

Rossano Sartori Dal Molin  
Organizador



# Teoria e Prática de Enfermagem

da atenção básica  
à alta complexidade



editora científica

Rossano Sartori Dal Molin  
Organizador

# Teoria e Prática de Enfermagem

da atenção básica  
à alta complexidade

1ª EDIÇÃO



editora científica

2021 - GUARUJÁ - SP

Copyright© 2021 por Editora Científica Digital

Copyright da Edição © 2021 Editora Científica Digital

Copyright do Texto © 2021 Os Autores



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

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

T314 Teoria e prática de enfermagem [livro eletrônico] : da atenção básica à alta complexidade / Organizador Rossano Sartori Dal Molin. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-89826-08-8

DOI 10.37885/978-65-89826-08-8

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde pública.  
I. Molin, Rossano Sartori Dal.

CDD 616

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Parecer e Revisão Por Pares**

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Editora Científica Digital, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

O conteúdo dos capítulos e seus dados e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. É permitido o download e compartilhamento desta obra desde que no formato Acesso Livre (Open Access) com os créditos atribuídos aos respectivos autores, mas sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma ou utilização para fins comerciais.



editora científica

**EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA**

Guarujá - São Paulo - Brasil

[www.editoracientifica.org](http://www.editoracientifica.org) - [contato@editoracientifica.org](mailto:contato@editoracientifica.org)

# CORPO EDITORIAL

## **Direção Editorial**

Reinaldo Cardoso

João Batista Quintela

## **Editor Científico**

Prof. Dr. Robson José de Oliveira

## **Assistentes Editoriais**

Elielson Ramos Jr.

Erick Braga Freire

Bianca Moreira

Sandra Cardoso

## **Bibliotecário**

Maurício Amormino Júnior - CRB6/2422

## **Jurídico**

Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852



# CONSELHO EDITORIAL

MESTRES, MESTRAS, DOUTORES E DOUTORAS

**Robson José de Oliveira**

Universidade Federal do Piauí, Brasil

**Carlos Alberto Martins Cordeiro**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**Rogério de Melo Grillo**

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

**Eloisa Rosotti Navarro**

Universidade Federal de São Carlos, Brasil

**Ernane Rosa Martins**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, Brasil

**Rossano Sartori Dal Molin**

FSG Centro Universitário, Brasil

**Carlos Alexandre Oelke**

Universidade Federal do Pampa, Brasil

**Domingos Bombo Damião**

Universidade Agostinho Neto, Angola

**Edilson Coelho Sampaio**

Universidade da Amazônia, Brasil

**Elson Ferreira Costa**

Universidade do Estado do Pará, Brasil

**Reinaldo Eduardo da Silva Sales**

Instituto Federal do Pará, Brasil

**Patrício Francisco da Silva**

Universidade CEUMA, Brasil

**Auristela Correa Castro**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**Dalízia Amaral Cruz**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**Susana Jorge Ferreira**

Universidade de Évora, Portugal

**Fabricio Gomes Gonçalves**

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

**Erival Gonçalves Prata**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**Gevair Campos**

Faculdade CNEC Unai, Brasil

**Flávio Aparecido de Almeida**

Faculdade Unida de Vitória, Brasil

**Mauro Vinicius Dutra Girão**

Centro Universitário Inta, Brasil

**Clóvis Luciano Giacomet**

Universidade Federal do Amapá, Brasil

**Giovanna Moraes**

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

**André Cutrim Carvalho**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**Dennis Soares Leite**

Universidade de São Paulo, Brasil

**Silvani Verruck**

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

**Osvaldo Contador Junior**

Faculdade de Tecnologia de Jahu, Brasil

**Claudia Maria Rinhel-Silva**

Universidade Paulista, Brasil

**Silvana Lima Vieira**

Universidade do Estado da Bahia, Brasil

**Cristina Berger Fadel**

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

**Graciete Barros Silva**

Universidade Estadual de Roraima, Brasil

**Carlos Roberto de Lima**

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

**Wesley Viana Evangelista**

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

**Cristiano Marins**

Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Brasil

**Daniel Luciano Gevehr**

Faculdades Integradas de Taquara, Brasil

**Silvio Almeida Junior**

Universidade de Franca, Brasil

**Juliana Campos Pinheiro**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento**

Universidade Federal do Piauí, Brasil

**Antônio Marcos Mota Miranda**

Instituto Evandro Chagas, Brasil

**Maria Cristina Zago**

Centro Universitário UNIFAAT, Brasil

**Samylla Maira Costa Siqueira**

Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Gloria Maria de Franca**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Carla da Silva Sousa**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

**Dennys Ramon de Melo Fernandes Almeida**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Mário Celso Neves de Andrade**

Universidade de São Paulo, Brasil

**Julianno Pizzano Ayoub**

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Brasil

**Ricardo Pereira Sepini**

Universidade Federal de São João Del-Rei, Brasil

**Maria do Carmo de Sousa**

Universidade Federal de São Carlos, Brasil

**Flávio Campos de Moraes**

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

**Jonatas Brito de Alencar Neto**

Universidade Federal do Ceará, Brasil

**Reginaldo da Silva Sales**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

**Iramirton Figuerêdo Moreira**

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

**Moisés de Souza Mendonça**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

**Bianca Anacleto Araújo de Sousa**

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil

**Pedro Afonso Cortez**

Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

**Bianca Cerqueira Martins**

Universidade Federal do Acre, Brasil

**Vitor Afonso Hoeflich**

Universidade Federal do Paraná, Brasil

**Francisco de Sousa Lima**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

**Sayonara Cotrim Sabioni**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

**Thais Ranielle Souza de Oliveira**

Centro Universitário Euroamericano, Brasil

**Cynthia Mafra Fonseca de Lima**

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

**Marcos Reis Gonçalves**

Centro Universitário Tiradentes, Brasil

**Rosemary Laís Galati**

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

**Maria Fernanda Soares Queiroz**

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

**Letícia Cunha da Hungria**

Universidade Federal Rural da Amazônia, Brasil

**Dioniso de Souza Sampaio**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**Leonardo Augusto Couto Finelli**

Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil

**Danielly de Sousa Nóbrega**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

**Mauro Luiz Costa Campello**

Universidade Paulista, Brasil

**Livia Fernandes dos Santos**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

**Sonia Aparecida Cabral**

Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, Brasil

**Camila de Moura Vogt**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**José Martins Juliano Eustáquio**

Universidade de Uberaba, Brasil

**Walmir Fernandes Pereira**

Miami University of Science and Technology, Estados Unidos da América

**Liege Coutinho Goulart Dornellas**

Universidade Presidente Antônio Carlos, Brasil

**Ticiano Azevedo Bastos**

Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

**Jónata Ferreira De Moura**

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

**Daniela Remião de Macedo**

Faculdade de Belas Artes da Universidade de Lisboa, Portugal

**Francisco Carlos Alberto Fonteles Holanda**

Universidade Federal do Pará, Brasil

**Bruna Almeida da Silva**

Universidade do Estado do Pará, Brasil

**Adriana Leite de Andrade**

Universidade Católica de Petrópolis, Brasil

**Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco**

Instituto Federal do Sertão Pernambucano, Brasil

**Claudiomir da Silva Santos**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

**Fabício dos Santos Ritá**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil, Brasil

**Ronei Aparecido Barbosa**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

**Julio Onésio Ferreira Melo**

Universidade Federal de São João Del-Rei, Brasil

**Juliano José Corbi**

Universidade de São Paulo, Brasil

**Alessandra de Souza Martins**

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

**Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho**

Universidade Federal do Cariri, Brasil

**Thadeu Borges Souza Santos**

Universidade do Estado da Bahia, Brasil

**Francine Náthalie Ferraresi Rodriguess Queluz**

Universidade São Francisco, Brasil

**Maria Luzete Costa Cavalcante**

Universidade Federal do Ceará, Brasil

**Luciane Martins de Oliveira Matos**

Faculdade do Ensino Superior de Linhares, Brasil

**Rosenery Pimentel Nascimento**

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

**Lívia Silveira Duarte Aquino**

Universidade Federal do Cariri, Brasil

**Irlane Maia de Oliveira**

Universidade Federal do Amazonas, Brasil

**Xaene Maria Fernandes Mendonça**

Universidade Federal do Pará, Brasil

Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos

Universidade Federal do Pará, Brasil

Fábio Ferreira de Carvalho Junior

Fundação Getúlio Vargas, Brasil

Anderson Nunes Lopes

Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Iara Margolis Ribeiro

Centro Universitário Boa Viagem, Brasil

Carlos Alberto da Silva

Universidade Federal do Ceará

Keila de Souza Silva

Universidade Estadual de Maringá, Brasil

Francisco das Chagas Alves do Nascimento

Universidade Federal do Pará, Brasil

Réia Sílvia Lemos da Costa e Silva Gomes

Universidade Federal do Pará, Brasil

Priscyla Lima de Andrade

Centro Universitário UniFBV, Brasil

Aleteia Hummes Thaines

Faculdades Integradas de Taquara, Brasil

Darlindo Ferreira de Lima

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Sílvia Raquel Santos de Moraes

Universidade Federal do Vale do São Francisco, Brasil

# APRESENTAÇÃO

A presente obra, intitulada de “Teoria e Prática da Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade”, constituiu-se a partir de um processo colaborativo entre professores, estudantes e pesquisadores que entenderam a necessidade de dividirem suas experiências, teóricas e práticas, dos diferentes campos de atuação da ciência da enfermagem.

Dividida em dois volumes e com amplo escopo de estudos, desde a atenção básica até a mais alta complexidade da assistência de enfermagem, estes livros objetivam fundamentalmente a troca de experiências e o fomento da educação continuada e da atualização dos profissionais de saúde, por meio da produção e socialização de conhecimentos, cientificamente relevantes.

Entendemos que tal publicação, possibilitada pela Editora Científica Digital, possa ser um dispositivo de ampliação de conhecimentos, além de ser acessível e de fácil leitura.

Agradecemos aos autores pelo empenho, disponibilidade e dedicação para o desenvolvimento e conclusão dessa obra e desejamos uma excelente leitura!

Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 01

EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: AVALIAÇÃO DE ATITUDES, COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS

Rui Pedro Gomes Pereira

DOI: 10.37885/210303903 ..... 15

## CAPÍTULO 02

IMPLEMENTAÇÃO INSTITUCIONAL DA ESCALA DE BRADEN Q PARA AVALIAÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM PEDIATRIA

Luciana da Rosa Zinn Sostizzo; Helena Becker Issi; Cássia da Silva Ricalcati; Dóris Baratz Menegon; Daiana da Silva Lúcio ; Vanisse Borges Nunes Kochhann

DOI: 10.37885/210303861 ..... 36

## CAPÍTULO 03

AVALIAÇÃO DA DOR: QUALIFICAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Renata Batista Bernardes Scarpatti; Eliseth Ribeiro Leão

DOI: 10.37885/210303802 ..... 49

## CAPÍTULO 04

ANÁLISE DE UMA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE SUBNOTIFICAÇÕES DE EVENTO ADVERSO EM UM HOSPITAL

Dalvânia Lopes Rodrigues; Alvia Maria Tereza Alves; Dhelfeson Willya Douglas de Oliveira; Maristela Oliveira Lara

DOI: 10.37885/210303787 ..... 60

## CAPÍTULO 05

MODELO DE CUIDADO AOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Roselma Lucchese; Camila Borges Ramos; Lauany Martins dos Santos Carneiro; Rodolfo Pereira de Brito; Ivânia Vera; Núbia Inocêncio de Paula; Graciele Cristina Silva; Henrique Senna **Diniz**-Pinto; Eryelg Moura Tomé; Alexandre de Assis Bueno

DOI: 10.37885/210303741 ..... 73

## CAPÍTULO 06

REFLEXÃO ACERCA DA PASSAGEM DE PLANTÃO: IMPLICAÇÕES NA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Maria Cristina de Oliveira; Renata Guimarães Moreira Rocha

DOI: 10.37885/210303461 ..... 91



# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 07

### O GERENCIAMENTO DE RISCO NO ÂMBITO DA SAÚDE DE ENFERMEIROS NO CONTEXTO HOSPITALAR

Rafael Pires Silva; Geilsa Soraia Cavalcanti Valente; Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho

DOI: 10.37885/210202971 ..... 103

## CAPÍTULO 08

### FUNCTIONAL INDEPENDENCE OF THE ELDERLY IN MULTIPROFESSIONAL HOME CARE

Talita Ferreira Turatti do Carvalhal; Elenize Losso; Leon Martins Boava; Suzane Ketlyn Martello; Manoela de Paula Ferreira; Clovis Cechinel

DOI: 10.37885/210102950 ..... 121

## CAPÍTULO 09

### JORNADAS MÚLTIPLAS DE TRABALHO E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA E ENFERMAGEM

Ana Sintia Beltrame; Valéria Aparecida Masson ; Danielle Leite de Lemos Oliveira; Maiza Claudia Vilela Hipolito

DOI: 10.37885/210102871 ..... 131

## CAPÍTULO 10

### PERCEPÇÃO DO CONDUTOR ACIDENTADO SOBRE OS FATORES QUE INFLUENCIARAM NO ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

Ana Paula Coelho; Sarah Isabel Magalhães Rios; Sandra Beatriz Pedra Branca Dourado; Vera Lúcia Evangelista de Sousa Luz; Marylane Viana Veloso; Andreia Karla de Carvalho Barbosa Cavalcante

DOI: 10.37885/210303982 ..... 147

## CAPÍTULO 11

### ESTRUTURANDO NO PROJETO PEDAGÓGICO UM REFERENCIAL FILOSÓFICO E TEÓRICO PARA ENSINAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt; Jussara Gue Martini; Marcela Martins Furlan de Léo; Vander Monteiro da Conceição; Eleine Maestri; Priscila Biffi; Adriana Remião Luzardo

DOI: 10.37885/210303974 ..... 157

## CAPÍTULO 12

### INICIATIVAS DE UMA COMISSÃO DE CONTROLE DO TABAGISMO PARA COIBIR O FUMO NO PERÍMETRO HOSPITALAR

Karen Pires Antunes; Eduarda **Boufleuer**; Fernanda **Guarilha** Boni; Marli Maria Knorst; Solange **Klockner Boaz**; Isabel Cristina Echer

DOI: 10.37885/210303945 ..... 173

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 13**

### **SABER POPULAR: USO DE PLANTAS MEDICINAIS COMO FORMA TERAPÊUTICA NO CUIDADO À SAÚDE**

Marcio Rossato Badke; Caterine Angélica Somavilla; Elisa Vanessa Heisler; Andressa de Andrade; Maria de Lourdes Denardin Budó; Tânea Maria Bisognin Garlet; Gabriel Lautenschleger

**DOI: 10.37885/210303934 ..... 189**

## **CAPÍTULO 14**

### **GESTÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Sara Dariane Gomes; Fernanda Gabrielly Cezário Ramos; Débora Aparecida da Silva Santos; Valéria Cristina Menezes Berrêdo; Graciela da Silva Miguéis; Michele Salles da Silva

**DOI: 10.37885/210303883 ..... 201**

## **CAPÍTULO 15**

### **O PROCESSO DE CUIDAR DO ENFERMEIRO DIANTE DA MORTE**

Amanda Regina da Silva Góis; Fátima Maria da Silva Abrão

**DOI: 10.37885/210303838 ..... 216**

## **CAPÍTULO 16**

### **INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM HOSPITAL REGIONAL DO DISTRITO FEDERAL**

Naira Pereira de Sousa; Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem; Walterlânia Silva Santos; Carlos Eduardo dos Santos

**DOI: 10.37885/210303818 ..... 229**

## **CAPÍTULO 17**

### **SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE PARA PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON EM REABILITAÇÃO**

Michelle Hyczy de Siqueira Tosin; Emanuelle de Freitas Motta Oliveira; Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira

**DOI: 10.37885/210303776 ..... 244**

## **CAPÍTULO 18**

### **STRESS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A ACUPUNTURA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO**

Maria Patrícia Costa Villela

**DOI: 10.37885/210303724 ..... 259**

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 19

### IMPACTOS E FATORES DETERMINANTES NO *BUNDLE* DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Ana Natesia Rodrigues; Luciana Vlândia e Cavallhedo Fragoso; Francisca de Melo Beserra; Islane Costa Ramos

DOI: 10.37885/210303633 .....274

## CAPÍTULO 20

### PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE PRATICADA PELO ACOMPANHANTE NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA

Lindsay Ibacache Barrenechea; Camila Camacho Ribeiro; Angela Maria La Cava; Otilia Pimenta Azevedo

DOI: 10.37885/210203188 .....288

## CAPÍTULO 21

### INFLUÊNCIA DAS DIETAS HIPERCALÓRICAS SOBRE OS PARÂMETROS DE OBESIDADE, DISLIPIDEMIA E HIPERGLICEMIA EM RATOS

Any de Castro Ruiz Marques; Gabrielle Cristine Gabbiatti; Ângela Andréia França Gravena; Valéria do Amaral

DOI: 10.37885/210202994 .....305

## CAPÍTULO 22

### ALTERAÇÃO NA AUTOIMAGEM: A PERCEPÇÃO DO PACIENTE AMPUTADO DIANTE DA MUDANÇA NA IMAGEM CORPORAL

Karine Costa Melo; Francisca Tatiana Dourado Gonçalves; Alanna Nunes Soares; Maria Cristina Natasha Lima Cruz; Rayssa Patrícia Damasceno Rodrigues; Bruna Monteiro da Silva; Berenice Ferreira Araújo; Mayra Ramalho de Sousa Rêgo; Rogério Cruz Mendes; Ana Tereza Santos Dias de Almeida

DOI: 10.37885/210102934 .....319

## CAPÍTULO 23

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS CRIANÇAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Vanessa Puhl; Rossano Sartori Dal-Molin

DOI: 10.37885/210102930 .....334

## CAPÍTULO 24

### DECLINE OF MORTALITY FROM CERVICAL CANCER

Suelayne Gonçalves do Nascimento; Cleonice Patrícia Andrade Lima de Carvalho; Ricarlylly Soares da Silva; Conceição Maria de Oliveira; Cristine Vieira do Bonfim

DOI: 10.37885/210102897 .....343

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 25

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO NASCIMENTO DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS COM ASMA EM IDADE ESCOLAR E A RELAÇÃO COM O ALEITAMENTO MATERNO

Carine Pellizzaro; Rossano Sartori **Dal** Molin

DOI: 10.37885/210404266 ..... 354

## CAPÍTULO 26

CONCEPÇÕES TEÓRICAS, MENSURAÇÃO E PERSPECTIVAS TERAPÊUTICAS NO ENFRENTAMENTO DA DOR

Layz Alves Ferreira Souza; Lilian Varanda Pereira; Joyce Rutyelle da Serra; Bruna da Silva Ferreira Tatagiba; Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

DOI: 10.37885/210102883 ..... 364

**SOBRE O ORGANIZADOR** ..... 378

**ÍNDICE REMISSIVO** ..... 379



01

# Eficácia clínica e prática baseada em evidências: avaliação de atitudes, competências e práticas

| Rui Pedro Gomes **Pereira**  
UICISA/UMinho

# RESUMO

**Objetivo:** A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto de desafios clínicos de maior complexidade, exigindo respostas de elevada qualidade e segurança, num quadro de significativas restrições de recursos, implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções. Neste âmbito é essencial avaliar atitudes, competências, e práticas por parte dos enfermeiros relativamente a uma prática baseada na evidência (PBE). **Métodos:** Desenvolveu-se um estudo de cariz observacional, transversal do tipo descritivo-correlacional junto de 388 enfermeiros do norte de Portugal com base na versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20). **Resultados:** O QECPBE-20 reportou que a PBE é essencial à prática profissional. No domínio dos conhecimentos e capacidades as maiores dificuldades estão em converter as necessidades de informação numa pergunta de investigação clinicamente relevante. Quanto às práticas, predomina a partilha de informação com colegas em oposição à apreciação crítica da literatura. **Considerações finais:** Os achados demonstram que entre a valorização de uma PBE e a sua aplicabilidade encontramos um hiato considerável. É necessário maior apoio aos profissionais e estímulo organizacional promovendo a PBE enquanto cultura institucional. Preconizamos maior interligação entre contextos do exercício e a academia, entre produtores e utilizadores do conhecimento. Aos profissionais requer-se maior capacitação para a utilização da investigação e um permanente questionamento das suas práticas clínicas.

**Palavras-chave:** Enfermagem Baseada na Evidência, Prática Clínica Baseada em Evidências, Avaliação da Pesquisa em Saúde.



## ■ INTRODUÇÃO

A prática de enfermagem baseada na evidência afigura-se como uma forma rigorosa, metódica e estruturada de promover práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas e seguras, otimizando os recursos disponíveis, considerando o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (PEREIRA; CARDOSO; MARTINS, 2012). Subsequentemente são expectáveis ganhos em saúde e melhores resultados para as pessoas, para os profissionais e ainda para as próprias organizações.

Pensar numa prática e numa enfermagem baseada na evidência é um enorme desafio e uma exigente tarefa porquanto implica equacionar a epistemologia das ciências de enfermagem na senda dos trabalhos exploratórios e pioneiros de Carper (1978) e posteriormente de Fawcett *et al.* (2001) que tipificaram este conhecimento em quatro grandes dimensões, a saber: empírico, pessoal, estético e ético e isto em conjugação com o primado da racionalidade técnica, articulando uma ciência aplicada com uma ciência humana prática (QUEIRÓS; BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015).

A prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é um imperativo das sociedades modernas e enquadra-se num contexto em que os cidadãos e comunidades apresentam desafios clínicos de maior complexidade exigindo respostas por parte dos profissionais e das organizações com maior qualidade e elevada segurança, num quadro de significativas restrições de recursos humanos, materiais e técnicos implicando níveis superiores de eficácia, eficiência e efetividade nas intervenções em saúde. Neste âmbito é essencial avaliar atitudes, barreiras, conhecimentos, competências e práticas por parte dos enfermeiros relativamente a uma prática baseada na evidência (PBE) reconhecendo-se que é ainda grande a distância entre a produção do conhecimento e a posterior implementação de intervenções baseadas nas melhores evidências disponíveis (DICENSO, 2003; GROL; GRIMSHAW, 2003; EASTABROOKS; WINTHER; DERKSEN, 2004; FINEOUT-OVERHOLT; JOHNSTON, 2006; BOSTRÖM *et al.*, 2009; SQUIRES *et al.*, 2011B; MELNYK *et al.*, 2014) sendo esta uma realidade com que os profissionais se confrontam em permanência, de cariz complexo e com diversas etiologias, envolvendo vários níveis de decisão, espectros de intervenção e componentes que percorrem um gradiente que oscila entre uma dimensão estritamente individual até uma dimensão mais vasta de âmbito organizacional (KITSON *et al.*, 2008; LUNDMARK, 2008; KAPLAN *et al.*, 2014; MELNYK *et al.*, 2014; FERRAZ; PEREIRA; PEREIRA, 2019).

Em Portugal é residual a produção a este nível, nomeadamente de estudos que procurem avaliar atitudes, competências e práticas profissionais em relação à PBE sendo que para se sustentar o presente capítulo o autor baseou-se nos principais resultados obtidos no estudo principal que integra o conjunto de trabalhos realizados no âmbito do programa de

doutoramento em Ciências de Enfermagem realizado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – Portugal (PEREIRA, 2016).

## ■ OBJETIVO

A pesquisa que desenvolvemos teve como principal finalidade caracterizar, numa população específica de enfermeiros a exercer no norte de Portugal, as atitudes, competências e práticas relativamente à PBE, procurando determinar o seu grau de relação e interdependência, constituindo assim, não só um aprofundado diagnóstico de situação face a esta problemática mas também a construção de uma base de conhecimento que apoie a estruturação de estratégias e intervenções que promovam entre os enfermeiros uma maior e mais efetiva implementação e disseminação da PBE, contribuindo deste modo para, num cenário pluridisciplinar e multiprofissional, disponibilizar cuidados de saúde informados pelas melhores evidências científicas.

Nesta pesquisa pretendeu-se responder em termos operativos à seguinte pergunta de partida: “Relativamente à enfermagem baseada na evidência, quais as atitudes, competências e práticas num grupo de enfermeiros do norte de Portugal?”

Na sequência da questão formulada, definiram-se os seguintes objetivos para o estudo:

- Descrever as práticas, atitudes e conhecimentos/competências dos enfermeiros em relação à PBE;
- Verificar as possíveis relações entre as atitudes, os conhecimentos, competências / capacidades e ainda as práticas profissionais em relação à PBE.

## ■ MÉTODOS

Desenvolvemos um estudo de cariz observacional, transversal e do tipo descritivo-correlacional. Metodologicamente a opção por um estudo desta natureza decorre naturalmente dado que este assume o desenho mais apropriado para explorar e descrever relações entre variáveis, desconhecendo-se à partida as associações que possam existir entre as mesmas (FORTIN, 2009).

Para o efeito, utilizou-se a versão portuguesa do «*Evidence-Based Practice Questionnaire*» (UPTON; UPTON, 2006) cuja descrição sumária se apresenta em seguida. Em complementaridade a este instrumento, recorreu-se à aplicação de dois blocos de questões designados genericamente por “Acesso e utilização da informação para suporte à prática clínica” e “Caraterização socioprofissional”. Do primeiro bloco constavam as fontes de informação utilizadas para apoiar a prática diária, a caraterização do acesso profissional aos

recursos de informação na internet e ainda a estimativa / autoperceção da prática clínica que os participantes consideram ser baseada na evidência. No que concerne à caracterização socioprofissional, avaliou-se a idade, o sexo, a formação académica, o título profissional e a área de especialização, o tempo de exercício e o contexto de exercício profissional predominante.

O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE- 20) é um instrumento de autopreenchimento, cuja versão portuguesa (PEREIRA *et al.*, 2015) contempla 20 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizada em três dimensões. O primeiro componente avalia as “Práticas” e recorre a uma escala do tipo *Likert*, que oscila entre 1 (nunca) e 7 (frequentemente), integrando seis itens. Nesta primeira dimensão pretende-se avaliar, considerando a prática clínica e os cuidados prestados aos pacientes no último ano, com que frequência e em consequência de uma lacuna identificada no conhecimento se procedeu às etapas genericamente associadas a uma PBE, desde a formulação de uma pergunta clinicamente relevante, passando pela localização e apreciação crítica das evidências até à mudança das práticas, respetiva avaliação e partilha de informação junto dos pares. No segundo componente avaliam-se as “Atitudes”, através do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, num total de três itens. Nestes, procura-se avaliar a atitude face à PBE bem como a abertura ao escrutínio e questionamento associado às práticas profissionais em uso. Finalmente o terceiro componente pretende avaliar “Conhecimentos / habilidades e competências” através de uma escala do tipo *Likert*, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor) num somatório de 11 itens. Esta subescala compreende questões entendidas como pré-requisitos em termos de competências e capacidades individuais que possibilitam uma efetiva PBE. Em termos de consistência interna, o QECPBE-20 revelou por subescala os seguintes valores: “Práticas”  $\alpha = 0.92$ ; “Atitudes”  $\alpha = 0.73$  e “Conhecimentos / habilidades e competências”  $\alpha = 0.93$ . Globalmente, o QECPBE-20 registou um valor de  $\alpha = 0.91$ .

Foi selecionada uma metodologia de amostragem não-aleatória por conveniência, entre uma população de 414 enfermeiros que participaram num programa formativo de curta duração. De entre estes, constituiu-se uma amostra acidental composta por todos os sujeitos que voluntariamente aceitaram participar no estudo, num total de 388 indivíduos. Deste modo, obteve-se uma taxa de resposta de 93,7%. A este respeito é de salientar que a escolha por este tipo de amostragem decorre da facilidade em aceder aos participantes, respondendo estes a características e critérios precisos de seleção.

Os participantes provinham de diversas organizações prestadoras de cuidados de saúde localizadas no norte de Portugal e exerciam em contexto hospitalar e ou de cuidados de saúde primários / atenção primária. Em cada instituição os sujeitos eram formalmente responsáveis locais pela dinamização de projetos de melhoria contínua da qualidade e ou

responsáveis institucionais locais compreendendo enfermeiros responsáveis, coordenadores/gestores, chefes, supervisores e diretores das organizações que a norte do país que aderiram ao estudo.

O estudo principal foi alvo de parecer favorável pela Comissão de Ética e Investigação do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (Parecer de projeto de pesquisa N.º 77/2014), sendo que todos os participantes que aceitaram responder ao formulário de recolha de dados fizeram-no após leitura e assinatura do “Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Projetos de Investigação”. Aos participantes foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos, bem como o seu uso exclusivo no âmbito da presente investigação e ainda o carácter voluntário da respetiva participação.

Para a realização da análise dos dados recorreu-se ao programa IBM® SPSS® Statistics versão 20.0. Os dados obtidos foram analisados com recurso a estatística descritiva e a estatística inferencial. A estatística descritiva foi efetuada numa fase inicial com recurso a medidas de tendência central, de dispersão e frequências. No que se refere à estatística inferencial utilizaram-se as correlações de Pearson para avaliar a força de associação das variáveis contínuas, de *Spearman* para avaliar a associação entre variáveis ordinais, o teste *t Student* para comparação de médias entre amostras independentes e a análise da variância (ANOVA) para comparar três ou mais grupos independentes com variáveis intervalares. Consideraram-se níveis de significância (*P value*), valores inferiores a 0,05. Relativamente à correlação de Pearson, sendo uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas, esta indica que os fenómenos não estão indissolivelmente ligados, embora a intensidade de um esteja tendencialmente ligada à intensidade do outro apresentando-se ou no mesmo sentido ou em sentido contrário (PESTANA; GAGEIRO, 2003). Embora com algum grau de variabilidade de acordo com diferentes autores, atendemos numa primeira fase à classificação proposta por Pestana e Gageiro (2003). Nesta, coeficientes de correlação inferiores a 0.3 indicam associação fraca, valores entre 0.4 e 0.7 correlação moderada e acima deste valor indicam correlação forte. Para outros autores, nomeadamente no âmbito das ciências sociais e humanas, dada a possibilidade de ocorrer uma menor expressividade das relações entre as variáveis, sugerem-se outras leituras que tivemos igualmente em conta, em concreto considerando respetivamente como correlações fracas, moderadas e fortes valores de referência de 0.1 de 0.3 e de 0.5 (GREEN; SALKIND; AKEY, 1997; PALLANT, 2001). Atendendo à flexibilidade destas classificações, na leitura dos resultados da investigação empírica utilizaram-se como critérios de correlações fracas, moderadas e fortes, valores de 0.2, 0.4 e 0.6 respetivamente.

## ■ RESULTADOS

A amostra compreende um total de 388 enfermeiros, sendo que a maioria é do sexo feminino (79,3%) havendo uma marcada heterogeneidade quanto à idade. O grupo mais representado situou-se entre os 31 e os 35 anos (20,8%), seguindo-se o grupo dos 46 aos 50 anos (18,4%) e dos 41 aos 45 anos (17,7%).

Quadro 1. Distribuição da amostra de acordo com o sexo e a idade

Sexo	Masculino		Feminino		Total*	
	n	%	n	%	n	%
	80	20,7	307	79,3	387	100,0
*casos omissos = 1						
Idade						
Intervalo	n	%	n	%	n	%
27-30	8	7,9	24	10,0	32	8,3
31-35	16	20,0	64	21,0	80	20,8
36-40	12	15,0	44	14,4	56	14,5
41-45	11	13,8	57	18,7	68	17,7
46-50	15	18,8	56	18,4	71	18,4
51-55	14	17,5	46	15,1	60	15,6
56-59	4	5,0	14	4,6	18	4,7
<b>Totais*</b>	80	100,0	305	100,0	385	100,0
*casos omissos = 3						

Analisando a idade dos participantes, observa-se que a média é ligeiramente superior aos 42 anos (42,29), a moda 33 e o desvio-padrão é de 8,47. Sublinha-se a amplitude de 32 anos de idade verificada na amostra, variando entre os 27 e os 59 anos.

Quadro 2. Idade dos participantes

Respondentes	Média	Mediana	Moda	D. Padrão	Amplitude	Min.	Máx.	Casos omissos
385	42,29	43,0	33	8,47	33	27	59	3

Observando as qualificações académicas constata-se que no início da atividade profissional predominava a qualificação ao nível do bacharelato (41,3%), seguindo-se o curso geral de enfermagem (30,0%) e a licenciatura (28,7%). É de salientar que na sua grande maioria os participantes detinham o grau de licenciado como qualificação mais elevada em enfermagem (82,5%). Relativamente aos enfermeiros detentores do grau de mestre (24,2% do total da amostra), a área predominante era enfermagem (n = 62, 66%) seguindo-se outras disciplinas afins à enfermagem (n = 32, 34%).

Quadro 3. Formação profissional e qualificações académicas

<i>Nível de formação ou grau académico no início do exercício profissional em enfermagem</i>							
Curso de Enfermagem Geral		Bacharelato		Licenciatura			
n	%	n	%	n	%		
116	30,0	160	41,3	111	28,7		
<i>Grau académico mais elevado obtido em enfermagem</i>							
Curso de Enfermagem Geral		Bacharelato		Licenciatura		Mestrado	
n	%	n	%	n	%	n	%
1	0,3	2	0,5	329	82,5	62	16,0
<i>Grau académico mais elevado obtido noutra área disciplinar</i>							
Licenciatura		Mestrado		Doutoramento			
n	%	n	%	n	%		
9	2,3	32	8,2	2	0,5		

Caraterizando a amostra em relação ao título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros – Portugal, regista-se que a maioria (74,1%) é detentora de uma especialização em enfermagem, predominando de entre estas a área de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (31,0%).

