício de atividades e suas consequências sociais. Isso contribui à construção da identidade social e protege a dignidade pessoal. Esse âmbito do trabalho reconhece o prazer de contribuir para a sociedade” (MORIN; GAGNÉ, 2009, p. 73). Perante a análise da dimensão social, apreendeu-se que essa é uma dimensão em que o indivíduo cumpre o seu papel como cidadão.

Os resultados dessa dimensão ressaltaram que um trabalho com sentido é aquele que agrega valor tanto para quem realiza (os profissionais) quanto para quem se beneficia (o paciente/familiar). Dessa maneira, essa dimensão permitiu extrapolar a vivência do profissional da mentalidade organizacional prescritiva para um fazer humano, caracterizado pela dimensão subjetiva da organização que considera os sujeitos atores da micropolítica do processo do cuidado. Na perspectiva da saúde, a assistência é permeada por práticas dialógicas que reconhecem as necessidades de saúde de cada usuário, e a sua forma de estar no mundo (FRANCO; HUBNER, 2019).

Neste contexto, Morin (2001) assevera que o trabalho é uma atividade que está inserida na sociedade e ele deve respeitar os modos de saber e viver em sociedade tanto na busca pelos objetivos, quando nas relações estabelecidas.

3.4 Os Sentidos do Trabalho – Dimensão Fazer Cotidiano

O comportamento dos profissionais e seu discurso com relação ao cotidiano e ambiente de trabalho, associados aos estudos feitos acerca do sentido do trabalho, fizeram emergir uma nova dimensão dos sentidos do trabalho, a dimensão “fazer cotidiano”. As peculiaridades do trabalho no setor saúde fizeram com que novas questões do sentido do trabalho surgissem e/ou, até mesmo, as já existentes tomassem conotações diferentes.

O cotidiano de trabalho é visto como uma micropolítica na qual o indivíduo é fabricante e fabricado por ele, e não apenas capturado pela estrutura (MERHY; FRANCO, 2013). Assim sendo, o fazer do profissional no cotidiano de trabalho é algo dinâmico e que possui relação dialética com a estrutura, com a organização e com as pessoas e, não apenas um “fantochê” que reproduz condutas.

A dimensão fazer cotidiano destaca elementos que ressignificam e legitimam o trabalho do profissional da saúde, representando a concretização do trabalho em ato. *“Aqui você vê que as suas ações terapêuticas, elas são mais imediatas e você consegue enxergar, de maneira mais rápida as suas ações.”* (E6) *“De hoje, você chegar, você começar um trabalho, amanhã você dar continuidade nele e daqui uma semana, você ver que deu resultado, então você conseguir acompanhar esse trabalho. Por isso que eu gosto tanto de terapia intensiva, porque você consegue ter uma visualização do seu trabalho melhor.”* (E15)

A posição do profissional da saúde no contexto das organizações é de extrema importância, visto que o sentido do trabalho se baseia, também, no modo como os indivíduos definem seus trabalhos e a maneira de fazê-lo. Embora, essa percepção seja marcada pela subjetividade, ela é moldada por fatores considerados estímulos comuns a todos os profissionais que trabalham na organização (MORIN; GAGNÉ, 2009). O objeto do trabalho é o indivíduo ou grupo de indivíduos que necessita de cuidados para preservar a saúde ou prevenir doenças (FORTE *et al*, 2019). Portanto, trata-se de ações transformadoras que ocorrem no ambiente onde se realiza o trabalho, nas equipes e na própria organização do trabalho. Para isso, os profissionais utilizam-se de equipamentos, máquinas, protocolos e sobretudo de uma equipe com conhecimentos que orientam as ações de saúde (FORTE *et al*, 2019).

Contudo, o produto final da assistência é consumido em ato, não sendo possível estocá-lo ou palpá-lo por não se tratar de um bem materializável (MERHY; FRANCO, 2013). A despeito de não ser materializável, ele é observável. A finalidade do trabalho na UTI, isto é, o produto é a recuperação do indivíduo, fazendo-o sair da situação inicial que fez com que ele necessitasse do serviço. Nesse sentido, o produto do trabalho em saúde

é consumido durante o fazer profissional, ou seja, na ação assistencial. Apesar de ser consumido ele é observável por meio da resposta do paciente à assistência prestada, o que gera sentimentos de prazer e de gratificação nos profissionais de saúde.

Assim, o prazer na realização das atividades é considerado um dos fatores determinantes para que o trabalho tenha sentido (MORIN, 2001). Como as relações dizem respeito à subjetividade do trabalhador que opera as tecnologias de cuidado, a sua produção depende do agir em ato do trabalhador e, por ser assim, tem a relevância do trabalho vivo, sendo este o grande trunfo do cuidado, e no qual habita sua extraordinária potência instituinte (FRANCO; HUBNER, 2019). Portanto, o profissional precisa perceber o seu trabalho em ato para que ele tenha sentido, pois aquele momento, único e transformador, é a representação do seu trabalho. Passado esse momento o trabalho se dissipa e novo ciclo se recomeça.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da saúde que atuam na UTI atribuem sentidos ao trabalho de forma multifacetada. Estudar o sentido do trabalho permitiu refletir acerca da necessidade de se (re)valorizar continuamente a dimensão subjetiva do trabalho na saúde e de reorganizar as estruturas das organizações e as políticas de gestão de pessoas com foco nos profissionais e em suas vidas profissional e pessoal.

Esse estudo não pretendeu esgotar as possibilidades para esse tema, pelo contrário, suscitou novas questões. Na prática cotidiana na UTI, os profissionais vivenciam situações repletas de contradições que são fontes de sentimentos de desigualdade, conflitos e dilemas éticos, caracterizando, por vezes, fragilidade nas relações, além de impacto negativo na assistência ao paciente. Dessa forma, os sentimentos ambíguos dos profissionais da saúde se apresentam na prática como uma realidade que interfere na configuração identitária dos sujeitos, além de ser fortemente influenciado pelas questões organizacionais e gerenciais, aspectos esses, consolidados pelos sentidos do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à CAPES pela concessão de bolsa de estudo, Ao CNPq por financiamento de pesquisa. Ao NUPAE pelo apoio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Elisângela de Jesus Macêdo, PONTE, Keila Maria de Azevedo, ARAÚJO, Livia Mara, FARIAS, Maria Sinara. Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em uti. **SANARE**, Sobral, v.18, n. 01, p.06-11, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1311/692>

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011, 229p.

BRASIL. Rede Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. [Internet]. 2017 [cited 2021 fev 02]. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>

CARAM, Carolina da Silva; REZENDE, Lilian Cristina; Brito, Maria José Menezes. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. **REME – Rev Min Enferm.** V.21; e-1070, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170080>

DIAS, Jennifer Specht et al. Health, behavior, and management: impact on interpersonal relations. **Texto Contexto - Enferm.** v.29, e20190057, dez. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0057>.

DUBAR, Claude. A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. **Cadernos de Pesquisa**, v.42 n.146 p.351-367, 2012.

FORTE, Elaine Cristina N. *et al.* Processo de trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.53, e03489, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018001803489>.

FRANCO, Túlio B.; HUBNER, Luiz Carlos M. Clínica, cuidado e subjetividades: afinal, de que cuidado estamos falando. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 93-103, dez. 2019.

MARTINS, Maria Manuela et al. Construção e validação de um instrumento de percepção do gestor. **Rev enferm UFPE online.** v.14, e245192, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245192>

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde.** Textos reunidos. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2013. p. 172-182.

MORIN, Estelle M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, jul./set. 2001.

MORIN, Estelle M. **Os sentidos do trabalho.** In: WOOD, T. Gestão empresarial: O fator humano. São Paulo: Atlas, 2002.

MORIN, Estelle M. **Qu'est-ce qui donne un sens au travail?** Objectif Prévention, Montréal, v. 31, n. 2, p. 10 – 14, 2008.

MORIN, Eestelle M.; GAGNÉ, Charles. **Donner un sens au travail: promouvoir le bien-être psychologique.** Montréal; 2009. 20p. Report. Disponível em: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-624.pdf> . Acesso em: 23 out. 2013.

MORIN, Eestelle M.; TONELLI, Maria J.; PLIOPAS, Ana L. V. O trabalho e seus sentidos. **Revista Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 47-56, jun. 2007.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 176-184, fev. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100022>.

TRAJANO Maria de Fátima Cordeiro; GONTIJO, Daniela Tavares, SILVA, Monique Wanderley; AQUINO, Jael Maria; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Interpersonal relationships in the surgical unit from the perspective of nursing workers: an exploratory study. **Online braz j nurs [internet]**. v. 16, p. 1159-169, mar. 2017. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175530>

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução: Cristhian Matheus Herrera, 5ªed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 296p.

CAPÍTULO 16

USO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Data de aceite: 01/03/2021

Durval Veloso da Silva

<http://lattes.cnpq.br/4924450747798521>

Maria Cristina de Moura Ferreira

<http://lattes.cnpq.br/0691592767654870>

Guilherme Silva de Mendonça

<http://lattes.cnpq.br/2447676782100613>

Carla Denari Giuliani

<http://lattes.cnpq.br/0924515986721388>

Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

<http://lattes.cnpq.br/1792022710649813>

RESUMO: O ambiente de trabalho possui a capacidade de provocar danos específicos e não específicos à saúde de quem trabalha, em razão da multiplicidade de fatores de riscos ocupacionais. Preocupados com o trabalhador e as influências do trabalho na saúde física e psíquica de trabalhadores em Enfermagem hospitalar, a categoria vem desenvolvendo estudos sobre o fenômeno das drogas. Porém, é necessário discutir a possibilidade de uso dessas substâncias pelo trabalhador de Enfermagem como um problema de saúde do trabalhador. **OBJETIVOS** - descrever o nível de consumo de álcool e outras drogas por profissionais de uma equipe de enfermagem no ambiente hospitalar. **METODOLOGIA** - Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal. Foram utilizados o questionário DASS, que avalia níveis de

depressão, estresse e ansiedade. A análise dos dados se deu por meio de utilização de estatística descritiva e exploratória. O nível de significância estabelecido foi de $p>0,005$. **RESULTADOS** - A população do estudo foi de 1.152 trabalhadores, com uma amostra de 416 participantes. Observou-se predominância do sexo feminino (85,2%), estado civil casado (69,5%), religião católica (44,1). Nota-se que 6,7% (N=27) dos participantes apresentaram risco para o uso de álcool e 36,1% (N=150) informaram ingestão de bebida alcoólica em binge. Quanto ao tabaco, 5,3% (N= 22) referiram usar tabaco, e em relação às demais drogas, 5,7% (N=24) dos entrevistados apresentaram risco moderado ou dependência de alguma das drogas citadas. **CONCLUSÃO** - O acompanhamento das condições de saúde mental dos trabalhadores de Enfermagem é imprescindível. Pesquisas também devem ser desenvolvidas para evidenciar se o alto consumo de álcool observado entre os estudantes de Enfermagem permanece durante a vida profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Trabalho, Saúde.

ABSTRACT: The work environment has the ability to cause specific and non-specific damage to the health of those who work, due to the multiplicity of occupational risk factors. Concerned about the worker and the influences of work on the physical and psychological health of workers in hospital nursing, the category has been developing studies on the phenomenon of drugs. However, it is necessary to discuss the possibility of using these substances by the nursing worker as a

worker's health problem. **OBJECTIVES** - to describe the level of consumption of alcohol and other drugs by professionals of a nursing team in the hospital environment. **METHODOLOGY** - Quantitative, descriptive, transversal research. The DASS questionnaire was used, which assesses levels of depression, stress and anxiety. Data analysis was performed using descriptive and exploratory statistics. The level of significance was set at $p > 0.005$. **RESULTS** - The study population was 1,152 workers, with a sample of 416 participants. There was a predominance of females (85.2%), married marital status (69.5%), Catholic religion (44.1). It is noted that 6.7% (N = 27) of the participants were at risk for use of alcohol and 36.1% (N = 150) reported ingesting alcoholic beverages, with regard to tobacco, 5.3% (N = 22) reported using tobacco, and in relation to other drugs, 5.7% (N = 24) of the interviewees had moderate risk or dependence on any of the drugs mentioned. **CONCLUSION** - Monitoring the mental health conditions of nursing workers is essential. Research should also be carried out to show whether the high alcohol consumption observed among students of Nursing remains during professional life.

KEYWORDS: Nursing, Work, Health.

1 | INTRODUÇÃO

É necessário discutir a possibilidade de uso dessas substâncias pelo trabalhador de Enfermagem como um problema de saúde do trabalhador, considerando aspectos predisponentes da realidade de trabalho desses profissionais (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

No que se refere às influências do trabalho na saúde física e psíquica de trabalhadores, para Goulart Junior et al., (2013), o abuso do álcool pode estar relacionado ao aumento da carga de trabalho, às cobranças para atingir metas e aumentar a produtividade, dentre outras questões. Segundo esses autores, o estresse, a ansiedade e o cansaço podem se associar ao abuso de drogas (álcool, tabaco, calmantes e outros), o que são ocorrências comuns relacionadas ao adoecimento advindo do processo de trabalho.

No que se refere às influências do trabalho na saúde física e psíquica de trabalhadores, para Goulart Junior et al., (2013), o abuso do álcool pode estar relacionado ao aumento da carga de trabalho, às cobranças para atingir metas e aumentar a produtividade, dentre outras questões.

O binge drinking geralmente se refere a beber muito em um curto período de tempo, com a intenção de ficar embriagado, resultando em intoxicação imediata e severa. Consumir cinco doses de bebida alcoólica no período de duas horas para homens ou quatro doses para mulheres já é considerado como beber em binge (FLORIPES, 2008). Vale ressaltar que o abuso de substância é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais. A presença de comorbidades de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de drogas e/ou de outros transtornos psiquiátricos vem sendo estudada desde a década de 80 (ZALESKI et al., 2006).

O uso abusivo de bebidas alcoólicas constitui um importante problema de saúde pública observado no mundo todo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), cerca de 4,0% do conjunto de morbidades e 3,2% de toda mortalidade mundial são atribuídas ao álcool, sendo ele o principal risco para a saúde nos países em desenvolvimento com baixa mortalidade, e o terceiro nos países industrializados. Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas, de 10,0 a 15,0% da população mundial é dependente de álcool (BRASIL, 2000). No Brasil, os resultados do Primeiro Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas abrangeram as 107 maiores cidades do país, com população superior a 200.000 habitantes (CARLINI et al., 2002).

No Segundo Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, os dados encontrados mostraram que 12,3% das pessoas com mais de 12 anos de idade são dependentes de álcool, sendo que a porcentagem de dependentes do sexo masculino é três vezes maior que a do sexo feminino (CARLINI et al., 2006). Esse consumo abusivo de bebidas alcoólicas se destaca como fator determinante em mais de 10,0% de toda morbidade e mortalidade geral no país (MELONI; LARANJEIRA, 2004). De acordo com a OMS (2005), o uso abusivo de álcool repercute gravemente no bem-estar humano, pois afeta as pessoas, as famílias, as comunidades e a sociedade como um todo. Também contribui para as desigualdades sociais e sanitárias e está relacionado com a ocorrência de lesões, violências, acidentes de trânsito, incapacidades e mortes prematuras.

A prevalência de pessoas que consomem bebidas alcoólicas na população consideram-se abstinente aqueles que não beberam em nenhuma ocasião nos últimos 12 meses, os demais (não abstinente) compõem a base de “bebedores” das amostras analisadas. A proporção de abstinente entre 2006 e 2012 apresentou pequena variação: eram 48% do total da população em 2006 e passaram para 50% no último estudo. Em relação a esse indicador, não se notaram mudanças específicas na população abstinente por gênero entre 2006 e 2012. Foi observado o mesmo padrão, proporção significativamente maior de bebedores entre os homens (o número de homens adultos não abstinente observado em 2012 é 1,6 vezes maior que o número de mulheres na mesma condição). (INPAD, 2014)

Entre os homens a prevalência de abstinência observada em 2006 era de 35% e chegou a 38% em 2012; já entre as mulheres, foram de, respectivamente, 59% e 62%. (INPAD, 2014)

Para além da experimentação, também se observa crescimento na precocidade do consumo regular de bebidas alcoólicas. Em 2006, 8% da população adulta (10% de homens e 6% de mulheres) declararam ter iniciado o consumo regular de bebidas até os 15 anos. Em 2012, essa proporção subiu para 14% na população adulta, passando para 16% entre os homens e 10% entre as mulheres. (INPAD, 2014)

Ainda considerando a Política Nacional de Álcool e Outras Drogas em publicação recente da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), o Brasil foi apontado como

uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes, como a cocaína – seja na forma intranasal (“pó”) ou fumada (crack, merla ou oxi) – está aumentando, enquanto na maioria dos países o consumo está diminuindo. (INPAD, 2014)

Embora a sociedade brasileira esteja ciente desse importante problema de saúde pública, seu conhecimento acerca dos padrões de consumo, da dependência e dos problemas associados ao uso de cocaína ainda são incipientes. Já a maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo. Tendo em vista o contexto sociocultural e político que o Brasil está vivendo, é fundamental o conhecimento do fenômeno do uso de maconha, sua proporção e consequências. (INPAD, 2014)

Assim, é importante conceituar o que é droga e entender a diferença entre os termos uso, abuso e dependência de substâncias, porque esses conceitos se organizam na forma de uma evolução progressiva, pela seguinte sequência: uso, abuso, dependência.

Droga é toda e qualquer substância, natural ou sintética, que introduzida no organismo modifica suas funções. As drogas naturais são obtidas através de determinadas plantas, de animais e de alguns minerais. Como exemplo têm-se a cafeína (do café), a nicotina (presente no tabaco), o ópio (na papoula) e o THC ou tetrahydrocannabinol (da maconha). As drogas sintéticas são fabricadas em laboratório, exigindo para isso, técnicas especiais. O termo droga tem várias interpretações, mas comumente suscita a ideia de uma substância proibida, de uso ilegal e nocivo ao indivíduo, mundificando-lhe as funções, as sensações, o humor e o comportamento (LONGENECKER, 1998).

Assim, o uso de drogas está relacionado a qualquer tipo de consumo, podendo ser frequente ou não. É o caso, por exemplo, de indivíduos que experimentam a substância pela primeira vez, mas não são afetados pelo uso, podendo simplesmente abandonar o consumo. O abuso é o uso nocivo de uma substância, conseqüente de algum tipo de problema. Nesse caso, o uso das substâncias é mais recorrente, podendo desencadear a dependência (MATHEWS; PILLON, 2004).

Já a dependência ocorre quando não existe mais controle sobre o uso, causando problemas reais à saúde. O consumo se torna uma compulsão, pois que o indivíduo passa a direcionar toda a sua vida ao consumo das drogas ou do álcool. As substâncias se tornam indispensáveis ao funcionamento psicológico do indivíduo. Portanto, a dependência provém não do desejo de consumir substâncias, mas da incapacidade de não as consumir (MATHEWS; PILLON, 2004).

Na literatura americana foram encontrados estudos relacionados ao uso abusivo de drogas e dependência dessas substâncias por profissionais de saúde. É importante reconhecer que o transtorno por uso abusivo de substâncias psicoativas ultrapassa todos os limites: econômico, educacional, geográfico, de gênero, de emprego, de status e outros. O uso abusivo de drogas por profissionais de saúde é facilitado pelo acesso desses trabalhadores às substâncias controladas e o conhecimento dos profissionais de saúde do

efeito das drogas no organismo. Sistemas de controle automatizados de medicamentos têm sido adotados na tentativa de controlar o consumo desordenado por parte dos profissionais de saúde.