Quadro 4. Título profissional (atribuído pela Ordem dos Enfermeiros – Portugal)

<i>Título Profissional:</i>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	100	25,9
Enfermeiro Especialista	286	74,1
<i>Área de Especialidade:</i>	<b>n</b>	<b>%</b>
Médico-Cirúrgica	89	31,0
Reabilitação	52	18,1
Saúde Comunitária / Saúde Pública	51	17,8
Saúde Infantil e Pediátrica	50	17,4
Saúde Materna e Obstétrica	28	9,8
Saúde Mental e Psiquiatria	17	5,9
<b>Total (Enfermeiros Especialistas)</b>	286	100,0
<b>Totais*</b>	386	100,0
<i>*casos omissos = 2</i>		

Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificamos que em média, os enfermeiros trabalhavam há mais de 19 anos, a moda era 20 e o desvio-padrão de 8,67. Tal como em relação à idade, regista-se a amplitude verificada no tempo de prática que oscilou entre o mínimo de 4 anos e o máximo de 38 anos.

Quadro 5. Tempo de exercício profissional

Respondentes	Média	Mediana	Moda	D. Padrão	Amplitude	Min.	Máx.	Casos omissos
382	19,51	20,0	20	8,67	34	4	38	6

Considerando agora a área predominante do exercício profissional, a maioria dos enfermeiros (69,6%) trabalham em hospitais face aos que exercem no contexto dos cuidados de saúde primários / atenção primária (28,6%). Apesar da dimensão da amostra é marginal o número de enfermeiros que exercem de um modo predominante noutros contextos,



verificando-se uma bipolarização dos contextos de exercício ainda que esta seja uma relação dicotômica claramente assimétrica em favor da área hospitalar.

Quadro 6. Principal contexto de exercício profissional

Área de atividade profissional onde exerce predominantemente prática clínica		
	n	%
Hospitalar	268	69,6
Cuidados de Saúde Primários / Atenção Primária	110	28,6
Outra área	7	1,8
<b>Total*</b>	385	100,0

\*Casos omissos = 3

## Acesso e utilização da informação para apoio à prática

Analisámos o acesso à informação, sobretudo na perspetiva de suporte ao exercício profissional e de tomada de decisão. Verifica-se que para apoiar a prática clínica no dia-a-dia os recursos mais referidos foram, com idêntica frequência, os guias de boas práticas e os protocolos (85,8%), seguindo-se as circulares oficiais (71,4%) e a frequência de cursos (64,7%). O acesso a revistas / artigos científicos regista valores muito inferiores (44,6%), sendo suplantado pelo recurso a colegas (55,7%).

Quadro 7. Fontes de informação para apoiar a prática

Fontes de informação que utiliza para orientar a sua prática clínica no dia-a-dia	n	%
Guias de boas práticas	333	85,8
Protocolos	333	85,8
Circulares oficiais	277	71,4
Cursos	251	64,7
Orientações de serviços centrais	231	59,5
Conferências	221	57,0
Colegas	216	55,7
Revistas / artigos científicos	173	44,6
Juízos próprios	94	24,2
Comunicação social	65	16,8
Representantes farmacêuticos	64	16,5
Outras fontes	6	1,5

No que se refere ao acesso à internet para efeitos profissionais, surge em primeiro lugar a procura por revistas de especialidade (59,5%), seguindo-se o recurso a bases de dados (47,7%) e a utilização de repositórios de acesso aberto (45,1%).

Quadro 8. Caracterização do acesso à internet em termos profissionais

Profissionalmente, a que é que acede na Internet		
	n	%
Revistas da especialidade <i>online</i>	231	59,5
Bases de dados	185	47,7
Repositórios de acesso aberto	175	45,1
Sítios do governo	167	43,0
Sítios de projetos baseados em evidências	147	37,9
Outros	11	2,8

Ao procurarmos avaliar a medida da auto percepção relativamente à quantificação da prática profissional quotidiana que cada enfermeiro considera ser baseada em evidências, obtivemos um valor médio de 63,86% com um desvio-padrão de 18,1 sendo a moda de 75 e a mediana de 70. Acresce ainda a este registo uma amplitude entre o mínimo de 10% e o valor máximo de 100%.

Quadro 9. Auto percepção da prática quotidiana baseada na evidência

Aproximadamente, qual a percentagem da sua prática que considera ser baseada na evidência?										
Respondentes		Média	Mediana	Moda	DP	Amplitude	Min.	Máx.	Casos omissos	
n	%								n	%
378	99,5	63,86	70	75	18,1	90	10	100	10	0,5

## Práticas, atitudes e conhecimentos/competências

Observando agora os resultados obtidos pelo QCEPBE-20, destacam-se com valores mais elevados e favoráveis à PBE a subescala “Atitudes” (Média = 5.98, DP = 0.97), seguindo-se os “Conhecimentos / habilidades e competências” (Média = 5.07, DP = 0.90) e as “Práticas” (Média = 4.43, DP = 1.38). Por subescala, verificam-se (quadro 30) de entre as práticas (1 – nunca e 7 – frequentemente) que os itens que registam maiores resultados são: “Partilhar a informação com colegas” (Média = 4.76, DP = 1.72) e “Avaliar os resultados da prática” (Média = 4.52, DP = 1.66). Com um valor médio inferior a 4,5 surge “Integrar as evidências encontradas na prática” (Média = 4.48, DP = 1.61). Ainda na subescala “Práticas” o item que regista a menor nível é “Analisar criticamente a literatura encontrada” (Média = 4.22, DP = 1.59) seguindo-se a “Localização de evidências após formulação de pergunta” (Média = 4.25, DP = 1.55) e “Formular pergunta de partida” (Média = 4.35, DP = 1.60).

Quadro 10. Distribuição da amostra: QCEPBE-20 (“Práticas”)

X	DP	Subescala “Práticas” Item:
4,76	1,720	Partilhou essa informação com colegas
4,52	1,663	Avaliou os resultados da sua prática
4,48	1,608	Integrou as evidências que encontrou na sua prática
4,35	1,603	Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna

X	DP	Subescala "Práticas" Item:
4,25	1,545	Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta
4,22	1,592	Analizou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado

Ainda no contexto do QCEPBE-20, relativamente à dimensão "Atitudes" (quadro 11), observa-se que ao ser confrontada a importância da PBE em oposição à mesma ser considerada uma perda de tempo, regista-se um valor médio expressivo favorável à ideia de que "A prática baseada na evidência é essencial à prática profissional" (Média = 6.20, DP = 1.29), seguindo-se "Acolho com agrado perguntas sobre a minha prática" (Média = 5.93, DP = 1.19) em oposição ao desagrado sobre o questionamento das práticas. Finalmente, confrontando a fidelidade das práticas com base em métodos atuais versus mudar as práticas devido a novas evidências encontradas destaca-se a ideia de que "A minha prática mudou devido às evidências que encontrei" (Média = 5.8, DP = 1.14).

Quadro 11. Distribuição da amostra: QCEPBE-20 ("Atitudes")

X	DP	Subescala "Atitudes" Pares de afirmações:
6,20	1,286	A prática com base em evidências é uma perda de tempo (valor 1)
		A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional (valor 7)
5,93	1,187	Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada (valor 1)
		Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática (valor 7)
5,80	1,137	Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados em vez de mudar para algo novo (valor 1)
		A minha prática mudou devido às evidências que encontrei (valor 7)

Relativamente à dimensão "Conhecimentos / habilidades e competências" incluída no QCEPBE-20 (quadro 32), destacam-se em primeiro lugar (1 – pior e 7 – melhor) a "Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional" (Média = 5.21, DP = 0.98), seguido da "Capacidade de aplicar a informação a casos individuais" (Média = 4.77, DP = 1.02) e as "Competências em tecnologias de informação" (Média = 4.73, DP = 1.18). No extremo oposto registam-se com valores inferiores os seguintes itens: "Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação" (Média = 4.04, DP = 1.14), a "Capacidade de determinar a validade do material" (Média = 4.48, DP = 1.16) e "Saber como obter as evidências" (Média = 4.49, DP = 1.07).

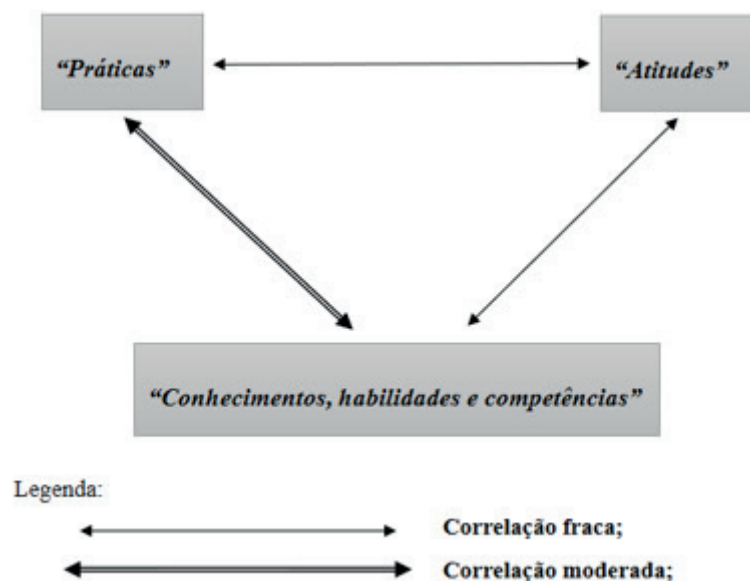
Quadro 12. Distribuição da amostra: QCEPBE-20 (“Conhecimentos/habilidades e competências”)

X	DP	Subescala “Conhecimentos/habilidades e competências” Item:
5,21	,977	Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional
4,77	1,015	Capacidade de aplicar a informação a casos individuais
4,73	1,171	Competências em TI (Tecnologias de Informação)
4,68	1,012	Competências de pesquisa
4,66	1,150	Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material
4,63	1,098	Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas
4,53	,981	Monitorização e revisão de competências práticas
4,49	1,040	Perceção dos principais tipos e fontes de informação
4,49	1,065	Saber como obter as evidências
4,48	1,160	Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material
4,04	1,136	Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação

### Análise correlacional das barreiras, atitudes, conhecimentos e práticas

Tratando-se de um estudo descritivo-correlacional, avaliaram-se associações entre variáveis. Dessa avaliação resultou uma rede de relações estatisticamente significativas ainda que a diferentes níveis e de razões inversas, positivas e ou negativas. A construção do diagrama representado na figura seguinte possibilitou-nos uma representação esquemática destas relações.

Figura 1. Representação gráfica das associações observadas



A correlação mais significativa ocorre entre os “Conhecimentos / habilidades e competências” e as “Práticas” ( $r = 0.47$ ,  $p = 0.001$ ) seguindo-se a correlação entre “Atitudes” e as

“Práticas” ( $r = 0.23, p < 0.001$ ) e por fim, entre os “Conhecimentos / habilidades e competências” e as “Atitudes” ( $r = 0.21, p < 0.001$ ). Adicionalmente, estudando a associação das subescalas do QECPBE-20 e as variáveis sociodemográficas verificou-se uma significância face aos “Conhecimentos / habilidades e competências” e o sexo dos participantes.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, observa-se uma correlação estatisticamente significativa  $t$  (Student) entre a subescala QECPBE-20 “Conhecimentos, habilidades e competências” e o sexo, verificando os seguintes resultados: Homens (Média = 5.25,  $DP = 0.79$ ), Mulheres (Média = 5.02,  $DP = 0.92$ ) ( $t_{(385)} = 2,05, p = 0,04$ ) isto é, os participantes do sexo masculino autopercecionam a um maior nível capacidades para a aplicação de uma PBE.

Examinando as correlações entre as várias subescalas, verifica-se que se caracterizam por serem na sua maioria correlações com significância estatística embora com valores fracos ou moderados de associação.

## ■ DISCUSSÃO

Relativamente às atitudes, capacidades e práticas face à PBE, organizámos a discussão e análise crítica de acordo com as diversas componentes estudadas. A sua leitura deverá ser efetuada de um modo integrado, sistémico e global porquanto estas são questões interligadas e interdependentes.

### Acesso e utilização da informação

Tendo em conta o encadeamento sequencial dos dados apresentados, procederemos de imediato à discussão sobre o acesso e a utilização da informação enquanto dimensão central no que se refere a uma PBE, constatando o estatuto do conhecimento científico como um dos pilares estruturantes no apoio aos processos de tomada de decisão baseados em evidências. A este respeito é de considerar que alguns investigadores (BROWN *et al.*, 2010) defendem que para que ocorra o desenvolvimento de uma prática segura e profissional acompanhada de maior confiança na tomada de decisão, os enfermeiros necessitam de ter mais conhecimentos e de desenvolver competências. Ao adquirir confiança e praticando em segurança os enfermeiros apreendem o que deles é esperado no respeito pelo mandato social da profissão, quais as limitações com que são confrontados e qual a melhor forma de utilizar o conhecimento proveniente da investigação na sua prática.

Nesse âmbito, justificou-se avaliar sumariamente as fontes de informação utilizadas para orientar as práticas no dia-a-dia bem como o acesso a essas fontes com recurso à internet. Os resultados mostram que a informação «pré-processada» e sistematizada

em documentos sinópticos, também designada como conhecimento de «terceira geração» (GRAHAM, *et al.*, 2006), assume um claro predomínio neste âmbito com particular relevo para os guias de boas práticas e os protocolos seguindo-se ainda as circulares oficiais. A este respeito tem sido reconhecido que as Normas de Orientação Clínica (NOC) se constituem como instrumentos privilegiados no que se refere ao consumo de informação de suporte ao exercício profissional no âmbito da prestação de cuidados de saúde (VAZ CARNEIRO, 2009). É de salientar a sobreposição e consistência com resultados anteriores em sede do estudo exploratório por nós realizado (PEREIRA; CARDOSO; MARTINS, 2012) e de um outro estudo em que também participámos (PEIXOTO, *et al.*, 2017). Em ambos, observou-se igualmente a preponderância pela procura dos protocolos para apoiar a prestação de cuidados. Este dado veio confirmar a importância de serem disponibilizadas formas simplificadoras, claras, concisas e precisas de acesso à informação, sobretudo se disponíveis num formato processado e passível de rápida interpretação e utilização.

Também a formação assume particular destaque, nomeadamente a realização de cursos o que denota a importância que os contextos e os momentos formativos apresentam no que se refere ao acesso a evidências. Convém clarificar que nesta perspetiva, o conceito de cursos não se restringe à universidade, integrando igualmente a formação em serviço e a demais formação profissional e aprendizagem ao longo da vida. Mais de metade dos enfermeiros apontam as conferências e ou similares como importantes no seu desempenho. Em oposição, observa-se que é menor o nível de suporte proporcionado pelos pares e o recurso a revistas / artigos científicos, podendo denotar por um lado, menores hábitos de acesso à literatura científica, mas também níveis de leitura inferiores por dificuldades na apreciação crítica e compreensão dos seus conteúdos (MORENO-CASBAS *et al.*, 2011). Por outro lado, constatamos no estudo, tal como Mills e colaboradores (2009) que a partilha de opiniões com base na interação pessoal se sobrepõe à pesquisa e leitura de artigos científicos, num contexto de suporte à prática.

No que se refere ao acesso à internet para efeitos profissionais, considerando este como um meio privilegiado para aceder à informação, verifica-se que no geral a sua utilização não atinge níveis muito elevados, sendo que apenas no que relaciona com o acesso a revistas de especialidade se constata valores superiores a 50%. O recurso a bases científicas de dados e a repositórios de acesso aberto, que integram aquilo que comumente se designa como “literatura cinzenta”, apresentam valores relativamente baixos, denotando hábitos de consumo de informação menores apesar de disponíveis em acesso livre. Estas questões poderão estar ligadas ao desconhecimento dos profissionais, à falta de estímulo e motivação, a uma cultura profissional que em boa parte sobrevaloriza o executar em detrimento da reflexão crítica sobre os cuidados e a procura de evidências e ainda à forma



como a informação é apresentada e disponibilizada (THOMPSON *et al.*, 2008; BOSTRÖM *et al.*, 2009; YIP *et al.*, 2013).

Comparando com a restrita publicação existente relativamente à realidade portuguesa, num estudo realizado na Região Autónoma dos Açores (SOARES *et al.*, 2012) sobre o acesso a bases de dados de informação científica verificou-se também que do total de participantes (n = 192), mais de metade (58,9%) afirmaram não conhecer nenhuma base de dados ou plataforma para pesquisa de informação científica, sendo que, de entre os que conheciam e haviam utilizado alguma das bases de dados, apenas 35,4% o fez para a “resolução de problemas ou dúvidas na sua prática profissional” enquanto que 75,4% o fizeram tendo em conta a “elaboração de trabalhos académicos”. Por outro lado é de salientar a enorme evolução registada relativamente ao estudo de Ferrito (2007) que numa investigação desenvolvida com o objetivo de perceber o conhecimento em relação à prática baseada em evidência científica e à sua aplicação na prestação de cuidados (n = 124) constatou que 99% dos enfermeiros em primeiro lugar solicitavam a opinião dos colegas, considerando-o como uma forma simples e rápida para aceder ao conhecimento ainda que esta não se configure como uma fonte fidedigna. No entanto, não é notório idêntico resultado no que concerne ao acesso a bases de dados que no estudo referido se situava em 45% (apenas contemplando a MEDLINE e a CINAHL) considerando que na nossa investigação, ocorrida cerca de uma década depois, os resultados relativos ao acesso a bases de dados com recurso à internet se mantiveram praticamente inalterados.

Quanto à medição da autoperceção relativamente ao nível de prática diária alicerçada em evidências, obtivemos valores sobreponíveis com estudos anteriores. Os resultados sobrepõe-se aos achados de González-Torrente e colaboradores (2012) quantificaram em valores idênticos (66,6%) a autoavaliação relativamente ao conhecimento que os enfermeiros percecionam ter relativamente à PBE. Em outros estudos efetuados em Portugal nos quais participámos, esses valores registaram médias idênticas de 62,6% e de 65,7% respetivamente (PEREIRA *et al.*, 2012; PEIXOTO *et al.*, 2017). Ao procurar-se uma quantificação, sempre subjetiva, dado que se trata de uma autoperceção e de uma estimativa, do quanto se considera basear as práticas em evidências, deparamo-nos com uma situação paradoxal. Por um lado, o aparente otimismo demonstrado pelos enfermeiros, alvo de descrição na literatura (SQUIRES *et al.*, 2011b), remetendo-nos para uma perceção de que uma parte substantiva do exercício se suporta em evidências. A leitura inversa é igualmente desafiadora porquanto nos confronta com uma realidade singular, a saber, em que baseiam os participantes cerca de um terço das suas práticas?

## As atitudes

Transitando agora para o domínio das atitudes face à enfermagem baseada na evidência, em linha com a revisão da literatura (HART *et al.*, 2008; KOEHN; LEHMAN, 2008; MAJID *et al.*, 2011; MORENO-CASBAS *et al.*, 2011; SQUIRES *et al.*, 2011a; DALHEIM *et al.*, 2012; GONZÁLEZ-TORRENTE *et al.* 2012; YIP *et al.*, 2013), observa-se uma “atitude” fortemente positiva face à PBE, sendo esta a subescala que regista maior valor global. A esta postura certamente se associam os elevados níveis de qualificação (KAJERMO *et al.*, 2008) dos enfermeiros que constituem a amostra, não só em termos de formação graduada mas também pós-graduada. Porém, a leitura dos resultados observados na subescala “atitudes” do QCEPBE- 20 valorizando a PBE como sendo essencial à prática profissional, deverá conter igualmente uma particular atenção ao designado efeito da “desejabilidade social da resposta” uma vez que em sede das dimensões “conhecimentos / habilidades e competências” e sobretudo das “práticas” não ocorrem valores de igual correspondência e ou sobreponíveis como discutiremos em seguida. Adicionalmente é reconhecido que, mesmo sendo esta uma atitude prevalente entre interlocutores e dirigentes com responsabilidades acrescidas na prestação e gestão dos cuidados de enfermagem, tal não é sinónimo de uma efetiva priorização e incorporação de evidências no exercício profissional (MELNYK *et al.*, 2014).

No nosso estudo verificaram-se correlações positivas de baixa intensidade, embora com significância estatística entre as atitudes face à PBE e as práticas e os conhecimentos, capacidades e competências. Em termos objetivos, quanto mais se coloca em prática a metodologia da PBE e maior capacitação para a esta for percebida, mais favoráveis serão as atitudes relativamente à PBE por parte dos enfermeiros e isto é corroborado por diversos estudos (DALHEIM *et al.*, 2012; GONZÁLEZ-TORRENTE *et al.* 2012; YIP *et al.*, 2013). Dito de outra forma, um maior domínio sobre o conhecimento traduz-se na prestação de cuidados de maior qualidade.

## As práticas

Quando questionados sobre as “práticas” associadas à metodologia PBE, verifica-se uma realidade substantivamente diferente sendo esta a dimensão menos pontuada. Isto é, não ocorre uma correspondência entre a atitude favorável e a sua implementação no contexto do exercício e esse facto é ainda mais relevante quando os itens com as médias inferiores são precisamente “analisar criticamente a literatura” logo seguido por “localizar as evidências após a formulação de uma pergunta” e isto numa escala entre que considera retrospectivamente o último ano de exercício profissional. Estes resultados também ocorrem em outros estudos identificados na literatura (KOEHN; LEHMAN, 2008; BOSTRÖM *et al.*,

2009) podendo ser explicados pela maior exigência que ambas as etapas contemplam, sendo estas igualmente alvo de menor incorporação no contexto da prática clínica diária. Esta leitura é ainda reforçada pelos dados obtidos na subescala relativa aos “conhecimentos / habilidades e competências” e cuja discussão detalhada abordaremos em seguida. Para além da correlação entre esta dimensão e a dimensão atitudes tal como explorado anteriormente, verifica-se complementarmente uma correlação significativa entre as práticas e os conhecimentos, capacidades e competências transparecendo que quanto mais capacidades e competências se detêm ao nível da metodologia PBE, maior será o seu nível de aplicabilidade, relação que é igualmente reportada por diversos estudos (HART *et al.*, 2008; KOEHN; LEHMAN, 2008; SQUIRES *et al.*, 2011a,b).

Por outro lado, os dados relativos às práticas e às competências reforçam a dificuldade com que os enfermeiros se deparam em encontrar e avaliar a informação de melhor qualidade e relevância clínica pese embora se confrontem com um primado da sociedade de informação em que o acesso a esta se afigura aparentemente como fácil e imediato. As explicações para estas dificuldades poderão decorrer da informação baseada na evidência não estar predominantemente disponível em formatos mais apelativos e acessíveis (YIP *et al.*, 2013), das condições oferecidas pelos contextos de trabalho e do menor tempo decorrido desde a formação pré-graduada (RUDMAN *et al.*, 2012) ou ainda pela ausência de experiência no que se refere à própria participação em processos de produção de investigação (MORENO-CASBAS *et al.*, 2011).

### **Os conhecimentos, capacidades e competências**

Relativamente aos conhecimentos, capacidades e competências, para além das correlações já afloradas, destacam-se aspetos intrínsecos que devem ser igualmente alvo de discussão e que se apresentam em coerência com os achados anteriores. Concretamente e a este nível, as maiores lacunas apresentadas situam-se na “conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação” seguindo-se a “capacidade de determinar a validade do material” e “saber como obter as evidências”. Na essência estas dificuldades refletem os aspetos já descritos cuja menção também ocorre da literatura consultada, encontrando-se explicação para estes dados nas dificuldades em compreender as análises estatísticas (HART *et al.*, 2008), na maior experiência profissional e nas condições de trabalho existentes (GONZÁLEZ-TORRENTE *et al.* 2012) e ainda na educação / formação e características profissionais dos enfermeiros (SQUIRES *et al.*, 2011a).

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacamos com base na utilização do QECPBE-20 que os enfermeiros pontuam muito favoravelmente a PBE enquanto dimensão fundamental do exercício, aceitando que se questionem as suas práticas e reconhecendo que esta não é uma perda de tempo, permitindo alicerçar mudanças no exercício profissional. No entanto, são baixos os resultados obtidos no que se relaciona com a sua prática e implementação, nomeadamente no que concerne à formulação de perguntas clinicamente relevantes para responder aos desafios da prática, à posterior localização e seleção de evidências e sobretudo o seu escrutínio de acordo com critérios explícitos. A esta realidade certamente não é alheia a autoavaliação das competências, capacidades e habilidades efetuada. Com efeito e de um modo sobreponível, registam-se resultados muito inferiores no que se refere ao saber como obter as evidências, na capacidade em determinar a validade da informação encontrada e na conversão das necessidades de informação numa pergunta de investigação respeitando critérios pré-definidos.

A avaliação de práticas, atitudes, conhecimentos/capacidades e competências deverá ser em síntese, um passo importante e preliminar na construção de um suporte estrutural para a definição de intervenções personalizadas e dirigidas para contextos específicos visando a promoção e dinamização de uma PBE entre os profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Os diversos referenciais utilizados para desenhar o ciclo de ação que decorre entre a produção do conhecimento e a respetiva translação, entendida neste contexto enquanto mecanismo que promove a incorporação de intervenções baseadas em evidências na prática profissional de uma forma sustentada são consensuais relativamente a um aspeto que sendo nuclear também demonstra o relevo e implicações dos dados obtidos na nossa investigação, a saber, a necessidade de serem avaliadas as barreiras ao uso do conhecimento e isso só é viável e exequível se efetuado em complementaridade com a avaliação das atitudes relativamente à EBE, o nível efetivo de práticas baseadas em evidências científicas e a avaliação de competências e capacidades para o poderem realizar no contexto da prática clínica.

## ■ REFERÊNCIAS

1. BOSTRÖM, A. M. *et al.* Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**., n. 15, p. 1159-1163, 2009.
2. BROWN, C. E. *et al.* Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. **Journal of Clinical Nursing**., n. 19, p. 1944-1951, 2010.
3. CARPER, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *In*: NICOLL, L. (Ed.). **Perspectives on nursing theory**. Philadelphia (US): Lippincott, 1978.

4. DALHEIM, A. *et al.* Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: A self-report survey. **Health Services Research.**, v. 12, n. 367, p. 2-10. 2012.
5. DICENSO, A. Evidence-based nursing practice: How to get there from here. **Nursing Leadership.**, v. 16, n. 4, p. 20-26. 2003.
6. EASTABROOKS, C.; WINTHER, C.; DERKSEN L. Mapping the field: a bibliometric analysis of the research utilization literature in nursing. **Nursing Research.**, v. 53, n. 5, p. 293-303. 2004.
7. FAWCETT, J. *et al.* On nursing theories and evidence. **Journal of Nursing Scholarship.**, v. 33, n. 2, p. 115-119. 2001.
8. FERRAZ, L.; PEREIRA, R., PEREIRA, A. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. **Saúde em Debate.**, v. 43, n. especial 2, p. 200–216, 2019.
9. FERRITO, C. Enfermagem baseada na evidência. Estudo piloto sobre as necessidades de informação para a prática de enfermagem. **Revista Percursos.**, v. 2, n. 3, p. 36-40, 2007.
10. FINEOUT-OVERHOLT, E.; JOHNSTON, L. Teaching EBP: Implementation of evidence: moving from evidence to action. **Worldviews on Evidence-Based Nursing.**, fourth quarter, p. 194-200, 2006.
11. FORTIN, M-F. **O Processo de investigação** (5ª Edição ed.). Loures: Lusociência, 2009.
12. GONZÁLEZ-TORRENTE, S. *et al.* Perception of evidence-based practice and the professional environment of primary health care nurses in the spanish context: A cross-sectional study. **Health Services Research.**, v. 12, n. 227, p. 1-9, 2012.
13. GRAHAM, I. D. *et al.* Lost in knowledge translation: Time for a map. **Journal of Continuing Education in the Health Professions.**, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.
14. GREEN, B., SALKIND, N. J., & AKEY, T. M. **Using SPSS for windows.** New Jersey: Prentice-Hall, Inc, 1997.
15. GROL, R.; GRIMSHAW, J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. **Lancet.**, n. 362, p. 1225-1230, 2003.
16. HART, P. *et al.* Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing.**, v. 5, p. 2, p. 75-84, 2008.
17. KAJERMO, K. *et al.* Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. **Journal of Nursing Management.**, n. 16, p. 305-314, 2008.
18. KAPLAN, L. *et al.* Improving the culture of evidence-based practice at a Magnet® Hospital. **Journal for Nurses in Professional Development.**, v. 30, n. 6, p. 274-280, 2014.
19. KITSON, A. *et al.* Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. **Implementation Science.**, v. 3, n. 1, p. 7-12. 2008.
20. KOEHN, M.; LEHMAN, K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. **Journal of Advanced Nursing.**, n. 62, p. 209-215, 2008.



21. LUNDMARK, V. Magnet environments for professional nursing practice. *In*: HUGHES, R. G. (Ed.), **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses**. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. p. 69–90.
22. MAJID, S. *et al.* Adopting evidence-based practice in clinical decision making: Nurses' perceptions, knowledge, and barriers. **Journal of the Medical Library Association.**, v. 99, n.3, p. 229-236, 2011.
23. MELNYK, B. *et al.* **A National survey & forum for nurse executives: Leveraging evidence-based practice to enhance healthcare quality, reliability, patient outcomes and cost containment**. (S.l.): Elsevier, 2014.
24. MILLS, J.; FIELD, J.; CANT, R. The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. **Worldviews on Evidence-Based Nursing.**, n. 6, p. 219-228, 2009.
25. MORENO-CASBAS, T. *et al.* Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilization: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. **Journal of Clinical Nursing.**, n. 20, p. 1936-1947, 2011.
26. PALLANT, J. **SPSS survival manual**. USA: Open University Press, 2001.
27. PEIXOTO, M. *et al.* Enfermagem baseada em evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados *In*: **Livro de Comunicações, Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016**, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, 2017. p. 26-34.
28. PEREIRA, R.; CARDOSO, M.; MARTINS, M. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista de Enfermagem Referência.**, v. 3, n. 7, p. 55-62, 2012.
29. PEREIRA, R. **Enfermagem baseada na evidência: atitudes, barreiras e práticas**. 2016. 180p. Tese (Doutoramento em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016. <http://hdl.handle.net/10216/84324>.
30. PEREIRA, R. *et al.* Validation of the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.**, v. 23, n. 2, p. 345-351, 2015.
31. PESTANA, M.; GAGEIRO, J. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS** (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2003.
32. QUEIRÓS, P.; FIGUEIREDO, M. B. Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: Da racionalidade técnica à prática reflexiva. **ResearchGate**. 2015. doi:10.13140/RG.2.1.3959.4403.
33. RUDMAN, A. *et al.* Registered nurses' evidence-based practice: a longitudinal study of the first five years after graduation. **International Journal of Nursing Studies.**, n. 49, p. 1494-1504, 2012.
34. SQUIRES, J. *et al.* Individual determinants of research utilization by nurses: A systematic review update. **Implementation Science.**, v. 6, n. 1, p. 1-20, 2011a.
35. SQUIRES, J. *et al.* To what extent do nurses use research in clinical practice? A systematic review. **Implementation Science.**, v. 6, n. 21, p. 1-17, 2011b.

36. THOMPSON, D. *et al.* The relationship between busyness and research utilization: It is about time. **Journal of Clinical Nursing.**, n. 17, p. 539-548, 2008.
37. UPTON, D.; UPTON, P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. **Journal of Advanced Nursing.**, v. 54, n. 4, p. 454-458, 2006.
38. VAZ CARNEIRO, A. Cuidados de saúde baseados na evidência e as normas de orientação clínica. *In:* CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. (Eds.) **Governança dos Hospitais.** Alfragide: Casa das Letras, 2009. p. 57-74.
39. YIP, W. K. *et al.* Nurses' perception towards evidence-based practice: A descriptive study. **Singapore Nursing Journal.**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2013.



02

# Implementação institucional da Escala de Braden Q para avaliação de lesão por pressão em pediatria

| Luciana da Rosa Zinn **Sostizzo**  
HCPA

| Helena Becker **Issi**  
EEUFRGS

| Cássia da Silva **Ricalcati**  
HCPA

| Dóris Baratz **Menegon**  
HCPA

| Daiana da Silva Lúcio  
HCPA

| Vanisse Borges Nunes **Kochhann**  
HCPA



# RESUMO

**Introdução:** Na enfermagem, padrões de atendimento têm sido utilizados como mensuradores da qualidade assistencial, visando o cuidado seguro. Nesse sentido, a manutenção da integridade da pele do paciente pediátrico torna-se um desafio à equipe de enfermagem, principalmente em pacientes críticos, mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesão por pressão (LP). A Escala Braden Q é uma versão pediátrica da Escala Braden, sua aplicação considera os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de LP em crianças e seu uso como instrumento de avaliação favorece a identificação dos pacientes em risco. **Objetivo:** Relatar a implementação da Escala Braden Q em Hospital Universitário. **Métodos:** Estudo do tipo relato de experiência sobre a implementação da Escala Braden Q no Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** A Escala Braden Q foi implantada nas unidades pediátricas após capacitação específica ministrada pelos enfermeiros *experts* que atuam nestas áreas, visando qualificação para avaliar a pele, considerando os parâmetros: intensidade e duração da pressão, avaliação da mobilidade, atividade e percepção sensorial. E a tolerância dos tecidos pela avaliação da umidade, cisalhamento, nutrição, perfusão e oxigenação. Nos encontros foram abordados aspectos pertinentes ao cuidado com a pele da criança mediante ambiente de simulação para aplicação prática da Escala. **Considerações finais:** Visto a escassez de ações sobre LP em crianças, a preparação dos enfermeiros pediátricos previamente à implementação da Escala Braden Q subsidiou novo olhar no cuidado com a pele da criança, possibilitando aceitação da escala e qualificando o cuidado de enfermagem na instituição.

**Palavras-chave:** Enfermagem Pediátrica, Lesão por Pressão, Cuidados de Enfermagem.

## ■ INTRODUÇÃO

As lesões por pressão podem acarretar consequências danosas afetando a qualidade de vida do paciente. Na Pediatria, as lesões por pressão ocorrem de modo semelhante ao paciente adulto e impactam a qualidade de vida da criança e sua família. Geram complicações importantes como intervenções cirúrgicas, cicatrizes residuais, deformidades e maior suscetibilidade a processos infecciosos.

Além disso, predispõe a criança a maior necessidade de ser submetida a procedimentos invasivos que geram sofrimento, dor e aumentam o tempo de permanência hospitalar. Conhecer essa realidade possibilita uma assistência integral, humanizada e desmistifica a crença que lesões por pressão não ocorrem no paciente pediátrico (RODRIGUES, 2018).