No entanto, os distúrbios relacionados com o consumo de substâncias psicoativas continuam a prevalecer nas profissões da saúde e não se pode excluir esses profissionais de qualquer discussão sobre o uso de drogas. Assim, o objetivo desse estudo foi descrever o nível de consumo de álcool e outras drogas por profissionais de uma equipe de enfermagem no ambiente hospitalar.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratória e transversal, desenvolvido com profissionais de Enfermagem que atuam em um hospital geral, público e universitário. A população do estudo englobou todos os profissionais de Enfermagem que integram as equipes dos vários setores do HCU-UFU.

Inicialmente, seria feita uma amostragem probabilística do tipo estratificada, considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo que o cálculo da amostra foi de 289 participantes. Contudo, decidiu-se que todos os profissionais de Enfermagem do HCU-UFU seriam convidados para participar da pesquisa, buscando dessa forma a maior representatividade possível.

A princípio, realizou-se reunião com os enfermeiros chefes de todos os setores do hospital, para esclarecer a proposta e os objetivos da pesquisa, prestar esclarecimentos necessários e solicitar a contribuição para o preenchimento dos instrumentos de pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido. Após essa etapa, divulgou-se junto à equipe de Enfermagem (por meio de visitas aos setores do hospital), tanto o projeto de pesquisa como a disponibilização dos instrumentos de coleta de dados para serem preenchidos pelo próprio participante e que seriam devolvidos em data acordada, acondicionados em envelope sem identificação, em conjunto com o termo de consentimento livre e esclarecido.

No total, foram obtidos 416 instrumentos de coleta de dados preenchidos, perfazendo, com esse montante, a amostra do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), conforme número CAAE 47651315.4.0000.5152, número do parecer 1.585.311, em 06/06/2016. O instrumento de coleta de dados foi constituído por questionário estruturado e autoaplicável, dividido em:

- a) Informações sociodemográficas e profissionais;
- b) ASSIST - OMS: questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), validado no Brasil por Henrique et al. (2004). Sob a coordenação da OMS, pesquisadores de vários países desenvolveram esse instrumento, denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).

Tal ferramenta foi traduzida para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil e já foi testada quanto à sua confiabilidade e factibilidade, quando aplicada por pesquisadores. O ASSIST é um questionário estruturado, que contém oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos).

c) AUDIT: A OMS preconiza a utilização do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) como instrumento de rastreamento em serviços de saúde. O AUDIT é composto por dez questões e, de acordo com a pontuação, auxilia a identificar quatro diferentes padrões de consumo: uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas), uso de risco (consumo que poderá levar a problemas), uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas) e, por último, provável dependência. O termo “uso problemático” caracteriza os três últimos padrões de consumo da substância.

O AUDIT-C é uma das versões mais utilizadas no mundo e corresponde às três primeiras perguntas do AUDIT. Avalia o domínio conceitual de quantidade e frequência do consumo de álcool (itens um, dois e três). Ele é útil para identificar abuso de álcool do tipo *binge*, isto é, consumir grandes quantidades de bebida em certos momentos (BABOR, *et al.*, 2003).

O número de doses mostra o padrão de consumo de bebida alcoólica sendo que acima de cinco doses para homem e quatro doses para mulheres indica o consumo *binge drinking*, ou beber em *binge*, que pode levar a intoxicação (BABOR, *et al.*, 2003);

Para a análise das informações, foi elaborado um banco de dados no programa *Statistical Program of Social Science (SPSS) – version 20 for Windows*. A análise descritiva dos dados será apresentada em números, porcentagens, valores mínimos e máximos, médias e desvio padrão. O nível de significância (valor de p) será estabelecido em 0,05 para todas as variáveis. Para a análise bivariada dos dados, e de acordo com Siegel, (1975) foram utilizados os seguintes testes estatísticos não paramétricos: Teste de Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman, Teste *t-Student*, Teste Qui-quadrado, Teste Exato de Fischer.

RESULTADOS

Uma das limitações observada na coleta de dados deste trabalho foi a dificuldade de devolução do instrumento de pesquisa respondido. Na nossa avaliação, essa dificuldade ocorreu pela dinâmica do trabalho de Enfermagem no hospital, pelos rodízios de turnos e talvez, pela desmotivação para o preenchimento dos questionários. Obteve-se um percentual de 36,1% (equivalente ao N=416) de participantes da pesquisa, a partir de uma população total de 1152 trabalhadores.

De acordo com a amostragem probalística do tipo estratificada e considerando um intervalo de confiança de 95%, sendo o cálculo inicial da amostra de 289 participantes,

o percentual de resposta foi 30,6% superior à amostra necessária. Foram encontradas algumas dificuldades no retorno dos questionários preenchidos em diferentes setores, entre eles, destacam-se os setores de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Clínica Médica, Oncologia e Centro Cirúrgico. Ponderou-se que as dificuldades podem ter sido inerentes à dinâmica do trabalho, à alternância de turnos de serviço, ao rodízio de trabalhadores nesses setores (cobertura com plantonistas externos) e ao número de pesquisas realizadas nessas unidades, que exigem tempo e dedicação para serem respondidas e podem se acumular com as atividades assistenciais.

No que diz respeito às características sócio demográficas e profissionais dos participantes do estudo, quanto ao estado civil, 69,5% são casados (N=282) e no aspecto religioso, 44,1% dos entrevistados são católicos (N=177). No item escolaridade, 63,8% do total possuem graduação (N=226). Sobre a faixa etária, os maiores percentuais encontrados foram entre 50 ou mais, 39,7% (N=135). Em relação à distribuição percentual da composição da equipe por cargo, foram encontrados 28,5% de Auxiliares de Enfermagem (N=115), 49,3% de Técnicos de Enfermagem (N=199) e 22,3% de Enfermeiros (N=90). Observa-se, neste caso, que a equipe é composta por 77,8% de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

As equipes que apresentaram maior participação na pesquisa foram dos seguintes setores: Materno-infantil, com 25,4% de adesão à pesquisa (N=104), Internação Cirúrgica, com 14,7% (N=60) e Pronto-socorro, com 10,8% (N=44). O percentual de respostas por turno de trabalho foi de 40,6% no período da manhã (N=169), 29,6% no período da tarde (N=123) e 24,3% no período noturno (N=101). Quanto ao tempo de exercício na Enfermagem, os maiores percentuais encontrados foram: 22,8% de trabalhadores com relato de 1 a 5 anos de profissão (N=95), e 37% de 6 a 15 anos (N=154). Em relação ao número de vínculos de trabalho, 81,1% dos trabalhadores informaram apenas um vínculo (N=227).

	Nenhum ou baixo risco de uso		Risco moderado de uso ou possível dependência		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%
Álcool	327	78,6	27	6,7	61	14,7
Álcool (uso em <i>Binge</i>)	266	63,9	150	36,1	-	-
Tabaco	316	76	22	5,3	78	18,8
Sedativos	324	77,9	7	1,7	85	20,4
Maconha	327	78,6	8	1,9	81	19,5
Cocaína, crack	333	80	2	0,5	81	19,5
Anfetamina	334	80,3	1	0,2	81	19,5

Inalantes	332	79,8	-	-	84	20,2
Alucinógenos	331	79,6	-	-	85	20,4
Ópio	328	78,8	3	0,7	85	20,4
Outras	322	77,4	3	0,7	91	21,9

Tabela 1. Nível de risco de uso de álcool, tabaco e outras drogas dos profissionais de Enfermagem que atuam no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG (N=416)

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

A Tabela 1 indica o risco moderado ou possível dependência dos profissionais em relação ao álcool, beber em *binge* e uso de outras drogas. Nota-se que 6,7% (N=27) dos participantes apresentaram risco para o uso de álcool e 36,1% (N=150) informaram ingestão de bebida alcoólica em *binge*. Quanto ao tabaco, 5,3% (N= 22) referiram usar tabaco, e em relação às demais drogas, 5,7% (N=24) dos entrevistados apresentaram risco moderado ou dependência de alguma das drogas citadas.

Participantes do sexo masculino tiveram maiores porcentagens de uso de álcool em *binge* (52,7%). Também houve associação do uso de álcool e professar outras religiões com beber em *binge* ($p=0,000$), e uso de tabaco ($p=0,007$). O uso abusivo de álcool está associado a faixa etária de 50 anos ou mais (28,5 %, $p= 0,028$), e o uso de tabaco com o trabalho no período da tarde (11,1%, $p= 0,038$).

Foi encontrada a associação entre o uso de maconha está associado ao sexo masculino (7,7%, $p= 0,010$), e em atuar no pronto-socorro ($p=0,003$) e em possuir nível de escolaridade de ensino fundamental ($p=0,017$). Por outro lado, o uso de sedativos foi associado ao tempo de exercício na Enfermagem - de 16 a 20 anos de exercício profissional ($p=0,036$). Não foram feitas associações das características sociodemográficas com as demais drogas.

3 | DISCUSSÃO

Em relação às informações sociodemográficas, observou-se uma preponderância na proporção de mulheres sobre homens, pois 82,2% - (N=350) dos profissionais são do sexo feminino, corroborando, dessa maneira, com diversos estudos que têm evidenciado a feminização da área da saúde (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011). A faixa etária em que se concentraram a maior parte dos profissionais foi maior que 50 anos.

A religião mais frequente foi a católica (44,1%), seguida da evangélica (29,9%). Já o estado civil mais observado foi o de casado (69,5%), o que é um dado interessante para o estudo das doenças mentais, uma vez que tal fato revela a possibilidade de suporte social ao doente, mas pode, também, estar relacionado ao aumento do trabalho doméstico.

Sobre o uso de substâncias psicoativas a presente pesquisa evidenciou que os profissionais de Enfermagem entrevistados apresentaram consumo de risco ou possível dependência para o uso de tabaco de 5,3% (N=22), 1,7% para o uso de sedativos (N=7), e 6,7% para o uso de álcool (N=27), sendo que 36,1% (N=150) dos entrevistados relataram ingestão de bebida alcoólica em binge.

O uso abusivo de bebidas alcoólicas constitui um importante problema de saúde pública observado no mundo todo. De acordo com a OMS (2002), cerca de 4,0% do conjunto de morbidades e 3,2% de toda mortalidade mundial são atribuídas ao álcool, sendo ele o principal risco para a saúde nos países em desenvolvimento, com baixa mortalidade, e o terceiro nos países industrializados. Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas, de 10,0 a 15,0% da população de todo o mundo são dependentes de álcool (BRASIL, 2000).

A literatura sobre o uso de álcool na Enfermagem tem se mostrado ampla em relação ao estudante de graduação, mas com poucos resultados em relação ao uso indevido de álcool por profissionais dessa área (KENNA; WOOD, 2004).

Soares e outros (2011) investigaram estudantes de graduação e pós-graduação em Enfermagem e observaram que o consumo esporádico de álcool ocorre em 51,1% dos estudantes, o uso sugestivo de abuso em 35,8% e o uso sugestivo de dependência em 0,4%. Dessa forma, a proposição de estudos sobre a manutenção do consumo de álcool após a conclusão do curso é importante para a produção de conhecimento em saúde do trabalhador.

Oliveira e outros (2013), no estudo com profissionais de Enfermagem de um hospital, observaram uma possível associação entre o uso de álcool e a insatisfação, o estresse e os conflitos do trabalho em equipe. Além disso, o consumo excessivo de álcool implica, na percepção dos profissionais de Enfermagem, em prejuízos físicos, mentais e sociais.

Um estudo realizado por Petro, Pastore e Assunção (2014), com profissionais de saúde do município de Pelotas (Rio Grande do Sul), que atuam no nível secundário da assistência, mostrou que o consumo de álcool ocorre em 73% dos profissionais, mas metade desses consome a bebida apenas raramente ou eventualmente.

Oliveira e outros (2013) alertam que o uso de álcool em binge pode estar associado não apenas aos problemas mentais, mas também a problemas físicos e sociais. Em seu estudo, 24,4% dos profissionais de Enfermagem consumiram cinco ou mais doses de álcool em uma única ocasião, caracterizando um padrão binge do uso de álcool. O resultado encontrado por esses autores, para esse tipo de consumo entre profissionais de Enfermagem de hospitais, foi bem inferior ao observado entre os participantes do vigente estudo.

Quanto ao tabagismo, na presente investigação, 5,3% dos entrevistados estão em risco moderado ou possível dependência do tabaco (Tabela 1). Na pesquisa de Pretto, Pastore e Assunção (2014), realizada na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul), foi evidenciado que 5% dos profissionais entrevistados são tabagistas.

Já um estudo paranaense de Soares e outros (2011), com estudantes de graduação e pós-graduação em Enfermagem, identificou que 26,2% dos graduandos fazem uso ocasional de tabaco, enquanto 6,1% fazem uso abusivo e 0,4% apresentam sinais de dependência ao tabaco. É importante salientar que o estudo avaliou outras drogas, sendo que apenas o tabaco apresentou um aumento estatístico significativo nos últimos anos do curso.

Baseando-se na literatura apresentada sobre o consumo de tabaco por profissionais de Enfermagem e os resultados do presente estudo, observa-se que o uso dessa substância parece ser baixo entre os trabalhadores da Enfermagem, sendo que o primeiro contato é realizado especialmente durante a formação e o uso é interrompido no decorrer dos anos.

Já em relação ao uso de sedativos, foi identificado que 1,7% (N=7) dos profissionais de Enfermagem entrevistados (Tabela 1) fazem uso desse tipo de medicação. Esse resultado foi menor do que o observado entre estudantes por Soares e outros (2011), em que o uso ocasional de sedativos esteve presente em 9,2% e o uso sugestivo de abuso em 2,2% dos entrevistados.

Estudo com graduandos e pós-graduandos de Enfermagem, desenvolvido por Soares e outros (2011), evidenciou que os sedativos compõem a quarta droga psicoativa mais consumida entre os estudantes, sendo que com o avançar do tempo de estudo, o uso aumenta entre eles. Além disso, o estudo mostrou que o uso de sedativos sem prescrição médica tem aumentado. Observa-se, assim, que o consumo de sedativos foi baixo, apesar de haver poucos estudos que possibilitem a comparação do cenário encontrado e as possíveis implicações do uso dos mesmos.

Epstein, Burns e Colon (2010) afirmam que o abuso de substâncias psicoativas entre profissionais de Enfermagem apresenta dois desdobramentos negativos: um relacionado à própria saúde do profissional e o outro em relação aos pacientes. Dessa forma, além de aumentar o volume de afastamentos e reivindicações por invalidez, o abuso de substâncias pode estar relacionado ao aumento do número de acidentes de trabalho. Logo, a identificação precoce e o tratamento são estratégias que devem estar organizadas e bem informadas aos profissionais de Enfermagem, contribuindo para a saúde dos mesmos e para o bom cuidado dos pacientes.

Na pesquisa atual, ao analisar o uso de drogas ilícitas psicoativas, identificou-se, entre outras, o uso de maconha ($p=0,001$) igual para ambos os sexos da população estudada. As substâncias psicoativas (SPA) são conceituadas como drogas que alteram o comportamento, a consciência, o humor e a cognição, agindo no sistema nervoso central (SILVA; FUCHS, 2004).

A substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Do total da população adulta, 5,8% declarou já ter usado a substância alguma vez na vida, ou seja, 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram maconha pelo menos uma vez. Entre os adolescentes, esse número é de 597 mil indivíduos, representando

uma parcela de 4,3% dos quase 14 milhões de adolescentes brasileiros. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos e 3,4% dos adolescentes declararam ter consumido maconha, o que representa mais de três milhões de adultos e 478 mil adolescentes em todo país (INPAD, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento das condições de saúde mental dos trabalhadores de Enfermagem é imprescindível. Pesquisas também devem ser desenvolvidas para evidenciar se o alto consumo de álcool observado entre os estudantes de Enfermagem permanece durante a vida profissional e quais são os fatores ligados à manutenção ou interrupção desse hábito. Somado a isso, novos estudos sobre a relação entre gênero e consumo de álcool precisam ser desenvolvidos na área da Enfermagem.

Questões envolvendo uso abusivo de substâncias por profissionais de enfermagem devem ser pensadas pela gestão, que precisa estar atenta à carga negativa do fenômeno, levando o funcionário ao adoecimento, com conseqüente desgaste e afastamento laboral. É necessário também, atentar-se à diminuição da qualidade da assistência prestada, fator este que origina forte impacto negativo no trabalho de gerenciamento e cuidado pelos profissionais de Enfermagem, e estabelecer, com certa prioridade, um programa local de cuidado aos cuidadores.

REFERÊNCIAS

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G.. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 639-44, 2007.

GOULART JUNIOR, E.; FEIJÓ, M.; CUNHA, E.; CORRÊA, B.; GOUVEIA, P. Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. **Pensando fam.** vol.17 no.1 Porto Alegre jul. 2013.

ZALESKI, M.; *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 2, p. 142-148, 2006.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO A. R.; NAPPO, S. A. **I levantamento domiciliar sobre drogas psicotrópicas no Brasil:** estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A.; OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A.; MOURA, Y.; CARLINI, C.; SANCHEZ, Z. van der M. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006

OMS. ASSIST Working Group. **The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST):** development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002; 97:1183-94.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: Ministério do Trabalho. 2001a.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. **Custo social e de saúde do consumo do álcool.** *Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo*, v. 26, p. 7-10, 2004, Suplemento 1.

INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LONGENECKER, G. L. **Como agem as drogas.** São Paulo: Quark, 1998.

MATHEWS, I. S.; PILLON, S. C. Factores protectores y de riesco asociados al uso de alcohol em adolescentes hijos e padre alcohólico, em el Peru. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, p.359-68, 2004, número especial.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S. de; MOYSES, M. N. M. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: POZ, C. P. M. R.; FRANÇA, T. (Org.). **O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas.** 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, v. 1, p. 103-116.

KENNA, G. A.; WOOD, M. D. Alcohol use by healthcare professionals. **Drug Alcohol Depend**, v. 75, n. 1, p. 107-16, 2004.

SOARES, M. H.; LUIS, M. A. V.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; MARTINS, J. T.; HIRATA, A. G. P. Psychological concept of optimism and drug use among nursing students. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n. 3, 393-399, 2011.

OLIVEIRA, E. B. de; FABRI, J. M.G.; PAULA, G. S. de; SOUZA, S. R. C.; SILVEIRA, W. G.; MATOS, G. S. Patterns of alcohol use among nursing workers, and its association with their work. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, s. esp.2, p. 729-735, 2013.

PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A.; ASSUNCAO, M. C. F. Healthcare professionals health-related behaviors in National Health System clinics in the city of Pelotas-RS, Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 635-644, 2014.

EPISTEIN, P. M.; BURNS, C.; CONLON, H. A. Substance Abuse Among Registered Nurses. **AAOHN Journal**, v. 58, n. 12, p. 513-516, 2010

SILVA, O. B.; FUCHS, F. D. Fármacos de uso não-médico. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C.. (Org.). **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3 ed., p. 605-623, 2004.

CAPÍTULO 17

CHANGES IN NURSING STUDENTS' HEALTH ONE YEAR AFTER STARTING THE NURSING DEGREE PROGRAM

Data de aceite: 01/03/2021

Rodrigo Marques da Silva

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires. Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/6469518473430107>

Ana Lúcia Siqueira Costa

Universidade de São Paulo, Escola de
Enfermagem. São Paulo-SP
<http://lattes.cnpq.br/6589117758291377>

Margaret M. Heitkemper

University of Washington, Department of
Biobehavioral Nursing and Health Systems.
Seattle-WA, Estados Unidos
<https://orcid.org/0000-0002-2938-1842>

Cristilene Akiko Kimura

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires. Valparaíso de Goiás-GO.
<http://lattes.cnpq.br/5217600832977919>

Kerolyn Ramos Garcia

Universidade de Brasília. Brasília, DF
<http://lattes.cnpq.br/6119405140634549>

Osmar Pereira dos Santos

Faculdade União dos Goyazes. Trindade-GO
<http://lattes.cnpq.br/0535499985958917>

Clezio Rodrigues de Carvalho Abreu

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires.
Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/0474084524560630>

Juliana Leite Abreu Silva de Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde. Valparaíso de
Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/9612809109561618>

Lincoln Agudo Oliveira Benito

Centro Universitário de Brasília. Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/7780343507481308>

ABSTRACT: Objectives: Aim 1- to describe the health status of nursing students one year after starting the nursing degree program; and Aim 2- to analyze the impact of Stress, Depressive Symptoms, Sleep Quality and Resilience on nursing students' quality of life one year after starting the a nursing degree program. **Method:** a longitudinal quantitative research will be done to satisfy the first aim and a methodological study to test the theoretical model proposed (Aim 2). Data collection will be performed at two time points through validated instruments in two public Brazilian universities from Sao Paulo (state), as follows: first week of classes and one year after the first data collection. ANOVA for repeated measures will be used to compare means of each construct across time. In order to understand the relationships among variables we will use Structural Equations Modeling. Data from both time points will be used to analyze the variation in quality of life and those from the first time point will be used in the analysis of the other constructs. The impact of each construct on the quality of life changes will be described. P values <0.05 will be considered statistically significant. Instrument reliability will be determined by Cronbach's Alpha.

Expected Results: We intend to better understand those factors that contribute to future nurses' health. Long term this may impact work performance, work satisfaction, and patient care.

KEYWORDS: Nursing, Nursing Students, Mental Health, Factor Analysis, Statistical.

ALTERAÇÕES NA SAÚDE DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM UM ANO APÓS O INGRESSO NO CURSO

RESUMO: Objetivos: Objetivo 1- descrever o estado de saúde dos estudantes de enfermagem um ano após o início do curso de enfermagem; e Objetivo 2- analisar o impacto do Estresse, Sintomas Depressivos, Qualidade do Sono e Resiliência na qualidade de vida dos estudantes de enfermagem um ano após o início do curso. **Método:** será realizada uma pesquisa quantitativa longitudinal para atender ao primeiro objetivo e um estudo metodológico para testar o modelo teórico proposto (Objetivo 2). A coleta de dados será realizada em dois momentos, por meio de instrumentos validados em duas universidades públicas brasileiras de São Paulo (estado), da seguinte forma: primeira semana de aulas e um ano após a primeira coleta de dados. O teste ANOVA para medidas repetidas será usado para comparar as médias de cada constructo ao longo do tempo. Para entender as relações entre as variáveis, usaremos a Modelagem de Equações Estruturais. Os dados de ambos os momentos serão usados para analisar a variação na qualidade de vida e os do primeiro momento serão usados na análise dos outros construtos. O impacto de cada construto nas mudanças de qualidade de vida será obtido. Valores de $p < 0,05$ serão considerados estatisticamente significativos. A confiabilidade do instrumento será determinada pelo Alpha de Cronbach. **Resultados esperados:** Pretendemos compreender melhor os fatores que contribuem para a saúde dos futuros enfermeiros. A longo prazo, isso pode afetar o desempenho no trabalho, a satisfação no trabalho e o atendimento ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Estudantes de enfermagem, Saúde mental, Análise Fatorial, Estatística.

1 | BACKGROUND

Starting the nursing degree program is to an important step towards preparation as a nurse. During this period, students experience the challenges of the clinical setting and are exposed to the demands and obstacles faced by the health care professionals. In addition, nursing students must satisfy curricular requirements and manage their time to attend to social and familial demands. For many these requirements and demands are viewed as stressors(COSTA, 2007).

For Brazilian students, stressors range from in-program expectations such as academic exams and homework to the changes in the levels of requirements between high school and college(COSTA, 2009). Data from other nursing student populations reveal additional information about academic stressors. These include the first 12 months college activities; the traumatic experiences with a patient's death; the responsibility of taking care of other people; the requirements about academic performance; the interpersonal relationships;

their insecurity in doing clinical procedures required in clinical setting during practical classes and curricular internships; and the adaptation to those academic requirements. This is in addition to other issues faced by many Brazilians including heavy traffic; time spent at university; insufficient public transportation, and financial difficulties(BAYRAM E BILGEL, 2008; KILLAM, MOSSEY, MONTGOMERY E TIMMERMANS , 2013).

To succeed in an academic nursing program, students need to effectively manage their time and engage in behaviors that allow them to make effective use of time(HÄFNER E STOCK, 2010). However, researchers have found that university students usually do not effectively manage their time to satisfy all academic, social and personal demands(HÄFNER E STOCK, 2010; HÄFNER, STOCK, PINNEKER E STRÖHLE, 2014).For nursing students at Rio Grande do Sul (Brazil) time management was perceived as the most stressful aspect of nursing school(BUBLITZ, FREITAS, KIRCHHOF, LOPES E GUIDO, 2012).

Stressors from academic environment may cause changes in health status of nursing students, including stress, depressive symptoms, poor sleep quality and reduced quality of life. Several researches have been identified situations that work as predictors of nursing student's stress, such as: number of activities and academic training-related tasks; lack of knowledge and professional skills; quality of the relationships with faculty members and nursing team; and the clinical setting(BUBLITZ, FREITAS, KIRCHHOF, LOPES E GUIDO, 2012). Additionally, ineffective time management may impact on the students' health. Investigation studied 177 first year college students and found that students who ineffectively manage their time are more likely to experience high stress levels and poor sleep quality (HÄFNER, STOCK, PINNEKER E STRÖHLE, 2014). A study conducted with 174 Australian non nursing students found that time management was significantly and negatively correlated to the levels of perceived stress (WONG WAI, 2008).

Stress is defined as any stimulus from external or internal environment that taxes or exceeds the adaptation resources of an individual or social system(LAZARUS E FOLKMAN, 1984). It is established that nursing students experience stress(COSTA, 2009; KILLAM, MOSSEY, MONTGOMERY E TIMMERMANS , 2013). Among 130 nursing students from South Brazil, 9% reported high stress and 68% reported moderate stress on an instrument for the assessment of stress in nursing students(SILVA, GOULART, LOPES, COSTA E GUIDO, 2013). Stress is significantly correlated to Depressive symptoms(GARLOW, ROSENBERG, MOORE, HAAS, KOESTNER E HENDIN, ET AL., 2008), sleep quality(LUND, REIDER, WHITING E PRICHARD, 2010) and quality of life(BHANDARI, 2012).

Depressive symptoms can be defined as a set of emotions and cognitions that may impact on the interpersonal relationships(GORENSTEIN E ANDRADE, 1998). In an investigation of 729 USA college students, 16.5% reported depressive mild symptoms, 30.6% reported moderate depression, and 23.2% reported severe or moderately severe depression(GARLOW, ROSENBERG, MOORE, HAAS, KOESTNER E HENDIN, ET AL., 2008). Also, a Canadian study found that 34.2% of university students(CRAGGS, 2012)

were experiencing Depressive Symptoms. In other research performed in China, 6.4% of high school students reported depressive symptoms(GUO, DENG, HE, DENG, HUANG, HUANG, ET AL., 2014). Depressive symptoms may be associated with other health conditions. Additionally, depressive symptoms may be predictors of poor sleep quality. A study of 3186 Chinese students found that students with depressive symptoms had 2.47 (CI= 1.61 to 3.79) more chance to experience poor sleep quality(GUO, DENG, HE, DENG, HUANG, HUANG, ET AL., 2014).

Poor Sleep Quality is defined as tiredness on waking and throughout the day, feeling unrested and non-restored on waking, and the number of awakenings experienced in the night(SAWATZKY, RATNER, RICHARDSON, WASHBURN, SUDMANT E MIRWALDT, 2012). Studies found poor sleep quality in 60% of university students of Chicago(LUND, REIDER, WHITING E PRICHARD, 2010) and 71% of students in California (HICKS, FERNANDEZ E PELLEGRINI, 2001). Sleep quality may also impact on nursing students' health. When 1074 college students in Texas (USA) were assessed, those with insomnia had lower scores of sleep quality, and higher scores of depression and anxiety(TAYLOR, BRAMOWETH, GRIESER, TATUM E ROANE, 2013). In other study, after assessing 35 Texan University students through actigraph watch, the findings showed that those with disturbed sleep had higher depression scores(VANDERLIND, BEEVERS, SHERMAN, TRUJILLO, MCGEARY, MATTHEWS, ET AL., 2014).

All of these health conditions (stress, sleep quality and depressive symptoms) experienced by nursing students may affect their quality of life. This phenomenon is described as the feeling of well-being and it stems from the satisfaction or dissatisfaction in those areas of life considered important for individuals(FERRANS E POWERS, 1992). Daily sleepiness was significantly associated with low scores of physical, psychological and environmental quality of life(FIEDLER, 2008). An example of this is a study 1074 university students. Those diagnosed with chronic insomnia also reported poor quality of life(TAYLOR, BRAMOWETH, GRIESER, TATUM E ROANE, 2013).

When students enroll in a nursing degree program, they become exposed to several stressful situations. These situations may make them vulnerable to changes in health status, including stress, depressive symptoms, sleep quality and reduced quality of life. On other hand, some students do not experience stress despite exposure to similar stress-inducing factors. These students may be at lower risk of negative health outcomes(PENG, ZHANG, LI, LI, ZHANG, ZUO, et al, 2012). The individuals' ability to adapt to stressful situations is named resilience (LOPES E MARTINS, 2011). Resilience is characterized as a dynamic process that includes the interactions among the person, the social environment and the family. Resilience allows the individual to cope, 'win', and be strengthened when faced with adversity and stressful experiences(LUTHAR, CICHETTI E BECKER, 2000). Thus, resilience has been described as an individual trait that promotes health by relieving stress, anxiety, anger and depression. An investigation with 2,069 medical students in three

Chinese universities describes found that resilience has a moderating effect on students' health issues(PENG, ZHANG, LI, LI, ZHANG, ZUO, et al, 2012). In this sense, although several studies have been conducted there remain gaps in the scientific literature:

- Longitudinal health analysis one year after starting the nursing degree program. In this study we will describe changes in students' health that may be linked to the nursing degree program.
- Causal relationships among nursing students' health conditions (Stress, Depressive Symptoms, Sleep Quality, Quality of Life and Resilience) will be determined. This may allow us to predict factors that contribute to students' health changes.
- Studies of resilience in college students are limited in Brazil, especially those conducted with nursing students. Once these relationships are understood, it will be possible to develop and apply interventions to promote resilience, decreasing the risks to students' health.

2 | AIMS

Aim 1- to describe the health status of nursing students one year after starting the nursing degree program;

Aim 2- to analyze the impact of Stress, Depressive Symptoms, Sleep Quality and Resilience on nursing students' quality of life one year after starting the nursing degree program.

3 | RESEARCH HYPOTHESIS

Significant relationships are predicted based on the literature and the theoretical framework. They were made according to each aim of this study, as follows:

3.1 Assessment of changes in nursing students' health status

Hypotheses - Changes in nursing students' health status will occur one year after starting the nursing degree program. At the end of one year, we expect to find increased levels of stress; poor sleep quality; increased occurrence of Depressive Symptoms; and poor sleep quality. Additionally, we expect that few students improve their resilient features through the experiences with academic stress factors.

3.2 Assessment of phenomena behaviors

Hypotheses (Figure 1)

1) Students in a nursing degree program will be exposed to academic stressors that will increase their stress levels. (COSTA, 2009; BAYRAM E BILGEL,2008)

2) This increase in stress will be associated with Depressive Symptoms(LUND, REIDER, WHITING E PRICHARD, 2010), poor Sleep Quality(11,17) and poor Quality of

Life(LUND, REIDER, WHITING E PRICHARD, 2010; SOUZA, PARO, MORALES, PINTO E SILVA, 2012; PRIETO-MIRANDA, RODRÍGUEZ-GALLARDO, JIMÉNEZ-BERNARDINO E GUERRERO-QUINTERO, 2013).

3) Students with Depressive Symptoms (SOUZA, PARO, MORALES, PINTO E SILVA, 2012) and poor Sleep Quality (TAYLOR, BRAMOWETH, GRIESER, TATUM E ROANE, 2013) are more likely to report lower quality of life.

4) Sleep Quality may affect the cognitive functions, increasing the risk of Depressive Symptoms(VANDERLIND, BEEVERS, SHERMAN, TRUJILLO, MCGEARY, MATTHEWS, ET AL., 2014).

5) Depressive Symptoms contribute to decrease the sleep quality (GUO, DENG, HE, DENG, HUANG, HUANG, ET AL., 2014).

6) Resilience may directly contribute to better Quality of Life(ZHANG, LI, LI, ZHANG, ZUO, et al, 2012).

7) Resilience moderates the effect of stress on Sleep Quality and Depressive Symptoms(PENG, ZHANG, LI, LI, ZHANG, ZUO, et al, 2012). Thus, even under stress, students may present with good Quality of Life.

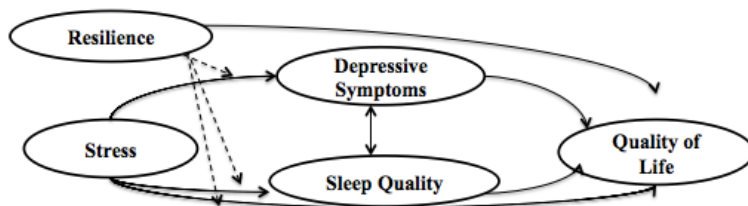


Figure 1- Hypothetic Model for health phenomena behaviors in Phase 2. São Paulo, 2015.

Source: Silva RM. Changes in nursing students' health one year after starting the nursing degree. [Thesis]. Sao Paulo: EEUSP; 2015.

4 | METHOD

4.1 Study Designs

A prospective longitudinal study will be performed to describe the health status of nursing students one year after starting the nursing degree program (Phase 1- Assessment of changes in nursing students' health status). This design consists in following a sample of nursing students for one year. It allows measuring variables that will predict future outcomes(HULLEY, CUMMINGS, BROWNER, GRADY E NEWMAN, 2008). For the second Phase (Assessment of constructs behaviors), a methodological study through the structural equation modeling will be performed. This kind of analysis allows for identifying multiple

dependency relations among constructs (latent variables), and, so, testing the hypothetical model of this research proposal. All Phases of this investigations will be conducted using quantitative approaches(HULLEY, CUMMINGS, BROWNER, GRADY E NEWMAN, 2008).

4.2 Place and Population of Study

This research will be conducted at two public Brazilian university from Sao Paulo (state). All students enrolled in first semester of these schools and who voluntary accept to participate of this investigation under the signature of the Free and Informed Consent Term will be recruited. We expect about 160 students (80 from each university) will be enrolled in the study.

4.3 Inclusion and Exclusion Criteria

- Students regularly enrolled in first semester of EEUSP and aged over 18 years will be **included**.
- Students who will participate in data collection as research assistants will **be excluded**.
- Students reprovved in disciplines of the first semester will be excluded at the second time point.

4.4 Study Variables

Aim 1- Assessment of changes in nursing students' health status

Predictor Variables- Nursing degree environment.

Outcome Variables- Stress, Depressive Symptoms, Sleep Quality, Resilience and Quality of Life.

Confounding Variables- Previous experience with those stressors as stressors prior to nursing program starting. It may contribute for a changed health status at the beginning of course. Also, previous experiences with stressors may strength the nursing students' coping skills, what implies lower risk of changes in health status after one year.

Aim 2- Assessment of the impact of Stress, Depressive Symptoms, Sleep Quality and Resilience on Quality of Life

Predictor Variables- Stress

Mediator variable- Depressive Symptoms, Sleep Quality and Resilience

Outcome Variable- Quality of Life

4.5 Data gathering and tools

Data gathering will be conducted in two Phases, as follows: Phase 1- Assessment of changes in nursing students' health status; and Phase 2- Assessment of constructs behaviors. Data will be collected in presence (During the classes at university) in both phases. Also, nursing students who attend the research group as scientific scholarships

will be invited to collaborate with the data collection and will not be eligible to participate as subjects.

4.5.1 Phase 1- Assessment of changes in nursing students' health status

This Phase will be conducted with all students enrolled in first year of nursing degree program from March to December 2016. The same research protocol will be applied at the 2 time-points as follows: at the start of classes (March 2016) and at the end of second semester (December 2016/ last week of classes). This protocol will include: demographic and academic form (**Instrument 1**); Instrument for stress evaluation in nursing students (AEEE) (**Instrument 2**), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (**Instrument 3**), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (**Instrument 4**); Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc-10) (**Instrument 5**); Instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-Brief) (**Instrument 6**). D collection will be conducted in four steps.

Initially, the list of first year nursing students and the disciplines that will be lectured at nursing schools will be got at undergraduate office. Then, the next steps will be followed:

Step 1- Date and time will be scheduled by e-mail with the faculty responsible for one of the nursing disciplines in order to present the study aims and the data gathering flow; Step 2- After authorized by the faculty, a date and time will be scheduled to meet students; Step 3- Research aims will be presented in classroom and the free and informed consent terms will be delivered to those who accept to participate. Also, student will get instruments 1, 2 and 3 at this moment. We expect that this step takes about 30 minutes to be completed; Step 4- Instruments 1,2 and 3 will be sent by email to those students who accepted to participate. They will have 10 days for returning the instruments to the researchers by e-mail; and Step 4- The other instruments will be sent by e-mail with a deadline of 10 days to be returned to the researcher. The time to response these instruments may change according the students' availability. However, we expect that students take no longer than 30 minutes to fill them.

The same data gathering flow will be done at the end of 2016.

4.5.2 Phase 2- Assessment of constructs behaviors

Phase 2 will be conducted from January to March 2017. We will apply the Structural Equation Modeling (SEM) to verify the relations among the constructs (latent variables), and to define/confirm the role of each one (predictors, mediators, moderators, outcome) according to the hypothetical models (HAIR JR, ANDERSON, TATHAM E BLACK, 2005; PILATI E LAROS, 2007). Thus, the impact of stress, depressive symptoms, sleep quality and resilience on quality of life will be described.

Before proceeding to SEM, the relation between latent variables (stress, depressive symptoms, sleep quality and resilience and quality of life) and their observed variables (items and factors) will be examined through the Confirmatory Factor Analysis.

A simple Confirmatory Factor Analysis (CFA) aims to assess the measurement model, i.e., the relations among constructs and their observable variables. It is made by four steps, as follows: 1- Development of individual constructs; 2- Development of overall measuring model; 3- Planning a study to gather empirical data; and 4- Assessment of the measuring model validity. SEM includes these four steps and two additional steps (Step 5- Specification of Structural Model; and Step 6- Assessment of structural model validity). These last two steps aim to assess the structural model, i.e., the relations among the constructs that compose the hypothetic model (SCHUMACKER E LOMAX, 2010). We have already satisfied steps 1, 2, 3, and 5, being that the two other steps will be satisfied when the empirical data will be gathered.