O conceito de lesão por pressão (LP) amplamente utilizado nas pesquisas e estudos relativos ao tema, segundo a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) de 2016, esclarece que:

A lesão por pressão é 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, podendo se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta, ser dolorosa e ainda podendo ocorrer como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento.

Nesta perspectiva, torna-se fundamental organizar o desempenho da enfermagem de modo sistematizado mediante utilização de instrumentos voltados especialmente para a promoção da prevenção e a avaliação da criança com lesão por pressão. Esta prática organizada e sistematizada resulta em qualidade e segurança do cuidado ao paciente pediátrico.

Padrões de atendimento são cada vez mais utilizados como avaliadores da qualidade assistencial, visando um cuidado integral ao paciente hospitalizado. Porém, percebe-se que no paciente pediátrico alguns mensuradores são pouco utilizados. Nesse sentido, o cuidado e a manutenção da integridade da pele do paciente pediátrico torna-se um desafio à equipe de enfermagem, principalmente em pacientes críticos, conseqüentemente mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões por pressão.

As lesões por pressão constituem um dos principais eventos adversos encontrados em serviços e instituições de atenção à saúde. Por suas consequências e implicações, tanto para o paciente quanto para as instituições, a prevenção das lesões por pressão, associada aos cuidados em saúde, é uma das metas de segurança estabelecidas pela *Joint Commission International*.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no ano de 2013, recebeu a Acreditação Internacional como centro médico-acadêmico, sendo reacreditado em 2017. Tal certificação

tem como premissa a busca contínua pela melhoria da qualidade assistencial e pela segurança do paciente.

O Ministério da Saúde, em 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente com a finalidade de garantir a segurança dos pacientes em instituições de saúde, indicando protocolos de prevenção de incidentes, onde situa-se a Lesão por Pressão (RODRIGUES, 2018). Oliveira, et al (2014) pontuam que se tornam extremamente necessários estudos quanto à segurança do paciente e a implantação pelo enfermeiro de estratégias para a melhoria da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem, sendo ao mesmo tempo iniciativas recentes e inovadoras.

Salienta-se que a formação de uma comissão de profissionais com interesse e conhecimento no assunto, capazes de obter suporte administrativo em prol das mudanças necessárias, pode constituir-se em recurso facilitador para a criação de protocolos específicos e programas com a intenção de prevenção e redução de riscos e danos no ambiente hospitalar, entre eles as lesões por pressão (OLIVEIRA et al., 2014).

Nessa lógica, para suprir e gerenciar os processos relacionados à feridas na instituição, há mais de 20 anos, foi criada a Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (CPTF) sendo composta por membros da equipe multiprofissional e por enfermeiras de áreas de atenção distintas. A CPTF tem como objetivo prestar consultorias e capacitações aos profissionais na prevenção e tratamento de feridas. Também estuda e pesquisa as diversas áreas de tratamento de feridas e as evidências relacionadas à terapêutica. Igualmente, atua em comissões de Gerência de Risco e de Indicadores Assistenciais (HCPA, 2021).

Os representantes do Serviço de Enfermagem Pediátrica integrantes da CPTF perceberam a necessidade da utilização de instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de lesões por pressão que contemplasse a população pediátrica, inexistente até então. Por ser a criança portadora de características fisiológicas e anatômicas peculiares, há a exigência de determinados critérios para a validação de instrumentos a serem aplicados no paciente pediátrico. Isto demanda maior tempo para a identificação da acurácia de tais materiais, conseqüentemente retardando sua aplicabilidade.

O reconhecimento do critério de validade e confiabilidade da Escala Braden Q motivou os enfermeiros pediatras, referências para o cuidado da pele da criança, para sua utilização, após aprofundados estudos quanto aos parâmetros nela inseridos. Nesta perspectiva, foi pensado e organizado um processo específico de capacitação precursor à implementação da Escala, visando instrumentalizar e qualificar os enfermeiros para sua aplicação nas diversas áreas pelas quais a criança transita durante a internação hospitalar.

A aplicação da Escala Braden Q de avaliação da pele é uma versão pediátrica da Escala Braden, e considera os fatores de risco específicos para o desenvolvimento de LP em

crianças. Portanto, seu uso como instrumento de avaliação favorece a identificação dos pacientes em situação de risco, qualifica o cuidado de enfermagem e possibilita a criação de protocolos específicos de prevenção de danos causados por lesões de pele.

## ■ OBJETIVO

Relatar a implementação da Escala Braden Q na Pediatria de um Hospital Universitário.

## ■ MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo relato de experiência sobre a implementação da Escala Braden Q desenvolvido no Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre do estado do Rio Grande do Sul.

O Serviço de Enfermagem Pediátrica é composto por cinco unidades pediátricas, quais sejam: Unidade de Internação Pediátrica Norte - 10° N, Unidade de Internação Pediátrica Sul -10° S, Unidade de Oncologia Pediátrica - 3° Leste, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - UTIP e Unidade de Emergência Pediátrica - UEP. Essas unidades atendem a crianças/adolescentes e famílias em situações de agravos crônicos ou agudos à saúde. O Serviço conta com 75 enfermeiras habilitadas para utilização da Escala Braden Q na práxis cotidiana do cuidado. Além das unidades especificamente pediátricas, a Escala é utilizada em todas as unidades que atendem pacientes pediátricos na instituição, como Bloco Cirúrgico e Sala de Recuperação Pós-Anestésica.

A aplicação da Escala Braden Q de prevenção de lesões por pressão deriva da construção e aprovação de protocolo específico, mediante trabalho de um grupo multiprofissional integrante da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas (CPTF) da instituição. A escala foi implementada no mês de Novembro de 2017, tendo como marco de seu início o intitulado “Dia Q”, como forma de despertar o interesse da comunidade interna para o fato.

As enfermeiras que ofertaram as capacitações possuíam mais de cinco anos de atuação na área do cuidado em pediatria, apresentavam experiência clínica no cuidado à criança com lesão por pressão e estão em nível de *expert*, conforme os critérios de Benner (GUIMARÃES; et al, 2016).

O processo de capacitação dos enfermeiros para aplicação da Escala Braden Q passou a integrar o Programa de Educação Permanente com enfoque no paciente pediátrico da instituição. A abordagem específica sobre a prevenção de lesões por pressão em crianças também faz parte do rol de conteúdos ministrados aos técnicos de enfermagem, constituindo-se em qualificação do cuidado.

## ■ RESULTADOS

Cuidar de crianças com lesão por pressão ou em risco de desenvolvê-las, requer do enfermeiro conhecimento específico sobre os fatores que determinam este tipo de lesão de pele em crianças, fenômeno comum nas unidades pediátricas, demandando, conseqüentemente, a necessidade do uso de tecnologias apropriadas de prevenção e tratamento com base em um referencial teórico e metodológico sensível às características da população pediátrica.

Descreve-se, a seguir, a trajetória percorrida para estudar, qualificar e efetivar o processo de avaliação e cuidados de prevenção das lesões por pressão em pediatria, inerentes a implantação e implementação do recurso tecnológico de cuidado “Escala Braden Q” adotado pela Enfermagem Pediátrica da instituição.

### **Um pouco da história: a escolha da escala**

Uma vez identificada a importância de se adotar uma escala preditiva para lesão por pressão em pediatria, foi realizado um levantamento sobre as escalas que versavam sobre o tema. Entre algumas disponíveis na época, podemos considerar que o fator determinante para a escolha da Escala de Braden Q baseou-se em dois fatos relevantes: primeiro, a instituição já utilizava a Escala de Braden para avaliar os pacientes adultos e o segundo, a Escala Braden Q acabava de ser validada para a língua portuguesa.

O grupo considerou que a proximidade entre as duas escalas, a Braden e a Braden Q, sendo que a última é a versão pediátrica e conta com um sistema de itens e pontuações semelhantes a escala original, facilitaria o uso para os enfermeiros da instituição, já habituados a Braden.

A escala de Braden Q foi adaptada para o uso pediátrico por Curley et al (2003), nos Estados Unidos, a partir da escala de Braden, mas considerando os fatores de risco específicos para crianças o que garantiu sensibilidade comparável à escala de Braden.

A enfermeira Ana Cláudia Amoroso Ribeiro de Maia, no ano de 2007, realizou a validação da escala de Braden Q para a língua portuguesa. A validação da escala foi resultado da sua dissertação de mestrado na Universidade Federal de São Paulo, o que contribuiu favoravelmente para a adoção institucional da Escala de Braden Q (MAIA; 2007).

Em meados de 2009, quando foram iniciadas as primeiras reuniões para tratar da escala Braden Q, o grupo chegou a se corresponder com a autora brasileira, realizando troca de informações e esclarecimento de dúvidas pertinentes a aplicação da mesma. Como curiosidade podemos citar que a autora, quando estava desenvolvendo seu mestrado sobre a escala, compartilhou que também havia entrado em contato com as autoras americanas e realizou praticamente as mesmas trocas de informações.

Seguindo a linha do tempo, por alguns anos, o projeto de implantação da Escala Braden Q, compondo o Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Feridas na Pediatria, precisou aguardar para ser colocado definitivamente em prática. Ocorre que a instituição hospitalar em questão, estava passando pelo importante processo de certificação da *Joint Commission International* e precisou adequar e implementar diversos processos. Assim, após a conquista da certificação internacional e com o aval da instituição, foram reiniciados os trabalhos para a implantação da escala.

### A implementação da Braden Q

Visando sistematizar o cuidado institucional quanto a prevenção e tratamento de lesões em pacientes pediátricos, o grupo desenvolveu um Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Feridas em Pediatria, do qual a Escala de Braden Q é parte integrante.

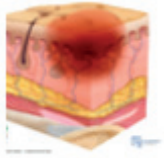

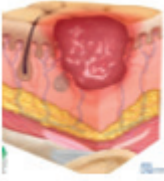





Previamente à implantação da escala de Braden Q na pediatria, foram realizados seis encontros com enfermeiros que atuam em áreas que atendem pacientes pediátricos, visando a capacitação destes pelas enfermeiras *experts* para avaliação da pele das crianças e a aplicação da escala de Braden Q.

Nos treinamentos abordou-se questões como atualização sobre fisiologia, diferenças entre LP adulto e pediátrica, características e estágios das LP, mudança de nomenclatura, fatores de riscos externos e internos e um foco especial para prevenção e tratamento das lesões - com a demonstração dos diversos tipos de coberturas e correlatos disponíveis na instituição e esclarecimento de quando utilizá-los.

### Estadiamento das Lesões por Pressão em Pediatria

ESTÁGIO	FORMA DE APRESENTAÇÃO	CARACTERÍSTICA
	<p>Pele íntegra.</p> 	<p>Sem área avermelhada, sem lesão.</p>



	<p>Pele íntegra com eritema que não embranquece.</p> 	<p>Presença de eritema que não retorna ao normal após a remoção da pressão. Precursor da ulceração de pele.</p>
	<p>Rompimento da pele, flictenas.</p> 	<p>Lesão parcial da pele, envolvendo e/ou derme, ou ambas. A úlcera é superficial e clinicamente aparece como abrasão, bolha ou cratera rasa.</p>
	<p>Rompimento da pele, expondo o subcutâneo.</p> 	<p>Lesão total da pele, envolvendo dano ou necrose da camada subcutânea, mas não completa. A úlcera apresenta-se, clinicamente, como uma cratera profunda com ou sem comprometimento dos tecidos adjacentes.</p>
	<p>Rompimento da pele, expondo o músculo.</p> 	<p>Grande destruição com presença de tecido necrótico ou dano de músculos, ossos ou estruturas de suporte (ex.: tendões e cápsula articular).</p>

	<p>Perda da pele em sua espessura total e perda de tissular não visível.</p> 	<p>Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.</p>
	<p>Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.</p> 	<p>Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devidas a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.</p>

Adaptado de *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP,2016)* com fotos do arquivo pessoal das autoras.

Em relação a aplicação da escala de Braden Q, considera-se os seguintes parâmetros: intensidade e a duração da pressão por meio da avaliação da mobilidade, atividade e percepção sensorial, tolerância dos tecidos pela avaliação da umidade, cisalhamento, nutrição, perfusão e oxigenação dos tecidos. Cada item sendo devidamente pontuado, a escala nos fornece um escore que classifica a avaliação de risco em “baixo risco”, “risco moderado” e “alto risco”. Para fins de treinamento visando a aplicação prática da Escala Braden Q, incluiu-se um ambiente de simulação de diversos perfis de pacientes, geralmente encontrados na prática assistencial, visando o esclarecimento de dúvidas bem como o incentivo para experimentar a utilização da escala.



## Escala de Braden Q para avaliação do risco de lesão por pressão em crianças

<b>Mobilidade:</b> Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo.				
<b>1. Completamente Imóvel:</b> Não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	<b>2. Muito limitado:</b> Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	<b>3. Levemente limitado:</b> Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo, sem ajuda	<b>Total</b>
<b>Atividade:</b> Grau de atividade física.				
<b>1. Acamado:</b> Permanece no leito o tempo todo	<b>2. Restrito à cadeira:</b> A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira ou cadeira de rodas.	<b>3. Deambulação ocasional:</b> Deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	<b>4. Crianças jovens demais para deambular ou que deambulam frequentemente:</b> Deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada duas horas durante as horas está acordado	<b>Total</b>
<b>Percepção Sensorial:</b> Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.				
<b>1. Completamente limitada:</b> Não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	<b>2. Muito limitada:</b> Responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	<b>3. Levemente limitada:</b> Responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor	<b>4. Nenhuma alteração:</b> Responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicar dor ou desconforto.	<b>Total</b>
<b>Umidade:</b> Grau de exposição da pele à umidade..				
<b>1. Constantemente úmida:</b> A pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	<b>2. Frequentemente úmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	<b>3. Ocasionalmente úmida:</b> A pele está ocasionalmente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	<b>4. Raramente úmida:</b> A pele geralmente está seca, as trocas de fraldas são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24h.	<b>Total</b>
<b>Fricção e cisalhamento:</b> Fricção: A pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.				
<b>1. Problema importante:</b> A espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	<b>2. Problema:</b> Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	<b>3. Problema Potencial:</b> Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	<b>4. Nenhum problema aparente:</b> Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.	<b>Total</b>
<b>Nutrição:</b> Padrão usual de consumo alimentar.				
<b>1. Muito pobre:</b> Em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Inger pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	<b>2. Inadequada:</b> Dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	<b>3. Adequada:</b> Dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	<b>4. Excelente:</b> Dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.	<b>Total</b>
<b>Perfusão Tecidual e Oxigenação</b>				
<b>1. Extremamente comprometida:</b> Hipotensão (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	<b>2. Comprometida:</b> Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	<b>3. Adequada:</b> Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico é normal.	<b>4. Excelente:</b> Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.	<b>Total</b>

Fonte: MAIA, A.C.A.R, 2007.

## O Dia Q

Após a conclusão das capacitações dos enfermeiros da instituição, escolheu-se um dia para o início da implantação da escala. Denominou-se de “Dia Q”, como uma alusão a escala de Braden Q e para simbolizar um marco para a comunidade interna do início da nova escala, ocorrido em 9 de novembro de 2017. A data foi divulgada previamente através da rede interna de internet do hospital e no dia combinado, todas as unidades receberam a visita de membros da Comissão de Tratamento de Feridas para, conjuntamente com os enfermeiros dos setores, preencherem as primeiras escalas preditivas pediátricas da instituição.

O “Dia Q”, registros da implementação da escala com as equipes da pediatria.



Fotos do arquivo pessoal das autoras.

Este foi o início de uma trajetória que marcou definitivamente o contexto do cuidado à criança mediante a introdução de uma ferramenta sensível para avaliar e prever o risco de lesão por pressão em pediatria. A experiência com a utilização da Escala Braden Q revela

tratar-se de um instrumento válido e confiável que qualifica a prática clínica do enfermeiro, permitindo a incorporação de intervenções no âmbito da avaliação, prevenção e tratamento de lesão por pressão em pacientes pediátricos.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a escassez de ações sobre lesão por pressão em crianças, a preparação dos enfermeiros pediátricos previamente à implementação da Escala Braden Q forneceu subsídios para um novo olhar no cuidado com a pele do paciente pediátrico. A atividade esclareceu e sensibilizou sobre a importância deste cuidado, contribuindo positivamente para a aceitação e facilitando a implementação da nova escala na Instituição, ocorrida no mês posterior ao da capacitação.

A adoção do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas em Pediatria contribuiu para padronizar o cuidado com a pele das crianças na instituição, permitindo ainda a implementação dos cuidados de enfermagem de forma preventiva e precoce, podendo ser iniciado pelo enfermeiro que primeiramente identificar uma alteração de pele quando avaliar o paciente.

Mesmo tendo capacitado um maior número de profissionais quanto a prevenção e tratamento de lesões de pele em pediatria, a Comissão de Tratamento de Feridas, através dos seus representantes nas áreas pediátricas, continua fornecendo suporte no formato de consultorias para os casos que necessitem de acompanhamento especializado.

Passados quase três anos desde a implementação do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas em Pediatria, considera-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que, além de se ter ampliado o conhecimento sobre o tema, igualmente se verificou a repercussão no cuidado, sendo que a avaliação da pele pediátrica passou a ser uma prática sistematizada no cuidado de enfermagem.

A capacitação da equipe de enfermagem quanto ao Protocolo de Tratamento de Feridas e da Escala de Braden Q continua sendo ofertada, mas de forma permanente na instituição, o que contribui para a discussão e aperfeiçoamento constante acerca do tema. Atualmente o cuidado com a pele continua evoluindo e outras tecnologias estão sendo progressivamente inseridas, como o uso de laser de baixa intensidade, o que vem a qualificar ainda mais o cuidado de enfermagem em pediatria.

## ■ AGRADECIMENTOS

Agradecemos a equipe de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que acolheu e possibilitou o desenvolvimento deste trabalho para qualificar o cuidado na proteção da pele dos nossos pacientes pediátricos.

## ■ REFERÊNCIAS

1. CURLEY, M.A.Q.; RAZMUS, I.S.; ROBERTS, K.E., WYPIJ D. Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: the Braden Q Scale. *Nurs Res.* 2003; Jan-Feb; 52 (1): 22 - 31. doi:
2. GUIMARÃES, H.C.Q.C.P; PENA, S.B.R; LOPES, J.L.; LOPES, C.T.; BARROS, A.L.B.L. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2016 Jul;27(3):130-5.
3. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Assistência: Comissões, 2021. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-comissoes-prevencao-e-tratamento-de-feridas>>. Acesso em 03 de abril de 2021.
4. MAIA, Ana Claudia Amoroso Ribeiro de. Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação da Escala de Braden Q. 2007, 74 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007.
5. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). Pressure Injury Stages. The National Pressure Injury Ulcer Advisory Panel redefined the definition of a pressure injuries during the NPUAP 2016 Staging Consensus Conference that was held April 8-9, 2016 in Rosemont (Chicago), IL.
6. OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM M. M. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola de Enfermagem Anna Nery*, v.18, n.1, p 122-129, 2014.
7. PARANHOS, Wana Yeda ; SANTOS, V. L. C. G. . AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO POR MEIO DA ESCALA DE BRADEN, NA LÍNGUA PORTUGUESA. *Rev Esc Enf Usp*, SÃO PAULO, v. 33, n. especial, p. 191-206, 1999.
8. RODRIGUES, C.B.O. Lesão por pressão em pacientes pediátricos: fluxograma de prevenção e sistematização do cuidado de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. 2018.



03

# Avaliação da dor: qualificação da consulta de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família

| Renata Batista Bernardes **Scarpatti**  
FICSAE

| Eliseth Ribeiro **Leão**  
HIAE

# RESUMO

**Objetivos:** Caracterizar a dor dos usuários do Sistema Único de Saúde avaliada pelos enfermeiros em consultas de enfermagem na unidade de saúde e domicílio; verificar a viabilidade de implantação da avaliação da dor, na perspectiva dos enfermeiros que prestam atendimento a essa população. **Método:** estudo de campo transversal, prospectivo com abordagem quantitativa. Para a avaliação da dor foi utilizado o Inventário Breve de Dor (IBD) e a viabilidade de implantação foi verificada por meio do questionário de escala Likert junto aos enfermeiros participantes do estudo. **Resultados:** apontaram que os usuários sofrem de dor de intensidade que variam de moderada a intensa, essa interfere no cotidiano como: atividade geral, humor, habilidade de caminhar, trabalho, relacionamento com outras pessoas, sono e habilidade para apreciar a vida. Também possibilitou ao enfermeiro a reflexão sobre a avaliação da dor nas suas práticas diárias de atendimento o que sugere a viabilidade de implantação da avaliação de dor como rotina na assistência aos usuários. Entretanto, recomenda-se a capacitação para esse atendimento, objetivando a avaliação completa da dor proposta pelo IBD.

**Palavras-chave:** Dor, Medição da dor, Enfermagem de Atenção Primária, Enfermagem de Família.



## ■ INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e se constitui em uma ordenadora das redes de atenção com as funções de acolher, gerir e coordenar a assistência ao usuário em toda a rede de assistência pública, conforme determinado pela Política Nacional da Atenção Básica.<sup>1,2</sup>

A atual crise, entretanto, que os serviços de saúde têm vivenciado, com um número cada vez mais expressivo de pessoas atendidas acaba por comprometer a qualidade assistencial prestada aos usuários, de forma que questões essenciais, tais como a avaliação e gerenciamento da dor sofram negligência em graus variados.<sup>3</sup>

O gerenciamento da dor tem sido apontado como um quesito importante na melhoria da assistência que se reflete na qualidade assistencial prestada nos serviços. Todavia, com ênfase na atenção hospitalar, a fragmentação dos serviços, sobreposições de atividades, falha na comunicação, entre outras lacunas, favorecem o não alcance da qualidade desejada na prestação da assistência.<sup>4</sup> Poucos estudos também têm sido conduzidos sobre dor na atenção primária à saúde.

Diariamente os serviços recebem pacientes que na sua maioria tem em comum uma queixa dolorosa, com características e localização corporal diversas, quer sejam em quadros agudos ou crônicos. Nesses atendimentos o que se observa na prática clínica é que os pacientes vêm em busca por medicamentos, independente de uma investigação mais profunda da causa da dor, comportamento esse que acaba por ser reforçado pelos profissionais prescritores. E como não se investiga e avalia a possibilidade de remoção da causa da dor, um quadro que poderia ser sanado ou bem gerenciado, acaba não sendo investigado de forma adequada, o que gera uma hiper utilização do serviço com a queixa recorrente.<sup>2</sup> Nesse sentido parece haver certo retrocesso, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que deveria ser um novo modelo de atenção à saúde, mas que continua focado na doença e na medicalização.

Tal situação gera, frequentemente sentimento de impotência sentimento de impotência no manejo da queixa dolorosa, frente a um comportamento padrão de medicalização, sem, todavia, uma avaliação profissional mais acurada por um dos membros da equipe, tendo em vista a não existência da avaliação sistematizada da dor. Se por um lado inexistente a avaliação que oriente o tratamento adequado da dor, tampouco existem formas regulares de reavaliação para verificar sua efetividade, o que resulta num círculo vicioso de novas (velhas) queixas nos retornos que se seguem indefinidamente.

Diante desse cenário, questionamos sobre quais alternativas podem ser implementadas para melhor manejo e controle da dor da população adulta, nas Unidades Básicas de Saúde. Como podemos conhecer melhor as dores mais referidas e sua área de abrangência? Como

avaliá-las? Seria a implantação da avaliação sistematizada da dor um projeto viável? O enfermeiro estaria disposto a abraçar essa causa?

O enfermeiro tem sido considerado o gestor do cuidado e elo integrador das diversas intervenções da equipe multiprofissional, como também tem sido apontado como o profissional de saúde responsável pela avaliação da dor daí a necessidade de envolvê-lo e de saber dele frente à dinâmica de trabalho já instituída a viabilidade de implementação de uma proposta de avaliação sistematizada da dor.<sup>5</sup>

Frente ao exposto que se caracteriza pelo desconhecimento de dor na população adulta da região, da ausência de avaliação da dor nos serviços de atenção primária no e pela escassez ainda, da literatura voltada para o gerenciamento da dor na Estratégia da Saúde da Família, o presente trabalho foi proposto.

## ■ MÉTODO

Estudo transversal com abordagem quantitativa foi realizado no município de Serra, Espírito Santo – Brasil. O município possui 25 Unidades de Estratégia de Saúde da Família; dessas, 13 participaram da pesquisa.<sup>6</sup>

O Projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (registro CAAE: 61711616.2.0000.0071) e da Secretaria Municipal de Saúde de Serra (processo nº 16887/2017) e está em consonância com as diretrizes para pesquisas com seres humanos no Brasil. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A fase pré-coleta de dados foi constituída por duas Oficinas de Educação em Saúde, sobre a temática da dor, tendo em vista que os enfermeiros precisavam ser treinados para realização da avaliação da dor dos usuários. O conteúdo programático das oficinas foi proposto pela orientadora do estudo com ampla experiência nessa temática e o mesmo foi ainda validado por duas enfermeiras especialistas em dor, considerando a organização geral, estrutura, apresentação, coerência, clareza, atualidade das informações, adequação da linguagem, capacidade de despertar interesse, relevância do conteúdo, com propósito de prover fundamentos básicos para avaliação da dor e o instrumento a ser utilizado no estudo. O treinamento foi realizado pela investigadora principal em um período de quatro horas, em dois turnos distintos, para possibilitar a participação de todos os profissionais dos 13 serviços da região, sem causar prejuízo ao serviço.



## Coleta de dados - Instrumentos para coleta de dados

Durante as consultas de enfermagem, os enfermeiros treinados aplicaram a versão brasileira do Inventário Breve de Dor (IBD), validada em 2011<sup>7</sup>. No IBD os escores variam de 0 a 10; e de acordo com o artigo de validação obedece aos seguintes pontos de corte para intensidade dolorosa: 1– 4, dor leve; 5–7 dor moderada; e 8–10, dor intensa.

O questionário de viabilidade de implantação da dor na consulta do enfermeiro foi composto por informações sobre sexo, idade, unidade de saúde da família em que atua, tempo de trabalho na ESF e tempo de formado. Nove questões fechadas sobre: o tempo de aplicação do IBD, a facilidade de aplicação, a compreensão do usuário em relação às perguntas, se facilitou o atendimento do enfermeiro na compreensão da queixa do usuário, na prescrição do tratamento, orientações para o usuário, reavaliação da dor e a efetividade do tratamento, além de uma questão aberta para comentários adicionais. A pesquisadora realizou visitas quinzenais nas unidades participantes para acompanhamento do andamento da pesquisa, bem como contato telefônico semanal com os enfermeiros e foi quem aplicou o questionário de viabilidade de implantação da avaliação da dor para os enfermeiros do estudo.

Na análise dos dados, as variáveis categóricas foram descritas por frequência absoluta e relativa, enquanto variáveis numéricas foram analisadas quanto às suas distribuições. Quanto à distribuição normal, foram descritas por média e desvio-padrão. As análises foram feitas com o programa R (R Core Team, 2017), versão 3.4.1. Adotou-se nível de significância de 5%.<sup>8</sup>

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A avaliação da dor dos usuários

Dos 368 usuários que tiveram a sua dor avaliada pelos enfermeiros, 310 eram do sexo feminino e, a idade variou de 18 a 82 anos, com média de 48,51 anos e desvio-padrão de 14,20 anos.

Da amostra estudada, 281 (76,6%) afirmaram sentir dor diferente de dor de dente ou dor de cabeça (embora esta estivesse presente). As três áreas corporais mais citadas com dor mais intensa foram: patelar (46%) e cabeça (22,6%).

A avaliação da intensidade da dor, demonstra que parcela expressiva dos usuários referiu dor intensa nas últimas 24h, mas que no momento da avaliação a dor foi considerada leve, conforme apresentado na tabela 1.

**Tabela 1. Descrição dos itens e escore da intensidade da dor do instrumento IBD. Serra, 2017**

Intensidade da dor	N	n (%)	Mediana [IIQ] ou média [DP]	Mínimo e Máximo
Pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas	367		7,00 [5,00; 9,00]	0; 10
Sem dor a dor leve (0-4)		82 (22,3)		
Moderada (5-7)		103(28,1)		
Intensa (8-10)		182(49,6)		
Dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas	366		3,00 [1,00; 5,00]	0; 10
Média da sua dor	365		5,00 [3,00; 7,00]	0; 10
Quanta dor você está sentindo agora	366		3,00 [0,00; 5,75]	0; 10
IBD- Dimensão intensidade da dor	300		4,77 (2,22)	0;0

IIQ: intervalo interquartil. DP: desvio-padrão.

O impacto da dor foi relatado principalmente para atividade geral, humor, trabalho e sono, conforme tabela 2.

**Tabela 2. Descrição dos itens e escore da interferência da dor do instrumento IBD.**

Interferência da dor	N	Mediana [IIQ]	Mínimo Máximo
Atividade geral	360	5,00 [0,00; 8,00]	0;10
Humor	353	5,00 [0,00; 9,00]	0;10
Habilidade de caminhar	360	4,00 [0,00; 8,00]	0;10
Trabalho	355	5,00 [0,00; 8,00]	0;10
Relacionamento com outras pessoas	360	1,00 [0,00; 7,00]	0;10
Sono	358	5,00 [0,00; 9,00]	0;10
Habilidade para apreciar a vida	360	2,00 [0,00; 8,00]	0;10
IBP - Interferência da dor	300	4,57 [1,71; 7,29]	0,00; 10,00

Quanto ao uso de medicamentos, 39,7% usavam anti-inflamatórios e 35,9% de analgésicos simples e muitos não souberam responder (73,9%), mas dos que citaram algum tratamento, 4,4% disseram fazê-lo com especialistas.

### Perfil dos enfermeiros e qualidade de preenchimento do IBD

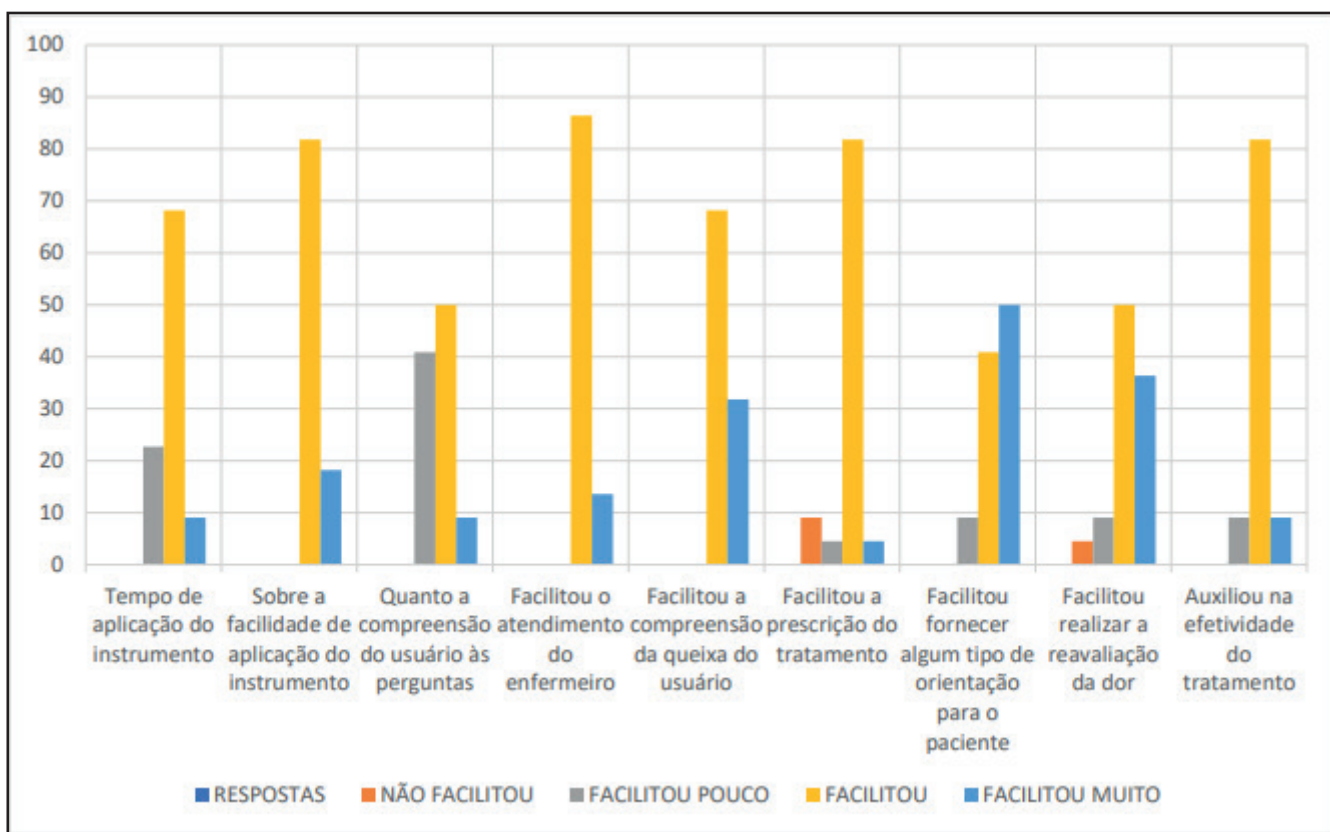
Vinte e dois enfermeiros avaliaram a dor de 368 usuários, sendo que cerca de um pouco mais de um terço dos casos avaliados por esses enfermeiros (36,4%), apresentaram 100% de completude das informações do instrumento IBD preenchidas.

Dos enfermeiros participantes, apenas um deles (4,5%) era do sexo masculino. A idade variou de 31 a 59 anos, com mediana de 43,5 anos (intervalo interquartil de 39 e 50 anos). O tempo de trabalho em ESF variou de 4 a 15 anos, com mediana de 12 anos (intervalo

interquartil de 7 e 13 anos). O tempo de formado variou de 14 a 33 anos, com mediana de 17 anos (intervalo interquartil de 16 e 26,8 anos).

Quanto ao questionário de viabilidade de implantação da dor na consulta de enfermagem, a maioria das respostas indicam que a avaliação da dor foi de fácil execução e constitui instrumento facilitador na assistência, conforme Figura 1.

**Figura 1.** Distribuição das respostas aos itens do questionário de viabilidade de implantação da dor na consulta de enfermagem – enfermeiro. Quanto maior o valor da resposta, mais positiva é a avaliação. N=22 – Serra, 2017.



O estudo apresentado é de relevância para a APS, visto que ela está em amplo crescimento e aprimoramento de suas práticas, buscando utilizar tecnologias leves com resultados expressivos.

A avaliação da dor revelou que a dor musculoesquelética foi a mais prevalente entre os participantes do estudo, em sua maioria do sexo feminino e que apresentam um caráter de cronicidade. A dor musculoesquelética é bastante comum em nosso meio, tanto na população geral como em populações vulneráveis,<sup>9,10</sup> principalmente localizadas na região lombar, joelho, pernas e cabeça.<sup>11</sup> As queixas algícas se assemelham nas regiões também identificadas na nossa pesquisa.

Nossos achados corroboram outros estudos que ao avaliar a dor em adultos na atenção primária por meio de uma escala verbal de dor também encontraram maior prevalência da dor em mulheres (69,1%). E que, além disso 75% dos entrevistados de uma Unidade Básica de Saúde possuíam algum tipo de dor diária.<sup>12,13</sup>

A queixa de dor de cabeça também estava presente na amostra estudada. Milhões de brasileiros sofrem com dor de cabeça frequente, que se apresentam de diversas formas e intensidade. O Caderno de Atenção Básica que trata sobre as queixas mais comuns dos usuários na demanda espontânea aponta a cefaleia e a dor lombar (indicando que 70 % da população acima de 40 anos irá apresentar essa queixa) com maior frequência nos atendimentos.<sup>4</sup>

Quanto à intensidade da dor, observou-se que metade dos usuários avaliados queixou de dor intensa nas últimas 24 horas, embora estivesse de intensidade leve no momento da entrevista, tinha impacto importante nas atividades de vida diária, principalmente na atividade geral, humor, trabalho e sono. Estudos sobre a dor em usuários com dores crônicas também têm a diminuição da qualidade de vida, o prazer pela vida, o comprometimento das relações e alteração do nível de humor. Sendo assim, é necessário que haja uma mobilização da gestão e dos profissionais de saúde em favor dessa demanda urgente que tem comprometido o cotidiano de grande parte da população que sofre com dor crônica.<sup>14,15,11</sup>

Observamos ainda, pelo relato dos usuários, que metade apresentou melhora com a instituição de algum tipo de tratamento, em sua grande maioria o farmacológico, porém com pouco respaldo de especialistas. Isso nos leva a ponderar sobre a implantação de serviços voltados ao atendimento de usuários com dor crônica, que poderiam resultar na quase totalidade de melhora das queixas álgicas e possibilitar mais qualidade de vida aos usuários. Terapias não farmacológicas, inclusive poderiam ser incluídas nesses serviços para melhor manejo e controle da dor.<sup>16</sup>

Pelo grau da intensidade da dor apresentada e o nível de interferência na realização das atividades diárias observadas no presente estudo, o nível de comprometimento à saúde desses indivíduos pode tender ao agravamento no decorrer do tempo, o que poderá gerar ainda mais custos para os serviços de saúde, com uma repercussão socioeconômica importante, além de um sofrimento que pode ser evitado pela implantação da avaliação sistematizada da dor e engajamento dos profissionais de saúde para um melhor gerenciamento dos quadros álgicos dos usuários da APS.

Desenvolver um atendimento na APS que realize diagnósticos e tratamentos adequados na dor aguda para evitar que a mesma se cronifique, minimizar os quadros dolorosos crônicos e diminuir as referências para níveis mais especializados de atenção à saúde constituem o início do cumprimento dos requisitos de uma saúde de qualidade precisam ser considerados na organização dos atendimentos nesses serviços. Mas para tanto a avaliação sistemática da dor se faz necessária, como uma atribuição do enfermeiro, por entendermos que é o melhor profissional qualificado para sua realização, visando a um gerenciamento adequado da dor.

Na perspectiva dos enfermeiros sobre a viabilidade da implantação da avaliação da dor, de uma maneira geral, os resultados foram positivos sobre o uso do instrumento de avaliação de dor. A amostra dos enfermeiros em sua totalidade apontou que o instrumento facilitou no atendimento da enfermagem, assim como essa porcentagem se repete para o quesito de ter facilitado compreender a queixa do usuário.

Uma das nossas preocupações recaiu sobre a escolha do instrumento, pois como sabemos da demanda grande de usuários que atendemos diariamente e a impaciência da espera, tínhamos, ao mesmo tempo, que ter uma avaliação de fácil compreensão que permitisse avaliar a dor em sua multidimensionalidade. Estudo que comparou a utilização de três instrumentos: o IBD, questionário McGill de Dor (MPQ) e escala visual analítica de Dor (EVA) na perspectiva do usuário e profissionais em três setores diferentes: pronto socorro, enfermagem e ambulatório, foi decisivo para a adoção do IBD. Em relação ao tempo de aplicação, o IBD (3 min) e EVA (1 min) tiveram o menor tempo, porém, na preferência dos usuários, em 80% o IBD ficou em destaque, o que foi observado também quanto à preferência dos entrevistadores.<sup>17</sup>

Dessa forma, optamos pelo uso desse instrumento que também teve algumas avaliações negativas nesta pesquisa, por considerarem ainda demorada a aplicação do instrumento, e que os usuários compreenderam parcialmente as perguntas, o que deve ser considerado como aspecto a ser aprofundado em futuros estudos. O mais importante era criar um espaço de reflexão sobre o gerenciamento da dor, o papel do enfermeiro e a necessidade da avaliação sistemática da dor e este estudo parece ter contribuído para isso. Enfermeiros motivados serão aptos a selecionar a melhor escala para utilização na prática clínica e que melhor atenda o perfil de usuários do serviço.

Por outro lado, quanto às implicações no planejamento das prescrições de enfermagem, prescrição do tratamento, orientação ao usuário, auxílio na efetividade do tratamento e reavaliação do usuário, a maioria relatou encontrar no instrumento um ponto de apoio importante com fundamentação para fornecer um plano adequado ao usuário.

Vale destacar a importância do treinamento para os enfermeiros na avaliação da dor, tendo em vista que os registros se mostraram muitas vezes incompletos. Ao adotar a avaliação da dor como rotina nos atendimentos de enfermagem, considerando-a como 5º sinal vital, o resultado será de qualidade se, e somente se, os registros forem feitos de forma adequada e utilizados na sistematização da assistência, de forma a permitir ainda, as reavaliações tanto da dor como do cuidado e das intervenções propostas.<sup>18</sup>

Embora o estudo apresente algumas limitações, como uma amostra pequena de enfermeiros, restritos a uma determinada região, contribui para as possibilidades de implementação

de novas práticas e implantação de rotinas nos atendimentos das Unidades de APS, no que tange à dor.

## ■ CONCLUSÃO

Os usuários avaliados em consulta de enfermagem apresentaram principalmente dor musculoesquelética, de intensidade moderada a intensa, o que tem causado interferência no cotidiano destes.

Em relação à viabilidade de implantação da avaliação da dor na perspectiva dos enfermeiros que prestam atendimento nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, a utilização do instrumento foi avaliada com positividade pela maioria deles, denotando a sua possibilidade de implantação da avaliação da dor como rotina na assistência aos usuários.

## ■ REFERÊNCIAS

1. MENDES, Eugênio Vilaça, O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária a Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Vol. 2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).
3. Centro de Estudo Estratégicos da Fiocruz. Crise no Brasil: quais os impactos na saúde da população. 2016 nov Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/481>>
4. DE SOUSA, Mata M, da Costa FA, de Souza TO, de Sousa Mata AN, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. Cienc. Saud Colet. 2011; 16(1):221-30.
5. PINTO, DR, Morais J, Ferreira AS, Machado TP, Vitorino DF, Santos AP. Abordagem não-farmacológica na cefaleia do tipo tensional: efeitos da hidroterapia sobre a dor e a qualidade de vida. Rev Bras Neurol. 2017;53(1):15- 26.
6. Prefeitura Municipal da Serra. Secretária de Saúde. Estrutura organizacional [Internet]. Serra; c2018 [citado 2018 Jan 18]. Disponível em: <<http://www.serra.es.gov.br/organograma>>
7. FERREIRA KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation brief pain inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer. 2011;19(4):505- 11.
8. R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Internet]. Vienna, Austria: The R Foundation for Statistical Computing; 2015 [ cited 2017 Nov 13]. Available from: <http://www.R-project.org/>
9. DE FREITAS, Barros SR, da Silva Soares MC, de Barros Falcão PH. A magnitude da dor na “porta de entrada” preferencial do Sistema Único de Saúde. Rev. Dor. 2015;16(4):285-7.



10. DECAMPOS, AG. Qual a dor do mora(dor) de rua? [dissertação]. [São Paulo]:Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Mestrado Profissional em Enfermagem; 2016.142f.
11. CABRAL, DM. Prevalência de dor crônica e identificação de fatores associados em um segmento da população da cidade de São Paulo [dissertação]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestrado em Medicina Preventiva; 2014. 90f.
12. DE CARVALHO, Trindade KM, Schimitt AC, Casarotto RA. Queixas musculoesqueléticas em uma Unidade Básica de Saúde: implicações para o planejamento das ações em saúde e fisioterapia. *Fisioter Pesqui.* 2013;20(3):228- 34.
13. RIOS, JI, Maranhão RC, Gazineu RM, Nogueira AB, Marques CD. Prevalência de queixas musculoesqueléticas em pacientes atendidos em ambulatórios de Ensino de Clínica Médica. *Rev Bras Clin Med.* 2009; 7:283-9.
14. SIEBRA, MM, Vasconcelos TB. Qualidade de vida e estado de humor em pacientes com dores crônicas. *Rev Dor.* 2017;18(1):43-6.
15. FERREIRA, KA. Dor e qualidade de vida relacionada à saúde de usuários com câncer: influência das citocinas pró-inflamatórias TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-8 e IL-1 $\beta$  [tese]. [São Paulo]: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008. 253f
16. BRASIL. Ministério da saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Quais os tratamentos não medicamentosos para dor crônica? [Internet]. BVS APS; c2009 [citado 2017 Dez 13]. Disponível em: <[http://aps.bvs.br/aps/quais-ostratamentos-nao-medicamentosos-paradorcronica/?post\\_type=aps&l=pt\\_BR](http://aps.bvs.br/aps/quais-ostratamentos-nao-medicamentosos-paradorcronica/?post_type=aps&l=pt_BR)>
17. MARTINEZ, JE, Grasse DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(4):299-308.
18. SOUZA, AB, Chaves LD, da Silva MC, organizadores. *Enfermagem em clínica médica e cirúrgica: teoria e prática.* São Paulo: Martinari; 2014. Capítulo 5, A dor 5º sinal vital; p.373-81.



04

# Análise de uma estratégia de redução de subnotificações de evento adverso em um hospital

| Dalvânia Lopes **Rodrigues**  
UFVJM

| Alvia Maria Tereza **Alves**

| Dhelfeson Willya Douglas de **Oliveira**  
UFVJM

| Maristela Oliveira **Lara**  
UFVJM



# RESUMO

Este estudo objetivou analisar uma estratégia criada em um hospital do interior de Minas Gerais, na redução das subnotificações de eventos adversos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, comparativo. Os dados analisados são referentes à taxa mensal de eventos adversos por setor e das fichas de notificação, do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), o período de tempo analisado foi de dois anos, sendo um ano antes da criação da estratégia e o outro após. Os resultados do estudo comprovaram estatisticamente, que a estratégia teve um desempenho significativo nos setores das clínicas e Pronto Atendimento. Dentre os principais eventos relatados, a flebite se destacou por ser o mais notificado em ambos períodos, antes e pós estratégia, compreendendo a 22,86% e 38,72% das notificações. Dessa forma ter uma estratégia focada no aumento das notificações foi favorável para auxiliar na redução das subnotificações, evidenciando ser uma importante fonte de informação e alerta para promoção da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Evento Adverso, Segurança do Paciente, Notificação, Hospital.

## ■ INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente origina-se do atual cenário de elevada incidência de danos aos pacientes durante a assistência à saúde. Uma estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciou que um em cada dez pacientes é vítima de um evento adverso ao receber assistência hospitalar em países desenvolvidos e que os números podem ser ainda maiores nos países em desenvolvimento (ANVISA, 2017). Os Eventos Adversos (EA) são definidos pela OMS como incidentes que resultam em danos não intencionais, decorrentes da assistência e que não se relacionam à da doença de base do paciente (WHO, 2018).

Mesmo com todos os avanços relacionados à segurança do paciente ao longo dos anos, o erro humano ainda é um dos fatores que se destaca e frequentemente episódios de erro envolvendo profissionais de saúde, são noticiados através da mídia causando grande comoção social. Os eventos adversos são a forma mais simples de se reconhecer o erro quantitativamente, pois os EA causam danos e são mais facilmente identificados (DUARTE *et al.*, 2015).

Um dos maiores estudos conduzidos sobre eventos adversos foi realizado pela *Harvard Medical Practice Study*, publicado em 1991, mostrando que eventos adversos decorrentes da assistência ocorriam em 3,7% do total das internações, sendo 69% atribuíveis a erros (isto é, preveníveis) e 27,6% à negligência. Embora 70,5% dos eventos tenham determinado incapacidades com duração menor que seis meses, 13,6% resultavam em morte e 2,6% causavam sequelas irreversíveis (PEDROSA; COUTO, 2014).

Estudos realizados em países como Estados Unidos, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Canadá, Holanda, Suécia e Brasil constataram que 2,9 % a 16,6 % dos pacientes internados sofreram eventos adversos, sendo a maioria desses preveníveis. No Brasil, um estudo realizado no serviço de emergência de um Hospital Universitário demonstrou que 50% dos pacientes em alta hospitalar e 70% dos que evoluíram a óbito sofreram pelo menos um EA (NUNES *et al.*, 2014, NETO *et al.*, 2019).

A ocorrência desses EA tem um importante impacto para o Sistema Único de Saúde (SUS) e também para o paciente, pode levar ao crescimento da morbidade, mortalidade, do tempo de tratamento, levar a óbito, sequelas definitivas e transitórias, sofrimento psíquico e elevar os custos assistenciais (OLIVEIRA; RODAS, 2017). Estes eventos não afetam somente o paciente, também causam impactos na saúde física e mental dos profissionais de saúde, além de reduzir a satisfação no trabalho (HARRISON *et al.*, 2019).

Um estudo realizado na Irlanda estimou que os eventos adversos em pacientes adultos internados em hospitais, custem mais de 194 milhões de euros por ano ao sistema de saúde irlandês (RAFTER *et al.*, 2017). Estima-se que o valor gasto com as internações hospitalares

é 200,5% maior na ocorrência de EA do que em internações sem eventos, além do tempo de internação se estender (JESUS *et al.*, 2019).

Além da elevada ocorrência de EA outro grave problema enfrentado pelas instituições é a subnotificação destes eventos pelos profissionais, o que constitui uma importante limitação para os Sistemas de Notificação (ALVES; CARVALHO; ALBUQUERQUE, 2019). Segundo FIGUEIREDO; D'INNOCENZO, 2017 a cultura punitiva das instituições está entre as principais responsáveis pela subnotificação e omissão dos eventos por parte dos profissionais, estabelecendo uma barreira para realização de investigações que poderiam gerar medidas preventivas eficazes.

A cultura de segurança é definida como um conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Diante da grande problemática que as instituições hospitalares enfrentam, com o grande número de subnotificações de EA buscando melhorar a comunicação com o maior número de colaboradores possíveis e sabendo que a equipe de enfermagem é chave neste processo, em maio de 2018 em um hospital do interior do Vale do Jequitinhonha que presta atendimentos de alta e média complexidade, foi criado um grupo composto por 12 (doze) técnicos de enfermagem e duas enfermeiras, recebendo o nome de GASP (Grupo de Amigos da Segurança do Paciente). Tal grupo foi criado com o objetivo de trabalhar na redução do número de subnotificações de EA, que como em outros estabelecimentos de saúde, sempre foi um problema na instituição.

Considerando todos os aspectos apresentados sobre o problema global da ocorrência de EA e das subnotificações, justifica-se analisar o desempenho de uma estratégia como o grupo criado pela instituição, na redução das subnotificações dos eventos. Portanto, este trabalho tem como objetivo principal, analisar a estratégia criada pelo hospital na redução das subnotificações de EA.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, comparativo, onde os dados analisados são referentes a taxa mensal de eventos adversos, armazenada no banco de dados do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), de um hospital filantrópico de média e alta complexidade, situado em um município do estado de Minas Gerais, Brasil.

Foram selecionados dados correspondentes a taxa mensal de eventos adversos dos setores: clínicas (médica, cirúrgica, neurológica, convênios), CTI (Centro de Terapia Intensiva) e PA (Pronto Atendimento) e dados das fichas usadas pelo hospital para notificação de

EA, o período de tempo analisado compreendeu há dois anos, sendo um ano referente as notificações e taxa mensal de EA, antes da criação do GASP e o outro após sua criação.

A amostra de dados foi selecionada por conveniência. A taxa mensal de eventos adversos é calculada mensalmente pela enfermeira responsável pelo NSP e as fichas utilizadas para notificação dos mesmos, ficam arquivadas em pastas no setor.

Foram incluídos neste estudo somente dados referentes a taxa mensal de eventos adversos correspondentes ao PA, CTI e clínicas e dados das fichas usadas pelo hospital para notificação dos EA. Foram excluídos, quaisquer dados que não correspondessem a taxa mensal de eventos adversos e das fichas de notificação e dados fora do período estipulado. Nas fichas de notificação foram coletados os principais EA ocorridos e a quantidade, sendo toda coleta de dados ocorrida no espaço do NSP da instituição.

Após a coleta, foi realizada digitação dos dados no programa *Excel* (pacote Office 2007). O processamento dos dados foi feito com o pacote estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences Inc.*) na versão 25. As análises exploratórias dos dados forneceram médias e desvios padrão. O nível de significância adotado foi de 5%. A avaliação da normalidade dos dados foi verificada pelo teste Shapiro-Wilk. Utilizou-se o teste T pareado ou teste de Wilcoxon quando pertinente, para comparar a taxa de notificação nos períodos avaliados. Foi realizada uma análise descritiva, por distribuição de frequências absolutas com intuito de descrever os principais eventos ocorridos durante o período de análise.

Este estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri sob o parecer nº 3.699.082.

## ■ RESULTADOS

O estudo compreendeu a análise da taxa mensal de eventos adversos por setor, durante um período de 24 meses, sendo 12 meses analisados antes da criação do GASP e 12 meses após sua criação e atuação. Também foram analisados e incorporados no estudo, os principais eventos ocorridos de acordo com as fichas de notificação durante este período. A meta preconizada pela instituição para ocorrência de eventos adversos para todos os setores é de até 2%, a ocorrência de eventos adversos deve estar sempre igual ou abaixo deste valor para cumpri-la.

Na tabela 1, estão os resultados referentes às clínicas antes e após a criação do grupo. Nota-se que houve um aumento dos valores em cada mês após atuação do grupo, a média das notificações antes do GASP foi de 0,30 (DP 0,31) e após foi de 1,28 (DP 0,48), a análise estatística entre as taxas de notificação foi realizada utilizando o Test t, o valor de

p encontrado foi  $<0,001$  resultado significativo estatisticamente, confirmando a veracidade em relação ao aumento do número de notificações nas clínicas após a atuação do GASP.

**Tabela 1.** Taxa mensal de eventos adversos das clínicas, junho 2017-maio 2019

Ano/Mês	Valor obtido/antes (%)	Média/desvio padrão	Ano/Mês	Valor obtido/após (%)	Média/desvio padrão	Valor p
<b>2017</b>			<b>2018</b>			
Jun	0,05		Jun	0,90		
Jul	0,51		Jul	1,29		
Ago	0,58		Ago	1,82		
Set	0,00		Set	0,77		
Out	0,00		Out	1,62		
Nov	0,05	0,30/ 0,31	Nov	1,09	1,28/ 0,48	$<0,001$
Dez	0,00		Dez	1,10		
<b>2018</b>			<b>2019</b>			
Jan	0,31		Jan	0,50		
Fev	0,37		Fev	1,31		
Mar	0,32		Mar	1,06		
Abr	0,40		Abr	2,01		
Mai	1,05		Mai	2,00		

Fonte: dados da pesquisa

Na tabela 2, estão os dados do PA, antes da atuação do grupo somente no mês de fevereiro de 2018 houve registro de EA, já no período após sua atuação em 10 dos 12 meses analisados foram registrados EA. A média das notificações antes do grupo foi de 0,08 (DP0,29) e após foi de 0,49 (DP 0,93). A análise estatística das taxas de notificação foi realizada utilizando o teste de Wilcoxon, onde o valor de p encontrado foi de 0,047 a um nível de significância de 0,05, confirmando que a hipótese do aumento no número de notificações após o GASP, no setor é verdadeira.

**Tabela 2.** Taxa mensal de eventos adversos do PA, junho 2017- maio 2019

Ano/Mês	Valor obtido/antes (%)	Média/desvio padrão	Ano/Mês	Valor obtido/após (%)	Média/desvio padrão	Valor p
<b>2017</b>			<b>2018</b>			
Jun	0,00		Jun	0,00		
Jul	0,00		Jul	3,24		
Ago	0,00		Ago	0,69		
Set	0,00		Set	0,06		
Out	0,00		Out	0,09		
Nov	0,00	0,08/ 0,29	Nov	0,00	0,49/ 0,93	0,047
Dez	0,00		Dez	1,17		
<b>2019</b>			<b>2019</b>			
Jan	0,00		Jan	0,08		
Fev	1,01		Fev	0,17		
Mar	0,00		Mar	0,22		
Abr	0,00		Abr	0,13		
Mai	0,00		Mai	0,04		

Fonte: dados da pesquisa

Na tabela 3, encontram-se os dados referentes ao CTI, a média das notificações antes do grupo foi de 2,13 (DP 1,41) e após foi de 3,06 (DP1,60), a análise estatística foi realizada utilizando o Test t, o valor de p encontrado foi de 0,092 superior ao nível de significância adotado de 0,05, portanto não houve evidências suficientes para afirmar que durante o período analisado ocorreu um aumento significativo no número de notificações no setor, que possam ser atribuídas a atuação do GASP.

**Tabela 3.** Taxa mensal de eventos adversos do CTI, junho 2017- maio2019

Ano/Mês	Valor obtido/antes (%)	Média/desvio padrão	Ano/Mês	Valor obtido/após (%)	Média/desvio padrão	Valor p
2017			2018			
Jun	0,35		Jun	1,40		
Jul	3,54		Jul	5,40		
Ago	1,33		Ago	5,37		
Set	0,36		Set	2,74		
Out	1,84		Out	4,32		
Nov	1,44	2,13/ 1,41	Nov	2,70	3,06/ 1,60	0,092
Dez	2,59		Dez	2,27		
<b>2018</b>			<b>2019</b>			
Jan	3,79		Jan	2,11		
Fev	2,47		Fev	1,77		
Mar	5,02		Mar	4,87		
Abr	1,72		Abr	0,53		
Mai	1,19		Mai	3,29		

Fonte: dados da pesquisa

Na tabela 4, estão distribuídos os principais eventos ocorridos antes e após o grupo, de acordo com os registros nas fichas de notificação, nota-se que não há uma distribuição homogênea dos tipos de eventos, mostrando que alguns eventos são mais frequentes que outros. Dentre os eventos notificados a flebite destaca-se com o maior número de notificações em ambos os períodos. No ano anterior ao GASP o período referente a 2017 merece destaque, uma vez que alguns dados podem não ter sido lançados em razão da falta de controle das fichas, o que pode ter ocasionado perda no arquivo do NSP. A quantidade de eventos registrados no período após a atuação do grupo é muito superior ao anterior, o que sugere que além de sua atuação houve também um melhor controle das fichas de evento adverso.

**Tabela 4.** Distribuição dos principais eventos adversos ocorridos nos setores PA, CTI e clínicas, junho 2017- maio2019

Evento Adverso	Quantidade/ antes	Quantidade/ antes (%)	Quantidade/ após	Quantidade/ após (%)
Flebite	32	22,86	170	38,72
Lesão por pressão	27	19,29	109	24,83
Queda	10	7,14	50	11,39
Perda e/ ou obstrução de SNE	28	20	43	9,79
Perda de Cateter de PIA	14	10	27	6,15
Erros de medicamentos	5	3,57	10	2,28

Evento Adverso	Quantidade/ antes	Quantidade/ antes (%)	Quantidade/ após	Quantidade/ após (%)
Perda de AVP	12	8,57	8	1,82
Perda de CVC	5	3,57	5	1,14
Perda de SVD	2	1,43	5	1,14
Evasão do paciente	3	2,14	4	0,91
Perda de cateter de PIC	1	0,71	4	0,91
Erros de identificação do paciente	1	0,71	4	0,91
<b>Total</b>	140	100	439	100

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: SNE: Sonda nasointestinal ;PIA: pressão intra- arterial; AVP: acesso venoso periférico; CVC: cateter venoso central; SVD: sonda vesical de demora; PIC: pressão intra-craniana.

## ■ DISCUSSÃO

De acordo com a análise dos dados na sessão anterior, o GASP obteve resultados satisfatórios nas clínicas (médica, cirúrgica, neurológica e convênios), uma vez que foi comprovado estatisticamente um aumento significativo no número de notificações, após a sua atuação nesses setores. Aponta-se que o reconhecimento do erro/evento inicialmente é o primeiro passo para evitar erros futuros. Sendo assim a compreensão da importância da notificação contribui para uma análise o que permite mediar sobre o fato ocorrido, estabelecer prioridades de intervenção, de forma a encontrar soluções capazes de eliminar, evitar ou reduzir esses EA e assim avaliar o impacto das soluções desenvolvidas (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Outro setor em que os resultados da atuação do grupo foram promissores, foi o PA, que no período analisado antes da criação do GASP só havia registrado a ocorrência de EA em um único mês durante todo o ano, e após a sua atuação houve registros em praticamente todos os meses. Constatando-se assim que, os EA no PA do hospital já aconteciam, porém em sua maioria eram subnotificados e a partir da atuação do grupo o número de notificações começou a aumentar consideravelmente. Segundo PARANGUÀ *et al.*, 2014 as unidades de Pronto Socorro constituem uma área de alto risco para ocorrência de vários tipos de incidentes, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, por absorver grande demanda de pacientes com graus variados de gravidade, além de conviver com deficiência quantitativa e qualitativa de pessoal e recursos materiais, o que resulta em sobrecarga de trabalho e estresse profissional e ambiental.

Em relação a atuação do grupo no CTI, os resultados não foram estatisticamente significantes. Algumas possíveis justificativas podem estar associadas a esse fato, como: a cultura maior de notificação dos eventos quando comparado aos outros setores estudados, também por se tratar de um ambiente com pacientes críticos que são monitorados frequentemente, demandam uma atenção maior por parte da equipe quando comparados a pacientes de outros locais do hospital devido ao seu estado de gravidade, qualquer alteração



que ocorra com o paciente pode assim tornar-se mais evidente. O CTI é um local onde os eventos adversos merecem uma atenção maior, levando em consideração que o paciente grave apresenta características que o tornam mais vulneráveis a erros. Como as condições clínicas são mais graves, a dependência de cuidados por parte do paciente é muito maior, principalmente da equipe de enfermagem (DUTRA *et al.*, 2017).

Ao analisar os principais eventos que foram notificados durante o período de estudo, tanto antes quanto após a atuação do GASP, a flebite foi o evento que obteve maior índice de notificações, correspondendo a 22,86% e 38,72% respectivamente. A terapia intravenosa é amplamente utilizada no ambiente hospitalar, cerca de 90% dos pacientes internados recebem soluções e medicamentos via acesso venoso (BATISTA *et al.*, 2020). Os resultados encontrados corroboram com outros estudos nacionais e internacionais realizados em hospitais, onde também foram registradas elevadas taxas de incidência de flebite 36,1%, 31,4% e 19% (DAUD; MOHAMAD; SOWTALI, 2018; INOCÊNCIO *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2015).

Em relação ao setor onde as flebites podem ser mais prevalentes, um estudo realizado em um hospital universitário de Vitória no Espírito Santo, apontou que o CTI foi o setor que obteve um maior percentual de registro de flebites, compreendendo a 82,4% (PEREIRA *et al.*, 2019). Em contrapartida um estudo realizado em uma unidade de clínica médica, apontou a presença de flebite em 60% dos pacientes internados, demonstrando que neste setor a prevalência também é elevada (ABDUL-HAK; BARROS, 2014).

Outro evento que merece destaque, em razão do elevado número de notificações é a lesão por pressão (LPP), um estudo realizado em um hospital universitário, identificou que cerca de 20,3% dos EA notificados no período analisado eram referentes a lesões de pele, sendo a LPP a mais prevalente com 70% das notificações. Os setores com maior número de notificações compreendiam ao CTI adulto com 62,9% e as unidades de clínica médica, neurológica e cirúrgica com 23,3% das notificações (SILVA *et al.*, 2020), em outro estudo desta vez realizado em hospitais noruegueses a prevalência geral de LPP compreendeu a 18,8%, com maior frequência no CTI, seguido das enfermarias médicas (BREDESEN *et al.*, 2015). Assim fica evidente que a LPP é um evento que possui elevada ocorrência em hospitais, independente do setor de internação, o que reforça a necessidade de ser devidamente notificado, para que possam ser traçadas estratégias a fim de evitar e/ou amenizar os danos que poderão ser causados ao paciente.

Os eventos relacionados a sonda nasoentérica (SNE) se encontram entre os mais notificados no estudo. Em sua pesquisa realizada em unidades de clínica médica e CTI, CERVO *et al.*, 2014 constatou que dos 46 pacientes investigados, 20 (43,5%) apresentaram saída inadvertida de sonda enteral.

As notificações relacionadas a quedas também foram prevalentes, este é um evento adverso comum em hospitais, pode não causar dano nenhum ao paciente e outras vezes gerar consequências serias tais como: lesões, traumas etc. Um estudo realizado em um hospital no Sul do Brasil, demonstrou que o local de internação com maior prevalência de quedas, foi a unidade cirúrgica com 62,5% das notificações (CAVEIÃO *et al.*, 2018). Em um estudo realizado em um hospital argentino, as quedas compreenderam a 10,3% dos relatos sobre evento adverso, sendo o terceiro evento mais relatado (RAMOS; ABELDAÑO ZUÑIGA, 2018).

A perda de cateter de monitorização da pressão intra-arterial, também foi outro evento com um número considerável de notificações. Este por sua vez, é um evento adverso exclusivo do CTI na instituição, uma vez que o procedimento de monitorização invasiva da pressão arterial é realizado somente neste setor. Em um estudo sobre EA associados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem, tal evento foi descrito, sendo responsável por 1,7% do total de eventos notificados (XELEGATI *et al.*, 2019), resultado menor do que os achados desta pesquisa.

Os eventos adversos relacionados a medicamentos obtiveram menores índices de notificação. Resultado que contradiz a maioria dos achados na literatura, onde este tipo de evento geralmente encontra-se entre os mais prevalentes em ambiente hospitalar, como retratado em um estudo com 262 notificações de EA, onde 111 (44,27%) correspondiam a eventos relacionados a erros de medicação (NETO *et al.*, 2019). No estudo de WANDAVALLI *et al.*, 2018 os erros relacionados a medicação (30%), também estiveram entre os mais prevalentes. Mesmo estando entre os menos notificados no estudo, os eventos relacionados a medicação por menores que sejam merecem destaque, pois constituem importantes causas de morbidade e mortalidade.

Diante desse cenário de alta ocorrência de EA e baixa quantidade de registros, torna-se necessário que as instituições de saúde busquem medidas para estimular o aumento das notificações pelos profissionais. Nesse sentido o GASP se mostra uma estratégia, que através do trabalho em equipe contribui para o fortalecimento da cultura de segurança no hospital, trabalhando focado na redução das subnotificações de evento adverso, reconhecendo os erros e aprendendo com eles.

Segundo RESENDE *et al.*, 2020, o esclarecimento sobre a notificação de eventos adversos é uma questão indispensável para a não omissão dos incidentes, visto que o medo, por parte do profissional, de punição e de processos investigativos gera a subnotificação. Assim, a gestão de enfermagem deve demonstrar que a finalidade da notificação surge para analisar as falhas presentes no processo de trabalho e buscar, dessa forma, melhorias no atendimento prestado.

Nesse contexto, identifica-se a importância da cultura de segurança e comunicação efetiva, em todos os níveis, sensibilizando os profissionais, evitando subnotificações de eventos adversos, possibilitando a promoção da melhoria da qualidade e segurança do paciente (REINIACK *et al.*, 2017). Portanto de acordo com toda temática discutida, torna-se evidente a importância da relação entre a segurança do paciente e as notificações de eventos adversos para a melhoria dos cuidados em saúde.

Alguns fatores limitantes deste estudo consistiram na ausência de dados referentes ao setor de hemodiálise no ano de 2017, não sendo possível integrá-lo na pesquisa e a possível perda de fichas de notificação dos EA no arquivo do NSP, também no ano de 2017. Sugere-se que para obter melhores resultados, sejam realizados novos estudos em um período maior da atuação do grupo e que sejam incluídos mais setores da instituição.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada conclui-se que, a atuação do GASP aumentou significativamente o número de notificações nos setores das clínicas e no pronto atendimento, sendo comprovado estatisticamente. Considerando os resultados de antes e depois do grupo fica evidente que, as subnotificações existiam na instituição e que eram um problema, a partir da sua atuação o número da ocorrência de EA aumentou, revelando que eles já aconteciam e que não estavam sendo notificados.