4.6 Data Analysis

The *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, version 10.0) and their complement AMOS will be used for data analysis. The tools that compose the research protocol will be analyzed according to the analysis proposed by their authors. Qualitative variables will be summarized in absolute (n) and percent (%) values. Quantitative variables will be presented in descriptive measures: minimum and maximum values, mean, standard deviation.

4.6.1 Phase 1- Assessment of changes in nursing students' health

ANOVA for repeated measures will be used to compare the means of each construct across time. Also, longitudinal regression will be performed to verify the presence of factors beyond the academic environment that may affect the observed variations. P values <0.05 will be considered statistically significant. Instrument reliability will be determined by Cronbach's Alpha.

4.6.2 Phase 2- Assessment of constructs behaviors

As described above, after data gathering, the validity of the measuring and structural models will be examined respectively through the Confirmatory Factor Analysis and Structural Equation Modeling. Data from the first gathering will be used for all predictors, mediator e moderator variables included into the model, and data from both gathering will be used to quality of life variation analysis. Thus, the impact of those phenomena experienced for students in beginning of the nursing degree on the quality of life variation (Subtraction of final QoL scores from initial QoL scores) will be obtained. As adjustment indexes, the minimum required is at least one Incremental Index, one Absolut Index, beyond the Chi-square (X^2) and Degrees of Freedom (DF), and one Index of Poor Quality Fitness. The Absolut measures will be: X^2 (Adjustment = >0,05), Standardized X^2 (Adjustment = <3,0) that is based on the DF, and Goodness Fitness Index (GFI)(Adjustment= >0,95). As

Incremental Indexes, we selected the Comparative Fitness Index (CFI)(Adjustment $>0,92$) and the Tucker Lewis Index (TLI)(Adjustment $\Rightarrow 0,92$) (HAIR JR, ANDERSON, TATHAM E BLACK, 2005). Two indexes of poor quality fitness will be applied, as follows: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)(Adjustment $= r<0,08$ considering a CFI $>0,92$) and Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)(Adjustment $= r<0,09$ considering a CFI $>0,92$). In addition to these indexes, Factor Load (Adjustment $=0,4 - 0,6$) and Pearson Correlation (0,5-0,7) will allow to assess the impact of each observable variable on the latent variables(HAIR JR, ANDERSON, TATHAM E BLACK, 2005).

4.7 Ethical Aspects

The Research Ethical Committee of the University of Sao Paulo has approved this project. Once this investigation will be done with human beings, the confidentiality term and the Free and Informed Consent Term (FICT) were submitted to the Ethical Committee for evaluation and they are already approved for the committee. The FICT will be delivered with the protocol to all individuals who agreed to participate of the study. Concomitantly, the project was sent to the Research Office at the Schools of Nursing where it was evaluated regarding viability and merit, being approved in December 2015. The development of this research, from the project improvement to the spreading results Phases, will be conducted in partnership with the Prof. PhD. Margaret Heitkemper. She is a reference in clinical and emotional symptoms association field and works in the Biobehavioral Nursing and Health Systems Department at School of Nursing of the University of Washington.

REFERENCES

- Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Aug; 43(8):667-72. DOI: 10.1007/s00127-008-0345-x.
- Bhandari P. Stress and health related quality of life of Nepalese students studying in South Korea: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2012 Mar 13;10:26. DOI: 10.1186/1477-7525-10-26.
- Bublitz S, Freitas EO, Kirchof RS, Lopes LFD, Guido LA. Estressores entre acadêmicos de enfermagem e uma universidade pública. *Rev. enferm. UERJ.* 2012 dez; 20(N.esp.2):739-45.
- Costa ALS, Polak C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(N.esp.):1017-26.
- Costa ALS. Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes. *REME rev. min. enferm.* 2007; 11(4): 414-9.
- Craggs S. One-third of McMaster students battle depression: survey. Califórnia: CBC News; 2012[cited 2014 Jan. 12]. Disponível em: <http://www.cbc.ca/news/canada/hamilton/news/one-third-of-mcmaster-students-battle-depression-survey-1.1200815>

Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health* 1992; 15:29-38.

Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica[Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008 [citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072008-161825/pt-br.php>

Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):482-8.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev psiquiatr clín (São Paulo)*. 1998; 25(5):245-50.

Guo L, Deng J, He Y, Deng X, Huang J, Huang G, et al. Prevalence and correlates of sleep disturbance and depressive symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional survey study. *BMJ Open*. 2014;4(7):1-9.

Häfner A, Stock A, Pinneker L, Ströhle S. Stress prevention through a time management training intervention: an experimental study. *Educ Psychol*. 2014; 34(13): 403-16. DOI: 10.1080/01443410.2013.785065

Häfner A, Stock A. Time management training and perceived control of time at work. *J Psychol*. 2010 Sep-Oct;144(5):429-47. DOI: 10.1080/00223980.2010.496647.

Hair Jr JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

Hicks RA, Fernandez C, Pellegrini RJ. Striking changes in the sleep satisfaction of university students over the last two decades. *Percept Mot Skills*. 2001 Dec;93(3):660.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Killam LA1, Mossey S, Montgomery P, Timmermans KE. First year nursing students' viewpoints about compromised clinical safety. *Nurse Educ Today*. 2013 May;33(5):475-80.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.

Lopes VR, Martins MCF. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. *Rev psicol organ trab*. 2011; 11 (2): 36-50.

Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010 Feb; 46(2):124-32. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016.

Luthar, S. S.; Cicchetti, D.; e Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*,71, 543–562

Peng L, Zhang J, Li M, Li P, Zhang Y, Zuo X, et al. Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Res.* 2012 Mar 30;196(1):138-41.

Pilati R, Laros JA. Modelos de Equações Estruturais em Psicologia: Conceitos e Aplicações. *Psicol teor pesqui.* 2007; 23(2): 205-16.

Prieto-Miranda SE, Rodríguez-Gallardo GB, Jiménez-Bernardino CA, Guerrero-Quintero LG. Burnout and quality of life in medical residents. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013 Sep-Oct; 51(5):574-9.

Sawatzky RG, Ratner PA, Richardson CG, Washburn C, Sudmant W, Mirwaldt P. Stress and depression in students: the mediating role of stress management self-efficacy. *Nurs Res.* 2012 Jan-Feb; 61(1):13-21. DOI: 10.1097/NNR.0b013e31823b1440.

Schumacker RE, Lomax RG. *A Beginner's Guide to Structural Equation.* 3ª ed. Ohio(OH): Routledge; 2010.

Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Costa ALS, Guido LA. Avaliação de estresse em estudantes de enfermagem - proposta de padronização da análise. In: Rossi AM, Meurs JA, Perrewé PL, (organizadores). *Stress e qualidade de vida no trabalho: melhorando a saúde e bem-estar dos funcionários* Porto Alegre: Atlas; 2013. p.55-67.

Souza IM, Paro HB, Morales RR, Pinto Rde M, da Silva CH. Health-related quality of life and depressive symptoms in undergraduate nursing students. *Rev latinoam enferm.* 2012 Jul-Aug;20(4):736-43.

Taylor DJ, Bramoweth AD, Grieser EA, Tatum JI, Roane BM. Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behav Ther.* 2013 Sep;44(3):339-48. DOI: 10.1016/j.beth.2012.12.001.

Vanderlind WM, Beevers CG, Sherman SM, Trujillo LT, McGeary JE, Matthews MD, et al. Sleep and sadness: exploring the relation among sleep, cognitive control, and depressive symptoms in young adults. *Sleep Med.* 2014 Jan;15(1):144-9.

Wong Wai Yi W. *The Relationship between Time Management, Perceived Stress, Sleep Quality and Academic Performance among University Students* [monografia]. Hong Kong: Hong Kong Baptist University; 2008.

CAPÍTULO 18

HEALTH PHENOMENA AND RESILIENT PERSONALITY IN UNIVERSITY HEALTH PROFESSORS

Data de aceite: 01/03/2021

Graziela Queiroz Pinheiro

Secretaria Municipal de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento. Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/0689079868082702>

Rodrigo Marques da Silva

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires. Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/6469518473430107>

Cristilene Akiko Kimura

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires. Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/5217600832977919>

Fernanda Carneiro Mussi

Universidade Federal da Bahia, Departamento de Enfermagem. Salvador- Bahia
<http://lattes.cnpq.br/3959532303018324>

Gabriela Alves Vieira Soares

Hospital Sírio Libanês. São Paulo- SP
<http://lattes.cnpq.br/6360618240247201>

Izabel Alves das Chagas Valóta

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo- SP
<http://lattes.cnpq.br/4292215979950943>

Ani Cátia Giotto

Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires
Sena Aires. Valparaíso de Goiás-GO
<http://lattes.cnpq.br/7231969701152777>

Ana Paula Neroni Stina Saura

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo- SP
<http://lattes.cnpq.br/7328080358102559>

ABSTRACT: Objective: To analyze the relationships between health phenomena (occupational stress, quality of sleep, Burnout and depressive symptoms), Resilient personality and quality of life of university professors in the health area of a private university in the state of Goiás. Method: This is a cross-sectional, analytical and quantitative research, whose data collection will take place between November and December 2017 with the professors of health courses (nursing, pharmacy or physiotherapy) from a private university in the state of São Paulo. Goiás. Data will be collected using: Questionnaire to describe the socio-demographic and professional profile, Work Stress Scale, Pittsburg Sleep Quality Index, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Maslach Inventory Burnout, Wagnild Resilience Scale and Young and the World Health Organization - Quality of Life-BREF. Expected Results: contribute to the review of the work processes of higher education institutions; serve as a theoretical basis for the construction of new projects in the Stress, Coping and Nursing Work research line; and contribute to the science of nursing as the issues under discussion are directly related to training at the Nursing Schools, either at the undergraduate or graduate level.

KEYWORDS: Nursing, Worker's health, Teachers.

FENÔMENOS DE SAÚDE E PERSONALIDADE RESILIENTE EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE

RESUMO: Objetivo: Analisar as relações entre os fenômenos de saúde (estresse ocupacional, qualidade do sono, Burnout e sintomas depressivos), a personalidade Resiliente e a qualidade de vida de docentes universitários da área de saúde de uma universidade privada do estado de Goiás. Método: Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica e de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorrerá entre novembro e dezembro de 2017 junto aos docentes dos cursos da área de saúde (enfermagem, farmácia ou fisioterapia) de uma universidade privada de ensino do estado de Goiás. Os dados serão coletados por meio de: Questionário para descrever o perfil sócio demográfico e profissional, Escala de Estresse no Trabalho, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Maslach Inventory Burnout, Escala de Resiliência de Wagnild e Young e o World Health Organization– Quality of Life-BREF. Resultados Esperados: contribuir para revisão dos processos de trabalho das instituições de ensino superior; servir como embasamento teórico para a construção de novos projetos na linha de pesquisa Stress, Coping e Trabalho em Enfermagem; e contribuir com a ciência da enfermagem a medida que as questões em discussão tem relação direta com a formação na Escolas de Enfermagem, seja a nível de graduação ou pós-graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Docentes.

1 | INTRODUCTION

In an attempt to keep up with the transformations that have occurred with technological advances, social changes and the growing demands of the labor market, the teaching activity has been demanding more qualified professionals, who meet the high number of students - with their diversities and peculiarities - which led the need for adaptation by teachers. In addition, the performance of this professional group includes long working hours, with extra-class demand, meetings, participation in councils and administrative positions (PYZALSKI, 2017; KIRCHHOF, FREITAS, SILVA, GUIDO, COSTA E LOPES, 2015). In the health field, supervision and coordination of supervised internships and practical classes are added to this range of activities, elements that require special attention from teachers due to the risks involved in caring for human beings. In view of this, it is possible that the situations that make up the work of teachers are perceived as exceeding the adaptive resources of these professionals, leading to stress.

The concept of stress in the biological sciences was developed by Hans Selye, in the 20th century, highlighting the neuroendocrine manifestations that occur in the individual when facing internal or external stimuli. Based on the studies by Claude Bernard and Walter Cannon on organic homeostasis, Selye defines stress as a specific reaction of the organism to any stimulus (GUIDO, 2003). Lazarus and Folkamn (1984) conceptualize stress based on the interactionist model, considering the interaction between the environment and the person or group as responsible and active in the process. According to them, stress

is defined as any stimulus that demands from the external or internal environment and that taxes or exceeds the sources of adaptation of an individual or social system, with a determining factor of the severity of the stressor. In the context of work, stress is understood as a process arising from the interaction of working conditions with the characteristics of the worker, in which the demand for work exceeds their ability to cope with them (PASCHOAL AND TAMAYO, 2004).

When coping actions fail or are not sufficient for a situation assessed as stressful by the individual, a state of chronic stress can set in and lead to Burnout (CAMPOS, 2005). In general, most authors agree that the Burnout Syndrome (SB) is a characteristic syndrome of the work environment, seen as a process that occurs in response to the chronicity of stress, with possible negative consequences at the individual, professional, family and social levels (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

This Burnout Syndrome is originally linked to the work process, being composed of three dimensions, to be: Emotional exhaustion, understood as mental fatigue and loss of emotional resources; Depersonalization that consists in the adoption of distant attitudes and indifference towards co-workers; and Personal fulfillment, which refers to the perception of effectiveness in carrying out work activities. Individuals with indicative for this syndrome have high levels of emotional exhaustion and depersonalization associated with low professional achievement (CARLOTTO E CÂMARA, 2004; GIL-MONTE, 2002).

In this sense, in view of the difficulties of coping with stressors, the individual is at greater risk of developing Burnout Syndrome and other biological and psychological changes, such as depressive symptoms. These symptoms are assessed with an emphasis on the affective and behavioral components, which include: depressed mood; feelings of guilt and worthlessness; feeling of lack of support and hopelessness; psychomotor retardation; loss of appetite; and sleep disorders (MATOS E OLIVEIRA, 2013). In addition, in working with the different existing demands and the social interface of the teaching work, this professional may experience a decrease in sleep quality. This was confirmed by research carried out with 48 teachers of basic education in Switzerland, it was found that those teachers who had lower quality of sleep throughout the school period, the rates of errors at work, social isolation and emotional imbalance were higher (KOTTWITZ, GERHARDT, PEREIRA, ISELI AND ELFERING, 2017).

Thus, it appears that the neuroendocrine manifestations of stress can lead to Burnout, lower quality of sleep and depressive symptoms in university professors, with an impact on the quality of life of these professionals. Quality of life is defined, by the World Health Organization (WHO) in the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL) Project, as the individual's understanding of his own perception of life, based on the cultural context and values in which they are inserted, as well as, its relation with the objectives, expectations, standard and concerns (WHOQOL, 1995).

On the other hand, recent studies highlight that some individuals have the ability to recover from adversity and adapt positively to life situations, what is called resilience (WAGNILD AND YOUNG, 1993). Such phenomenon is understood as a dynamic process in which emotional, sociocultural, environmental and cognitive aspects interact and allow the human being to face, win, strengthen and transform from experiences of adversity and stress (WAGNILD AND YOUNG, 1993). Thus, when managing stressful situations better, it is expected that the resilient individual will have less chance of developing Burnout Syndrome, present better quality of sleep and less depressive symptoms, in addition to better quality of life.

In this context, there is an increase in interest in resilience on the part of researchers and individuals working in the health sector, reflecting the need for investment in preventing problems and promoting mental health. However, although the literature points to the existence of studies on health phenomena (stress, sleep quality, Burnout and depressive symptoms), hardiness and quality of life in teachers (SOUSA, IF; E MENDONÇA, 2009; KOTTWITZ, GERHARDT, PEREIRA, ISELI AND ELFERING, 2017), few analyze the existing relationships between these phenomena in university professors, especially those in the health field (PYZALSKI, 2017; KIRCHHOF, FREITAS, SILVA, GUIDO, COSTA AND LOPES, 2015). In addition, studies of resilience in university professors are scarce in Brazil, which becomes necessary, since, once understood in the university context, strategies to promote resilience can be developed and, thus, minimize the risks to the health of the professor.

In view of the above, there are the following questions:

- Do university professors in the health field identify job demands as stressors?
- What level of sleep quality do they have?
- Is Burnout identified in the population studied?
- Do symptoms and depressive attitudes occur among them?
- Are professionals able to observe, in challenging situations, opportunities for personal and professional growth, which can characterize a resilient personality?

And, based on these questions, the following hypothesis is defended:

- The hardy individual scores low on occupational stress and has a sense of meaning that opposes poor sleep quality, Burnout and depressive symptoms.

Thus, as repercussion and / or impact of the results, it is expected that:

- this work will contribute to review the work processes of higher education institutions, based on a proposal to create support and integration spaces between managers and teachers to improve the quality of life and interpersonal relationships;
- this study will serve as a theoretical basis for the construction of new projects in the Stress, Coping and Nursing Work research line;

- this project contributes to the science of nursing as the issues under discussion are directly related to training at the Nursing Schools, either at the undergraduate or graduate level.

2 | OBJECTIVE

2.1 General

Analyze the relationships between health phenomena (occupational stress, quality of sleep, Burnout and depressive symptoms), Resilient personality and the quality of life of university professors in the health area of a private university in the state of Goiás.

2.2 Specific

- Describe the stress levels of university professors in the health area of a private university in the state of Goiás.
- Identify the most frequent stressors among university professors in the health field at a private university in the state of Goiás.
- To verify the occurrence of Burnout Syndrome in university professors in the health area of a private university in the state of Goiás.
- Evaluate the quality of sleep of university professors in the health area of a private university in the state of Goiás.
- Identify the occurrence of depressive symptoms in university health professors at a private university in the state of Goiás.
- Analyze the presence of a resilient personality in university professors in the health area of a private university in the state of Goiás.
- Check the quality of life of university professors in the health area of a private university in the state of Goiás.

3 | METHOD

In this chapter, the methodological path to achieve the objectives proposed in this study will be described.

3.1 Type of Study

This is a cross-sectional, analytical and quantitative study. Analytical investigations verify the relationships between the facts or events under analysis (HULLEY, 2008). The cross-sectional study provides a picture of how the variables are related at that time (CRATO et al., 2004). The quantitative approach, according to Richardson (1999) represents the intention to guarantee the precision of the results, to avoid distortions of analysis and interpretation, besides allowing a safety margin regarding the interferences.

3.2 Population

The study population will be composed of all professors of health courses linked to a private teaching university in the state of Goiás, Brazil. In the study, teachers linked to the institution will be included in the data collection period, with at least 20 hours per week of classes taught at the institution and working in health care courses (nursing, pharmacy or physiotherapy). Teachers on leave of any kind or whose basic training is not in the areas of nursing, pharmacy or physiotherapy will be excluded from the research.

3.3 Data collection and instruments

Data collection will be carried out between November and December 2017. Data will be collected using the following self-applicable instruments: Questionnaire to describe the socio-demographic and professional profile of teachers, Work Stress Scale (WSS), Index Pittsburg Sleep Quality System (IQSP), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Maslach Inventory Burnout (MBI), Wagnild and Young Resilience Scale and the World Health Organization - Quality of Life-BREF (WHOQOL- BREF). These instruments will be delivered to the invited subjects and who agreed to participate in the study by signing the Free and Informed Consent Form - TCLE through meetings or, if necessary, individually.