Desta forma ter uma ferramenta como o GASP, focado no aumento das notificações e trabalhando em equipe, foi uma estratégia favorável para auxiliar na redução das subnotificações no hospital, evidenciando ser uma importante fonte de informação e alerta para promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar. Além de funcionar também como importante aliado do NSP auxiliando na segurança do paciente, contribuindo na gestão, no alcance de metas e indicadores da instituição.

Contudo espera-se que a partir dos resultados obtidos, este estudo contribua para aperfeiçoamento em relação a ações referentes ao trabalho do grupo, principalmente para que possam alcançar resultados satisfatórios também no CTI. E que a partir deste estudo, outras instituições de saúde tenham a oportunidade de conhecer essa estratégia desenvolvida pelo hospital de modo que aquelas que se mostrarem interessadas, possam também implementá-la em seus serviços.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ABDUL-HAK, C.K.; BARROS, A.F. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. *Texto e contexto enfermagem*, v.23, n.3, p. 633-638, 2014.
2. ALVES, M.F.T.; CARVALHO, D.S. de; ALBUQUERQUE, G.S.C. de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 2895-2908, 2019.
3. BATISTA, O.M.A. et al. Complicações locais da terapia intravenosa periférica e fadiga associada em hospital brasileiro. *Revista Cubana de Enfermagem*, v. 34, n.3, 2018. Disponível em: < <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1246> >. Data de acesso: 03 de agosto 2020.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde*. Brasília: ANVISA, 2017.
5. BRASIL. RDC n. 36, de 25 de jul. de 2013. *Dispõe sobre ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e dá outras providências*. Diário oficial da união, 25 jul 2013.
6. BREDESEN, I.M. et al. The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, v.52, n.1 p.149-156, 2015.
7. CAVEIÃO, C. et al. Perfil clínico e consequências decorrentes de quedas em hospital universitário no sul do Brasil. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v.12, n.10, p. 183-196, 2018.
8. CERVO, A.S. et al. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.35, n.2, p.53-59, jun. 2014.
9. DAUD, A.; MOHAMAD, F.; SOWTALI, S.N. Incidence of Phlebitis Among Adult Patients with Peripheral Intravenous Catheter in an East Coast Hospital Malaysia. *International Journal of Care Scholars*, v. 1, n. 2, p.5-8, 2018.
10. DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68 n.1, p.144-154, jan/fev. 2015.
11. DUTRA, D.D. et al. Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 9, n.3, p. 669-675, jul/ set. 2017.
12. FIGUEIREDO, M.L. de; D'INNOCENZO, M. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. *Enfermeria Global*, n. 47, p. 621-635, jul. 2017.
13. HARRISON, R. et al. Responding to adverse patient safety events in Viet Nam. *BMC Health Services Research*, v. 19, n. 677, p. 1-8, 2019.
14. INOCÊNCIO, J.S. et al. Flebite em acesso intravenoso periférico. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 24, n.1, p. 105-109, jan/mar. 2017.
15. JESUS, E.R. de et al. A segurança do paciente em instituições hospitalares: ações da equipe de enfermagem. *Revista Psicologia e Saberes*, v. 8, n. 11, p.184-108, 2019.
16. NASCIMENTO, P.S.C.M. et al. Experiência da implantação de medidas de segurança do paciente em ambiente hospitalar: interação ensino serviço. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.6, n. 4, p. 17477-17492, abr. 2020.
17. NETO, A.V.L. et al. Análise de notificações de eventos adversos em um hospital particular. *Enfermeria Global*, n.55, p.324-333, jul. 2019.

18. NUNES, F.D.O. *et al.* Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 841-847, abr/ jun. 2014.
19. OLIVEIRA, C.G. de.; RODAS, A.C.D. Tecnovigilância no Brasil: panorama das notificações de eventos adversos e queixas técnicas de cateteres vasculares. *Ciência e Saude Coetiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3247-3257, out. 2017.
20. PARANAGUÁ, T.T.B.B. *et al.* Eventos adversos: instrumento para gerenciar a assistência à segurança do paciente no pronto-socorro. *Enfermeria Global*, v.13, n.4, p. 206-218, abr. 2014.
21. PEDROSA, T.M.G.; COUTO, R.C. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 24 n. 2, p. 216-222, 2014.
22. PEREIRA, M.S.R. *et al.* A segurança do paciente no contexto das flebites notificadas em um hospital universitário. *Revista de epidemiologia e controle de infecção*, Santa Cruz do Sul, p.109-115, abr/jun. 2019.
23. RAFTER, N. *et al.* The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals-a retrospective record review study. *BMJ quality e safety*, v. 26, n. 2, p. 111-119, 2017.
24. RAMOS, F.O.; ABELDAÑO ZUÑIGA R.A. Underutilization of the reports of adverse events in an Argentine hospital. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, v. 29, n. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29843255/>>. Data de acesso: 03 de agosto de 2020.
25. REINIACK, S. *et al.* Notificação de queda do paciente cirúrgico antes e após treinamento em serviço. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 01-08, jan/mar. 2017.
26. RESENDE, A. L. C. *et al.*, A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v.Sup, n.39, 2020.
27. SILVA, S.V. *et al.* Avaliação das notificações de lesões de pele de um hospital de ensino. *Brazilian journal of development*, Curitiba, v.6, n.2, p. 6876-6889, fev. 2020.
28. SOUZA, A.E.B.R. *et al.* Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário. *Rev Rene*, v.16, n.1, p.114-22, jan/fev. 2015.
29. World Health Organization. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Geneva: WHO, 2008.
30. WUNDAVALLI, L. *et al.* Patient safety at a public hospital in southern India: A hospital administration perspective using a mixed methods approach. *National Medical Journal of India*, v.31, n.1, p.39-43, 2018.
31. XELEGATI, R. *et al.* Eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos e materiais na assistência de enfermagem a pacientes hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.53, jan/dez. 2019.

# Modelo de cuidado aos trabalhadores da atenção básica: pesquisa convergente assistencial



| Roselma **Lucchese**  
UFCAT

| Núbia Inocência de **Paula**  
UFG

| Camila Borges **Ramos**  
UFG

| Graciele Cristina **Silva**  
UFCAT

| Lauany Martins dos Santos **Carneiro**  
UFG

| Henrique Senna **Diniz-Pinto**  
UFCAT

| Rodolfo Pereira de **Brito**  
UFG

| Eryelg Moura **Tomé**  
UFG

| Ivânia **Vera**  
UFCAT

| Alexandre de Assis **Bueno**  
UFCAT



# RESUMO

**Objetivo:** Verificar a aplicação do grupo operativo como ferramenta de cuidado aos trabalhadores da Atenção Básica em saúde, com vista a constituição de assistência à saúde mental no trabalho. **Método:** Pesquisa Convergente Assistencial como processo de investigação e trabalhadores da área da saúde como sujeitos. A estratégia de intervenção como proposta de acolhimento do sofrimento mental do trabalhador foi o Grupo Operativo. **Resultados:** Emergiram duas categorias: 'Evidências do sofrimento no trabalho' e 'Aprendizagem em grupo: acolhimento do grupo pelo grupo'. **Considerações finais:** O uso do Grupo Operativo demonstrou ser assertivo ao proporcionar aos sujeitos um espaço de escuta das adversidades ocorridas no ambiente laboral e aprendizagem ativa da realidade, reflexão e enfrentamento dos medos básicos, desenvolvimento de um projeto pró-mudança por meio da cooperação entre os pares e aprendizagem ativa da realidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Pessoal de Saúde, Pesquisa Qualitativa, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde.



## ■ INTRODUÇÃO

O adoecimento de profissionais atuantes no setor saúde está cada vez mais presente no contexto dos serviços, sobretudo os vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se uma das principais causas de egressão no trabalho, em decorrência de prejuízos psíquicos e físicos, interferindo na qualidade de vida do trabalhador. Ressalta-se que a ocorrência frequente de doenças ocupacionais nessa população, acometem as dimensões psicossociais de forma isolada ou em comorbidades<sup>(1)</sup>.

Na dimensão psíquica tem-se a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) em trabalhadores da atenção básica (que pode chegar a 22,9%), valores elevados quando comparados a outras categorias de trabalhadores ou população comum<sup>(2)</sup>. Outros achados de condições doentias entre profissionais foram a presença de depressão, estresse, síndrome de *Burnout*, desgaste mental, ansiedade, TMC e transtornos emotivos<sup>(3)</sup>. Destaca-se a depressão altamente incapacitante para o exercício da profissão, com acentuada redução de práticas laborais. Quanto aos aspectos físicos observam-se as queixas algia nas pernas, nas costas, parestesias em membros inferiores, rinite, insônia, lombalgia, sonolência, varizes, infecção urinária, lesão por esforços repetitivos, hipertensão arterial sistêmica e alergias<sup>(3)</sup>.

Como fatores desencadeantes de queixas ou do processo de adoecimento, nota-se sobrecarga do serviço, excesso de atividades com esforços contínuos, ambiente que levam ao estresse, incerteza no serviço, precárias condições de trabalho e ausência de apoio financeiro. Este último com impacto negativo nos recursos pessoais a serem aplicados na reabilitação da saúde e, na melhoria de condições de vida do trabalhador<sup>(4)</sup>. Com o mesmo peso preditivo têm-se as vivências de pressão sofrida no ambiente laboral<sup>(5)</sup>.

Desvela-se assim, um contexto hostil, de excessivas responsabilidades, pouco tempo para planejamento, severas cobranças de resoluções, a insatisfação com a profissão, desprestígio profissional, baixa remuneração, duplas jornadas diárias, dificuldades de convivência entre a equipe, alta demanda psicológica, situação temporária de emprego, ausência de autonomia diante do serviço prestado e diminuição da produtividade<sup>(2)</sup>. Sobretudo, as demandas e desafios postos para os profissionais, acerca dos conceitos proposto pelo SUS<sup>(6)</sup> que nem sempre têm ressonância com a formação profissional.

Torna-se de suma importância o acolhimento ao sofrimento mental de profissionais, pois é notório o estresse excessivo na equipe de saúde, a exaustão emocional e física. São diversos os fatores macrossociais que corroboram com tal situação, inerentes à processos históricos construídos na relação da infraestrutura organizacional do SUS e da fragilidade de ações que acolham profissionais da atenção básica (AB). Entre esses, considera-se aqueles que emergem da interação profissional-comunidade, com elevada demanda de relações interpessoais mobilizando mais sofrimento pelo contato direto com desigualdade

social e dificuldades na busca de atenção às necessidades de saúde; outros estão no âmbito macro com a precariedade acerca do SUS, quanto a sua operacionalização fragmentada, cortes de recursos e ameaças de desmonte. No entanto, desconsidera-se o contexto macro e focaliza-se maior cobrança sobre o profissional de saúde, para que se utilize de técnicas complexas, como meio de superação dos desafios propostos no cotidiano, ocasionando angústia, afastamento e se tornando submissa a profissão<sup>(7)</sup>.

## ■ OBJETIVO

Verificar a aplicação do grupo operativo como ferramenta de cuidado aos trabalhadores da Atenção Básica em saúde, com vista a constituição de assistência à saúde mental no trabalho.

## ■ MÉTODO

### Aspectos éticos

A pesquisa derivou de um projeto matriz intitulado “Análise da atenção em saúde mental e constituição da rede no Sistema Único de Saúde no Sudeste Goiano”, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Goiás, em atenção a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Todos os sujeitos assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

### Tipo de estudo

Adotou-se a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), considerada como pesquisa de natureza qualitativa com grande afinidade às práticas de atenção à saúde<sup>(8)</sup>, afinada com a pesquisa-ação em que o pesquisador tem imersão no cenário investigado e intervém para transformar a situação<sup>(9)</sup>.

### Referencial teórico metodológico

Cabe destacar utilizou nesta investigação o referencial teórico de grupo operativo (GO) para substituir a etapa de intervenção da realidade, considerando sua condição de mobilização interna e ressignificação das relações consigo, com o outro e com o contexto<sup>(10)</sup>, o momento de sua ocorrência foi descrito dentre as etapas da PCA nos próximos parágrafos.

## Procedimentos metodológicos

O processo de investigação aborda uma dada realidade e os sujeitos envolvidos, avançando-se com uma intervenção nesse contexto, propondo-se a constituição de saberes e fazeres em saúde, sobretudo em enfermagem. A construção teórica de assistência à saúde é o que visa a PCA, para tanto, requer um caminho com cinco etapas bem delineadas, que se inter-relacionam e se retroalimentam, a saber: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação<sup>(9)</sup>.

## Cenário de estudo

O cenário do estudo compôs a fase de concepção, segundo a PCA e, desenvolveu-se a partir do projeto de pesquisa mobilizado pela relação de docentes da área de saúde mental de uma Universidade Federal com a gestão da atenção básica (AB) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em um Município de médio porte e, de relevância econômica e social na região Central do Brasil. O problema de investigação deu-se pela necessidade de acolhimento da equipe de profissionais atuantes na AB, uma vez que a queixa da gestão era de que a equipe apresentava fragilidade das relações, conflitos e desmotivação.

A partir do problema exposto definiu-se o tema e, estudou-se o que já fora publicado a respeito. Assim, prosseguiu-se para a segunda fase da PCA, a instrumentação. Por se tratar do envolvimento de um grupo de pesquisa que já atuava na região, pensou-se em um projeto ampliado com foco na Atenção à Saúde Mental, em que um dos objetivos abrangeu aspectos de saúde mental do trabalhador.

## Fonte de dados

Trabalhou-se no planejamento do projeto de pesquisa com a escolha da metodologia PCA que contemplaria uma intervenção e construção de conhecimento na área de atenção à saúde. Definiu-se como intervenção a realização de GO para acolhimento das relações interpessoais no trabalho em saúde na AB e abordagem da tecnologia de grupos como ferramenta na gestão com pessoas. Para tanto, elegeu-se como sujeito de pesquisa profissionais de nível superior que atuassem na AB do município, independentemente do tempo ou tipo de vínculo. Foram excluídos os que estavam afastados no período de realização do GO.

## Coleta e organização dos dados

Os dados foram obtidos em sincronia com a fase de instrumentação tomaram-se decisões metodológicas. A primeira em relação à tecnologia de realização do GO, conduzido

pelo referencial teórico-metodológico de Pichon-Rivière<sup>(10)</sup>. Os grupos foram planejados com apoio da SMS, que concedeu o espaço físico e a liberação do profissional para participação no horário da atividade laboral. Os grupos foram realizados em dez encontros, durante o período de 28 de agosto a 25 de setembro do ano de 2015, com média de duração duas horas cada.

No primeiro GO, realizou-se o objetivo do contrato<sup>(10)</sup> em que se estabeleceram as normas, horários, objetivo e operacionalização do projeto de intervenção. Para identificação da condição de saúde mental dos participantes aplicou-se o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) que rastreia um grupo de transtornos mentais não psicóticos, como insônia, fadiga referida, irritabilidade, esquecimento, déficit de concentração e depressão. São 20 questões com respostas sim vs. não e o escore positivo para probabilidade de TMC é de  $\geq$  a sete respostas sim. Com validação no Brasil, divulgando na avaliação das condições mentais de trabalhadores no âmbito da AB<sup>(11)</sup>, como em outros setores<sup>(12)</sup>. Tais achados corroboraram na construção dos GO de intervenção.

Os demais GO seguiram a estrutura de intervenção de 30 minutos prévios, com disparador temático, mobilizador da sessão, leitura da crônica do grupo anterior, desenvolvimento da sessão e encerramento. Ressalta-se que nesta última etapa havia a construção coletiva dos pontos mais relevantes discutidos durante o desenvolvimento. Os dez GO contaram com a coordenação da pesquisadora e, de dois observadores alunos de graduação, todos com experiência no referencial teórico-metodológico de GO. As observações eram realizadas em cadernos de campo e a sessão gravada em áudio. Esse material compôs informações para realização das crônicas, que são síntese do *setting* grupal.

## **Etapas do trabalho em GO**

Esse momento correspondeu à fase de perscrutação dessa PAC, estabeleceram-se os temas dos dez GO e das estratégias que conduziram as sessões, considerando-se os resultados do SRQ-20. Desta, emergiu o material empírico que fora analisado na sequência. Cabe ressaltar que após cada sessão uma análise do *setting* grupal era realizada para a confecção da crônica, a qual auxiliava no processo de análise da fase seguinte. Igualmente orientou a elaboração dos temas disparadores dos GO subsequente, isto é, cada sessão foi norteada por temas elaborados durante o processo de intervenção, demonstrando as características de retroalimentação, flexibilidade e de continuidade ente os encontros. No quadro 1, tem-se os temas e as estratégias de mobilização das discussões. Como identificação, utilizou-se a letra G para identificar o 'grupo' e a numeração sequenciada em algarismos arábicos para indicar o número da sessão com o título disparador do encontro.

**Quadro 1.** Temas disparadores aplicados no Grupos Operativos realizados com os profissionais, Região Central, Brasil.

Tema disparador do Grupo (G)	Estratégia "tarefa explícita"	Objetivo
G1 – Apresentação	Mala de objetos	Promover apresentação por meio de um objeto
G2 - Conceito de grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2009)	Escolha de figuras ou manchetes de revistas que lhe tivesse significado	Abordar sentimentos e pensamentos atuais
G3- Os desafios do dia-a-dia na Atenção Básica	Amassando a folha e, ao fazê-lo lembrar-se que situações que lhe desagradam	Abordar sentimentos e pensamentos desagradáveis e atuais
G4 - Os desafios do dia-a-dia na Atenção Básica	Picota-se papel e construção de algo com os fragmentos	Refletir sobre caminhos de resolução de problemas
G5- Relações em equipe profissional	Levantamento de fragilidade e potencialidade da equipe que atuou	Refletir sobre a equipe
G6- Estratégias do trabalho em equipe	Montar a equipe de trabalho – desenho	Refletir sobre o desempenho de cada um na equipe
G7 - Conviver consigo e como outros	Poema reflexivo "Eu não sou você, você não é eu"*	Escutar terapeuticamente o outro
G8- Criatividade e improviso	Escolha de objetos de um cesto e cria-se histórias	Estimular enfrentamentos
G9- Mudando o rumo da história	Levantamento da ansiedade grupal	Reflexão a respeito das expectativas futuras
G10- Encerramento do grupo	Projeção em vídeo das reuniões anteriores	Promover revisitação das intervenções e avaliação do processo

Nota - \*FREIRE, M. Educador. Paz e Terra. p.95-96, São Paulo, 2008.

## Análise e interpretação dos dados

A fase de análise e interpretação dos dados ocorreu simultaneamente à realização dos GO. Primeiro as sessões eram transcritas na íntegra, passavam pela análise de abertura do grupo, desenvolvimento do *setting* grupal, principais aspectos explorados e encerramento (tais observações compõem tradicionalmente uma crônica). Para o processo de pré-análise, utilizou-se a análise de conteúdo temático<sup>(13)</sup> que sumariamente consiste nas etapas de pré-análise identificada pela leitura flutuante com exploração do material e constituição do *corpus* da pesquisa. Prosseguiu-se com o desprendimento das unidades de registros (UR), seu agrupamento e formulação das hipóteses precursoras das categorias temáticas. A codificação das UR em G1, G2, G3... representando o GO, seguidas de P1, P2, P3... representando o profissional participante. Do processo de análise temática emergiram duas categorias 'evidências do sofrimento no trabalho' e 'aprendizagem em grupo: o acolhimento do grupo pelo grupo'. Feita a organização do material realizou-se as inferências e interpretações dos dados.

## ■ RESULTADOS

Os sujeitos participantes do estudo foram em sua maioria mulheres (96,2%) (SD 3,7, IC 95% 88,5-100), com média de idade de 31,65 anos (SD 35,57, IC 95% 30,31-33,00), 19 (73,1%) eram enfermeiros, 2 (7,7%) nutricionistas, 2 (7,7%) médicos, 2 (7,7%) psicólogos, 1 (3,8%) dentista. A média em meses de tempo de profissão foi 87,48 (SD 50,96, IC 95% 69,56-108,59). A prevalência de probabilidade de TMC foi de 42,3% (IC 95% 23,1-61,5).

## Categories

A primeira categoria temática: 'evidências do sofrimento no trabalho' percebido ao longo dos dez GO que reforçaram a necessidade de acolhimento das adversidades do cotidiano do trabalho na AB e, que podem justificar em parte o sofrimento mental de cada trabalhador, em especial para o grupo pesquisado. Esse agrupamento de UR emergiu do processo de análise que identificou aspectos do sofrimento nas relações com a gestão e a política administrativa local e, de demandas frustradas no cotidiano do trabalho.

*“Eu acho que não é um problema só nosso, ...a nossa saúde é muito prejudicada por política, isso atrapalha o bom desenvolvimento de si, ...eu acho que o SUS é um modelo exemplar de saúde, se ele funcionasse, se fosse valorizado no Brasil, ...aí quem leva na tarraqueta, é só o paciente e nós...” (G5:P1)*

*“Quando você está agindo bem, ninguém reconhece, ninguém vem elogiar, só para chamar atenção, reclamam de você, ... reconhecimento nunca, mais crítica sempre, nós reconhecemos, sabemos quando agimos certo, só que queremos que o outro também veja isso.” (G4/P8)*

*“Comparo a enfermagem a uma vaca, dá o leite, a carne, e quando não presta mais, vai lá e a abate e, ainda te come né! Eu me sinto como uma vaca mais, fazendo o que mandam fazer, acomodada, comendo, engordando.” (G9:P1)*

*“Muitas vezes, o paciente chega com o pedido de mamografia e, já voltou muitas vezes e não tem como, não tem vaga, o problema não é dele, é também meu, é tudo em cima da equipe de enfermagem. Outro exemplo: o vidro está quebrado há 30 dias, e quando o ladrão entra, sou eu que tenho que ficar fazendo boletim de ocorrência, isso me angustia. O que mais me angustia é que o meu serviço não me traz um pingão de prazer, eu vou amarrada, eu vou porque tem que ir, eu não tenho prazer de trabalhar, como eu já tive, em outras situações, que hoje não são o que eu estou vivenciando” (G9:P7)*

*“Manda fazer uma escala, aí vai te corta, pra uma campanha de vacina, aí eu liguei para minhas agentes e, elas foram trabalhar pra mim, porque senão eu teria trabalhado igual uma burra de carga.” (G4:P5)*

*“Primeiro, acho que não pode ter telhado de vidro, que se um chega atrasado, e eu chego também, o que eu vou falar pra ele? Eu posso e ele não? Nós dois temos que fazer oito horas. Estão jogando na unidade, pessoas que não sabem mexer em nada, que não são preparadas, eles são cargos comissionados, os padrinhos deles são os prefeitos, ...” (G5:P4)*

*“Eu fiquei doente e pedi pra sair, por causa de cargo comissionado, uma reunião que eu tive, todo mundo pedindo pra eu ficar... por isso eu falo isso é hierarquia de poder, e eu estou hoje desencantada com a enfermagem, você tem vínculo com a comunidade, e não adianta, eu também sou concursada, aí eu pedi outro tipo de serviço, não deixaram, hierarquia de poder você não tem opinião”. (G5:P6)*

*“É típico da gestão do município, um atrapalhando o outro, ao invés de um ajudar o outro pela cidade, mas não, um atrapalhando o outro.” (G6:P11)*



*“É complicado mesmo, porque tem sempre essa coisa debatendo no interior de nós mesmos, pois recém-formado é mais difícil, fica aquela dúvida, é responsabilidade.” (G3: P8)*

*“Peguei minha licença Premium, e depois fiquei cinco anos jogada, eu peguei uma antipatia da enfermagem, eu adorava acordar cedo para trabalhar, até que me deixaram em outra unidade básica, por três meses, mas meu Deus ... um dia eu vi uma menina estagiando e falei: você é fraca da cabeça fazer um curso desse, vou te contar minha vida, sentei com ela e contei, e falei você quer isso pra você? Troca de curso” (G5:P5)*

*“... como profissional da saúde sua casa pode estar de avesso que você tem que estar bem, nossa missão é bem difícil, tem que tentar ajudar o outro, entender, as vezes fazemos um pré julgamento. A questão da casa que eu fiz, eu estava vendo ontem na televisão, o menino da Síria, eu construí um lar, uma família aqui dentro, tá um tempo complicado, que nós que estamos na saúde não tentarmos ajudar o próximo, quem vai ajudar? Eu estou começando agora, mas é um trabalho difícil realmente.” (G4:P10)*

*“... a pressão do dia-a-dia é muito grande, mas não sei onde vamos parar, nós trabalhamos no SUS, a maioria da população depende do SUS, e qual será o futuro da saúde pública? O sistema de saúde não tem investimento adequado, não tem concursos para efetivar os trabalhadores. O será de nós sem a atenção à saúde, estão acabando com o SUS, e digo nós, trabalhadores e população”. (G5:P6)*

*“É desesperador ver o SUS ser minado em recursos e em pessoas...”*

A segunda categoria ‘Aprendizagem em grupo: o acolhimento do grupo pelo grupo’, foi constituída pelas expressões de saltos qualitativos pelos integrantes do grupo, promovido por elaboração de algumas dificuldades de conflitos, reflexões sobre a prática em saúde e o próprio comportamento do contexto grupal. As UR que configuram essa categoria são as seguintes:

*“Ninguém quer falar, então eu vou falar, ninguém estava querendo contar uma história, a sua história, expor algo de sua vida pessoal, outras pessoas tiveram que forçar o colega a fazer, e depois que começou por livre espontânea pressão, aí todo mundo foi interagindo, eu estou sentindo receio no grupo, que o pessoal tá com medo de falar, do que vai falar, falar o que não deveria, ou então, falar alguma verdade para alguém, ou então tá querendo se fechar mesmo” (G7: P3)*

*“A minha expectativa é lembrar sempre o que eu formei pra ser, eu formei pra eu ser diferente, e fazer a diferença, e eu não estou fazendo, depois desse grupo eu pretendo voltar a ser o que eu formei pra ser” (G8:P2)*

*“Eu também achei muito bom porque eu vi que não sou a pior pessoa do mundo, que não sofro sozinha, ... fiquei mais próximas de pessoas que não tinha muito proximidade e eu vou sentir muita falta, porque eu conto nos dedos os dias de sexta para chegar nas reuniões “ (G10:P9)*

*“Eu também vou sentir muito falta, me dá muita vontade de chorar. Vou sentir falta do aprendizado, pois nos aproximou, assim antes de falar que eu não*



*conheço ninguém, eu conheço todo mundo eu estou aqui por todo mundo, só eu de nutricionista eu achei bom todo mundo trabalhando em equipe e, sentirei falta” (G10: P10)*

*“Quando vocês propuseram o grupo, eu pensei, o que vamos fazer? Mas agora depois eu quero agradecer todos vocês, por colaborarem na minha vida e na dos meus colegas...” (G10: P7)*

*“Nos sentimos muito abandonadas nesse último tempo, não tem encontro, não tem união, não tem nada e, assim da parte de vocês da universidade, você quer mesmo que seja um trabalho diferente, só de vocês ouvirem as nossas dificuldades, todo mundo reclama, mas vocês não, vocês nos ouvem, estávamos nos sentindo abandonados, ... uma forma de amenizar um pouco o abandono, todos estamos carentes aqui” (G10: P5)*

*“Eu peguei o jornal de política, e comecei a pensar em coisas ruins, foi bem fácil rasgar (referindo-se a atividade do grupo), pensei nos problemas, questão nacional, violência, saúde, a gente vem observando na insatisfação, frustração, em questão da profissão, reconhecimento, mas como profissional da saúde temos que nos reorganizar.” (G4:P10)*

*“Ainda mais na profissão que escolhemos que é lidar com pessoal, acabamos levamos isso, mesmo mantendo distante, traz coisas boas, e coisas ruins, dias saímos carregados, pesados, e tem dias que trazemos coisas boas, felizes. Acabamos refletindo o que somos na vida, no meio sou eu, e por fora um pouco de cada um.” (G3:P1)*

*“Eu tenho até que pedir desculpa pois acho que reclamei demais, infelizmente, tudo que aconteceu comigo foi próprio do grupo, quando eu quis desabafar vocês sempre me escutaram. Eu já até comecei a fazer com as minhas amigas na reunião de segunda feira como estamos fazendo aqui hoje, estou muito desmotivada não quero falar pois só reclamo. Os grupos que eu coordeno melhoraram muito, mas nunca tinha feito como aqui, segunda feira já fiz... eu só não tenho o observador, tenho que arrumar o observador, mas pra mim foi muito bom, enriquecedor, muito obrigada a você e desculpa qualquer coisa e desculpa pelo desabafo.” (G2:P6)*

## ■ DISCUSSÃO

Em relação à prevalência de possibilidade de TMC encontrada nesta investigação foi mais elevada do que as relatadas por estudos com a população geral atendida em AB (de 31,47% a 41,6 %)<sup>(11,14-15)</sup>. Um estudo realizado com profissionais de enfermagem em um hospital, a probabilidade de TMC foi de 35,0%<sup>(3)</sup>, o que aponta que a possibilidade de TMC entre trabalhadores em saúde e uma realidade a ser enfrentada, seja qual for à complexidade de atenção considerava-se a vulnerabilidade ao adoecimento por depressão, ansiedade e transtornos somatotrópicos<sup>(3,11)</sup>. Lembrando-se que o TMC demonstrou-se forte preditor para outras patologias específicas da ocupação laboral como a Síndrome de *Burnout*<sup>(16)</sup>.

As causas do adoecimento no trabalho podem ser múltiplas e, sem a pretensão em esgotar o assunto destacam-se algumas condições que poderiam ter corroborado com esta

situação, por meio do que revelaram os sujeitos da pesquisa. A insatisfação foi fortemente relatada e, a exemplo de outro estudo a ausência de reconhecimento mobilizou sentimentos de sofrimento, reforçando negativamente as ações exercidas no dia-a-dia. O aumento da frustração conduz um fazer em saúde penoso, cansativo e desagradável, desgastando as relações consigo e com o outro<sup>(17)</sup>.

A grande prevalência de insatisfação no trabalho na área da saúde ocorre pelo reflexo da dificuldade de convivência em equipe, grandes demandas de fazeres, baixa remuneração, ausência de reconhecimento profissional, precariedade de materiais para exercer o trabalho, padrões de serviço fora da realidade do mesmo, falta de estímulos, ausência de interação com outros serviços, desinteresse de colegas, má administração entre outros<sup>(17)</sup>. Os resultados provenientes do trabalho pouco são determinados por aquele que o executa, sendo muito mais condicionado por demandas externas, o que o faz uma atividade que nem sempre promove a realização e satisfação pessoal e social<sup>(18)</sup>.

Aspectos da gestão também foram abordados, como a convivência com os cargos comissionados e gestores que não estão qualificados para exercer a função para qual são nomeados, devido as influências políticas e cargos apadrinhados, sem nenhum preparo ou habilidades técnicas. O que dificulta o trabalho e deixam os profissionais insatisfeitos e indignados, refletindo no desprazer no ambiente laboral, perda do sentido e resolução das ações em saúde<sup>(19)</sup>. As dissonâncias entre as ideias do sistema de saúde com a realidade do dia-a-dia na AB se refletem na desmotivação e, também são relacionadas às taxas de rotatividade e conflitos com chefia. Cria-se, então um ambiente de trabalho de insegurança no que é realizado, com a sensação perda de controle das atividades que realizam<sup>(2)</sup>.

A demanda excessiva de trabalho do modelo assistencial proposto pelo SUS, é incompatível na maioria das vezes, com o número de profissionais, estrutura física do ambiente, equipamentos e insumos disponibilizados para AB. Tendo como foco problemas de gestão, sendo estes predominantes paradigmas, baixa qualificação para o acolhimento da população, centralização no modelo biomédico, desorganização na rotatividade de atividades propostas para os profissionais, elevadas demandas burocráticas. Os problemas supracitados são consequência da influência político-partidária, além da intitulação inadequada de pessoas apadrinhadas para cargos de chefia <sup>(19)</sup> o que nada contribui para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Além de que ações políticas e econômicas nesse final de segunda década do século XXI vem impondo sanções radicais aos serviços públicos, tudo em nome da recuperação do crescimento do Brasil, assim, em um cenário que a maioria da população brasileira depende do SUS para cuidar de sua saúde<sup>(6)</sup> se prevê situação de mais sofrimento e adoecimento, tanto de trabalhadores da área como do cidadão.

Por conseqüente, sugere-se que conflitos, desagregação da equipe e o sofrimento de trabalhadores em saúde podem ter origem da desqualificação de gestores, que não estão ou não se sentem preparados para exercerem o cargo para qual foram selecionados. Assim, não se provém de condições ótimas para o funcionamento dos serviços e das equipes, tão pouco se garante a resolutividade de problemas corriqueiros do dia-a-dia dos setores<sup>(2,19)</sup>, além de despertar sentimento de não pertença ao processo, estarem à margem e em menor valia dos projetos da gestão<sup>(18)</sup>.

Outra dimensão relatada pelos sujeitos no GO foi a dificuldade de se separar o que é pessoal do que é profissional. Trabalhadores da área da saúde tem uma relação muito interligada entre suas vidas pessoais e o trabalho, devido à própria prática, pois lidam com emocionais e vivência de momentos complexos, do outro e da comunidade, que muitas vezes estão adoecidos, frágeis, enfrentando tratamentos e entraves com os sistemas nos serviços de saúde. Neste ambiente o profissional sente-se mobilizado e se torna mais vulnerável quando adicionado a esta condição tem-se os múltiplos empregos, considerando o desgaste físico e psíquico, refletindo na baixa qualidade do serviço prestado<sup>(4)</sup>. Além de prejuízos nas relações profissionais, no acompanhamento e avaliação cotidiana do fazer em saúde e, na própria condição técnico-científica de atuação<sup>(3)</sup>.

Prosseguindo, embora a média de tempo de atuação dos sujeitos tenha sido alta, durante o GO identificou-se o espaço para a manifestação da ansiedade de alguns profissionais recém-formados. Essa sensação permeou o fazer em saúde, mobilizou medos básicos diante do que não se tem domínio e experiência<sup>(20)</sup>, ao mesmo tempo se quer enfrentar a situação e mudar<sup>(20)</sup>. Os profissionais que acabaram de concluir a graduação recebem grandes desafios e responsabilidades, geram desconforto e, às vezes sentimentos de incapacidade para oferecer cuidados ao outro, devido a pouca experiência. Os medos frequentes são do erro e a insegurança para realizar determinados procedimentos técnicos. O receio aumenta ao se deparar com as dificuldades de adaptação que a profissão trás<sup>(21)</sup>. Esta situação requer atenção e espaço para acolhimento, uma vez que pode determinar tanto enfrentamentos assertivos, quanto resistência e estagnação da aprendizagem<sup>(10)</sup>.

Todos esses aspectos somados circundam a precariedade do serviço de saúde e, tornam-se problemas reais para o fazer em saúde, com grande potencial para gerar sofrimento mental dos profissionais e, por vezes ao desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais. Os maiores indicadores desse adoecimento é o absenteísmo dos dias de trabalho com sucessivos afastamentos das atividades<sup>(1)</sup> e redução da capacidade de exercer as atividades diárias e até mesmo a profissão do modo geral<sup>(5)</sup>.

Nesse ínterim, observa-se que ao longo das sessões de GO, os elementos do grupo ocuparam o espaço para expor suas dificuldades no trabalho e, ao ocorrê-lo emergiram

ressignificações. No *setting* grupal analisou-se o desempenho dialético, permitindo a construção de vínculo entre os membros, seja elas de edificação ou de conflitos, desde que os mesmos sejam resolvidos dentro do ambiente coletivo, possibilitando um desenvolvimento e envoltura nas relações do grupo<sup>(10)</sup>. Um grupo se faz como grupo na medida em que os indivíduos constroem vínculos uns com os outros, o outro passa a ser significativo, sendo esta uma tecnologia sofisticada de compartilhar vivências e experiências, constituídas por uma finalidade e interesses análogos.

Nesse encontro que se projeta a necessidade de mudança, a qual recruta em cada indivíduo a capacitação de reflexão e mobilização, na busca da autonomia<sup>(20)</sup>. Durante esse intercâmbio, os sujeitos transpareceram a insegurança em se exporem em grupo, tanto em relação ao cotidiano do trabalho quanto a si mesmo; momentos identificados como pré-tarefa. Quando os indivíduos subjetivamente resistiram à inserção grupal, o entrar em contato com o outro e consigo, resultando em inquietação, preocupação e receio de perda de identidade, geram-se sentimentos e um agir oposto à tarefa<sup>(18,20)</sup>.

Geralmente este fenômeno trata-se da antítese e, antecede a tarefa, que representa a essência do trabalho em GO. Tarefa grupal é quando os integrantes do grupo se organizam em direção ao seu objetivo ou intenção, permitem-se viver além do conhecido, compartilhando suas ansiedades e buscam métodos para que as mesmas sejam anuladas ou elaboradas<sup>(18,20)</sup>. No caso do grupo pesquisado, a resistência inicial deu-se em relação à construção da pertença, e que foi sentir-se parte do grupo, compartilhar problemas, ansiedades, modificações e aceitação mútua<sup>(22)</sup>.

Ainda em relação ao surgimento de sentimentos, esse se identificou com a rede transferencial, pois emergiram a superfície momentos já vividos, para que o grupo o abordasse coletivamente, constituindo um reproduzir de situações, reformulando processos de enfrentamentos pessoais e grupais, os quais interferem indiretamente na vida. Fala-se de ressignificação de posições defensivas adotadas pelo indivíduo no início do GO, relacionadas ao medo, insegurança, resistência, autoridade, domínio. No decorrer dos grupos esta resistência é quebrada pela tarefa<sup>(23)</sup>, em movimento pró-abertura ao novo e superação das estereotípias<sup>(20)</sup>. Torna-se ciente de sua historicidade e contextualizar seu fazer e saber lhe abre outras possibilidades, inclusive de pensar sua realidade<sup>(10)</sup>.

Alguns fatores que foram abordados durante as sessões de GO podem se constituir como proteção pessoal e promoção da sanidade mental; um deles foi o espaço de aprendizagem, que representa o principal recurso terapêutico do GO. Pois promove a aprendizagem, no sentido de que as pessoas são capazes de reconstruírem processos adoecidos no modo de vida e das relações. As condições geradas pelo GO são o ouvir, refletir e conhecer mais de si e do outro, ampliando a capacidade de cooperação, comunicação e pertinência

das ações, o que permite o enfrentamento e superação das distorções da aprendizagem da realidade<sup>(10)</sup>.

O GO tem como finalidade distinguir a problemática grupal proporcionando o diálogo, exposição da situação-problema e construção de enfrentamento, considerando as peculiaridades de cada indivíduo, enfraquecendo fatores que contribuem para a despersonalização<sup>(24)</sup>. Observa-se que pelas falas dos profissionais, que houve reflexão sobre a própria condição e resgatou-se aspectos da sua identidade. Nesse sentido, abordar os próprios conflitos e elaborar sentimentos, se conduziu a compreensão dos problemas alheios, melhor adaptação ao meio e a novas situações de aprendizagem<sup>(10)</sup>.

A reflexão individual e coletiva são fatores relevantes para o desenvolvimento dos participantes do GO, construção de vínculos e projeto de mudança e alinham-se ao processo de amadurecimento. Da mesma forma, incentiva dimensões técnicas por meio da aprendizagem e construção de conhecimento, especialmente relacionado ao trabalho em grupo, estratégia de acolhimento e escuta<sup>(24)</sup>. O GO configura-se como estratégia assertiva para a melhoria de condições de trabalho, com indicativos no enfrentamento de sofrimento psíquico e físico no ambiente laboral<sup>(22)</sup> com desdobramentos na capacidade de resolução de problemas e benefícios nas relações dos profissionais em sua rede interacional extra grupo.

Tal fenômeno ocorre uma vez que o processo grupal provoca transformação, por meio de ações dialética e dinâmica entre as forças paralisantes do medo e, as que se impulsionam diante da necessidade de mudar, avançar<sup>(10,20)</sup>. Um rico ambiente que possibilita aos integrantes do grupo o desenvolvimento de esquemas para manejo de anseios próprios e do outro, beneficiando além da vida pessoal, como também na vida social<sup>(25)</sup>.

A escuta terapêutica tem grande potencial de ser construída entre os participantes do grupo<sup>(25)</sup>. Dar voz ao sofrimento do colega fez emergir o sentimento coletivo de não estar só, de ser acolhido, o que representou um exercício de cooperação entre os sujeitos do estudo. Muito se deu pelo fator de inclusão social do indivíduo, contextualizado na relação vincular com o próximo e/ou sociedade, refletindo em sua vida psíquica. Sendo este, um modo de visualizar a realidade, seja a própria ou com o auxílio do outro, constituindo assim, uma relação de confiança entre ambos. Na interação dos membros, compartilhou-se de emoções, experiências e vivências o que facilitou a interação social e grupal. Colocando em ênfase as particularidades de cada indivíduo, trabalhando uma escuta terapêutica, não só entre os coordenadores do grupo, mas também a partir dos membros, colaborando na respectiva vida e nas demais<sup>(20)</sup>.

## Limitações do estudo

Admitisse as limitações do estudo referentes aos sujeitos e a abordagem metodológica, que refletiu uma dada realidade e não generalização dos resultados. Também, quando a sugestão de uma ferramenta de cuidado à saúde mental orientado pelo referencial de Pichon-Rivière, uma vez que requer profissionais formados com tais fundamentos, restringindo sua aplicação em outros contextos com carência nesta formação. Contudo, acredita-se na necessidade de que intervenções grupais sejam norteadas por referências técnico-teóricas, no sentido de garantir intervenções que promovam escuta terapêutica, autonomia, reflexão crítica da realidade e aprendizagem como meio de superação.

## Contribuições para a área da saúde

O presente estudo revelou como principal achado a constituição teórico-prática de cuidado à saúde mental de profissionais trabalhadores na AB conduzido pelo GO. Para tanto, norteou-se metodologicamente pela PCA, iniciando-se com a aplicação do instrumento de identificação de possibilidade do adoecimento de trabalhadores da AB, o SRQ-20, o qual foi reforçado pela primeira categoria temática da análise de conteúdo sobre as evidências do sofrimento mental. Também se seguindo as etapas da PCA, houve a intervenção da realidade dos sujeitos com a abordagem grupal de GO como tecnologia assertiva no acolhimento do sofrimento identificado, tanto pelo SRQ-20 quanto pela análise temática.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa PCA reforçam a vulnerabilidade para o adoecimento mental do profissional atuante da AB e, orientam a constituição de cuidado à saúde mental para os mesmos. A aplicação de GO como proposta de acolhimento do sofrimento mental do trabalhador da AB demonstrou-se assertivo, pois proporcionou aos profissionais um espaço de escuta das adversidades do dia-a-dia do trabalho, reflexão e enfrentamento dos medos básicos, desenvolvimento de um projeto pró-mudança por meio da cooperação entre os pares e aprendizagem ativa da realidade.

Como proposta de cuidado à saúde mental do profissional aplicando GO, destaca-se pontos de sua sistematização e operacionalização, como o estabelecimento do objetivo contrato que encaminha a pertença grupal; a compreensão da pré-tarefa grupal, como um momento de antítese inerente ao enfrentamento dos medos básicos; o trabalho centrado na tarefa como instrumento de superação das estereotípias e elaboração de projetos pró-mudanças. Nesse meio considera-se importante a função das devolutivas das sessões



de GO anteriores, por meio das crônicas grupais, uma vez que permitiram o acompanhamento de processo de intervenção, respeitando-se o âmbito da continuidade.

Por fim destacam-se as características de elaboração dos temas de intervenção não engessados desde o início do método, posto que correria o risco de se fundamentar apenas nos resultados do SRQ-20. Resguardando-se que no transcorrer do período, as análises das sessões tivessem espaço para abordagem nas reuniões seguintes e, que o próprio movimento grupal fosse protagonista da intervenção.

Este estudo proporcionou uma contribuição teórico-prática no cuidado à saúde mental do trabalhador na AB, e os enfermeiros a esse meio se insere como membro de uma equipe, também aponta o GO como instrumento e condução assertiva das ações multidisciplinares e com a própria comunidade atendida. Sugere-se então o GO como construção do cuidado à saúde mental dos trabalhadores da equipe de enfermagem.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Teixeira LP, Silva TASM. [Occupational diseases in nursing - When the work is sick]. Rev Pró-UniverSUS. [Internet]. 2014 Jul-Dez [cited 2017 Sept 13]; 05(2):19-24. Available from: <http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/516/345> Portuguese
2. Carvalho DBD, Araújo TMD, Bernardes KO. [Common mental disorders in primary health care workers]. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2016 Dez [cited 2017 Sep 25]; 41: e17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e17.pdf> Portuguese
3. Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LdMM, Laudano RCS, Nascimento Sobrinho CL. [Prevalence of common mental disorders in nursing workers at a hospital of Bahia]. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 Apr [cited 2017 Sep 25]; 67(2): 296-301. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200296&lng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200296&lng=em) Portuguese
4. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH, Boery EM, Sena ELS. [Quality of life in workers of the health area: a systematic review]. Espac. Saude - Rev. Saúde Pública Paraná [Internet]. 2013 Dez; 14(1/2):[10 p.] [cited 2017 Sep 25]. Available from: [http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9974/pdf\\_5](http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9974/pdf_5) Portuguese
5. Santana LL, Sarquis LMM, Miranda FMA, Kalinke LP, Felli VEA, Mininel VA. Health indicators of workers of the hospital area. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Sep 25]; 69(1):30-39. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en\\_0034-7167-reben-69-01-0030.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0030.pdf)
6. Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. Lancet [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 25]; 387(1): 1603-1604. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27597461>
7. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. [Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)]. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 Jul [cited 2017 Sep 25]; 30 (7):1453-1462. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1453.pdf>



8. Rocha PK, Prado MLd, Silva DMGVd. [Convergent Care Research: use in developing models of nursing care]. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Sep 25]; 65(6):1019-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a19v65n6.pdf> Portuguese
9. Paim L, Trentini M, Madureira VSF, Stamm M. [Converging care research approach and its application in nursing settings]. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2008 Jul-Set [cited 2017 Sep 25]; 13(3):380-6. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12990/8775> Portuguese Pichon-Riviére. O processo grupal: WMF Martins Fontes; 2009. 181 p.
10. Costa AG, Ludermir AB. [Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil]. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2005 Feb [cited 2017 Sep 25]; 21(1):73-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/09.pdf> Portuguese
11. Guirado GMP, Pereira NMP. [Use of the Self-Reporting Questionnaire (SQR-20) for determination of physical and psycho-emotional symptoms in employees of a metallurgical industry located at Vale do Paraíba – Sao Paulo state - Brazil]. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 25]; 24(1):92-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-92.pdf> Portuguese Bardin L. Análise de conteúdo: Edições 70; 2009. 280 p.
12. Lucchese R, Vera I, Benício PR, Silva AdFd, Munari DB, Fortuna CM. Use of the operative group in health care: an integrative review. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2014 Out-Dez [cited 2017 Sep 25]; 19(4):762-71. Available from: [http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n4/en\\_24.pdf](http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n4/en_24.pdf)
13. Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2017 July 27]; 38(3):195-201. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/195-201/pt>
14. Silveira SLM, Câmara SG, Amazarray MR. [Burnout predictors in health professionals of primary care of Porto Alegre/RS, Brazil]. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 July 27]; 22(4):386-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00386.pdf> Portuguese
15. Dalri RCM, Silva LA, Mendes AMOC, Robazzi MLCC. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [Internet]. 2014; 22(6):959-965. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt\\_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf)
16. Fabris F. A noção de tarefa, pré-tarefa e trabalho na teoria de E. Pichon-Riviére. *Cad. Psicol. Soc. Trab.*, São Paulo. [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 25]; 17:111-7. Available from: <https://revistas.usp.br/cpst/article/view/80639/84290> Portuguese
17. Trindade LL, Pires DEP. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 25]; 22(1):36-42. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71425827010.pdf>
18. Bastos ABBI. [Pichon Riviére's Operative Groups technique and Henri Walon's approach]. *Psicólogo inFormação.* [Internet]. 2010 [cited 2017 Sep 25]; 14(14):160-9. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v14n14/v14n14a10.pdf> Portuguese

19. Rezende BC, Vasconcelos RMA, Lima SS, Santos PS, Aleixo MLM. Difficulties faced by nurses in the practice of leadership in nursing: a literature review. *Rev. Eletrônica Gestão e Saúde* [Internet]. 2013[cited 2017 Sep 25];4(2):2273-2288. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22953>
20. Dutra WH, Corrêa RM. [Operative Group as a Therapeutic–Pedagogical Instrument for Promoting Mental Health at Work]. *PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO*. [Internet]. 2015[cited 2017 Sep 25]; 35:515-27. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n2/1982-3703-pcp-35-2-0515.pdf> Portuguese
21. Almeida FH, Melo-Silva LLM, Santos MA. [Operative group with parents of young people in career choice process]. *Rev. SPAGESP*. [Internet] [cited 2017 Sep 25]. 2017;18(1):80-100. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v18n1/v18n1a07.pdf> Portuguese
22. Lucchese R, Calixto BS, Vera I, Paula NI, Veronesi CL, Fernandes CNS. [Group teaching in nursing/teaching group nursing practices guided by the Pichon-Rivière theoretical framework]. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2015[cited 2017 Sep 25];19(2):212-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0212.pdf> Portuguese
23. Guimarães J, Carneiro TRQS. [Psychotherapeutic work in groups: different contexts]. *FRAGMENTOS DE CULTURA*, Goiânia [Internet]. 2014[cited 2017 Sep 25]; 24(Esp):139-49. Available from: <http://tede2.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/3642/2132> Portuguese



06

# Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem

| Maria Cristina de **Oliveira**  
Universidade Salgado de Oliveira

| Renata Guimarães Moreira **Rocha**  
Universidade Salgado de Oliveira

# RESUMO

Pela observação empírica da prática, a passagem de plantão vem sendo considerada uma rotina com grande tendência à banalização. Por vezes este processo ocorre de forma desorganizada, fragmentada e demorada. Com isto, a equipe deixa de abordar aspectos importantes sobre o quadro clínico do paciente, bem como aspectos relevantes sobre a unidade. Com intuito de atingir a excelência da qualidade nos serviços de saúde, sendo a busca pela segurança do paciente um caminho prioritário, surge então uma inquietação em proporcionar uma reflexão acerca da passagem de plantão, já que este procedimento possibilita a continuidade da assistência de enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativa, tendo como critérios estabelecidos para a escolha das referências publicadas entre os anos de 2002 a 2013. De modo geral, os autores descrevem a importância da comunicação no processo da passagem de plantão, bem como os principais modelos operacionais, fatores que interferem e propostas de melhorias. Conclui-se que é necessário planejamento e organização da rotina desse procedimento, de modo que ele seja garantido, bem como seja assegurada a continuidade dos cuidados por parte da equipe.

**Palavras-chave:** Equipe de Enfermagem, Comunicação, Qualidade da Assistência à Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente.

## ■ INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido pelo profissional da Enfermagem desde seu surgimento é uma modalidade caracterizada pela prestação de cuidados integrais a um paciente, individual ou um grupo, visando à prevenção, promoção e a reabilitação da saúde. A enfermagem tem como foco acompanhar o paciente, valorizando as suas necessidades humanas básicas, dando atenção à saúde. O serviço de Enfermagem também objetiva a gestão dos serviços desta categoria.

A enfermagem tem a comunicação como uma ferramenta essencial para a sua prática. Logo, falhas neste processo podem possibilitar prejuízos na compreensão de informações vitais do paciente, comprometendo a continuidade dos cuidados. Através da comunicação entre equipes é possível conhecer todas as questões relacionadas ao paciente padecido pela doença e sua condição de hospitalizado. Portanto, surge a necessidade de refletir a respeito da relevância da comunicação no processo da prática da enfermagem.

A comunicação entre as equipes de Enfermagem acontece a todo momento. Entretanto, a mais importante, acontece no momento da troca de plantão, pois faz parte da rotina e é inerente ao cotidiano da prática da Enfermagem.

A expressão “passagem de plantão” é empregada para designar o momento em que a equipe de enfermagem se reúne para analisar o estado de saúde de cada paciente, informar as alterações ocorridas com eles durante o turno, além de discutir se há necessidade de modificar o plano de cuidados.<sup>1</sup>

Percebe-se que no cenário atual que vive a Enfermagem, um conjunto de fatores vem contribuindo para a banalização dos cuidados com a comunicação oral e escrita no momento da passagem do plantão. Ocorre que a necessidade de complementar a renda é um fator de grande relevância, já que a baixa remuneração dos trabalhadores de enfermagem é uma realidade e possibilita a duplicidade da jornada de trabalho, implicando, muitas vezes, na impontualidade para o início do plantão.

[...] ausência da comunicação direta, a falta de clareza dos registros, o pouco tempo dispensado para a passagem de plantão, a superlotação nas alas, a documentação insuficiente, atrasos de colegas, a sobrecarga na supervisão e a não valorização da passagem de plantão.

Outros fatores também comprometem a realização da passagem de plantão. Dentre eles, ambiente impróprio, falta de planejamento, de padronização, o excesso de atribuições para um único enfermeiro, pessoas transitando no espaço destinado à troca de plantão, chamadas telefônicas, o barulho excessivo nas unidades e compreensão da importância deste procedimento.

Por se tratar de instrumento de grande relevância para a Enfermagem, em função das informações relativas à evolução do estado de saúde dos pacientes, sobre o funcionamento da unidade, encaminhamentos, pendências entre outros, objetivando assegurar a qualidade e a continuidade da assistência de Enfermagem nas 24 horas do dia, torna-se essencial refletir sobre todos os aspectos que envolvem a troca de plantão, mantendo-o como foco de estudo. Há que se reforçar sobre esse aspecto para assegurar que os profissionais envolvidos não tenham dúvidas e reconheçam a importância da clareza na troca de informações dos dados para a sequência adequada e cuidados necessários para cada paciente.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é promover reflexões quanto à importância da passagem de plantão para a continuidade dos cuidados com o paciente e enfatizar a relevância deste instrumento para uma assistência de qualidade, evitando as ocorrências de eventos adversos provocados por falhas de comunicação.

## ■ MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo.

A pesquisa qualitativa é o estudo do universo de significados subjetivos que corresponde a um espaço mais íntimo dos fenômenos e processos que não podem ser quantificados.<sup>3</sup>

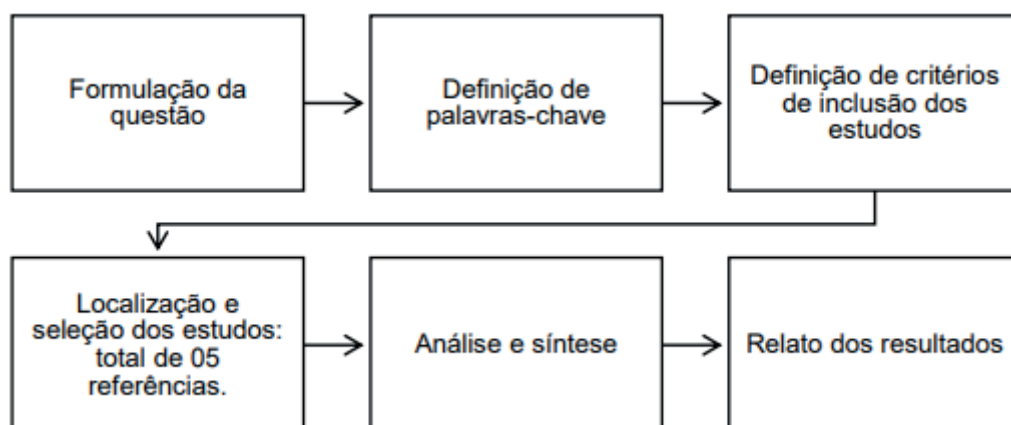
O critério utilizado para a seleção dos estudos foi do tipo: artigos, teses, manuais e legislações relacionadas ao tema, publicados no ano de 2002 a 2013.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas seguintes bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Foram utilizados para a busca os seguintes Palavras-chave pesquisados nas bases científicas: Equipe de Enfermagem, Comunicação, Qualidade da Assistência à Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente.

Após a busca e levantamento de artigos, teses, legislações e manuais, foram escolhidos os materiais para análise, mediante os critérios de inclusão citados inicialmente (FIG. 1).

FIGURA 1. Esquema de seleção dos estudos para a revisão



## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados um total de cinco referências que atenderam aos critérios de seleção. A relação dos artigos analisados pode ser visualizada no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Relação dos estudos analisados segundo autoria, título, periódico e conteúdo.

Autoria	Título	Periódico	Conteúdo
Llapa Rodriguez EO, et al.	Mapeamento de passagem de plantão sob a ótica dos profissionais de enfermagem.	Enferm Glob. 2013;12(31):206-31.	Análise da influência de fatores internos e externos no processo de passagem de plantão.
Machado RR.	A passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem. (Dissertação de Mestrado).	Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.	Entendimento da passagem de plantão e sua importância no processo de trabalho, bem como os fatores que interferem nela.
Santos MC, Bernardes A.	Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde.	Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(2):359-66.	Discute a importância da comunicação e sua inter-relação com o gerenciamento das instituições de saúde.
Silva EE, Campos LF.	Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura.	Cogitare Enferm. 2007;12(4):502-7.	Levantamento da produção na literatura nacional sobre a temática passagem de plantão e principais aspectos abordados.
Teodoro WR, Aquino LAM.	Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação pediátrica.	Rev Min Enferm. 2010;14(3):316-26.	Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação, identificando quais são os métodos utilizados, o que é informado pelos membros da equipe, o que consideram relevante informar e a relevância do processo.



## Importância da comunicação

Comunicar é o processo de transmitir informações de pessoa para pessoa, podendo ser através da fala, da escrita, de imagens e sons, com o intuito de gerar e propagar conhecimentos. É essencial para a garantia de que as atividades de uma organização ocorram de maneira eficiente e eficaz, a fim de proporcionar informações e compreensão necessárias para a condução das tarefas.<sup>4</sup>

Nos primórdios da comunicação o homem se expressava por gestos, imagens e sons. Só mais tarde é que ele aprendeu a usar sinais gráficos para se referir aos objetos que conhecia pelos sentidos e que comunicava através de gestos. Pela comunicação verbal e não verbal são consagradas ideias e comportamentos ou simplesmente.

Comunicar-se implica uma série de aspectos, que necessitam de clareza e objetividade para que a qualidade da mensagem transmitida e recebida seja efetivada. A comunicação melhora as relações interpessoais no ambiente de trabalho, podendo ser um instrumento facilitador para uma assistência de qualidade.

Ao interagir com a equipe, o profissional utiliza a comunicação como instrumento fundamental para a troca de informação e transmissão de fatos, pensamentos e valores, sendo essencial para a compreensão entre as pessoas.

Os profissionais de Enfermagem são responsáveis pela prestação de assistência integral ao paciente e pela continuidade dos cuidados. Com o intuito de assegurar a assistência, utiliza-se do procedimento passagem de plantão por ser uma atividade comunicativa e de rotina essencial e inerente ao seu cotidiano de trabalho, que permite organizar e planejar as intervenções de enfermagem. A comunicação é uma ferramenta essencial para a enfermagem, pois possibilita a troca e a compreensão de informações.

Na enfermagem a comunicação é valorizada entre os profissionais, já que favorece a gestão do cuidado garantindo assim sua eficiência e eficácia. Acrescenta-se ainda a passagem de plantão garante a identificação de problemas e necessidades para análise situacional permitindo assim a reorganização no planejamento do turno.

Na enfermagem, o exercício de comunicação entre a equipe é realizada em função da continuidade da assistência, envolvendo aspectos de comunicação verbal, oral e escrita. Por isso, falhas na comunicação podem trazer prejuízos diretos para a assistência ao cliente, gerando falhas a assistência, se estendendo pelo restante do turno e pelas subsequentes, comprometendo o seguimento do cuidado.

A comunicação nos serviços de saúde é escassa ou inexistente. O acesso à informação não atinge a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz. Não permitindo uma resposta adequada às necessidades, dificultando a tomada de decisão da enfermagem em relação aos diferentes contextos da assistência.

A dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva entre as pessoas é muito frequente, o que interfere no compartilhamento das ideias, opiniões e no relacionamento interpessoal.

Uma informação para ser de qualidade depende da habilidade de quem fala da forma escolhida, do tempo utilizado e da seriedade da equipe ao registrar as informações que remetem às intercorrências com o paciente. A eficácia da passagem de plantão depende do trabalho em equipe articulado, criando formas alternativas para que a transmissão de informações seja consistente e de qualidade. Sendo assim, a passagem de plantão deve ser considerada um momento para educação continuada, reflexão e interação das equipes, com objetivo de rever condutas e permitir crescimento e melhor desenvolvimento do trabalho. 2

A comunicação oral tem como vantagem a rapidez na transmissão de informações e propicia, também, a interação entre as pessoas. Porém, é importante a utilização da comunicação escrita para evitar a perda das informações relevantes para a assistência de qualidade.

### **Passagem de plantão**

A passagem de plantão, entrega ou troca de turno é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informações objetivas, claras e concisas sobre os acontecimentos que envolvem a assistência direta e ou indireta ao paciente durante um período de trabalho, bem como assuntos de interesse.

Essa atividade se confirma como fundamental no processo de trabalho, onde há troca de informações entre as equipes, permitindo ao profissional enfermeiro ter visão geral da unidade na qual assumirá suas atividades.

Dessa forma, a troca de turno e conseqüentemente a mudança das equipes não inviabiliza a continuidade da assistência e dos cuidados, desde que haja organização e direcionamento para o desenvolvimento do trabalho.

A passagem de plantão uma prática que parece favorecer a rentabilização do tempo e a própria organização da prática, bem como dos cuidados e do serviço. Sendo, compatíveis com aprendizagem momentânea, rápida e de forma abreviada da informação sobre os pacientes, mas, também, de algumas instruções, recados e recomendações, fomentando a implementação de esquemas normativos. Considerada, porém, como vantajosa relativamente a outras formas de informar, informação.

A passagem de plantão ainda favorece integração nos cuidados no que toca aos processos de raciocínio do enfermeiro, incluindo no próprio encadeamento das suas atividades, na continuidade dos cuidados e procedimentos.

A passagem de plantão é considerada como uma ação baseada na transmissão oral de informações sobre o cliente, sobre o processo de trabalho e sobre outros aspectos do cotidiano assistencial, portanto, envolve comunicação e relações de trabalho.

Na perspectiva de enfrentamento dos problemas relacionados com a passagem de plantão, observa-se a dificuldade de implantação de uma ação transformadora, uma vez que a passagem de plantão é um momento em que há troca de informações entre plantões, de intercorrências, cuidados específicos, rotinas da unidade.<sup>10</sup>

É também um momento de trocas de aprendizado onde a informação deve gerar conhecimento, mudança e, quando bem realizada, contribui para a organização do trabalho, garantindo a continuidade da assistência.

Na passagem de plantão ocorre a transmissão de informações entre a equipe que está terminando e a que irá iniciar o novo período de trabalho, abordando os aspectos a respeito o estado dos pacientes, tratamentos, intercorrências, cuidados prestados, pendências e situações específicas da unidade de internação que mereçam a atenção dos profissionais.

Sendo a passagem de plantão, um instrumento básico de enfermagem que permite integrar o trabalho da equipe, tem como questões norteadoras a comunicação bem como o relacionamento interpessoal.

### **Modelos operacionais empregados na passagem de plantão pela enfermagem**

Diversas são as modalidades para o repasse de informações durante a passagem de plantão, como por exemplo, relatórios gravados, orais e escritos, informações junto ao leito, toda equipe reunida, podendo ser empregadas conforme o quadro apresentado pelo paciente, o tamanho da unidade, bem como o quantitativo de pacientes e o tempo de permanência dos mesmos.<sup>2</sup>

Evidencia-se que a passagem de plantão é operacionalizada, apresentando algumas modalidades. Por vezes auxiliares e técnicos de enfermagem passam as informações aos colegas que darão continuidade ao plantão. Os enfermeiros repassam aos colegas enfermeiros isoladamente, sem compartilhar as informações ao restante da equipe. Outra modalidade ocorre no posto de enfermagem, com a presença de toda equipe mesmo tendo ciência que cada profissional será responsável apenas por parte dos pacientes.

Cada método de passagem de plantão, busca garantir a continuidade da assistência. A necessidade de implementar outros métodos de passagem de plantão, pode ser

visto como desafio a ser enfrentado na busca de se construir um novo paradigma norteador para assistência.<sup>2</sup>

No que se refere às modalidades de passagem de plantão, mencionadas na literatura, observou-se que as passagens de plantões adotadas variam de unidade para unidade, depende da dinâmica de trabalho, porém, todos apresentam como finalidade criar condições para assegurar a continuidade e qualidade da assistência.

### **Fatores que comprometem a passagem de plantão e propostas para melhoria**

A ocorrência de falhas na comunicação pode acarretar prejuízos diretos para uma assistência, se permanecer uma lacuna que se estende pelo restante do turno e pelos próximos, podendo levar a consequências para o paciente, às vezes irreversíveis, podendo também comprometer legalmente profissionais e instituição.<sup>2</sup>

Dessa forma, os problemas de comunicação prejudicam a assistência de enfermagem como um todo: desde o repasse das informações, permeando pela qualidade da assistência ao paciente e até a legalidade do exercício profissional. Neste contexto, a passagem de plantão apresenta aspectos negativos para sua realização. Fatores como tempo, local, solicitações médicas, presença de pacientes e familiares, campanha, brincadeiras entre funcionários, entrada e saída de profissionais não pertencentes à unidade, falta de interesse, problemas com a emissão e recepção das mensagens interferem grandemente na passagem também do plantão.<sup>2</sup>

Entende-se que um conjunto de fatores atua sobre os profissionais de enfermagem interferindo nas condições de trabalho. A real necessidade de aumentar a renda é uma realidade, haja vista a baixa remuneração dos trabalhadores de enfermagem. Sendo assim, percebe-se um percentual significativo de trabalhadores com duplo vínculo empregatício, interferindo grandemente nos momentos definidos para a passagem dos plantões.<sup>10</sup>

[...] Sugere-se a reflexão sobre a possibilidade de uma passagem de plantão multidisciplinar, especialmente em setores de especialidades em que se trabalhe com equipes fixas e, pelo menos, com um membro de cada profissão, tal como em unidades de terapia intensiva, proporcionando espaço, também para a discussão de diversos tipos de informação com enfoques diversificados, com a participação do paciente na construção de uma assistência que, de fato atenda as suas necessidades. [...]<sup>2</sup>

É necessária uma sensibilização para todos os funcionários acerca da passagem de plantão. Após, formar um grupo de discussão para identificar qual o modelo de passagem de plantão a ser utilizado na instituição e implantar o modelo em uma unidade piloto.<sup>10</sup>

Estudos demonstram a necessidade de se modificar e adequar as formas de passagem de plantão, a partir do uso de novas tecnologias como a informatização das informações,

bem como reorganizar as rotinas de trabalho, uma vez que a qualidade deste processo impacta diretamente na precisão das informações transmitidas e na continuidade das ações.<sup>12</sup>

[...] estratégias denominadas FO (utiliza-se das fortalezas para aproveitar as oportunidades) as quais visam: criar um ambiente mais propício para a passagem de plantão, aperfeiçoar as condutas da equipe na passagem de plantão. Já as estratégias FA (utiliza-se das fortalezas para evitar as ameaças), que objetivam: criar um instrumento que facilite ainda mais a clareza nas informações, agilidade e a objetividade [...]<sup>6</sup>

A utilização das estratégias pode vir a diminuir comportamentos inadequados durante a prática da passagem de plantão, bem como contribuir para uma padronização do mesmo. O uso das estratégias favorece o alcance de uma assistência de qualidade, contribuindo também para um gerenciamento eficiente da passagem de plantão, processo que muitas vezes não cumpre o seu devido papel, o que pode levar prejuízos tanto para o paciente quanto para a instituição.

### **Importância do enfermeiro na passagem de plantão**

A atuação do enfermeiro é substancial nas instituições de saúde. Impossível imaginar um hospital sem a presença da enfermagem, tanto na assistência direta ao paciente, como em todos os procedimentos que são de sua competência.