The sociodemographic and professional questionnaire, prepared by the researcher himself, involved the following variables: date of birth, sex, marital status, presence of children, academic education, main course in which he works, professional category in the nursing area, length of experience, level of education, weekly workload, work regime (wafer, partial or full), number of employment contracts, daily working hours, holidays and work shift, total monthly income received in minimum wages, monthly expenditure in minimum wages, sufficiency monthly income for maintenance, consumption of substances to inhibit sleep and consumption of substances to sleep.

The WSS, built and validated in 2004 (PASCHOAL AND TAMAYO, 2004), consists of 23 items arranged on a five-point likert scale, in which: 1 - strongly disagree, 2 - disagree, 3 - partially agree, 4 - agree and 5 - totally agree. From the sum of the scores indicated in each item, the occupational stress scores are obtained, and the higher the score, the greater the stress presented by the individual in the context of work. In the validation process, Cronbach's alpha obtained for the 23 items of the instrument was 0.91, which confirms its internal consistency in the evaluation of the proposed latent variable (occupational stress) (PASCHOAL AND TAMAYO, 2004).

The Pittsburgh Sleep Quality Index (IQSP) was used to assess subjective sleep quality, having been validated in 1989 with patients with sleep dysfunction compared to those without such changes (BUYSSE, REYNOLDS, MONK, BERMAN AND KUPFER, 1989). It was validated in Brazil in order to assess the quality of sleep in relation to the last month (BERTOLAZI, 2008). In this instrument, there are ten questions, being: question one to four - open; and five to 10- semi-open. Such questions are divided into seven

components, as follows: Subjective sleep quality (Question 6); Sleep latency (Questions 2 and 5a); Sleep duration (Question 4); Usual sleep efficiency (Questions 1, 3 and 4) Sleep disorders (Questions 5b to 5j); Use of sleeping medications (Question 7); daytime sleepiness and disturbances during the day (Questions 8 and 9) (BERTOLAZI, 2008). Question ten is optional and will not be applied in this research, since it requires the presence of a roommate for its analysis (BERTOLAZI, 2008). The global score is generated by the sum of the scores of each component, which has a weight ranging from 0 to 3. Thus, the maximum possible value is 21 points, and the more this score, the worse the quality of sleep. Scores above five points indicate poor quality of sleep pattern. For the conversion of the answers obtained in each question to a likert scale, the instructions described in a survey with health professionals will be followed (CAVAGIONE, 2010). In the validation of the instrument for the Brazilian reality, Cronbach's Alpha for all items of the instrument was 0.82, attesting to the instrument's satisfactory internal consistency (BERTOLAZI, 2008).

CES-D was semantically validated for Portuguese by Silveira and Jorge with adolescents and adults (Silveira and Jorge, 2000). The purpose of this instrument is to evaluate the depressive symptoms experienced in the week prior to the application of the instrument. It contains 20 scalar items about mood, somatic symptoms, interactions with others and motor functioning. These are divided into four subscales, namely: Depression (Items 3,6,9,10,14,17 and 18), Interpersonal (Items 15 and 19), Positive Affection (Items 4,8,12,16) and Somatic / Initiative (Items 1,2,5,7,11,13 and 20). Such items are arranged on a four-point Likert scale, with 0 = Rarely (less than 1 day), 1 = Shortly (1-2 days), 2 = Moderately (3-4 days), 3 = Most of the time (5-7 days). The final score ranges from zero to 60 points. The best performance cut-off point for non-clinical (non-drug addict) populations to identify depressive symptoms, considering all items on the scale, is ≥ 15 points. The value of Cronbach's Alpha obtained in the instrument validation process for clinical and non-clinical populations was 0.85 for the 20 items (Silveira and Jorge, 2000).

The Maslach Burnout Inventory was developed by Maslach and Jackson (1981) and translated and adapted to the Brazilian reality by Liana Lautert (1995). Later, it was validated for university professors by Carlotto and Câmara (2004). It is a self-administered questionnaire, with a five-point Likert scale in which: 1- never, 2 - sometimes a year, 3- sometimes a month, 4-sometimes a week; and 5-daily. The items are distributed in 3 domains, as follows: Emotional Exhaustion (EE) formed by items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 and 20; Depersonalization (DP) by items 5, 10, 11, 15 and 22 and Professional Achievement (PR) composed of items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 and 21 (CARLOTTO AND CÂMARA, 2004). Emotional Exhaustion analyzes the individual's feelings about work. It is the initial feature of the syndrome, characterized by psychic and physical manifestations and reduced capacity for labor production. Depersonalization is the specific characteristic of the Syndrome, perceived by insensitivity and dehumanization in dealing with peers at work, which includes cold and indifferent behaviors with clients and colleagues. Low Professional Achievement

corresponds to low efficiency and productivity at work (MASLACH AND JACKSON, 1981). High scores on Emotional Wear and Depersonalization, associated with low scores on Professional Achievement, indicate that the individual is in Burnout. Still, the score on the Professional Achievement subscale has a reverse score, that is, the higher the score in this dimension, the better the individual's perception of their professional achievement (LAUTERT, 1995).

The resilience scale was developed by Wagnild & Young with adult women (WAGNILD AND YOUNG, 1993) and adapted and translated to the Brazilian reality in 2005 (PESCE, ASSIS, AVANCI, SANTOS, MALAQUIAS AND CARVALHAES, 2005). This instrument assesses positive psychosocial adaptation in the face of important life events. It has 25 items on a Likert scale, ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree), distributed in 3 factors, namely: Stock and Value Resolutions (Items 1,2,6,8,10,12, 14,16,18,19,21,23,24 and 25), Independence and determination (Items 5,7,9,11,13 and 22) and Self-confidence and ability to adapt to situations (Items 3,4,15, 17 and 20) (PESCE, ASSIS, AVANCI, SANTOS, MALAQUIAS E CARVALHAES, 2005). These factors correspond to the attributes that support the coping with life's problems, including competence in social relationships, the ability to solve problems, the achievement of autonomy and the meaning or purpose for life and the future (PESCE, ASSIS, AVANCI, SANTOS, MALAQUIAS E CARVALHAES, 2005). The scale scores range from 25 to 175 points, and the higher the score, the higher the subject's resilience. A result below 121 is considered by the authors of the instrument to be "reduced resilience"; between 121 and 145, as "moderate resilience"; and above 145, "high resilience" (WAGNILD AND COLLINS, 2009). In the validation process, the instrument showed good psychometric properties, with Cronbach's Alpha of 0.80 for the total sample (PESCE, ASSIS, AVANCI, SANTOS, MALAQUIAS AND CARVALHAES, 2005).

The WHOQOL-BREF, developed by the WHO (WHOQOL Group, 1998) and validated for Portuguese in 2000 is a generic instrument for measuring quality of life (QOL) (FLECK, 2000). It is an instrument composed of 26 items, among which: two open questions about quality of life and 24 items on a five-point Likert scale (from 1 to 5). The 24 items are distributed in four domains that denote an individual perception of quality of life for each particular facet of QOL, namely: Physical (Items 3,4,10,15,16,17 and 18), Psychological (items 5, 6, 7, 11, 19 and 26), Social Relations (Items 20, 21 and 22) and Environment (Items 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 and 25) (FLECK, 2000). Items 1 and 2 are assessed separately, in such a way that: Item 1 denotes the individual's perception of their QOL; and Item 2 assesses its perception in relation to satisfaction with its health. For WHOQOL-Bref analysis, items 3, 4 and 26 should initially have their scale reversed as follows: 1 = 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; 5 = 1. After this process, the average per domain must be calculated, obtained by the sum of the scores attributed to each item in the domain and divided by the number of items that make up that domain (WHOQOL Group, 1998; FLECK, 2000). In order for the WHOQOL-BREF scores to be comparable to those of the WHOQOL-100, the mean

of each domain must be multiplied by 4. For the analysis of the general quality of life, the average of all items per individual must be performed. The higher the scores obtained in the domains and in the general evaluation, the greater the quality of life presented by the subject (WHOQOL Group, 1998; FLECK, 2000).

The domains are classified based on the average, as follows: need to improve (when it is 1 to 2.9); regular (3 to 3.9); good (4 to 4.9) and very good (5). When more than 20% of the items are not answered by the subject, the subject must be excluded from the analysis. When an item is not answered, the average should be calculated based on the values of the other items. When more than two items are missing, the domain score should not be calculated (with the exception of domain 3, where the score analysis can only be performed if no items are missing) (WHOQOL Group, 1998; FLECK, 2000). In the validation, the WHOQOL-Bref showed good internal consistency, measured by the Cronbach's alpha coefficient, for the 26 questions ($\alpha = 0.90$) and for each of the domains separately, to be: Physical Domain ($\alpha = 0.83$), Psychological Domain ($\alpha = 0.78$), Social Relations Domain ($\alpha = 0.69$) and Environment Domain ($\alpha = 0.71$) (FLECK, 2000).

3.4 Data Analysis

For organizing and analyzing the data, a database will be created in the Excel program (Office 2007) and the program Statistical Package for Social Science (SPSS), version 17.0 will be used.

Qualitative variables will be presented in absolute (n) and percentage (n%) values. Quantitative variables will be exposed in descriptive measures: minimum and maximum values, mean and standard deviation. To analyze the internal consistency of the instruments, Cronbach's alpha coefficient will be used. The results will be considered statistically significant if $p < 0.05$, with a 95% confidence interval. The analysis of normality should be performed using the Kolmogorov - Smirnov (KS) Test. For data that meets the normal distribution, the Student t-test and ANOVA will be performed, and for those with abnormal distribution, the Non-Parametric Chi-square and Fisher's Exact tests. Pearson's correlation coefficient for continuous data and Spearman's correlation coefficient if ordinal data are involved will be used for the correlation analysis between variables.

3.5 Ethical Aspects

After obtaining authorization for data collection at the researched institution, the project will be submitted, via the Brazil platform, for consideration by the Research Ethics Committee (CEP) of Faculdade Sena Aires (FACESA). Upon receipt of the study and its objectives, CEP will be given the Confidentiality Term, which affirms the researchers' commitment to the use and preservation of the material for a period of five years. In addition, in compliance with the Regulatory Guidelines and Norms for Research Involving Human Beings (Resolution CNS 466/12), a Free and Informed Consent Form will be sent with the instruments, with information regarding the research, which will be signed in two copies

(one for the subject and another for the researcher), authorizing voluntary participation in the research.

4 | SCHEDULE

Activities	2017												2018											
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dec
Literature review																								
Project Settings																								
Submission to the Research Ethics Committee (CEP)																								
Data collect																								
Partial data analysis																								
Verification of Statistical Correlations																								
Final data organization and analysis																								
Report writing and review																								
Final version delivery to CEP																								
Dissemination of results																								
Partial Publications																								

REFERENCES

ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. A evolução do conceito de coping: Uma revisão teórica. **Estudos em Psicologia**, v. 3, s. n., p. 273-294, 1998.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; CARBIN, M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988.

BERTOLAZI, A.N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh**[Internet]. Porto Alegre: Escola de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008[citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/14041?show=full>

BIANCHI, E.R.F. Conceito de stress- Evolução Histórica. **Nursing**. São Paulo, v. 4, n. 39, p.16-19, 2001.

BUYSSE, D.J.; REYNOLDS, C.F.; MONK, T.H.; BERMAN, S.R.; KUPFER, D.J. Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, p. 193-213, 1989.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CARLOTTO, M.S.; CÂMARA, S.G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **Psico**(Porto Alegre)[Periódico Online], Porto Alegre, 2008; v. 39, n. 2, p. 152-158, abr./jun. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1461> >. Acesso em 15/02 às 2:11h.

CARLOTTO, M.S.; GOBBI, M.D. Síndrome de Burnout: Um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Alethéia**, v. 10, s.n., p.103-104, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991. 176p.

CAMPOS, R.G. **Burnout: Uma revisão Integrativa na Enfermagem Oncológica**. 2005. 159f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de São Paulo. Ribeirão Preto. 2005.

CAMPOS, G.W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. 871p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.307p.

CAVAGIONE, L.C. **Influência do Plantão de 24 horas sobre a pressão arterial e o perfil de risco cardiovascular em profissionais da área da saúde que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar** [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010[citado 2014 Jan. 11]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23122010-094708/en.php>

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 19 de outubro de 2010. doi: 10.1590/S1516-44461999000500003.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 21, s. n., p. 219-239, 1980.

GIL-MONTE, P. R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n.1, p. 3-10, 2002.

GUIDO, L.A. **Stress e Coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, 2008.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

KAWAKAME, P.M.G.; MIYADAHIRA, A.M.K. . Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 165-172, 2005.

KIRCHHOF, R.S.; FREITAS, E.O.; SILVA, R.M.; GUIDO, L.A.; COSTA, A.L.S.; LOPES, L.F.D. Relations between stress and coping in federal universities nursing teachers of a Brazilian state-analytical study. **Journal of Nursing Education and Practice**, v. 5, n. 12, p.9-16, 2015.

KOTTWITZ, M.U.; GERHARDT, C.; PEREIRA, D.; ISELI, L.; ELFERING, A. Teacher's sleep quality: linked to social job characteristics? **Ind Health**, 2017. Epub ahead of print.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com Enfermeiras que trabalham em hospitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 18, n.2, p. 133-144, 1997.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984. 445 p.

LIPP, M.N.; NOVAES, L.E. **O Stress**. São Paulo: Contexto, 1998. 64 p.

Linhas de Cuidado. IN: Grupo Hospitalar Conceição. Programas e Projetos. 2011 Disponível em: [<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=3#2464>]. Acesso em 13 de Março de 2011.

MASLACH, C.; E JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v.2, p. 99-113, 1981.

MATOS, A.C.S.; OLIVEIRA, I.R. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.12, n. esp, p. 512-519, 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.189p.

MIRANDA, A.S. **Estresse Ocupacional- inimigo invisível do enfermeiro?** 1998.156f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998.

SOUSA, I.F.; E MENDONÇA, H. Burnout em Professores Universitários: Impacto de Percepções de Justiça e Comprometimento Afetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 4, p. 499-508, 2009.

OLIVEIRA, M. M. de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.1, p. 45-52, 2004.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; SANTOS, N.C.; MALAQUIAS, J.V.; CARVALHAES, R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.2, p. 436-48, 2005.

PYZALSKI, J. Stressors in the teacher's workplace. **Wiad Lek**, v.55, sup, 1, p.412-417, 2007.

RICHARDSON, R. J. e col. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R. **Escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens**. In: Gorestain C, Andrade LHSG, Zuarde AW, (editores). Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e farmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v.28, n.3, p.551-558, 1998.

The WHOQOL group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WAGNILD, G.M.; YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v.1, p.165-78, 1993.

WAGNILD, G.M.; COLLINS, J.A. Assessing resilience. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 47, n.12, p.28-33, 2009.

CAPÍTULO 19

O ESPAÇO PÚBLICO PARA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E SOCIALIZAÇÃO: UM MAPEAMENTO DA PRODUÇÃO ACADÊMICA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 07/01/2021

Aline Rocha Amaral

UNESPAR – Universidade Estadual do Paraná
Campo Mourão – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/5544821034822345>

Fábio Rodrigues da Costa

UNESPAR – Universidade Estadual do Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9325969628367881>

RESUMO: A pesquisa se utiliza de ferramentas metodológicas para atender seus objetivos, e é através dela que o pesquisador utiliza como forma de investigação sobre os vários problemas que influenciam direta ou indiretamente na sociedade. Com isso o estudo em questão procura problematizar as seguintes questões: qual a contribuição das academias da terceira idade para a população idosa? Esse formato de academia atende as necessidades do público alvo? Desse modo, o objetivo do presente texto é realizar uma análise de artigos publicados em periódicos referentes as academias da terceira idade, a fim de compreender o panorama atual da temática. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo estado da arte referente ao objeto proposto. O corpus de análise desse estudo compreende 08 artigos disponíveis no Catálogo de artigos da CAPES e no Google acadêmico. Dentre os resultados encontrados foi possível analisar as problemáticas que norteiam cada pesquisas como a falta de educador

físico nas ATÍ's, bem como os objetivos, as metodologias e os instrumentos de pesquisa utilizados por cada autor.

PALAVRAS-CHAVE: Academia da terceira idade, Idoso, Estado da arte.

THE PUBLIC SPACE TO THE PRACTICE OF PHYSICAL ACTIVITIES AND SOCIALIZATION: A MAPPING OF ACADEMIC PRODUCTION

ABSTRACT: The research makes use of methodological tools to reach its objectives, and it is through it that the researcher uses as a type of investigation about the various problems which influence directly or indirectly in society. Thereby, the study in focus aims to discuss the following questions: What is the contribution of third age gyms for elderly people? Does this gym format meet the needs of the target audience? Therefore, the objective of this text is to execute an analysis of articles published in periodicals concerning the third age gyms, aiming to comprehend the current prospect of the thematic. For this purpose, a bibliographical research, the State of Art kind, was carried out, regarding the proposed object. The corpus of analysis of this study comprises 08 articles available in the CAPES Catalogue of Articles and the academic Google. Amidst the results found, it was possible to analyze the issues that orientate each research, as the lack of a physical instructor in the Third Age Gyms, as well as the objectives, the methodologies and the survey instruments used by each author.

KEYWORDS: Third age gym, Elderly, State of Art.

1 | INTRODUÇÃO

A pesquisa se utiliza de ferramentas metodológicas para atender seus objetivos, e é através dela que o pesquisador utiliza como forma de investigação sobre os vários problemas que influenciam direta ou indiretamente na sociedade. Com isso, uma pesquisa de qualidade sempre precede de uma investigação atual das produções acadêmicas da área de interesse, no qual possibilitará expor a problemática abrangente, dessa maneira se torna viável realizar um levantamento prévio para analisar o que as pesquisas podem contribuir para novas discussões.

Diante do exposto é importante considerar a realização de estudos sobre a questão da utilização das academias da terceira idade, que é uma área pública, destinada principalmente aos idosos porém são utilizadas por toda a população. Esse estudo procura problematizar a seguinte questão: qual a contribuição das academias da terceira idade para a população idosa, e se a mesma atende as necessidades do público alvo.

Portanto, o objetivo desse estudo é analisar pesquisas referentes as academias da terceira idade, a fim de compreender o panorama atual da temática. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo estado da arte referente ao objeto proposto. O corpus de análise desse estudo compreende 08 artigos disponíveis no Catálogo de artigos da CAPES e no Google acadêmico.

2 | ESPAÇO PÚBLICO E ATIVIDADE FÍSICA

O número de pessoas idosas cresceu exponencialmente nos últimos anos, tornando-se um desafio para o poder público do XXI realizar promoção de ações e implementação de políticas públicas que atendam essa parcela da população. Nesse aspecto, Costa e Mercadante (2013) afirmam que, a partir da segunda metade do século XXI, o Brasil será o sexto país no mundo com as maiores taxas de população idosa. Com isso o desenvolvimento dos espaços públicos voltados para a pessoa idosa tem sido destaque nos últimos anos devido ao aumento da população dentro desta faixa etária.