Apesar do papel do enfermeiro ser entendido e reconhecido como relevante, é necessário que esta categoria conscientize da sua atribuição principal, assumindo as suas devidas funções enquanto responsável pelo paciente e por uma equipe. O enfermeiro é, portanto, caracterizado como elemento facilitador do trabalho da equipe. Responde pela unidade e deve alertar os profissionais que no momento da passagem de plantão todos devem concentrar apenas nos assuntos condizentes ao referido momento, evitando assim as interferências negativas.

## **■ CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebe-se a importância da reflexão acerca da desvalorização da passagem de plantão pelos profissionais de enfermagem e entende-se que banalizar este procedimento tão significativo e primordial para uma assistência integral e de qualidade, é simplesmente negligenciar o cuidado.

Pensando-se que a segurança do paciente é prioridade para os profissionais da enfermagem, seria ideal que em caso de algum tipo de intercorrência durante a passagem de plantão, o enfermeiro responsável pelo turno que se inicia, assuma a situação de emergência.

Além disso, se qualquer profissional da equipe de enfermagem não participar da passagem de plantão, o enfermeiro deverá se dirigir à chefia imediata para justificar sua ausência e se inteirar das informações sobre os pacientes que estarão sob os seus cuidados.

Sendo a passagem de plantão um dos momentos reservados para garantir a segurança do paciente, tanto ele quanto a unidade não devem ser abandonados nesta ocasião, uma vez que a ausência do profissional coloca o paciente em situação vulnerável aos eventos adversos.

Portanto, é necessário planejamento e organização desta rotina, pois, enquanto estiver sendo realizada, parte da equipe esteja envolvida na assistência dos pacientes, assegurando continuidade dos cuidados.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Teodoro WR, Aquino LAM. Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação pediátrica. *Rev Min Enferm.* 2010;14(3):316-26.
2. Silva EE, Campos LF. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. *Cogitare Enferm.* 2007;12(4):502-7.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.
4. Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Ver Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):359-66.
5. Krutinsky DC, Cornacchia H, Leitão IC, Souza JC, Ananias JC, Coutinho RMC. O significado da passagem de plantão por trabalhadores de enfermagem. *Rev Instituto de Ciências da Saúde.* 2007; 25(2):105-11.
6. Llapa Rodriguez EO, Oliveira CS, França TRS, Andrade JS, Pontes MAC, Pinto FJCS. Mapeamento de passagem de plantão sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Enferm Glob.* 2013;12(31):206-31.
7. Souza PAF, Frade MHLBC, Mendonça DMMV. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):368-81.
8. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Título? São Paulo: COREN, 2010.
9. Penaforte MHO, Martins MMFPS. A visibilidade do autocuidado relativo à higiene na passagem de plantão dos enfermeiros. *Rev Latinoam Enfermagem.* 2011;19(1):131-39.
10. Machado RR. A passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da enfermagem. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
11. Siqueira ILCP, Kurcgant P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta Paul Enferm* 2005;18(4):446-51.

12. Portal KM, Magalhães AMM. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(2):246-53.
13. Backes DS, Backes MS, Sousa FGM, Erdmann AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciêc, Cuid e Saúde.* 2008;7(3):319-26.





07

# O gerenciamento de risco no âmbito da saúde de enfermeiros no contexto hospitalar

| Rafael Pires **Silva**  
UFF

| Geilsa Soraia Cavalcanti **Valente**  
UFF

| Alessandra Conceição Leite Funchal  
**Camacho**  
UFF

# RESUMO

**Objetivo:** Avaliar os fatores ocupacionais que afetam a saúde dos enfermeiros no âmbito hospitalar. **Método:** Pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. **Resultados:** Os principais fatores que afetaram os profissionais de enfermagem foram a sobrecarga de trabalho pelo número grande de pacientes ou número diminuto dos profissionais, infraestrutura inadequada e organização gerencial insuficiente. Evidenciou-se que as interferências do trabalho na vida do profissional de enfermagem são enormes, visto que, apesar de existir um gerenciamento de riscos ocupacionais, ainda há carência de maiores esforços para aplicá-lo na rotina do hospital. Como resultado principal do estudo, criou-se um Protocolo Operacional Padrão (POP) de risco biológico para ser aplicado no hospital-cenário. **Conclusão:** Sugere-se, a partir da identificação desses fatores ocupacionais, a uniformização do POP para gerenciamento de riscos ocupacionais biológicos, com o intuito de garantir fluxo adequado após exposição, assim como a segurança ocupacional dos profissionais de enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem do Trabalho, Enfermagem, Gerenciamento de Risco, Gestão de Segurança, Saúde.

## ■ INTRODUÇÃO

Mediante a Lei 8080/90, em seu art. 6º, parágrafo 3º, entende-se por saúde do trabalhador as atividades destinadas à vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho. Assim sendo, é imprescindível assistência adequada ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença ocupacional, conforme os termos da lei (BRASIL, 1990).

Inicialmente, torna-se importante ressaltar que os locais de trabalho de muitos profissionais são insatisfatórios, sendo evidenciados por problemas na organização, insuficiência de recursos humanos, materiais, além de área física inadequada do ponto de vista ergonômico. Observa-se, ainda, em instituições de saúde diversas, péssimas condições de trabalho de muitos profissionais, tornando-se, assim, fatores de riscos predisponentes a doenças ocupacionais (ALVES; PACHECO, 2015)

Balthazar et al. apontaram a percepção pelos profissionais de enfermagem de existência e frequência de fatores de risco no ambiente de trabalho, tais como o desconhecimento das saídas de emergência, choque contra móveis, risco por contato elétrico, exposição à umidade excessiva, exposição ao ruído, exposição a riscos biológicos, risco de contato com substâncias químicas, esforço físico que produz fadiga, posturas forçadas para a realização de alguma atividade, tarefas rotineiras monótonas, recursos insuficientes para realizar o trabalho, conflito com chefias ou encarregados, pouca possibilidade de promoção e exposição ao vírus da hepatite. Dessa maneira, profissionais de saúde estão vulneráveis e suscetíveis aos riscos mencionados, com possibilidade de desenvolver determinadas doenças (BALTHAZAR *et al.*, 2017).

Além disso, neste mesmo estudo, os autores destacaram os principais problemas de saúde relacionados ao trabalho dos profissionais de enfermagem, como doenças infecciosas, intoxicação por metais ou substâncias, problemas de articulação, lesões na coluna vertebral, problemas no sistema nervoso, transtornos do sono, alcoolismo, uso de drogas, agressões ou condutas violentas, transtornos de órgão (BALTHAZAR *et al.*, 2017).

De acordo com a European Commission (2010), os fatores psicossociais que podem ser geradores de doenças ocupacionais no ambiente de trabalho são o estresse, violência, horas excessivas de trabalho, bullying, dentre outros. Assim, percebe-se que, tanto em níveis nacionais quanto internacionais, diversos são os fatores que, em decorrência do trabalho, levam ao desgaste psicossocial, podendo gerar doenças ocupacionais.

Diante tais fatores, uma alternativa para minimizar esse desgaste e possível adoecimento dos trabalhadores é o gerenciamento de risco ocupacional. Para Furini e colaboradores (2019), a inexistência de um programa de gerenciamento de risco promove subnotificação,

falta de conhecimento do assunto, bem como visão errada quanto à finalidade dos dados processados. Os enfermeiros da instituição acreditam ser problema para a não notificação dos eventos adversos a falta de informação, 81,81%; medo de serem punidos, 54,54%; falta de tempo, 27,27%; falta de impresso, 9,09%; e ainda 9,09% pensam não ter importância a notificação. Nesse sentido, destaca-se o papel do enfermeiro na gestão de risco no que tange à educação continuada para incentivar a notificação dos profissionais.

Sendo assim, observa-se a importância de identificar os fatores de risco ocupacionais que afetam a saúde dos profissionais de saúde, para subsidiar o gerenciamento de riscos ocupacionais nas instituições como medida preventiva de agravos à sua saúde.

## ■ OBJETIVO

Objetivo geral: avaliar os fatores ocupacionais que afetam a saúde de enfermeiros no âmbito hospitalar.

Objetivos específicos: descrever as interferências dos riscos ocupacionais na saúde de enfermeiros que atuam no âmbito hospitalar; discutir sobre o conhecimento do enfermeiro quanto à exposição e ao gerenciamento dos riscos ocupacionais no âmbito hospitalar; e construir um Protocolo Operacional Padrão sobre o gerenciamento de riscos biológicos.

## ■ MÉTODOS

### Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 912.058. Com o intuito de atender à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi apresentado ao participante ou responsável o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o início da pesquisa condicionada a esse consentimento.

### Referencial teórico

O referencial que serviu de base para a análise dos dados na discussão foi Dejours (2012).

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa, na qual foi realizada a coleta de dados por meio de uma entrevista semiestruturada, com perguntas abertas.

## Procedimentos metodológicos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram analisados quanto ao seu conteúdo e forma por dois profissionais com experiência em saúde do trabalhador, além do teste-piloto realizado no primeiro dia de coleta de dados a fim de verificar a operacionalização dos instrumentos. A entrevista abordou questões sociodemográficas; aspectos ocupacionais e de saúde; acidentes de trabalho; doenças do trabalho; e outras doenças. A partir da análise da entrevista aplicada, pôde-se ter conhecimento sobre questões relacionadas às características sociodemográficas da população estudada, bem como sobre aspectos ocupacionais e de saúde.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro ou técnicos de enfermagem; atuar em qualquer setor, tanto na gerência como na assistência. Os critérios de exclusão foram: estar ou de licença por motivos diversos ou de férias no período de coleta de dados.

## Cenário do estudo

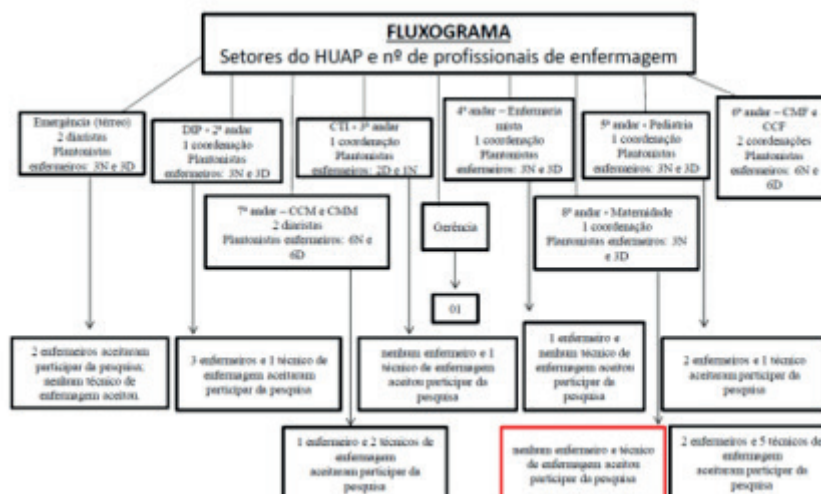
A coleta de dados foi realizada em todos os setores de um hospital universitário situado no estado do Rio de Janeiro, nos períodos de junho a novembro do ano de 2015 e de janeiro a fevereiro de 2016. Atualmente, o quadro de funcionários de Enfermagem é composto por 160 enfermeiros, 211 técnicos de enfermagem, 208 auxiliares de enfermagem e 11 atendentes de enfermagem. A amostra foi de conveniência.

## Coleta e organização dos dados

A busca pelas entrevistas ocorreu iniciando-se do 8º andar para o térreo, em dias diferentes; sendo assim, diferentes profissionais (de diversos plantões) que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do TCLE foram entrevistados.

Foi possível entrevistar enfermeiros e técnicos de enfermagem dos seguintes setores: Emergência, Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), Centro de Terapia Intensiva (CTI), Enfermaria Mista, Pediatria, Clínica Médica Feminina e Masculina (CMF e CMM), Clínica Cirúrgica Feminina e Masculina (CCF e CCM) excluindo-se Maternidade, que foi o local onde os enfermeiros e técnicos de enfermagem não se disponibilizaram a participar da pesquisa. Então, foram entrevistados 12 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem. As entrevistas duraram em média 42 minutos. A Figura 1 ilustra o fluxograma de coleta de participantes.

Figura 1. Fluxograma ilustrativo de seleção dos participantes da pesquisa, Niterói, RJ, Brasil, 2015



## Análise dos dados

A análise dos dados foi baseada nos pressupostos da análise de conteúdo, utilizando as três etapas consecutivas para o tratamento/análise dos dados: pré-análise; exploração do material; e interpretação (BARDIN, 2011). Assim, inicialmente, foi realizada a preparação com identificação das diferentes amostras de informação a serem analisadas; em seguida, procedeu-se à leitura de todos os discursos para decidir quais deles efetivamente estariam de acordo com os objetivos da pesquisa.

O processo de codificação dos materiais foi realizado estabelecendo um código que possibilitasse identificar rapidamente cada elemento da amostra de depoimentos ou documentos a serem analisados. A partir desse momento, os depoimentos foram separados de acordo com os questionamentos, viabilizando a separação desses dados em categorias analíticas pelo agrupamento das temáticas extraídas dos discursos. A partir da frequência dos núcleos temáticos dentro das categorias, iniciamos o processo de descrição e interpretação dos resultados, estabelecendo nossas inferências e constatações. Dessa forma, os conteúdos emitidos pelos depoentes que enfatizavam e/ou abordavam a mesma temática, colocações e assuntos foram agrupados e discutidos.

O segundo momento foi a unitarização: os materiais foram relidos cuidadosamente com a finalidade de definir a unidade de análise, ou seja, foram identificados os depoimentos no seu formato integral, e estes foram agrupados com outros depoimentos similares conforme seu contexto.

A posteriori, foi realizada a categorização: agruparam-se dados considerando a parte comum existente entre eles, sua validade, exaustividade, inclusividade, exclusividade, objetividade, fidedignidade. Por fim, foi realizada a descrição, "comunicação" do resultado do trabalho. Assim, chegou-se às categorias e subcategorias apresentadas nos resultados.

Para garantir a privacidade, os participantes foram identificados por cores: enfermeiros – marrom, rosa, verde, lilás, amarelo, branco, cinza, azul, preto, roxo, laranja, dourado; e os técnicos de enfermagem – bege, azul marinho, prata, grafite, salmão, vermelho, rosa choque, pistache, abóbora, caramelo.

## ■ RESULTADOS

Dos 22 participantes entrevistados, a maioria era do sexo feminino, com idade superior a 50 anos, com tempo de atuação de 6 a 10 anos, na escala de plantonista.

Dentre as categorias a serem abordadas, a primeira é referente aos fatores de risco ocupacionais que interferem na saúde do trabalhador de enfermagem, para responder ao objetivo geral; a segunda refere-se às ações educativas quanto à prevenção de riscos. Posteriormente, abordou-se a questão relacionada aos profissionais de enfermagem sobre o conhecimento quanto à exposição e ao gerenciamento dos riscos ocupacionais em ambiente hospitalar e que apresenta como subcategoria a notificação e acompanhamento após a exposição aos riscos.

A partir dessas categorias, o estudo procurou averiguar as diversas situações a que estão expostos os profissionais de enfermagem e as respectivas interferências que afetam diretamente sua saúde, no intuito de responder ao segundo objetivo do estudo.

### **Interferência dos riscos na saúde do trabalhador de enfermagem: sobrecarga e exposição aos riscos**

A sobrecarga de trabalho nos dias atuais vem interferindo diretamente na vida dos trabalhadores, de maneira que alguns profissionais diminuem seus ritmos de trabalho ou se afastam das atividades laborais por conta das doenças ocupacionais que adquirem ao longo de suas vidas. Diante disso, observa-se que alguns profissionais de enfermagem de diversas clínicas do hospital em questão relatam suas angústias e preocupações em relação à sobrecarga de trabalho.

Desse prisma, a sobrecarga de trabalho se mostra como rotina desgastante que gera incômodos, frustrações, perturbações físicas e mentais para os trabalhadores. Isso acontece, devido a maior suscetibilidade e vulnerabilidade que estes profissionais apresentam, por estarem na linha de frente do cuidado e não terem o reconhecimento devido.

Como causas que precipitam a vulnerabilidade, temos o quantitativo diminuto de pessoal da equipe de enfermagem, pacientes complexos e que inspiram cuidados específicos, falta de treinamento dos profissionais para lidar com situações adversas, dentre outras.

Isso fica evidenciado nos relatos dos depoentes a seguir:



*Às vezes, a gente realmente fica sobrecarregado, tem épocas que estamos com a lotação máxima de pacientes, com pacientes mais graves, inspirando mais cuidados, aí realmente fica sobrecarregado. (AMARELO)*  
*Aqui até se consegue organizar bem o serviço, mas nós sempre temos problema de pessoal. (PRETO)*  
*Em alguns momentos sim, até por uma questão do número de pessoal. (ROXO)*

Evidenciou-se também, no presente estudo, que os riscos ergonômicos são fortes fatores para sobrecarregar os profissionais de enfermagem, visto que o desgaste físico se torna maior em virtude de procedimentos que poderiam ser evitados, como a melhoria dos equipamentos, organização interna da instituição e distribuição da equipe de enfermagem.

*Aos riscos ergonômicos, a gente tem macas quebradas, velhas, que você não consegue manipular mais adequadamente, então a gente tem que fazer um esforço físico. (LILÁS)*

Tais fatores provocam os afastamentos por doenças ocupacionais, evidenciando as interferências na saúde do trabalhador, conforme relato a seguir:

*É decorrente do trabalho, coluna, já tive licença por causa da coluna (...) já tive quando trabalhava em CTI (...) eu fazia amigdalite, faringite de 15 em 15 dias, de 20 em 20 dias (...). (ROXO)*

Pelos seguintes depoimentos, pode-se perceber a necessidade de reorganização na distribuição de capital humano de acordo com a complexidade do paciente.

*Existe sobrecarga no trabalho. Muito, isso é quase uma unanimidade. (LILÁS)*  
*São 20 leitos, uma enfermaria muito complexa e com um quantitativo de técnicos de enfermagem reduzido, 4 ou 3 (...) minimamente a gente teria que ter aqui 5 técnicos para trabalhar (...) e pela complexidade dos pacientes e pela falta de médicos plantonista, com certeza também. (LARANJA)*

Quando o profissional de saúde se vê sobrecarregado e desgastado dentro de sua profissão devido a tantas situações e problemas, como a falta de profissionais suficientes para a sua enfermaria,

elevados números de pacientes, dentre outros, ele começa a apresentar desgaste de sua própria saúde, podendo desenvolver doenças ocupacionais e até mesmo psicológicas. Dessa forma, a desvalorização e desmotivação no que se refere a seu trabalho começam a transformar-se em sobrecarga psíquica, e muitos profissionais não suportam tamanha pressão, como vemos no relato da seguinte profissional:

*Já, em 2012, eu fiquei 3 meses afastada por conta de um transtorno depressivo, que eu adquiri em relação ao estresse psicológico que eu estava passando*

*(...) em relação ao trabalho, no setor de emergência, no período noturno (...) desenvolvi conflitos com a equipe de enfermagem também (...) em relação também ao estado dos pacientes. (ROSA)*

Outros depoentes sinalizam a sobrecarga no trabalho, devido ao afastamento dos colegas por doença ocupacional ou acidente de trabalho, ao acúmulo de funções, ao grande número de pacientes internados, à organização do trabalho no hospital público, que, muitas vezes, possui carência de pessoal para atuar, entre outros motivos.

*Me sinto sobrecarregada no sentido de quando tem alguém de licença médica, agora no final da minha carreira (...) não tem ninguém para cobrir aquela pessoa (...) a pessoa está de licença médica há quase um ano, e não tem outra para cobrir, e no último plantão eu tive que exercer a função de técnico de enfermagem porque só ficou eu e outra, porque faltou a outra segunda pessoa, e não tinha ninguém. (CINZA)*

*Não, nunca fiquei afastada, atualmente eu sinto uma lombalgia, que hoje inclusive eu estou com ela (...) tomei o anti-inflamatório e vim trabalhar. (BRANCO)*

*A gente tem alguns problemas de saúde que eu não posso dizer que foram só exclusivamente por causa do trabalho, mas eu tenho uma limitação de atividade por problemas na coluna. (PRETO)*

*Já fiquei afastada por conta de tendinite e torção de tornozelo. (VERMELHO)*

Ao ser questionada se tem outra doença em decorrência do trabalho, uma depoente relatou a sua iniciativa em procurar ajuda para conseguir enfrentar o doloroso cotidiano do trabalho perante a morte:

*Olha eu acho que um Burnout aí cai bem, devido ao estresse aqui nas atividades. (CINZA)*

Existe relato de um profissional que sinaliza a redução do número de leitos como medida para diminuir a sobrecarga:

*Não (...) não por uma questão de redução do número de funcionários, houve uma redução do número de leitos também (...). (ROSA)*

## **Ações educativas/gerenciais quanto à prevenção de riscos**

Entende-se a importância de realização de ações educativas efetivas para evitar acidentes de trabalho por causa dos riscos ocupacionais a que os profissionais de saúde estão expostos.

Sobre esse aspecto da análise, vejamos o que relata uma depoente quanto às ações educativas que desenvolve em sua prática:

*Eu acho que em todas as enfermarias foi distribuído para que tivesse um*

*quadro de avisos mostrando esse fluxograma com acidentes com material biológico. (VERDE)*

Nesse prisma, uma depoente sinalizou para a necessidade de planejamento nas ações gerenciais que envolvam a educação permanente/continuada:

*Com relação a orientação a gente tem o POP de todas as técnicas e todos os procedimentos de enfermagem e procedimentos que fica no setor (...) mas assim, bem orientado, não existe. (AZUL)*

Quando um enfermeiro foi questionado se acontecem reuniões para orientações quanto aos riscos inerentes ao trabalho, a resposta obtida foi negativa, como pode ser vista no seguinte relato:

*Não. A gente está começando agora, para segurança dos pacientes, para prevenção de riscos de quedas, o pessoal está se mobilizando para fazer isso. Agora para funcionários, que eu tenha visto aqui não, pode até ter. (MARRROM)*

Então, fica evidenciado, dessa maneira, que não há uma ação educativa padrão para os enfermeiros do hospital com relação a prevenção de riscos e doenças ocupacionais ao trabalhador. Depreende-se que ainda não existe, por parte do próprio trabalhador, a clareza da necessidade de cuidados com a sua própria saúde; assim, se faz necessário que a instituição invista em ações educativas com os trabalhadores de saúde e em particular, neste estudo, com os trabalhadores de enfermagem.

### **O conhecimento do enfermeiro quanto à exposição e ao gerenciamento dos riscos ocupacionais em ambiente hospitalar: notificação e acompanhamento após a exposição a riscos**

A notificação e o acompanhamento dos acidentes ocupacionais são importantes para a saúde do profissional de enfermagem, pois poder-se-á tomar atitudes para o controle dos riscos somente mediante o conhecimento daqueles principais a que os profissionais de saúde estão expostos. Todavia, para que isso ocorra, torna-se necessária a notificação e acompanhamento dos casos de acidentes de trabalho, além do conhecimento do fluxo, como está descrito nos relatos a seguir:

*Eles são primeiramente encaminhados aqui para o DIP onde tem o primeiro atendimento, e tem uma ficha, tem perguntas, isso tudo é registrado [...] do profissional é colhido o sangue dele no momento do acidente, da fonte também, se a fonte for conhecida. (VERDE)*

*São comunicados através do CIAT (Comunicação Interna de Acidentes de Trabalho), mas tem gente que a deixa pra lá, não faz não, não deu nada, tem pessoas que não querem fazer. (MARRROM)*

A identificação inicial dos principais tipos de acidentes e riscos é fundamental para a prevenção de acidentes ocupacionais. Por isso, a comunicação realizada no hospital por meio do CIAT é fundamental, porque ajuda a manter na “memória” do hospital os riscos iminentes dentro da sua unidade; além de auxiliar na construção do gerenciamento de riscos, permite a realização de estudos para melhoria na qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros e suas respectivas equipes de enfermagem, visto que, muitos riscos químicos, ergonômicos e biológicos, como o descrito a seguir, estariam sendo prevenidos. Além disso, a notificação dos acidentes de trabalho respalda o trabalhador no que se refere à garantia de seus direitos trabalhistas.

Dessa forma, torna-se relevante que o trabalhador tenha consciência da sua responsabilidade para com sua própria saúde e que, além de realizar procedimentos com segurança, deve comunicar oficialmente a ocorrência de acidente. Nesse sentido, vejamos o relato de uma das depoentes:

*É eu já sofri um acidente com perfurocortante (...) mas foi com uma agulha hipodérmica (...) fui atendida aqui mesmo (...) fui encaminhada para a comissão responsável (...).(ROSA)*

*Sim, porém se eu tivesse que fazer imunoglobulina para hepatite, eu não sei, porque eu não tive esse atendimento (notificação). Eu que fiquei procurando. (LILÁS)*

*Furei-me por perfurocortante. O meu sangue foi encaminhada para emergência, foi realizado todo o esquema profilático e feita a notificação. (VERMELHO)*

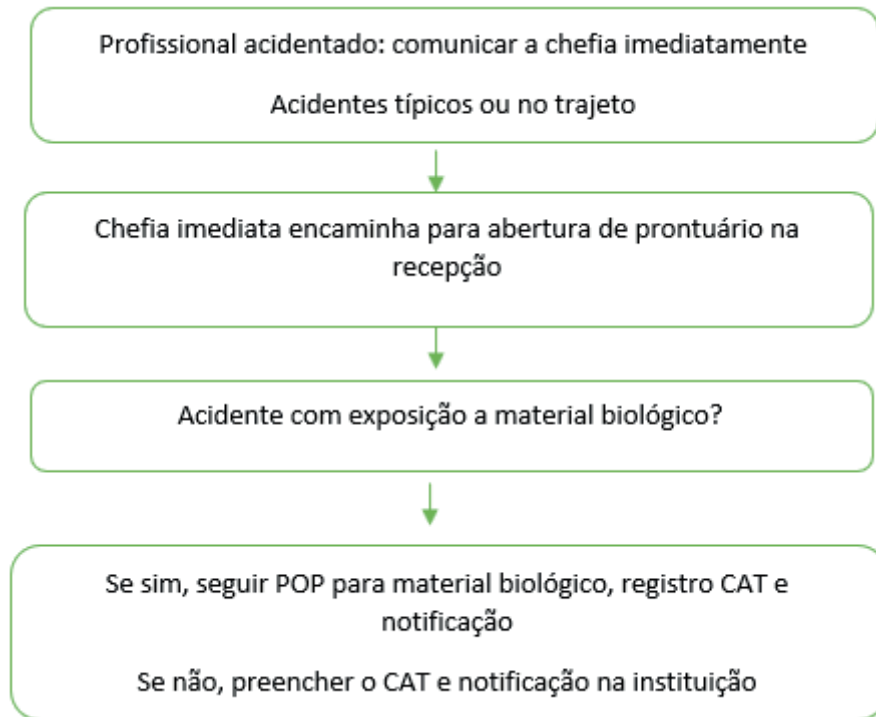
Além dos acidentes com materiais perfurocortantes, que acabam se mostrando em maior evidência, existem também outros tipos de acidentes, como quedas, infecções adquiridas do paciente, dentre outros, a que o profissional de enfermagem fica susceptível em seu meio de trabalho e que, se não forem tomadas as atitudes necessárias para prevenir esses riscos, eles poderão ocorrer ao longo dos dias de trabalho.

A partir dos resultados observados e analisados, levando em consideração o contexto da instituição, foi elaborado um POP (Figura 2), que será levado à instituição como sugestão de protocolo para auxiliar a notificação e nortear futuras práticas para o gerenciamento de risco —especificamente, quanto ao risco biológico. Foi feito o POP para o risco biológico, pois foi a notificação que mais aconteceu no campo de pesquisa estudado.

## **Procedimento Operacional Padrão para o gerenciamento de riscos do hospital universitário**

### **Fluxograma após acidente**

Figura 2. Protocolo Operacional Padrão para acidente de trabalho, Niterói, RJ, Brasil, 2015



#### Procedimentos após contato para material biológico (relacionado à Figura 2):

1. Limpar imediatamente o local com água e sabão;
2. Em caso de acidente com membranas e mucosas, irrigar imediatamente com água limpa ou soro fisiológico;
3. Em caso de acidente com a membrana ocular, irrigar os olhos com água limpa ou solução oftalmológica estéril;
4. Comunicar imediatamente o setor responsável;
5. Em caso de acidente com perfurocortante, será necessário coletar amostra de sangue para realização de exames sorológicos da vítima e do cliente que estava sendo atendido. Eles devem aguardar a coleta do material para a realização dos exames.
6. O profissional responsável deverá preencher a ficha de notificação de acidente padronizada pela Comissão de Biossegurança e a ficha padronizada pela Secretaria Municipal de Saúde de seu município;
7. Caso a vítima de acidente seja funcionário da instituição, também deverá ser encaminhado ao Setor Pessoal para preenchimento de Cadastro de Acidente de Trabalho (CAT);
8. A vítima de acidente deverá realizar exames sorológicos (anti-HIV, anti-HCV, Hb-sAg) 30, 60 e 180 dias após o acidente; e entregar o resultado ao profissional responsável para registro deles;

## OBSERVAÇÕES:

- A sorologia deve ser feita após acidente com material perfurocortante ou com fluidos corpóreos em mucosas, porém não é obrigatória;
- A comunicação deve ser realizada de imediato, pois a profilaxia com antivirais tem de se iniciar em tempo não superior a 2 horas (preferencialmente na 1ª hora) após o acidente.
- As vítimas de acidente que se negarem a realizar a rotina sorológica proposta pela instituição devem estar cientes do fato e assinar termo de compromisso, que ficará arquivado na Secretaria Municipal de Saúde de seu município.

Fonte: Adaptado de [cgj.tjsc.jus.br/dna/docs/rotinas\\_acidentes.doc](http://cgj.tjsc.jus.br/dna/docs/rotinas_acidentes.doc)

## ■ DISCUSSÃO

Entende-se que, ao serem conhecidos os problemas de saúde dos profissionais de enfermagem, em conjunto com os principais fatores de risco no trabalho, se torna possível elaborar alternativas de intervenção que gerem mudanças no sentido da apropriação do conhecimento e crescimento pelos trabalhadores.

Então, fica constatado que a informação, a formação e a construção do conhecimento de maneira adequada para o trabalho, além da obediência às normatizações, são estratégias que contribuirão para a saúde ocupacional desses trabalhadores, tornando o trabalho mais seguro e saudável (BALTHAZAR *et al.*, 2017)

Com relação às cargas de trabalho excessivas, estas ocorrem devido a uma cultura e organização do trabalho da instituição de saúde, em que a existência de enfermarias com pacientes acamados, em estágio terminal, com muitas feridas, dentre outras situações expostas, compromete a qualidade de atendimento.

Devido a isso, muitos trabalhadores adoecem, se sentem desvalorizados, desmotivados, angustiados e acabam se afastando do trabalho. Isso ocorre, assim como diz Dejours (2012), pelo fato de que a organização prescrita do trabalho nem sempre condiz com a realidade vivenciada pelos trabalhadores, originando, nesses profissionais, sofrimento e desprazer no trabalho.

Para Dejours (2012), todo excesso conduz ao surgimento de fadiga e sofrimento. O autor afirma que, se uma interrupção do trabalho não vem interromper a evolução do processo e se nenhuma transformação da organização do trabalho intervém de maneira imediata, a fadiga no trabalho desencadeará a patologia. Existe também o risco relacionado à dinâmica



do trabalho, que se refere ao início, gênese e também às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho.

Nessa linha, Balthazar e colaboradores (2017) entendem que, conforme os problemas de saúde dos profissionais de enfermagem e os fatores de risco no trabalho são compreendidos, se torna possível desenvolver alternativas de intervenção que levem a mudanças no sentido da apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho. Logo, informação, formação adequada para o trabalho e obediência às normatizações são estratégias que contribuem para a saúde ocupacional, possibilitando a realização de um trabalho de modo mais seguro e saudável.

O trabalhador, mediante a situação de trabalho que lhe é imposta diariamente — caracterizada por baixo quantitativo de profissionais, grande quantitativo de pacientes internados, falta de materiais, infraestruturas inadequadas etc. — se vê sobrecarregado e cansado da rotina em que vive. Isso, ao longo dos anos de trabalho, acarreta problemas de saúde, que muitas vezes afastam o profissional do trabalho para cuidar de sua saúde.

Percebe-se que a doença ocupacional provoca um afastamento do profissional de enfermagem de suas funções, para tratar de sua saúde, gerando assim um déficit ainda maior de profissionais dentro do hospital. Além disso, cria-se uma sobrecarga para os cofres públicos, pois quando os profissionais se acidentam ou adoecem por alguma doença relacionada ao trabalho, eles continuam recebendo seus salários, auxílios-doença, dentre outras fontes de renda, sem realizar qualquer tipo de trabalho ou oferecer benefício para as instituições empregatícias e até mesmo governo. Logo, os profissionais de saúde afastados do trabalho são considerados pacientes que demandam muitas cargas sociais e fiscais para o governo e instituições empregadoras, produzindo, assim, uma sobrecarga e fadiga do sistema.

Porém, não pode ser deixada de lado a situação de saúde que os profissionais de enfermagem vêm vivenciando, pois o afastamento do trabalho se faz necessário para a melhora e restabelecimento da saúde desses profissionais, a fim de poderem continuar dando assistência de qualidade aos seus pacientes em vez de se tornarem pacientes.

Acerca da notificação de acidentes de trabalho, deve-se, de início, identificar os principais tipos de acidentes e riscos, visto que isso é fundamental para a prevenção de acidentes ocupacionais. Por tal motivo, a comunicação realizada no hospital por meio do CIAT é fundamental, pois ajuda a manter na “memória” do hospital os riscos iminentes dentro da sua unidade, auxilia na construção do gerenciamento de riscos e promove a realização de estudos para melhoria na qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros e suas respectivas equipes de enfermagem. Ademais, a notificação dos acidentes de trabalho respalda o trabalhador quanto à garantia de seus direitos trabalhistas.