Bortolo (2013) comenta que o espaço público além de proporcionar lazer, na maioria das vezes, busca garantir a inclusão dos seus diferentes usuários a partir de suas inúmeras funções desempenhadas e seus distintos papéis no espaço da cidade. Já Bovo e Martins (2016, p. 325) corroboram ao dizer que os espaços públicos urbanos são os mais privilegiados, pois são neles que “identificamos à dinâmica e à diversidade social, econômica, política e cultural”.

Agostinho (2008, p. 50) afirma que o “espaço público urbano é o lugar na cidade privilegiado para o desenvolvimento do sentido de coletividade e construção da identidade”. Serpa (2020) compreende o espaço público como um espaço simbólico, onde há reprodução de diferentes ideias de cultura, da intersubjetividade relacionada entre os sujeitos. Com isso, fica explícito que a utilização dos espaços públicos de maneira adequada contribui de

forma positiva para a saúde do ser humano e ainda reforça as relações interpessoais entre seus frequentadores. Como definição de saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS) a defende como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades (OMS, 1948).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI) incorpora os postulados da promoção da saúde para orientação das ações de atenção, ajustando-as às peculiaridades nacionais, a mesma preceitua assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). Uma das políticas de ação para promoção da saúde na terceira idade é o incentivo as atividades físicas. Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo de envelhecimento (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2001, p. 2). Para incentivo à pratica de atividades físicas na terceira idade foram implantadas ATÍ's (academias da terceira idade), também conhecida como academias ao ar livre. Essas academias geralmente são localizadas em áreas públicas das cidades, como parques, praças, bosques e complexos esportivos.

As ATÍ's são compostas por equipamentos metálicos, que servem para alongar, fortalecer, desenvolver a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica (PALÁCIOS *et al.*, 2009), portanto elas não utilizam nenhum tipo de peso, sendo usado somente a força do próprio corpo para realizar os exercícios de musculação, mobilidade articular e alongamento.

3 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo do tipo estado da arte, cujo objetivo foi realizar uma revisão bibliográfica das produções acadêmicas sobre as academias da terceira idade, que vem sendo destacada nos últimos anos, nas bases de dados da CAPES e Google Acadêmico.

Para a coleta de dados foram utilizados descritores de forma combinada, sendo eles: academia da terceira idade e idoso, academia da terceira idade e socialização, idoso e socialização, espaço público e idoso, espaço público e socialização e academia da terceira idade delimitando um recorte temporal de 5 anos (2015 a 2019), a fim de analisar as pesquisas mais recente sobre o tema.

A pesquisa na plataforma da CAPES foi realizada utilizando todas as combinações dos descritores citados a cima, no qual se obteve um total de 129 artigos. Devido ao elevado número de artigos encontrados nesse primeiro momento, optou-se por utilizar os descritores: academia da terceira idade e idoso, desse filtro, permaneceram 26 artigos atendendo a proposta do trabalho. Após os artigos serem baixados e passarem por uma análise de cada título sendo acompanhada pela verificação do resumo e palavras-chaves sendo que quando o resumo não apresentava informações suficientes, recorria-se a análise

da produção completa, foram aceitos para o trabalho somente 03 artigos sendo os outros 23 artigos descartados devido o assunto não abranger ao tema proposto.

Como foram aceitos somente 03 artigos, partiu-se para a pesquisa avançada no Google Acadêmico sendo utilizados os descritores: academia da terceira idade e idoso, onde tivemos como resultado um total de 3.685 artigos, mantendo o mesmo recorte temporal (2015 a 2019). Como se obteve um elevado número de artigos, optou-se por realizar uma pesquisa sem recorte temporal utilizando como descritor academia da terceira idade no título do artigo, no qual foi obtido um resultado de 27 artigos, onde todos foram baixados e passado pelo mesmo processo de verificação anterior, no qual foram aceito 5 artigos para compor o trabalho. Os outros 22 artigos foram descartados devido 5 artigos serem repetidos na pesquisa anterior no qual já haviam sido descartados, 4 artigos estarem publicados em anais de eventos, e 13 artigos não abrangerem ao tema da pesquisa. Ao final foram identificados um total de 8 artigos condizentes com a proposta do presente estudo.

Os artigos utilizados foram sistematizados em um quadro (quadro 1), no qual apresenta os artigos selecionados que estão composto com as seguintes informações: título, autor, ano, periódico e instrumento utilizado. Após a sistematização foram avaliados cada artigo, analisando-os suas semelhanças e divergências, no qual poderá ser verificado na sequência.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como resultado da pesquisa, inicialmente encontrou-se nas bases de dados da CAPES e Google Acadêmico um total de 3.814 artigos nos quais 129 pertencem aos periódicos CAPES onde ocorreu o filtro permanecendo somente 03 artigos e 3.685 do Google Acadêmico, que após o filtro permaneceram 05 artigos. A partir dos critérios para restringir a pesquisa foram selecionados 08 artigos conforme quadro 1.

Nº	Título	Autor (a)	Ano	Periódico	Instrumento Utilizado
01	A Academia da terceira idade como um projeto do governo municipal de Maringá-PR para solucionar as falhas de mercado.	Vilma Meurer Sela; Francis Ernesto Ramos Sela.	2012	Caderno de Administração	Pesquisa bibliográfica e descritiva (revisão de dados).
02	Lazer e terceira idade: um estudo acerca dos espaços e equipamentos públicos no município de Parelhas/RN	Itamara Lúcia da Fonseca; Wilker Ricardo de Mendonça Nóbrega	2012	Revista Turismo estudos e práticas	Pesquisa qualiquantitativo com entrevista semiestruturada (29 idosos)

03	A pressão arterial em idosos de uma academia da terceira idade	Elenice Gomes Ferreira. <i>et al</i>	2017	PAJAR – Pan American Journal of Aging Research	Estudo quantitativo e transversal (40 idosos)
04	Fatores Associados a Prática de atividade física em idosos usuários de academia da terceira idade de Maringá-PR.	Daniel Vicentini de Oliveira. <i>et al</i>	2017	Revista Saúde Santa Maria	Estudo quantitativo, observacional e transversal (73 idosos).
05	Perfil dos idosos usuários das academias ao ar livre para a terceira idade.	Wesley Lessa Pinheiro; João Macedo Coelho Filho	2017	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Estudo quantitativo do tipo transversal (374 idosos).
06	Academia ao ar livre como estratégia para a promoção de saúde da população da terceira idade	Ricardo Cezar Ramalho. <i>et al</i> .	2018	REIcEn - Revista de Iniciação Científica e Extensão	Pesquisa bibliográfica qualitativa de forma descritiva
07	Avaliação da autonomia funcional, capacidades físicas e qualidade de vida de idosos fisicamente ativos e sedentários	Frederico Lemos Ribeiro de Moraes; Priscila Corrêa; Wagner Santos Coelho.	2018	RBPfEX – Revista brasileira de prescrição e fisiologia do exercício	Questionário/ teste físico (45 idosos sexo feminino).
08	O tipo de exercício físico interfere na frequência da prática de atividade física, comportamento sedentário, composição corporal e estado nutricional do idoso?	Daniel Vicentini de Oliveira. <i>et al</i>	2019	Revista Brasileira de Nutrição Esportiva	Estudo analítico, observacional e Transversal (120 idosos).

Quadro 1. Corpus de Análise

Fonte: Dados da pesquisa realizada pelas buscas nos catálogos da Capes e Google Acadêmico.

Dentre os artigos identificados e analisados todos foram desenvolvidos na áreas das Ciências Humanas, sendo os autores das especialidades de fisioterapia, educação física, enfermagem, gerontologia, medicina, turismo e administração, indicando que o tema é pesquisado em áreas diversas, demonstrando a permeabilidade no meio acadêmico.

Quanto ao lócus das pesquisas, 7 foram realizadas especificamente nas academias da terceira idade, 1 agregou além da academia da terceira idade, academia de musculação e aula de hidroginástica.

No que tange a metodologia apenas Ramalho *et al* (2018) e Sela e Sela (2012) trabalharam acerca da revisão bibliográfica, enquanto que os outros 6 artigos consistiram em estudos de casos, e coletas de dados quantitativa e qualitativa realizadas por meio de pesquisas bibliográficas e de campo, sendo eles questionários semiestruturado e visita de observação, onde o público alvo foram idosos acima de 60 anos.

As problemáticas que norteiam as pesquisas, se pautam, de modo geral em como as academias da terceira idade influenciam diretamente na vida dos seus frequentadores, como estão dispostas as estruturas físicas e qual o perfil dos idosos que frequentam a mesma e suas comorbidades.

Visando responder as problemáticas de investigação e seus questionamentos, os autores estabeleceram seus objetivos gerais: Sela e Sela (2012, p. 2) tiveram como foco principal descrever o projeto das academias da terceira idade como uma solução do governo municipal para as falhas de mercado; Oliveira, *et al* (2017, p. 2) trataram de investigar a associação do nível de atividade física com as variáveis sociodemográficas e de saúde, a capacidade funcional e a força muscular de idosos usuários das ATÍ's; Já Ferreira, *et al* (2017, p. 31) propuseram verificar os níveis pressóricos de idosos, antes e após da atividade física na academia da terceira idade; Oliveira, *et al* (2019, p. 5) tiveram como foco central comparar a frequência da prática de atividade física, comportamento sedentário, composição corporal e estado nutricional entre idosos praticantes de diferentes tipos de exercícios nas ATÍ's; Moraes, Corrêa e Coelho (2018, p. 298) buscaram avaliar diferentes qualidades físicas de idosos engajados nas atividades físicas oferecidas nas Academias da Terceira Idade (ATI); Ramalho, *et al* (2018, p. 4) propuseram analisar a contribuição das academias ao ar livre como estratégias para a promoção da saúde e qualidade de vida de usuários e para a população da terceira idade; Pinheiro e Coelho Filho (2015, p. 94) focaram em descrever o perfil dos idosos usuários das academias ao ar livre para a terceira idade, e por fim Fonseca e Nóbrega (2012, p. 63) objetivaram analisar as contribuições do lazer dentro do processo de inserção social da terceira idade nos espaços e equipamentos públicos de Parelhas/ RN.

Para se chegar às respostas das problemáticas e atingir os objetivos propostos, os autores utilizaram-se de metodologias quantitativas, qualitativas, descritiva e analítico observacional, realizadas por meio de pesquisas bibliográficas e de campo (pesquisas com indivíduos e fotos do espaço físico das ATÍ's). Os instrumentos utilizados e o público da pesquisas estão dispostos de acordo com quadro 1.

Após o levantamento de dados realizados pelos autores, vários foram os resultados obtidos. Ferreira, *et al* (2017, p. 32) verificaram que a pressão arterial sistêmica estava presente em 56% dos indivíduos com a presença de medicamentos anti-hipertensivos e 44% afirmaram que não apresentam nenhum tipo de alteração expressiva da pressão arterial. Oliveira, *et al* (2017, p. 7) identificaram número maior de mulheres que realiza exercícios físicos, e com limitação da capacidade fisiológicas para o exercício, e em relação a idade dos frequentadores predomina-se idosos com menos de 70 anos.

Sela e Sela (2012, p. 86 - 87) constataram que a ATI incentiva a atividade física especialmente entre o público adulto. A primeira ATI foi inaugura em abril de 2006 sendo Maringá-PR pioneira do projeto no Brasil, em relação a terraplanagem, a mão de obra para instalação e manutenção dos equipamentos são de responsabilidade do setor público

municipal, e que após a implantação das ATÍ's foi possível verificar vários benefícios a saúde.

Oliveira, *et al* (2019, p. 13) apresentaram que a amostra foi composta por ambos sexos, o estudo foi realizado em ambientes comunitários (academia terceira idade, hidroginástica e academia de musculação), sendo que os pertencentes de musculação apresentaram melhor estado nutricional em comparação aos idosos participantes das ATÍ's ou hidroginástica. Ramalho, *et al* (2018, p. 187 – 190) os autores traz orientação de como deve ser realizada e em qual frequência e sequencia de séries os exercícios nos aparelhos das ATÍ's. Eles ainda explicam que a prática de uma atividade física regular é muito relevante para a diminuição do número de quedas, pois há ganho de força muscular e melhora na marcha e equilíbrio após a prática dos exercícios.

Fonseca e Nóbrega (2012, p. 71) constataram que 83% dos entrevistados estão parcialmente satisfeitos com os espaços e equipamentos de lazer (ambiente agradável dos espaços, a diversão, o lazer e a prática de exercícios físicos). Já 17% classificaram a satisfação como regular, por acreditar que deveriam ser construídos mais espaços específicos para atender as necessidades sociais da terceira idade.

Moraes, Corrêa e Coelho (2018 p. 303), destacaram que o grupo estudado apresenta maior grau de correlação entre os fatores psicológicos na predição da qualidade de vida e percepção de satisfação com a saúde, sugerindo elevados níveis de autoestima entre os idosos. Pinheiro e Coelho Filho (2017, p. 98 – 99) observaram que de uma maneira geral os participantes que utilizam os equipamentos das academias são em sua maioria idosos jovens, encontrando-se na faixa etária entre 60 e 69 anos. Os entrevistados em sua maioria não exerciam nenhuma atividade profissional, sendo em grande parte aposentados, sendo que em relação a doenças crônicas a hipertensão arterial foi a condição clínica relatada mais prevalente na amostra estudada, quando questionados sobre a quantidade e a qualidade dos equipamentos disponibilizados, a maioria dos entrevistados relatou estarem satisfeitos.

Depois dos resultados obtidos os autores chegaram as considerações finais sendo que num primeiro momento todos os autores foram unânimes em ressaltar a importância e os benefícios das academias da terceira idade para a população idosa. Sela e Sela (2012, p. 89), Ramalho, *et al* (2018, p. 191), Oliveira, *et al* (2017, p. 7), e Oliveira, *et al* (2019, p. 13) destacam que as Academias da terceira idade, montadas ao ar livre, possibilitaram um espaço para a realização de atividade física, e integração entre os usuários, atuando na prevenção de doenças e promovendo à saúde. Além de benefícios físicos, as ATÍ's também favorecem a socialização dos idosos, e ainda conta com aparelhos adequados, não tendo limites nos horários de funcionamento, e sem custo financeiro para os usuários. Com isso, a atividade física muda para melhor a vida dos idosos, não só as condições motoras mais a saúde em geral, ocasionando maior fortalecimento das redes de suporte sociais.

Pinheiro e Coelho Filho (2017, p. 100) concluíram que os “idosos usuários das academias ao ar livre apresentam um perfil jovem e ativo, e cujas condições de saúde

mais prevalentes podem ser facilmente manejadas por meio da prática regular de atividade física”.

Ainda o autor Ramalho, *et al* (2018, p. 191) complementa que apesar dos benefícios das ATÍ's para os idosos “nota-se que na maioria das academias não conta com a presença de profissionais de educação física, com isso os idosos acabam por praticar exercícios físicos sem acompanhamento de um profissional, o que poderá trazer riscos à saúde destes idosos”.

Quanto aos motivos da adesão das academias da terceira idade, Moraes, Corrêa e Coelho (2018, p. 305), Ferreira, *et al* (2017, p. 33) consideraram que o principal motivo da adesão de exercícios físicos nas ATÍ's destacado pelos idosos nas pesquisas, foram a preocupação devido a capacidade física associadas à autonomia funcional estarem muito aquém do ideal esperado, e também um percentual elevado de idosos com hipertensão arterial, sendo que a prática de exercício físico assume um papel importante como um elemento não medicamentoso. E Fonseca e Nóbrega (2012, p. 76 – 77) conseguiram identificar que a partir da pesquisa “a oferta de espaços voltados para necessidades sociais, recreativas e esportivas não supre as necessidades sendo sugerido desenvolvimento de projetos, ações pontuais e até mesmo criação de políticas públicas de âmbito municipal”, objetivando assim integrar os idosos junto às demais faixas etárias, promovendo a inclusão social dos mesmos.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observar os lócus das pesquisas realizadas e os resultados obtidos, ficou nítido que as academias da terceira idade ou academias ao ar livre trazem muitos benefícios para os idosos, como a melhoria da mobilidade, o exercício como lazer no processo de inclusão social, e a frequência de atividades físicas atuando diretamente nos níveis pressóricos em idosos hipertensos. As ATÍ's também ajudam na socialização entre seus frequentadores, reforçando as relações interpessoais e melhorando assim a qualidade de vida como um todo.

Ficou claro também que há uma extrema necessidade de um educador físico nas academias da terceira idade, uma vez que as mesmas não possuem esse tipo de profissional, e os idosos acabam realizando os exercícios sem nenhuma orientação, correndo o risco de alguma lesão devido ao movimento errado. Outra observação que ficou explícito são que todos os artigos estabelecem uma discussão de forma interdisciplinar sobre o tema, fazendo uma conexão entre as áreas do conhecimento, enriquecendo a pesquisa como um todo.

Ao realizarmos o estudo do “estado da arte” acerca da temática proposta, permitiu-se uma análise sobre vários olhares e contexto da realidade das academias da terceira idade, enfatizando a importância da continuidade da realização de estudos sobre as mesmas

ainda não contempladas. Essa pesquisa contribuiu de forma significativa para aferir as brechas para estudos futuros sobre as academias da terceira idade, dentro dos seus mais variados contexto social.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. G. **Espaço público urbano e cidadania nas cidades contemporâneas**: o caso do Parque da Luz em Florianópolis/SC. 246 folhas. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BORTOLO, C. A. de. O Espaço Público do Parque do Povo – Presidente Prudente - SP: reflexões geográficas. **Revista Geografia em Atos**. Departamento de Geografia da FCT/UNESP, Presidente Prudente, v. 1, n. 13, p. 50-65, jan/jun, 2013.

BRASIL. Lei 8.842, de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jan. 1994, seção 1, p 47. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso 12 maio. 2020.

BOVO, M. C.; MARTINS, P. H. B. Espaço público e lazer: o retrato dos usuários da área externa do Parque do Ingá, Maringá PR, Brasil. **Revista GEO UERJ**. Instituto de Geografia da Universidade do Rio de Janeiro, n. 29, p. 325-353, jul/dez, 2016.

CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. **Portal de Periódicos**. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br>. Acesso em: 12 maio. 2020.

COSTA, M. C. N. S.; MERCADANTE, E. F. O Idoso Residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 209–222, mar, 2013.

FERREIRA, E. G. *et al.* A pressão arterial em idosos de uma academia da terceira idade. **Revista PAJAR - Pan American Journal of Aging Research**, Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, Rio Grande do Sul, v. 5 n. 1, p.30-34, mai/julh, 2017.

FONSECA, I. L. da.; NÓBREGA, W. R. de M. Lazer e terceira idade: um estudo acerca dos espaços e equipamentos públicos no município de Parelhas/RN. **Revista Turismo: Estudos e Práticas**. UERN, Mossoró/RN, v. 1, n. 2, p. 61-79, jul/dez, 2012.

GOOGLE SCHOLAR. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/?hl=pt>. Acesso em: 04 de maio. 2020.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 7, n. 1, Jan/Fev, 2001.

MORAES, F. L. R. de.; CORRÊA, P.; COELHO, W. S. Avaliação da autonomia funcional, capacidades físicas e qualidade de vida de idosos fisicamente ativos e sedentários. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 12, n. 74, p. 297-307, maio/jun, 2018.

OLIVEIRA, D.V. de. *et al.* Fatores associados a prática de atividade física em idosos usuários de academia da terceira idade de Maringá-PR. **Revista Santa Maria**, UFSC, Santa Catarina, v.43. n. 3, p. 1-11, set/dez, 2017.

OLIVEIRA, D.V.de. *et al.* O tipo de exercício físico interfere na frequência da pratica de atividade física, comportamento sedentário, composição corporal e estado nutricional do idoso? **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 13, n. 77, p. 3-16, jan/fev, 2019.

PALÁCIOS, A. R. O. P. *et al.* A concepção do Programa Maringá Saudável, suas ações e resultados. **Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS**, Maringá, n. 44, p. 34-40, mai, 2009.

PINHEIRO, W. L.; COELHO FILHO, J. M. Perfil dos idosos usuários das academias ao ar livre para a terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 93-101, jan/mar, 2017.

RAMALHO, R.C. *et al.* Academia ao ar livre como estratégia para a promoção de saúde da população da terceira idade. **Revista de Iniciação Científica e Extensão – REICEn**, Goiás, v. 1, n. 1, p. 183-192, jul, 2018.

SELA, V. M.; SELA, F. E. R. A academia da terceira idade como um projeto do governo municipal de Maringá-PR para solucionar as falhas de mercado. **Caderno de Administração**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 82-90, 2012.

SERPA, A. **O espaço público na cidade contemporânea**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2020.

WHO/OMS. Organização Mundial da Saúde. **Conceito de Saúde**: 1948. Geneva, 1948.

O IMPACTO DA GRADUAÇÃO NA QUALIDADE DE VIDA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 07/12/2020

Luyze de Sá Campos

Faculdade de Medicina de Campos
Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/2226669440497292>

Isabella Correa da Silva

Faculdade de Medicina de Campos
Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0331471216353650>

Tatiana D'Ávila Manhães Ferreira de Araújo

Faculdade de Medicina de Campos
Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5105459556233902>

Gabriela Ferreira Dal Molin

Faculdade de Medicina de Campos
Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7393253662421812>

Odila Maria Ferreira de Carvalho Mansur

Faculdade de Medicina de Campos
Campos dos Goytacazes - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/8859496558671863>

RESUMO: O conceito de qualidade de vida é amplo e requer uma contextualização no tempo e no espaço, estando relacionado com parâmetros objetivos e subjetivos. Nesse sentido, tendo em vista a intensa rotina dos estudantes de medicina e toda a sobrecarga física e emocional que o curso exerce sobre eles, este estudo foi realizado

a fim de avaliar as modificações na qualidade de vida do aluno de Medicina ao ingressar e ao concluir a graduação. A pesquisa é transversal de natureza quantitativa e descritiva e nela foram avaliados 53 estudantes do 1º e 29 do 12º período. Foi possível observar redução da prática de atividades extracurriculares e um aumento do consumo de drogas e medicamentos entre os alunos do primeiro e último ano. Desse modo, para que a formação acadêmica seja prazerosa, é imprescindível a manutenção dos valores empáticos e da estabilidade emocional, por meio do estímulo de atividades extracurriculares, orientação para busca de apoio psicológico e alerta quanto ao consumo de substâncias prejudiciais à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Biopsicossocial, estudante e saúde.

THE IMPACT OF GRADUATION ON THE QUALITY OF LIFE OF MEDICAL STUDENT

ABSTRACT: The concept of quality of life is broad and requires contextualization in time and space, being related to objective and subjective parameters. In this sense, given that the intense routine of medical students and all the physical and emotional overload that the course exercises on them, this study was carried out in order to assess changes in the quality of life of medical students upon entering and concluding graduation. The research is transversal in quantitative and descriptive nature and 53 students from the 1st and 29 from the 12th semester were evaluated. It was possible to observe a reduction in the practice of

extracurricular activities and an increase in the consumption of drugs and medication among students in the first and last years. Thus, in order for academic education to be pleasurable, it is essential to maintain empathic values and emotional stability, through the encouragement of extracurricular activities, guidance for seeking psychological support and alert regarding the consumption of substances harmful to health.

KEYWORDS: Biopsychosocial, student and health.

1 | INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida é amplo e requer uma contextualização no tempo e no espaço, estando relacionado com parâmetros subjetivos e objetivos.^[4]

Para que a promoção da qualidade de vida seja eficaz, é necessário que os profissionais da saúde cuidem integralmente do paciente, contemplando todo o seu aspecto biopsicossocial. No entanto, sabe-se que essa estratégia não é aplicada em benefício próprio, especialmente pelos acadêmicos de medicina, devido a fatores estressantes, como a falta de tempo para atividades sociais, o contato com doenças graves e com a morte e a pressão para aprender grande quantidade de matérias. Tais fatores contribuem para alta prevalência de suicídio, depressão, uso abusivo de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais nesses estudantes.^[4]

A pertinência em relação à aplicação dessa avaliação é devido ao número alarmante de acadêmicos de medicina com depressão e que cometem suicídio. Dessa forma, o trabalho pretende contribuir para a diminuição desses números, por meio de uma melhor abordagem do estudante, que será possível através do conhecimento acerca das modificações que o curso gera no aluno.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Materiais

Para a realização do presente trabalho, foram utilizados questionários e artigos oriundos de pesquisa nas bases de dados do Scielo e do Pubmed.

Os dados desse projeto foram analisados em números percentuais a partir do programa Excel em uma escala de razão.

2.2 Metodologia

Esta pesquisa é do tipo transversal de natureza quantitativa e descritiva. Para a sua realização, foi usado como instrumento de coleta de dados um questionário com 21 perguntas fechadas, cujo objetivo era de investigar características pessoais do estudante, avaliar a sua saúde, assim como os seus hábitos e costumes, elucidar o uso de medicamentos de cunho psiquiátrico, de drogas lícitas e ilícitas. O questionário foi aplicado a estudantes de Medicina do 1º e do 12º período. Eles responderam o questionário nas dependências

da Faculdade de Medicina de Campos. Após a coleta de dados, as informações foram analisadas e o percentual foi obtido utilizando o programa Microsoft Excel 2003.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

No período, 92 estudantes responderam ao questionário. Sendo 53 do 1º período e 29 do 12º período. Em ambas as turmas, o percentual de mulheres é maior, 62% e 69% respectivamente.

É possível inferir que os alunos que estão iniciando o curso exercem mais atividades em seu tempo livre em comparação aos estudantes que estão concluindo o curso (Tabela 1).

Além disso, é importante ressaltar que a frequência de avaliação médica de rotina diminui nos estudantes 12º, com um percentual de 48% de alunos deste período e 64% do 1º período que realizaram consulta médica de rotina no último ano. Em contrapartida, o consumo de drogas lícitas e ilícitas, assim como os medicamentos de cunho psiquiátrico aumentam de forma expressiva, conforme é demonstrado a seguir (Tabelas 2 e 3).

VARIÁVEIS	1º PERÍODO (%)	12º PERÍODO (%)
Atividades	1º período (%)	12º período (%)
Televisão/ ouvir música	48 (91)	25 (86)
Teatro/ shows/ concertos	9 (17)	2 (7)
Cinema	28 (53)	10 (34)
Outra	3 (14)	4 (14)

Tabela 1: atividades no tempo livre realizadas pelos estudantes do curso de medicina.

VARIÁVEIS	1º PERÍODO (%)	12º PERÍODO (%)
Substâncias utilizadas ou não nos últimos 6 meses		
Ansiolíticos	4 (8)	9 (31)
Anfetamínicos	0 (0)	1 (3)
Analgésicos	1 (2)	0 (0)
Nunca fiz uso de nenhuma substância acima	46 (87)	18 (62)
Não preencheu	3 (6)	1 (3)
Acompanhamento psicológico/ psiquiátrico		
Sim, já fiz	25 (47)	7 (24)
Sim, estou fazendo acompanhamento psicológico	2 (4)	1 (3)

Sim, estou fazendo acompanhamento psiquiátrico	3 (6)	0 (0)
Sim, estou fazendo ambos	0 (0)	3 (10)
Não, nunca fiz	23 (43)	18 (62)

Tabela 2: Uso de Medicamentos pelos estudantes de Medicina. Acompanhamento psiquiátrico e psicológico realizado pelos estudantes de Medicina.

VARIÁVEIS	1º PERÍODO (%)	12º PERÍODO (%)
Substâncias		
Cigarros	2 (4)	5 (17)
Bebida alcoólica	36 (68)	28 (97)
Maconha ou haxixe	3 (6)	6 (21)
Não preencheu	17 (32)	1 (3)

Tabela 3: Prevalência do uso de substâncias entre os estudantes do curso de Medicina.

Ao analisar a frequência de uso de cigarro entre os alunos do primeiro ano, 87% deles nunca utilizaram a substância. No entanto, quando avaliado da mesma pelos estudantes do último ano, apenas 17% nunca experimentaram.

Em relação ao consumo de destilados nas festas, 26% dos alunos do 1º período utilizam esta substância, enquanto 41% dos estudantes do 12º período fazem uso.

No que tange o uso de preservativos, os estudantes de medicina no último ano apresentam um menor uso do que os do primeiro, sendo 70% e 55% respectivamente.

A resposta dos questionários foi obrigatória para o primeiro ano, porém, para os alunos que estão concluindo a graduação, em decorrência do internato, o mesmo não pode ser feito, tendo sido este realizado voluntariamente. Fato que explica o menor número de respostas dos alunos do último ano de curso.

O acadêmico de medicina precisa lidar com muitas perdas em todos os âmbitos da sua vida e, este fato, explica os 27,2% dos estudantes de Medicina com diagnóstico de depressão ou sintomas depressivos nos cursos de Medicina de todo o mundo, incluindo o período de residência.^[3] Tais números podem ser explicados pelo grau elevado de idealização e, dessa forma, as expectativas geradas sobre ela, quando não são correspondidas, tendem a repercutir com frustrações e decepções significativas, que se traduzem negativamente na saúde mental dos estudantes. ^[1,2]

4 | CONCLUSÕES

Através dos dados coletados, foi possível observar que, para a manutenção da qualidade de vida do estudante de medicina, é imprescindível que a formação acadêmica seja prazerosa, com manutenção dos valores empáticos e da estabilidade emocional, por

meio do estímulo de atividades extracurriculares e de projetos que alertem ao aluno quanto às consequências do consumo de substâncias potencialmente prejudiciais à saúde.

REFERÊNCIAS

1. FIGUEIREDO, Adriana Maria de et al. **Percepções dos estudantes de medicina da ufop sobre sua qualidade de vida.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 435-443, Dec. 2014.
2. MARCO, Orlando Lúcio Neves de. **O estudante de Medicina e a procura de ajuda.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 476-481, Sept. 2009.
3. RADIS: **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, n. 182, nov. 2017. 11 p. Mensal.
4. ROBERTO, Alice Rodrigues. **A Saúde Mental dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior.** Acta Med Port. 2011; 24(S2): 279-2

CAPÍTULO 21

O USO DA FITOTERAPIA NO NORDESTE NO ÂMBITO DO SUS: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/03/2021

Data de submissão: 18/12/2020

Analu Natalina dos Santos Moreno

Universidade de Pernambuco – UPE *campus*
Garanhuns

Cidade/ Estado: Garanhuns – PE
<http://lattes.cnpq.br/4903130030951686>

Cleide Luciana dos Santos Batista

Universidade de Pernambuco – UPE

Cidade/ Estado: Garanhuns – PE
<http://lattes.cnpq.br/3171850719826549>

RESUMO: As plantas são utilizadas pelos homens desde o momento em que as primeiras civilizações foram formadas. Suas formas de uso são variadas, sendo utilizadas tanto na alimentação quanto na cura de doenças. O Brasil possui muitas espécies de plantas medicinais, assim o seu potencial trouxe possibilidades para além do senso comum, sendo alvo de muitas pesquisas científicas atualmente. O Sistema Único de Saúde (SUS) institucionalizou em 2006 o uso das práticas de fitoterapia pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) que está inserida dentro da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sendo seu uso feito atualmente por cerca de 80% da população brasileira. A presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa com o objetivo de elencar estudos a respeito das práticas de utilização da fitoterapia na região Nordeste, bem como buscou-se refletir sobre os

seus benefícios e a sua utilização no âmbito do SUS. Nesse estudo foi possível perceber que a principal dificuldade para o desenvolvimento da fitoterapia no SUS é a falta de conhecimento dos profissionais de saúde. Em contrapartida, verificou que há interesse destes em aprender mais desta prática para aplicar em terapias farmacológicas. Além disso, a valorização da cultura e saberes empíricos devem ser aplicados, constituindo um dos objetivos da PNPMF. Apesar do uso de medicamentos sintéticos ainda ser predominante, é possível identificar nesse estudo que as pesquisas sobre a fitoterapia tendem a crescer e serem valorizadas pelos profissionais de saúde e pela comunidade em geral.

PALAVRAS-CHAVE: Fitoterapia, SUS, Nordeste.

THE USE OF PHYTOTHERAPES IN THE NORTHEAST IN THE FRAMEWORK OF SUS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Plants have been used by men since the moment the first civilizations were settled. The way these plants are used vary a lot, being used both in food and in healing. Brazil possesses numerous species of healing plants; therefore, its potential brought possibilities beyond common sense, making it a scientific research focus currently. The Unified Health System (UHS) institutionalized in 2006 the use of phytotherapy through the National Policy of Medicinal Plants and Herbal Medicines (NPMPHM) which is inserted in the National Policy on Integrative and Complementary Practices (NPICP), having its use being made around 80% of the Brazilian population. The study is an integrative review

aiming to enumerate studies on the practice of phytotherapy Northeast, such as it aimed to reflect on its benefits and its usages in SUS. In this study, it was possible to notice that the primary difficulty for the phytotherapy development in UHS is the lack of knowledge from the health professionals. On the other hand, it verified that these professionals have interests in learning more about this practice in order to apply in pharmacological therapies. Furthermore, the valorization of culture and empiric knowledge must be applied, composing one of the PNPMF goals. Despite the predominant use of synthetic drugs, it is possible to identify in this study that the researches on phytotherapy tend to grow and to be appreciated by the health professionals and by the wider community.

KEYWORDS: Phytotherapy, SUS, Northeast.

1 | INTRODUÇÃO

As plantas medicinais são utilizadas pelos seres humanos desde as primeiras civilizações. É um conhecimento milenar que acompanhou a evolução humana, pois, até mesmo antes da escrita o uso destas já era presente nas mais variadas culturas, cada qual com a sua necessidade e especificidade (BARRETO; VIEIRA, 2016).

O Brasil contemporâneo é o detentor da maior biodiversidade floral do planeta (15 a 20%), além disso, possui a maior reserva de produtos naturais com ação fitoterápica do mundo (BARRETO; VIEIRA, 2016). Nesse sentido, essa característica atípica pode ser usada em prol de uma maior discussão a respeito da necessidade do desenvolvimento de pesquisas em torno dos fitoterápicos (YUNES; PEDROSA; CECHINEL FILHO, 2001).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o medicamento fitoterápico é todo o medicamento que é produto da extração da planta medicinal in natura ou da droga vegetal. Assim como todo medicamento, devem oferecer garantia de qualidade, ter efeitos terapêuticos comprovados para a segurança do seu uso (ANVISA, 2014).

No ano de 2006 foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNIC) e no mesmo ano, a Política Nacional de Plantas Medicinais e fitoterápicos (PNPMF), que solidificou o uso de plantas medicinais e fitoterápicos como uma prática integrativa no SUS. Há ainda, em uma grande parcela dos profissionais da saúde, uma barreira gerada pela “supervalorização de medicamentos sintéticos” em oposição aos fitoterápicos, por sua suposta “ineficácia”. Mas um grande passo nesse momento foi dado, visto que a PNPIC, junto a PNPMF, possibilitou o reconhecimento pela comunidade científica dos grandes benefícios e eficácia da fitoterapia (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014).

Diante desta abordagem, o objetivo desta pesquisa é fazer levantamento bibliográfico a respeito da fitoterapia no Nordeste, bem como refletir a respeito de sua importância e benefícios.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo/trabalho trata-se de uma revisão integrativa com abordagem tanto qualitativa quanto quantitativa que tem por finalidade a síntese de estudos realizados a respeito dessa temática, a fitoterapia. Além de possibilitar um conhecimento maior acerca do tema, ainda é possível através de discussões como esta apontar possíveis lacunas para a possibilidade de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O desenvolvimento da revisão se deu em quatro etapas: primeiro foi definido a questão norteadora da pesquisa com o intuito de guiar tanto a pesquisa como os seus possíveis leitores ao objetivo principal do texto. Depois foram delimitados os critérios de inclusão e exclusão, visto que nem todas as produções científicas se adequam as questões abordadas na presente pesquisa. Posteriormente, foi elegido os bancos de dados a serem utilizados, planejando assim a busca pelas pesquisas a serem analisadas. Por último foi realizado o processo de observação, comparação e síntese dos dados.

A pergunta norteadora da pesquisa foi: Quais são as evidências científicas que refletem o uso e benefícios da fitoterapia na atenção primária no Nordeste? Deste modo, os critérios de inclusão para a coleta foram trabalhos íntegros, em português e no recorte temporal de 10 anos (entre 2009 e 2018), com o intuito de investigar produções científicas atuais, disponíveis eletronicamente e gratuitas. Assim, foram excluídos teses, dissertações, monografias e artigos que não se referiam ao objeto de estudo, assim como trabalhos incompletos e duplicados nas bases de dados. Os descritores usados foram: “Fitoterápicos”, “Fitoterápicos no Nordeste” e “Práticas integrativas” nas plataformas sciELO (Scientific Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), seguindo com rigor o processo de coleta de dados.

3 | RESULTADOS

Foram encontrados nas bases de dados 4.267 produções científicas quando colocados os descritores nas bases de dados (Tabela 1) e após a análise seguindo o critério de inclusão e exclusão, 11 trabalhos foram incluídos por serem relevantes para a discussão seguindo quatro etapas (Quadro 1). Para a melhor visualização, os artigos selecionados foram dispostos com suas principais informações básicas (Quadro 2).

Descritor	ScieLO	Lilacs	Total
Fitoterápicos	236	2.886	3.042
Fitoterápicos no Nordeste	3	27	30
Práticas integrativas	89	1.026	1.115
			4.267

Tabela 1: Produções científicas encontradas de acordo com os descritores.

ETAPA 1: Registros na literatura sobre fitoterápicos no período entre 2009 a 2018 de acordo com o instrumento de coleta de dados	LILACS - 3939 SCIELO - 328 Total: 4.267
ETAPA 2: Revisão dos resumos seguindo o critério de inclusão e exclusão	Não foram considerados 4192 artigos por não possuírem relação com a temática e por não estarem de acordo com os critérios selecionados
ETAPA 3: 75 artigos selecionados para a análise dos resumos	64 artigos não foram considerados pois, apesar de possuírem o contexto relacionado a fitoterapia, não se encaixam com a região Nordeste
ETAPA 4: 14 artigos lidos na íntegra	Desses, 11 artigos são potencialmente apropriados para serem incluídos na revisão integrativa

Quadro 1: Etapas da seleção das produções científicas.

Dos estudos selecionados, somente um é teórico do tipo revisão simples, predominando estudos de teor exploratório. Além desses tipos de estudo, outros três tratam de etnobotânica, no qual foi pesquisado as principais espécies usadas pela população e suas aplicações em cidades do Nordeste e com potencial terapêutico. A aroeira (*Myracrodun urundeuva*), erva cidreira (*Melissa officinalis*) e a camomila (*Matricaria chamomilla*) são as plantas medicinais mais citadas e usadas para ação anti-inflamatória, distúrbios do trato digestivo e calmante, respectivamente.

<i>Autor/ ano</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Tipo de estudo/ Abordagem</i>	<i>Principais resultados</i>
A1. Miranda Sá, Kellen; Sampaio Lima, Alberto; Medeiros Bandeira, Mary Anne; Bandeira Andriola, Wagner; Targino Nojosa, Ronald/ 2018	Evidenciar as repercussões geradas pela PNPMF na graduação em um estado do Nordeste.	Estudo de caso/ Qualitativa- Observacional	Os profissionais têm certa resistência em trabalhar com fitoterápicos devido aos poucos impactos que a PNPMF tem nos currículos de graduação no estado do CE.
A2. Fabiana Medeiros de Oliveira, Alinne de Fátima Pires; Costa, Isabelle Cristinne Pinto; Andrade, Cristiani Garrido de; Santos, Kamyla Felix Oliveira dos; Anízio, Brígida Karla Fonseca; Brito/ 2017	Investigar a compreensão de enfermeiros sobre a Fitoterapia e averiguar as estratégias necessárias para a consolidação desta prática na Atenção Básica.	Exploratório/ Qualitativa	O estudo demonstrou a falta de compreensão dos enfermeiros acerca da fitoterapia e de suas políticas, assim como estratégias necessárias para a consolidação desta na Atenção Básica.

<p>A3. Nascimento Júnior, B.J.; Tinel, L.O.; Silva, E.S.; Rodrigues, L.A.; Freitas, T.O.N.; Nunes, X.P.; Amorim, E.L.C./2016</p>	<p>Verificar se os profissionais de nível superior ligados a Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Petrolina- PE Percebem a importância, utilização e indicações de plantas medicinais e fitoterápicos.</p>	<p>Estudo de caso/ Qualitativa-Observacional</p>	<p>Os profissionais são a favor do uso de fitoterápicos e plantas medicinais, porém a grande maioria se mostrou divergente, onde não sabiam sobre o tema, indicando a preocupante situação e a necessidade de capacitação.</p>
<p>A4. Pereira, J. B. A.; Rodrigues, M. M.; Morais, I. R.; Vieira, C. R. S.; Sampaio, J. P. M.; Moura, M. G.; Damasceno, M. F. M.; Silva, J. N.; Calou, I. B. F.; Deus, F. A.; Peron, A. P.; Abreu, M. C.; Militão, G. C. G.; Ferreira, P. M. P./ 2015</p>	<p>Realizar um levantamento e registro sobre quais plantas são utilizadas como medicinais em Picos- PI.</p>	<p>Retrospectivo-Transversal/ Quantitativa-Qualitativa</p>	<p>Comprovado que o perfil da população estudada é representado por adultos, mulheres de baixo poder aquisitivo, com idade entre 31 – 55 anos. As plantas mais citadas foram erva-cidreira, boldo e hortelã, sendo as folhas a parte mais utilizada, predominantemente</p>
<p>A5. Sarmiento Gadelha, Claudia; Pinto Junior, Vicente Maia; Santos Bezerra, KeviaKatiucia; Borges Maracajá, Patricio; Martins, Débora S. S./ 2015</p>	<p>Avaliar o uso de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais na Saúde Básica em Souza- PB, tanto por profissionais quanto por pacientes.</p>	<p>Pesquisa/ Quantitativa-Qualitativa</p>	<p>O estudo mostra que há resistência por parte dos profissionais em prescrever os fitoterápicos. Um dos fatores citados é a falta de capacitação desses profissionais. Quanto aos usuários/ pacientes o uso de fitoterápicos e plantas medicinais é bastante elevado, onde muitos adquirem em suas próprias casas.</p>
<p>A6. Caetano, N.L.B.; Ferreira, T.F.; Reis, M.R.O.; Neo, G.G.A.; Carvalho, A.A./ 2015</p>	<p>Avaliar o uso das plantas medicinais pela população de Lagarto, SE, Brasil, assim como suas finalidades terapêuticas, forma de preparo e uso por pacientes oncológicos.</p>	<p>Descritivo-transversal/ Quantitativa-Qualitativa</p>	<p>Foram citadas 80 plantas. As Plantas medicinais mais utilizadas foram: Erva-Cidreira (<i>Lippiaalba</i>), Boldo (<i>Plectranthus</i>), e Capim-Santo (<i>Cymbopogoncitratu</i>s). Dos entrevistados que relataram o uso das plantas medicinais, metade (360, 50,95%) comunicaram ao médico, mas não receberam orientações específicas.</p>
<p>A7. Machado, A.C.; Oliveira, R.C./ 2014</p>	<p>Reunir informação sobre o potencial da aroeira- do- sertão na odontologia.</p>	<p>Revisão simples/ Qualitativa</p>	<p>Os resultados mostram que apesar da utilização de plantas medicinais na odontologia ser pouco explorada, existem pesquisas que comprovam o efeito antimicrobiano, analgésico e anti-inflamatório/ cicatrizante da aroeira do sertão (<i>M. urundeuva</i>).</p>

<p>A8. Lécio Resende Pereira Júnior; Alberício Pereira de Andrade; Kallianna Dantas Araújo; Alex da Francisca 2014 Silva Maria Barbosa; Barbosa/</p>	<p>Documentar a riqueza de espécies vegetais de uma região da caatinga.</p>	<p>Pesquisa/ Quantitativa</p>	<p>No estudo etnobotânico 38 espécies. As espécies <i>Myracrodum undeuva</i>, <i>Sideroxylon obtusifolium</i>, <i>Amburana cearenses</i>, <i>Triplaris gardneriana</i>, entre outras apresentaram-se promissoras para pesquisas voltadas à obtenção de fitofármacos</p>
<p>A9. Danielle Sousa Silva Varella; Dulcian Medeiros de Azevedo/ 2014</p>	<p>Investigar o conhecimento e emprego dos fitoterápicos por médicos da ESF de Caicó- RN.</p>	<p>Descritivo/ Qualitativa</p>	<p>Os sujeitos apontaram que a resistência cultural da população, o déficit dos profissionais sobre as PICS, a ausência de insumos nos serviços de saúde e a fragilidade do saber popular dificultam o emprego de plantas medicinais e fitoterápicos.</p>
<p>A10. Ana Flavia Menezes, Valdenice Aparecida de; Anjos, Ana Gabriela Pereira dos; Pereira, Mayara Russanna Duarte; Leite, Angélica Falcão; Granville- Garcia/ 2012</p>	<p>Verificar a percepção de médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros do município de Caruaru- PE.</p>	<p>Exploratório- Quantitativa- qualitativa descritivo/</p>	<p>Dentre os profissionais pesquisados, os odontólogos são os que menos prescrevem e os que menos sabem a respeito dos fitoterápicos. Os profissionais da ESF não utilizam rotineiramente os fitoterápicos, porém acreditam na importância da implantação de medicamentos alternativos.</p>
<p>A11. Roque, A.A.I.; Rocha, R.M; Loiola, M.I.B/ 2010</p>	<p>Identificar as formas de uso de plantas medicinais nativas do bioma Caatinga, em comunidade rural no município de Caicó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil)</p>	<p>Exploratório- descritivo/ Quantitativa- qualitativa</p>	<p>São descritos os usos medicinais de 62 espécies, reportadas por 12 informantes (mateiros, rezadeiras, raizeiros, agricultores, etc. As cascas e as raízes foram as partes predominantemente consumidas.</p>

Quadro 2: Disposição dos artigos quanto ao objetivo, tipo de estudo, abordagem e os principais resultados

4 | DISCUSSÃO

4.1 Relação dos profissionais de saúde com a fitoterapia

De acordo com as análises, oito estudos são direcionados ao conhecimento dos profissionais da saúde sobre o uso dos fitoterápicos e plantas medicinais, onde os escolhidos em sua maioria são médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos e nutricionistas, sendo este último menos citado dentre os demais. Nesse sentido, os estudos dedicados aos saberes dos profissionais têm a ver com a participação dos mesmos nos processos de

implantação das PNPIC e PNPMF nos serviços públicos e sua perspectiva desse método terapêutico principalmente na Atenção Básica.

Sá et.al (2018, p. 1116) verificou em seu estudo que “as práticas integrativas em saúde (PIC), embora estejam presentes, ainda se apresentam de forma muito tímida nos currículos de formação no estado do Ceará”. É enfatizado por Oliveira et.al (2017) a deficiência na formação profissional principalmente por parte dos profissionais da Atenção Básica. Contudo é importante citar que este desconhecimento não é proveniente da falta de interesse dos profissionais, já que as principais respostas obtidas nas questões do estudo de Sá et.al (2018) foi a necessidade de “qualificação dos profissionais da área”, fato que se repete em um estudo na cidade de Caruaru-PE onde os autores Menezes et.al (2012) deixam claro que os profissionais não usam com frequência essa terapêutica, porém acreditam na importância da sua implantação na atenção básica.

4.2 Como a fitoterapia é usada?

Em Caicó- RN, os profissionais enfatizaram a vantagem do uso de fitoterápicos em relação aos benzodiazepínicos em razão das consequências negativas observadas (sedação, amnésia e dependência) sobretudo pelo uso contínuo do medicamento. Nesse sentido foi preferível usar alguns medicamentos fitoterápicos que possuem atividade e sedativa comprovada. São eles: O Calman, o Floriny e o Passiflorine que são elaborados a partir da passiflora (*Passiflora incarnata*); E o Ansiopax, à base de kava- kava (*Piper methysticum*) (VARELA; AZEVEDO, 2014).

O estudo de Machado; Oliveira (2014) revelou que a *Myracrodruon urundeuva* Allemão, mais conhecida como aroeira, é uma das plantas mais usadas na medicina tradicional nordestina e possui potencial anti-inflamatório, analgésico e antibacteriano, podendo ser usada na odontologia e apesar dos estudos ainda serem recentes é perceptível os estudos avançando nessa perspectiva. Em relação ao tipo de preparo, os mesmos estudos constatam que a infusão é a forma mais usada, seguida de decocção, xaropes e maceração. Mas existem várias formas de uso que dependerá do tipo de planta medicinal e para qual fim ela será usada (ROQUE; ROCHA; LOIOLA, 2010)

4.3 Benefícios da fitoterapia para o sus no nordeste

A criação de políticas que subsidiam o uso correto dos medicamentos fitoterápicos é importante para o país, propondo questões embasadas no contexto social, cultural, científico e sanitário presentes no Brasil, leis que podem abrir possibilidades de desenvolvimento de estudos favorecendo ainda mais o mercado de medicamentos dessa vertente (FIGUEREDO; GURGEL; GURGEL JUNIOR, 2014)

A fitoterapia só tem a acrescentar no SUS, principalmente na Atenção Básica. Essa forma de terapêutica além de possuir o menor custo benefício para o governo, ainda é capaz de favorecer uma melhoria na saúde da população no geral, já que os efeitos colaterais

desse tipo de medicamento são bem menores, pois como bem sabemos, os medicamentos sintéticos muitas vezes agredem o organismo à medida que trata uma determinada doença (GADELHA et al., 2015)

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo foi possível verificar o quanto o Brasil tem um riquíssimo potencial para avançar nas pesquisas em fitoterapia. Temos uma flora bastante rica de plantas medicinais e grande parte não é estudada por fatores diversos. Uma delas é a falta de compreensão, devendo ser estimulada a valorização da fitoterapia principalmente pelas pessoas que têm o privilégio de pertencer e residir nessa região.

A ideia de que os medicamentos fitoterápicos não são eficazes ainda precisa ser desconstruída para avançarmos mais um “degrau” de valorização dessa prática integrativa que vai muito mais além de valores culturais, pois a comprovação científica faz consolidar a potencialidade dessas formas de tratamento no Sistema Único de Saúde.

Apesar do modelo biomédico que favorece a indústria dos sintéticos ainda ser a “supremacia” da atualidade, (embora o uso dos fitoterápicos possa ser associado ao sintético) é incontestável que há grande melhora no que se refere aos estudos sobre a fitoterapia. Evidentemente ainda é preciso que haja reconhecimento do saber tradicional associado ao científico, porém são notórios os resultados de estudos no Nordeste sobre a terapêutica, desde os estudos etnobotânicos até os saberes dos profissionais da saúde, onde tal contexto traz a necessidade de conhecer mais ainda sobre a visão desses para que possam desenvolver atividades no âmbito do SUS previstas na PNPIC e PNPMF para que todo cidadão tenha acesso a tratar-se com a fitoterapia sempre que possível

Esse estudo reuniu informações básicas a respeito do uso da fitoterapia no Nordeste, porém esta temática está longe de ser esgotada, possuindo várias possibilidades de aprofundar-se em conhecimentos, gerando benefícios tanto na área acadêmica quanto na comunidade como um todo.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **RDC Nº 26, DE 13 DE MAIO DE 2014**: Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. Brasil: Ministério da Saúde, 2014. 34 p.

BARRETO, Benilson Beloti; VIEIRA, Rita de Cássia Padula Alves. **PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. *Revista de Atenção Básica à Saúde*, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p.191-198, 22 fev. 2016.

FIGUEREDO, Climério Avelino de; GURGEL, Idê Gomes Dantas; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas. **A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 2, p.381-400, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000200004>

GADELHA, Claudia Sarmento et al. **Utilização de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais em diferentes segmentos da sociedade. Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.01-14, 13 ago. 2015. Grupo Verde de Agroecologia e Abelhas. <http://dx.doi.org/10.18378/rvads.v10i3.3564>.

MENDES, Karina dalSasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>.

MENEZES, Valdenice Aparecida de et al. **Terapêutica com Plantas Medicinais: Percepção de Profissionais da Estratégia de Saúde da Família de um Município do Agreste Pernambucano. Odonto**, São Bernardo do Campo, v. 39, n. 20, p.111-122, 2012.

NASCIMENTO, Demétrius F. et al. **Estudo de toxicologia clínica de um fitoterápico contendo Passiflora incarnata L., Crataegusoxycantha L., Salix alba L. em voluntários saudáveis. Revista Brasileira de Farmacognosia**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.261-268, mar. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-695x2009000200014>.

OLIVEIRA, Alinne de Fátima Pires et al. **Fitoterapia na atenção básica: estudo com profissionais enfermeiros. Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p.480-487, abr. 2017.

ROQUE, A.a; ROCHA, R.m; LOIOLA, M.i.b. **Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil). Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.31-42, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-05722010000100006>.

SÁ, Kellen Miranda et al. **Avaliando o impacto da política brasileira de plantas medicinais e fitoterápicos na formação superior da área de saúde. Revista Ibero-americana de Estudos em Educação**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.1106-1131, 3 jul. 2018. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educacao. <http://dx.doi.org/10.21723/riaee.v13.n3.2018.11160>.

PEREIRA, J. B. A. et al. **O papel terapêutico do Programa Farmácia Viva e das plantas medicinais. Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.550-561, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1983-084x/14_008.

VARELA, Danielle Sousa Silva; AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. **Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.273-290, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462014000200004>.

YUNES, Rosendo A.; PEDROSA, Rozangela Curi; CECHINEL FILHO, Valdir. **Fármacos e fitoterápicos: a necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil. Química Nova**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.147-152, fev. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-40422001000100025>

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

Assistência Hospitalar 24, 25, 26

B

Biossegurança 43, 44, 46, 48, 49, 51, 53

Business Intelligence 126, 127, 128, 130, 131

C

Câncer de Próstata 105, 106, 107, 108, 111, 112

Classificação de Risco 113, 114, 115, 116, 117, 118, 121, 123, 124

Complicações 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 59, 64, 66, 68, 77, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 105, 106, 107, 108, 109, 111, 120, 121, 137, 139

Cuidados de Enfermagem 23, 58, 63, 66, 70, 105, 106, 107, 109, 111

D

Demarcação 6, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40

E

Educação 10, 15, 17, 18, 31, 43, 51, 55, 71, 74, 75, 82, 98, 99, 100, 103, 104, 168, 180, 216

Educação em Saúde 14, 16, 17, 18, 43, 49, 72, 77, 104, 137

Educação Interprofissional 98, 100, 101, 102, 103, 104

Educação Permanente 17, 55, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 83

Empresa 125, 126, 127, 128, 129, 130

Enfermagem 2, 3, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 32, 34, 36, 37, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 58, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 96, 98, 102, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 116, 124, 132, 134, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 154, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 177, 179, 180, 181, 190, 191, 197, 216, 217

Ensino-Aprendizagem 9, 10, 13, 14, 16, 18

Estomas Cirúrgicos 32, 34

Estudantes 14, 15, 16, 49, 99, 100, 102, 156, 164, 165, 166, 169, 177, 179, 191, 203, 204, 205, 206, 207

H

Hospital de Pequeno Porte 113, 115

I

Imunização 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84

Infecção Hospitalar 55, 68, 86, 88, 95

Infecções 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 81, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 108, 111, 139

Inovação 125, 126, 127, 129, 130, 131

M

Metodologia Ativa 9, 10, 11, 14, 15, 18, 102

N

Novas Tecnologias 43, 45, 48, 61

P

Paciente 11, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 63, 65, 66, 67, 69, 77, 83, 85, 86, 87, 88, 93, 95, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 132, 133, 137, 138, 139, 140, 148, 149, 151, 153, 169, 204, 217

Pesquisa em Saúde 1

Pesquisa Exploratório-Descritiva 1, 6, 7

Pesquisa Qualitativa 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 126, 127, 145, 191

Planejamento 37, 39, 40, 48, 50, 79, 126, 127, 129, 130, 155

Pós-Operatório 38, 39, 105, 106, 107, 108, 109, 112

Profissionais de Saúde 9, 10, 13, 18, 28, 47, 54, 62, 81, 100, 103, 114, 138, 145, 146, 148, 153, 159, 160, 164, 208, 213, 215

Protocolo de Manchester 113, 115, 123, 124

Q

Qualidade da Assistência à Saúde 24, 25, 26

R

Recursos 4, 46, 50, 74, 102, 114, 117, 118, 119, 121, 126, 127, 129, 130, 138, 144

Risco 20, 28, 44, 45, 49, 59, 61, 63, 64, 65, 68, 69, 85, 87, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 107, 108, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 121, 123, 124, 128, 137, 138, 156, 158, 161, 162, 163, 164, 190, 200

S

Saúde Mental 98, 99, 100, 101, 102, 103, 109, 156, 166, 169, 206, 207

Segurança do Paciente 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 47, 49, 52, 54, 63, 77, 83, 132, 140, 217


T

Tomada de Decisão 14, 28, 95, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131

Trauma 33, 45, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97

U

Unidade de Terapia Intensiva 19, 61, 62, 63, 68, 70, 85, 86, 87, 97, 143, 144, 154, 162


A stylized illustration in shades of gray and white. It depicts two hands, one larger and one smaller, holding a stethoscope. The hands are rendered with fine lines and stippling for texture. The stethoscope is positioned across the palms. The background is filled with a pattern of small, white, irregular shapes, resembling confetti or a textured surface. There are also several small, dark rectangular shapes scattered throughout the composition.

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Métodos Mistos na Pesquisa em Enfermagem e Saúde

Atena
Editora

Ano 2021



🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



Métodos Mistos na
Pesquisa em
Enfermagem e Saúde