Alves e colaboradores (2017) afirmam que, quando se identificam precocemente os riscos ocupacionais, o poder prevencionista prevalece sobre as doenças e acidentes de trabalho, possibilitando uma diminuição na ocorrência de sinistros e agravos à saúde.

Neves e colaboradores (2017) relatam que há a ocorrência de barreiras ao uso do EPI, que se mostram mediante baixa adesão; isso ocorre devido aos aspectos organizacionais, gerenciais e relacionais (estrutura física inadequada, disponibilidade e acessibilidade aos equipamentos de proteção, falta de rotinas, sobrecarga de trabalho, estresse, improvisação e desgaste nas relações de trabalho).

Estudo aponta a equipe de enfermagem como a que mais se acidenta durante a prática laboral, sendo os dispositivos perfurocortantes, os objetos mais frequentemente envolvidos nos acidentes de trabalho (VILLARINHO; PADILHA, 2014).

Silva e colaboradores (2016) afirmam ser fundamental que os dirigentes das entidades e instituições de saúde em questão, promovam, incentivem e valorizem a atualização e crescimento dos profissionais de enfermagem diante das inovações, mudanças e crescimento científico que constantemente vêm acontecendo na área de saúde.

Os hospitais devem estar atualizados e fervorosos para difundirem essas transformações aos seus empregados, visando a melhores qualificações técnicas e científicas. Além disso, os profissionais de enfermagem devem ser um veículo para transmissão do conhecimento entre a teoria e a prática, levando esses conceitos para a sua rotina de trabalho, disseminando aos outros profissionais o interesse pelo saber: tudo isso é fundamental para uma boa assistência em saúde.

Segundo Pinto e colaboradores (2015) das estratégias de ensino-aprendizagem disponíveis para implementação de uma Educação Continuada (EC), há a predominância de exposição dialogada e problematização de casos. Assim, os assuntos envolvidos são as habilidades técnicas, comportamentais e a avaliação pela auditoria dos cuidados. Dentre os tópicos abordados, surgem sugestões apontadas pelos próprios enfermeiros para a melhoria do processo de EC, e as sugestões são relacionadas à necessidade de recursos estruturais, didáticos e também planejamento compatível e organizado com as necessidades e disponibilidade dos envolvidos, a fim de que possa atender às suas necessidades de conhecimento, além de motivação para garantir maior adesão da equipe de enfermagem.

Assim, para que ocorra um processo educativo efetivo e bem estruturado com a participação de todos os enfermeiros, todos os impedimentos ou fatores restritivos deverão ser superados pelos fatores impulsionadores. Isso poderá ser conseguido pela articulação entre a universidade e o serviço de saúde, para que ambos possam ter cooperação mútua no sentido de produzir conhecimento, formar profissionais e educar continuamente. Essa união e cooperação entre instituições de ensino e as unidades de saúde poderão trazer benefícios

enormes para as instituições de saúde, assim como para os pacientes assistidos por esses profissionais (PINTO *et al.*, 2015)

Também se faz necessário que sejam implementadas medidas para melhorar o ambiente de trabalho com a participação efetiva dos profissionais de saúde, pela elaboração de estratégias de mudanças associadas a uma adequação ergonômica dos espaços físicos, equipamentos e mobiliários, ajuste da temperatura, nível de ruído e da iluminação dos postos de trabalho, dentre outros fatores<sup>(3)</sup>.

### **Limitações do estudo**

As limitações do estudo ocorreram mediante a não captação de mais profissionais para a pesquisa, visto que os relatos dos profissionais de enfermagem são fundamentais para o entendimento do que ocorre nos plantões de enfermagem em relação ao gerenciamento de riscos ocupacionais. O contato com todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem não foi possível, por fatores como indisponibilidade de tempo deles, não querer participar da pesquisa, entre outros, o que fez com que muitos relatos deixassem de ser captados para o enriquecimento da pesquisa.

### **Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

O presente estudo traz como contribuições a exposição das principais interferências na saúde do trabalhador e das possíveis complicações que estas trazem para a vida de cada profissional. Nesse sentido, fica evidente a importância do conhecimento adquirido na vida acadêmica e profissional para o controle e minimização desses riscos. Assim, o estudo contribui para o meio científico demonstrando que os riscos ocupacionais, quando não gerenciados e controlados de forma firme e eficaz, trarão prejuízos à saúde dos profissionais de enfermagem, o que, por sua vez, irá influenciar diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes.

## **■ CONCLUSÃO**

Desse modo, com base nos objetivos, identificou-se que os riscos no trabalho sofridos pelos profissionais de enfermagem são diversos, destacando-se a sobrecarga de trabalho pelo número grande de pacientes ou número diminuto dos profissionais, infraestrutura inadequada e organização gerencial insuficiente. Em relação às doenças ocupacionais, a maioria dos depoentes relatou que sofre de algum tipo de patologia que afeta a sua saúde, manifestando-se sob a forma de ansiedades, noites mal dormidas, problemas psicossomáticos, musculoesqueléticos etc.

Esses fatores desencadeiam problemas institucionais e sociais, pois cada vez mais profissionais entram de licença; e, quando isso ocorre, tem-se menos mão de obra disponível no mercado e mais carência de profissionais de saúde dentro da sociedade, sem contar os encargos tributários e sociais que estes licenciados trazem para a sociedade. Por isso, ficou evidenciado que as interferências na vida do profissional de enfermagem são enormes, visto que, apesar de existir um gerenciamento de riscos ocupacionais, há carência ainda de maiores esforços para aplicar a educação permanente na rotina do hospital. Foi sugerido um POP para riscos biológicos, com vistas à posterior implementação no hospital.

Com base nessas informações, percebe-se que a atuação do profissional de enfermagem como força principal no combate aos riscos ocupacionais é fundamental, por ser ele capacitado e adequado para a elaboração e implementação de um plano gerencial bem como desenvolvimento das ações para conter os riscos ocupacionais dentro da instituição.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALVES, H.E.; VALENÇA, C.N.; GUEDES, D.T.; REIS, A.C.R.; SUGETTE, J.F.V.; CABRAL, S.A.A.O. Riscos ocupacionais a que os trabalhadores da enfermagem referem estar expostos em central de material estéril. **Id on Line Rev Psic.** v. 11, n. 37, p. 1-12, 2017.
2. ALVES, L.S.; PACHECO, J.S. Biossegurança: fator determinante nas unidades de atendimento à saúde. **Revista Fluminense de Extensão Universitária.** v. 5, n. 1, p. 33-40, 2015.
3. BALTHAZAR, M.A.P.; ANDRADE, M.; SOUZA, D.F.; CAVAGNA, V.M.; VALENTE, G.S.C. Gestão dos riscos ocupacionais nos serviços hospitalares: uma análise reflexiva. **Rev enferm UFPE online.** v. 11, n. 9, p. 3482-91, 2017.
4. BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* 1ª edição. São Paulo: Edições 70 Brasil, 2011. 288p
5. BRASIL. Manual de Gestão e Gerenciamento. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) acesso em 20 de junho de 2019.
6. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho. Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* 1ª edição/10ª tiragem. São Paulo: Atlas; 2012. 152p.
7. EUROPEAN COMMISSION. Occupational health and safety risks in the healthcare sector. 2010 Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/New-EUL14157\\_Healthcare\\_Sector\\_web.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/New-EUL14157_Healthcare_Sector_web.pdf) Acesso em 21 de junho de 2019
8. FURINI, A.C.A.; NUNES, A.A.; DALLORA, M.E.L.V. Notifications of adverse events: characterization of the events that occurred in a hospital complex. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40, 2019.
9. NEVES, H.C.C.; SOUZA, A.C.S.; MEDEIROS, M.; MUNARI, D.B.; RIBEIRO, L.C.M.; TIPPLE, A.F.V. Fatores que interferem na adesão as precauções padrão por profissionais de saúde: Revisão Integrativa. **Enferm Foco.** v. 8, n. 1, p. 72-6, 2017.

10. PINTO, J.R.; FERREIRA, G.S.M.; GOMES, A.M.A.; FERREIRA, F.I.S.; ARAGÃO, A.E.A.; GOMES, F.M.A. Educação permanente: reflexão na prática da enfermagem hospitalar. **Tempus, acta de saúde colet.** v. 9, n. 1, p. 155-165, 2015.
11. SILVA, R.P.; VALENTE, G.S.C.; BARRETO, B.M.F.; CAMACHO, A.C.L.F. The risk management and interference in occupational health worker: integrative review. **R Pesq Cuid Fundam.** v. 8, n. 2, p. 4168-85, 2016.
12. VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M.I. Biosecurity strategies of healthcare workers in the care for people with HIV/AIDS (1986-2006). **Esc Anna Nery.** v. 18, n. 1, p. 25-31, 2014.



08

# Functional independence of the elderly in multiprofessional home care

| Talita Ferreira Turatti do **Carvalho**  
FEAS

| Elenize **Losso**  
FEAS

| Leon Martins **Boava**  
IFPR

| Suzane Ketlyn **Martello**  
PUC-PR

| Manoela de Paula **Ferreira**  
UFPR

| Clovis **Cechinel**  
FEAS

# ABSTRACT

**Introduction:** Functional evaluation is one of the pillars of elderly home care for planning of interventions targeting the autonomy of this population. **Objective:** To verify Functional Independence Measure (FIM) in senior patients on a home care program. **Method:** Retrospective quantitative study with elderly patients assisted by a home care service in the city of Curitiba, from August 2012 to December 2016. The following information was collected: gender, age, clinical diagnosis, and mean FIM scores at admission and discharge. Inclusion and exclusion criteria were met, descriptive statistics was used and, for association of variables, Wilcoxon's and Spearman's tests were applied. **Results:** 1,614 patients were included, with predominance of women (n=953; 59.53%), mean age of 78.7 ± 9.2 years, clinical diagnoses of diseases mostly affecting the central nervous system (CNS), the respiratory system, the joint and musculoskeletal system, and the circulatory system. The initial mean FIM was 50.56 points, while the final one was 55.36 points, with significant difference –  $Z=-5.09$ ,  $p=0.0001$ . **Conclusion:** Most seniors presented maximum to moderate dependence; however, a significant improvement in FIM after the health care provided in their homes was observed in patients with minimum dependence or modified independence.

**Keywords:** Home Care Services, Health Care Services, Comprehensive Elderly Care, The Elderly.

## ■ INTRODUCTION

The Brazilian population is aging rapidly. Data from the 2015 National Household Sample Survey revealed a figure of 29,374,000 senior individuals, which accounts for 14.3% of the overall population and is a greater proportion than that observed in 2010, when the rate was at 11.7%, and this process often unfolds without proper assistance for a healthy aging (IBGE, 2015; United Nations, 2015; Gratão et al., 2013; Macêdo; Cerchiari, Alvarenga, Faccenda & Oliveira, 2013).

Despite Public Policies developed in an attempt to ensure comprehensive elderly care, such as The Elderly Statute (Brazil, 2016) and, later, the National Policy for Elderly Health Care [*Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*] (PNSPI), the literature has few reports aiming to quantify factors that hinder an active and healthy aging process and that evaluates the elderly's functional impairment.

Functional impairment increases significantly with aging, depression, cognitive impairment, number of chronic-degenerative diseases, and hospital admission (Brazil, 2003). Several instruments can be used in gerontologic practice, such as Functional Independence Measure (FIM), for instance, which comprehends motor, cognitive and social domains that are relevant in overall functionality evaluation (Hajek & König, 2016; Riberto, Miyazaki, Filho, Sakamoto & Batistella, 2001; Barbeta & Assis, 2008).

A literature review study on instruments that assess senior citizens' functional status revealed that FIM was used in 285 researches, being the second most frequently used instrument. It is of wide utilization in evaluations and can also be applied to follow up patient performance and inserted in an elderly home care program, for being easy to handle and having a good relationship with daily life activities (Paixão & Reichenhem, 2005).

Thus, with the understanding that there are few studies with seniors inserted in home care programs and that an elderly individual's functionality needs to be observed and stimulated for successful aging, the objective of this study was to verify Functional Independence Measure (FIM) variations in senior patients assisted by a home care program.

## ■ METHODS

This is a retrospective and quantitative study conducted from data contained in medical records of patients assisted by a home care service provided by the Brazilian Unified Health System [*Sistema Único de Saúde*] (SUS) called Better at Home Program, in the city of Curitiba, from August 2012 to December 2016. The research was approved by the ethics committee on Research Involving Humans of Curitiba's Municipal Health Secretariat, Paraná, Brazil, and was given favorable legal opinion, under registration CAAE 49423014.7.0000.5223.



The study inclusion criteria were: patients aged 60 or over, admission by the home care service in Curitiba, and undergoing functional evaluation at the beginning (initial FIM) and at the end (final FIM) of the program follow-up. For being a research on functionality in the elderly, the exclusion criteria were: patients aged below 60, those who had no initial or final FIM records collected, incomplete or questionable data in the records, and cases of death during the program follow-up.

It is worth noting that the inclusion of patients in the Better at Home Program has the following criteria: residing in Curitiba, being registered in the Brazilian Unified Health System, having a responsible companion at home, presenting pathologies that justify difficulty of access to Basic Health Units, clinical stability, homes with proper hygiene and structure conditions for use of life support equipment, and being referred by a unit from Curitiba's Health Care Network.

Data were collected by the service physiotherapists according to the medical records of the Program. For this study, the following information were considered: gender, age, clinical diagnoses, and initial and final FIM scores for the last multiprofessional service. The collected clinical diagnosis will consider the main ICD attributed to the patient by the doctor.

FIM is composed of a set of 18 competences, namely: self-care, transfers, locomotion, sphincter control, communication and social cognition, which includes memory, social interaction and problem solving. Each one of these evaluated activities is scored, from 1 (total dependence) to 7 (total independence). Thus, total score ranges from 18 to 126 points, and the higher the score the greater the individual's independence level (Hajek & König, 2016). Strata vary according to functional limitation; a minimum score of 18 points corresponds to total dependence, 19-60 represents maximum/moderate dependence, 61-103 means minimal dependence and supervision, and 104-126 corresponds to modified or total independence (Okuno, Miyasaki & Dobashi, 2012).

Data analysis used statistical analysis software SPSS 22 for Windows. For correlation between age and the functional independence measure test values, Spearman's test (*rs*) was used, and for comparison between initial and final means, Wilcoxon's non-parametric measures test (*Z*) was applied. Data with  $p \leq 0.05$  were deemed significant.

## ■ RESULTS

The Better at Home Program followed up 12,123 patients assisted by it, of which 1,614 were included in the research for meeting the inclusion criteria; 59.23% of them ( $n=956$ ) were females and ( $n=658$ ) 40.76% were males (Figure 1), with a mean age of  $78.7 \pm 9.2$  years ( $80 \pm 9.47$  years for women, and  $77 \pm 8.23$  for men).

**Figure 1.** Sample selection flowchart.

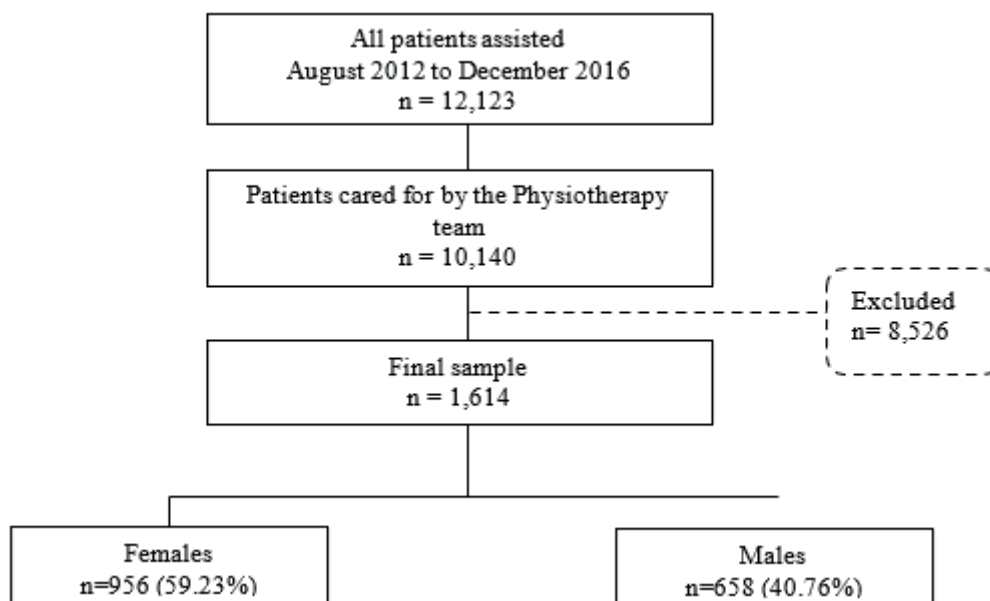


Table 1 displays the main systems affected by diseases described in the medical records. There was a prevalence of diseases associated with the nervous system (45.47%), and this group included Cerebrovascular Accident (CVA), dementia, Parkinson’s disease and demyelinating diseases. Records of signs and symptoms or diseases under investigation without definitive clinical diagnosis were grouped as “Unspecific”.

**Table 1.** Main systems affected according to the patient’s disease

Gender	Female		Male		Total	
	n = 956	%	n = 658	%	n =1614	%
Nervous system diseases	403	24.97	330	20.44	734	45.47
Respiratory system diseases	114	7.06	64	3.96	178	11.02
Joint and musculoskeletal diseases	79	4.89	75	4.64	154	9.53
Circulatory system diseases	73	4.52	35	2.16	108	6.68
Oncologic diseases	38	2.35	37	2.29	75	4.64
Endocrine diseases	19	1.18	9	0.55	28	1.73
Urinary tract diseases	12	0.74	15	0.92	27	1.66
Hematologic disease	0	0	1	0.06	1	0.06
Gastrointestinal diseases	3	0.19	4	0.24	7	0.43
Mental disorders	3	0.19	0	0	3	0.19
Unspecific	177	10.97	60	3.71	391	14.68
Others	35	2.17	28	1.7	63	3.87

Table 2 showed a mean FIM reduction of 9.2% in the elderly categorized as having total dependence, and 7.2% in those with maximum/moderate dependence. In contrast, there was an increase in FIM means of 4.7% in the elderly with minimal dependence and supervision, and 32.6% in those with modified/total independence (Table 2).

**Table 2.** Distribution of number of patients according to dependence categorization as to initial and final FIM

Classification	Initial FIM (%)	Final FIM (%)
1 - Total dependence	499 (30.92)	453 (28.7)
2 - Maximum/moderate dependence	559 (34.63)	519 (32.16)
3 - Minimum dependence/supervision	341 (21.13)	357 (22.12)
4 - Modified/total independence	215 (13.32)	285 (17.66)

Table 3 presents FIM means in the initial and final moments by gender, and it is possible to observe that all results were classified as maximum/moderate dependence. Comparing initial and final means from the medical records included in the study, difference was found between them, with  $Z = -5.09$ ,  $p = 0.0001$ .

**Table 3.** Initial and final FIM means

FIM	Total: 1,643	Females 967 (59,3%)	Males 664 (40,7%)
Initial FIM	50.1 ( $\pm 35.5$ )	50.7 ( $\pm 35.7$ )	51.6 ( $\pm 35.1$ )
Final FIM	55.6 ( $\pm 38.1$ )	55.7 ( $\pm 38.5$ )	55.5 ( $\pm 36.4$ )

## ■ DISCUSSION

The sample comprises an elderly population composed predominantly of women (59.53%), with a mean age of  $78.7 \pm 9.2$  years. Other studies have shown predominance of women as well, a fact that may be linked to lower exposure to risk factors related to their workplace, lower prevalence of tobacco smoking and alcohol consumption, and more frequent use of health systems (Fhon et al., 2012; Cheng, Yang, Cheng, Chen & Wang, 2014; Dantas, Bello, Barreto & Lima, 2013; Lima, Araújo & Scattolin, 2016; Pilger, Mnon & Mathias, 2011).

In this study, the main clinical comorbidities were linked to diseases affecting the CNS (45.47%), the respiratory system (11.02%), and the joint and musculoskeletal system (9.53%). Similar data on prevalence of CNS diseases are found in studies with seniors residing at long-stay institutions (Dantas et al., 2013). It is suggested that CNS diseases lead to greater functional impairment, requiring other people for supervision or physical help so that certain activities can be performed (Macêdo et al., 2013; Rosa, Moraes, Santos Filha, 2016).

The incidence of unspecific pathologies is worth attention. It is important to highlight that this classification grouped rare diseases, unspecific symptoms registered on consulted medical records, multiple sequelae, and others. This high index can be explained, since the elderly present multiple morbidities, which, in their turn, lead to a greater risk of complications and may increase health care needs (Medijainen, Pääsuke, Lukmann & Taba, 2015). The majority of this study sample suffered an acute health-related event and required hospital admission. Thus, a certain degree of functionality basal impairment is to be expected. Some authors report that a senior's functionality oscillates after hospitalization, due to acute and

chronic events, or even elective surgeries. This functional drop during or right after hospital admission becomes more serious over the hospitalization period; nevertheless, it was possible to observe improvements in FIM results, comparing initial and final FIM values, and a reduction in the number of people with final FIM values indicating total dependence (Nunes et al., 2013; Cameron et al., 2012; Tomlinson et al., 2012).

The results of this study show high levels of functional dependence. Similar data were found in the elderly assisted by a health care center in Talca, Chile, with mean total FIM of  $55.4 \pm 28.6$  (Calero-García, Calero, Navarro, Ortega, Campos, 2016). These data differ from those of other studies, which show means of 121.6 points for institutionalized senior patients, and 69.35 for elderly individuals who went home after fractures, which may reinforce the fact that hospitalization reduces the elderly's functionality significantly (Muñoz Silva, Rojas & Marzuca, 2015; Josino, Costa, Vasconcelos, Domiciano & Brasileiro, 2015).

Another study conducted with 574 seniors from Ribeirão Preto, in Brazil, presented mean FIM of  $113.9 (\pm 20.6)$ , and 15.7% of the elderly were identified as dependent, by correlating functionality with caregivers' overload (Gratão et al., 2013). These values can show that the senior members of that community were actively capable of keeping good functionality indexes.

A study was conducted with 560 Australian seniors; the sample was mostly composed of individuals with orthopedic issues (hip fracture, joint replacement, lower limb amputation, etc.) and CVA, and FIM scores increased during hospitalization for rehabilitation, with an overall increase mean of 6.7 points per week. This fact values a therapeutic process focused on functional rehabilitation, even in a hospital environment.

In contrast, a study conducted at seven rehabilitation centers in Finland with 741 senior patients, of which 376 were in the intervention group, and 365 in the control group, observed a drop of 3.41 points in FIM for the intervention group, and 4.35 points for the control group (Silva, Ximenes, Silva Junior, Ísola & Rezende, 2009). Such a fact may suggest that intervention and evaluation programs need to be carried out with the elderly for functional improvement, but there is still need for knowing all factors that influence the aging process and functional enhancement of this age group.

It is worth highlighting that equipping families with health education is a tool that encourages self-care, besides habit or behavioral changes, thus contributing to introducing a new attitude towards care, which can be a means to improve the elderly's functionality (Kehusmann, Autti-Rämö, Valaste & Rissanen, 2018).

As for initial and final FIM, a strong correlation was found for one end, assuming that the final FIM would be better than the initial one. This difference can be explained by interventions performed during the program services provided by home care multiprofessional teams. In this sense, referring specifically to the work carried out by the team's physiotherapist,

the predominant procedures that contributed to improving functionality were: passive or active kinesiotherapy, sedestation and orthostatism, gait training and evolution, in addition to cardiorespiratory conducts depending on the case.

The generated results also showed that the scores increased in most patients, since they presented greater functional independence. This phenomenon can be explained by the fact that independent patients have greater motor and cognitive skills to replicate requested exercises and conducts, thus tending to increase their functional capacity throughout the treatment. In contrast, when it comes to dependent patients, there are smaller signs of recovery oftentimes because these individuals already have other associated impairments, such as deformities as well as motor and cognitive incapacity.

## ■ CONCLUSION

There was predominance of women and CNS-related clinical issues in home care, with higher occurrence of maximum to moderate dependence, in addition to improved FIM in modified independence and minimum dependence categories after the health assistance provided by the multiprofessional team.

Further studies should be conducted in order to describe intervention and evaluation programs developed by home care programs for the elderly.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Barbeta, D.C, Assis, M.R (2008). Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular: revisão da literatura. *Acta Fisioterápica*, 15(3), 176-81.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 (2016). Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*. 26 de abril de 2016; Seção 1.
3. Brasil. Ministério da Saúde (2003). *Estatuto do Idoso /Lei número 107.41 de 01/10/2003*. Ministério da Saúde - 3. Ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde.
4. Calero-García, M.J., Calero, M.D., Navarro, E., Ortega, A.R., Campos, A.O (2016). The biomedical and clinical factors as moderator variable in functional y cognitive recovery of older adults hospitalized. *Annals of Gerontology and Geriatric Research*, 3 (1), 1-6.
5. Cameron, I.D., Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Murray, G.R., Hill, K.D., Cumming R.G, & Kerse N (2012). Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *The Cochrane Database of Systematic Rewiews*, 12 (CD005465). DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub3.

6. Cheng, S-J, Yang, Y-R, Cheng, F-Y, Chen, I-H, Wang, R-Y (2014). The Changes of Muscle Strength and Functional Activities During Aging in Male and Female Populations. *International Journal of Gerontology*, 8(4), 197-202. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2013.08.014>.
7. Dantas, C.M.H.L., Bello, F.A., Barreto, K.L., Lima, L.S (2013). Capacidade Funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (6), 914-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600016>.
8. Fhon, J.R.S, Diniz, M.A, Leonardo, K.C, Kusumota, L., Haas, V.J, Rodrigues, R.A.P (2012). Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paulista de Enfermagem*, 5(4), 589-592. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012005000016>.
9. Gratão, A.C.M., Talmelli, L.F.S., Figueiredo, L.C., Rosset, I., Freitas, C.P., & Rodrigues, R.A.P (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 137-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>.
10. Hajek, A., König, H.H (2016). Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe – Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Laks J, ed. PLoS One*, 11(1), e0146967. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146967>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (2016). Síntese de Indicadores 2015 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [citado em 2016 nov. 28]. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho-erendimento/pnad2015/sintese\\_defaultxls.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho-erendimento/pnad2015/sintese_defaultxls.shtm).
12. Josino, J.B., Costa, R.B., Vasconcelos, T.B., Domiciano, B.R., Brasileiro, I.C (2015). Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(3), 351-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p351>.
13. Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Valaste, M., Rissanen, P (2010). Economic valuation of a geriatric rehabilitation program: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42, 949-55. DOI: 10.2340/16501977-0623.
14. Lima, B.M., Araújo, F.A., Scattolin, F.A.A (2016). Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Science*, 41(3), 168-75. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.907>.
15. Macêdo, A.M.L., Cerchiari, E.A.N., Alvarenga, M.R.M., Faccenda, O., & Oliveira, M.A.C (2012). Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 358-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300007>.
16. Medijainen, K., Pääsuke, M., Lukmann, A., Taba, P (2015). Functional Performance and Associations between Performance Tests and Neurological Assessment Differ in Men and Women with Parkinson's disease. *Behavioural Neurology*, 2015 (ID: 519801), 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/519801>.
17. Muñoz Silva, C.A., Rojas, O.P.A., Marzuca-Nassr, G.N (2015). Functional Geriatric Assessment in primary health care. *Revista médica de Chile*, 143 (5), 612-8. DOI: 10.4067/S0034-98872015000500009.



18. Nunes, B.P., Soares, M.U., Wachns, L.S., Volz, P.M., Saes, M.O., Duro, S.M.S.,... Facchini, L.A (2017). Hospitalização em Idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 51 (43). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006646>.
19. Okuno, Y., Miyasaka, T., Dobashi, K (2012). Factors Influencing the Outcome of Acute Rehabilitation: Functional Independence Measure Assessment at Discharge. *Journal of Physical Therapy Science*, 24(6), 491-4. DOI: 10.5152/tftrd.2015.78045.
20. Paixão, J.R, Reichenhem, M.E (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>.
21. Pilger, C., Menon, M.H., Mathias, T.A.F (2011). Características sócias demográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde [internet]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5) [citado [citado em [cited 2017 Sep. 28 ano mês dia]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500022>.
22. Rosa, T.S.M, Moraes, A.B, Santos Filha, V.A.V (2016). The institutionalized elderly: sociodemographic and clinical-functional profiles related to dizziness. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 82 (2), 159-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.12.014>.
23. Riberto M., Miyazaki, M.H., Filho, J.D., Sakamoto, H., Battistella, L.R (2001). Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, 8(1), 45-52. DOI: 10.5935/0104-7795.20010002.
24. Silva, D. V. da, Ximenes, G. C., Silva Junior, J. M., Ísola, A. M., & Rezende, E. (2009). Perfil epidemiológico e fatores de risco para mortalidade em pacientes idosos com disfunção respiratória. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(2), 262–268. <http://doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300005>.
25. Tomlinson, C.L, Patel, S., Meek, C., Herd, C.P., Clarke, C.E., Stowe, R., ...Ives N (2012). Physiotherapy versus placebo or no intervention in Parkinson’s disease (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD002817). DOI: 10.1002/14651858.CD002817.pub2.
26. United Nations (2015). Department of economic and social affairs, population division. *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advanced Tables*. Working Papers. ESA/P/WP.241.





09

# Jornadas múltiplas de trabalho e a relação com a qualidade de vida e enfermagem

| Ana SINTIA **Beltrame**

Faculdade Municipal Professor Franco Montoro - FMPFM

| Valéria Aparecida Masson

Universidade Paulista - UNIP

| Danielle Leite de Lemos **Oliveira**

Faculdade de Enfermagem - FENF/UNICAMP

| Maiza Claudia Vilela **Hipolito**

Faculdade de Educação Física - FEF/UNICAMP

# RESUMO

A atividade laboral é capaz de oferecer sensações para o indivíduo como alegria, prazer, satisfação, bem-estar e saúde, entretanto, pode ser interpretada no contexto explorador, alienador e causador de frustrações. Diante disso, o objetivo do estudo foi verificar as interferências das jornadas múltiplas de trabalho sobre a qualidade de vida. O itinerário metodológico foi baseado em um estudo de natureza qualitativa e para o tratamento das informações coletadas em campo optamos pela organização dos dados, de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin. Foram entrevistados onze colaboradores e a idade dos participantes variou entre 25 a 51 anos, após análise das entrevistas emergiram duas categorias: qualidade de vida e estressores no ambiente de trabalho. Como resultado, constatou-se que os trabalhadores optaram pela jornada múltipla de trabalho como forma de compensar o insuficiente salário e descanso, lazer e prática de atividade física são formas de minimizar as tensões geradas pela carga do dia a dia de trabalho e alguns depoentes referiram que a jornada múltipla de trabalho causa estresse. Concluiu-se que a inter relação entre a jornada múltipla de trabalho e qualidade de vida acaba por interferir nos quesitos físicos, mental, familiar e repouso e a enfermagem tem papel crucial na promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalhador.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Trabalho, Promoção da Saúde, Atividades de Lazer.

## ■ INTRODUÇÃO

O trabalho sempre veio à tona como importante elemento de construção social, permitindo reflexão e reestruturação da identidade e subjetividade dos indivíduos (ALILU *et al.*, 2017). Devido aos diversos sentidos atribuídos a essa atividade, a relevância deste transcende à esfera individual, em que atua como fonte de renda, autoestima e crescimento pessoal, para representar componente fundamental ao desenvolvimento da sociedade (GONÇALVES *et al.*, 2015).

O trabalho é capaz de oferecer sensações para o indivíduo como alegria, prazer, satisfação, bem-estar e saúde (DEJOURS, 2008). Entretanto, também pode ser interpretado no contexto explorador, alienador e causador de frustrações e acredita-se que na sociedade capitalista e que vivemos o trabalho se transformou em um objeto de evolução e acumulação de capital, ou seja, numa condição do modo de produção capitalista, menosprezando as necessidades humanas (MASSON, MONTEIRO, VEDOVATO, 2015).

Existem muitos trabalhadores exercendo sua atividade laboral no cenário explorador, com isso, gera-se insatisfação afetando, muitas vezes, a Qualidade de Vida (QV) do indivíduo.

Conceitua-se ainda QV como o olhar do sujeito para sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação, até a dimensão ética e política (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2010).

Elucida-se que QV de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) como a “percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas” (OMS, 1998).

A QV por possuir diversas formas, insere-se em diversos âmbitos para verificar aspectos de indivíduos e coletividade. No que tange ao ambiente de trabalho, há ainda o conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT) que está em ascensão devido a necessidade de progredir o local de trabalho juntamente com a satisfação do trabalhador, e por construção social da visão de QV como um direito do trabalhador (HIPÓLITO, 2016).

No contexto de estressores no trabalho, é importante que os gestores das empresas invistam em ações que permitam ao funcionário buscar sua própria QV. Neste contexto a motivação é entendida como uma medida simples, porém eficaz, pois quando o funcionário está contente e motivado no trabalho o absenteísmo diminuiu, há maior produção, sendo benéfico para os gestores e trabalhadores que poderão exercer sua atividade laboral num ambiente agradável propiciando melhor QVT (RIBEIRO; SANTANA, 2015).

Assim sendo, promover a QVT é um desafio e deve ser promovida, pois, traz benefícios tanto para o empregado quanto para o empregador. A QV reflete na vida profissional assim como nos serviços oferecidos à sociedade (VILAS BOAS; MORIN, 2016).

Quando a organização investe em QV, previne agravos, adoecimentos e absenteísmos por causas psicossociais e osteomusculares. No momento em que o indivíduo se afasta por um longo período por causas precavíveis, gera um custo alto para empresa e dependendo do que lhe foi causado, gera impactos violentos sobre sua vida pessoal, fora do trabalho (VIEGAS; ALMEIDA, 2016).

A tomada de decisão quanto à busca de QVT deve partir não só da instituição, mas também do próprio funcionário, que dentro dos protocolos estabelecidos deve trabalhar da melhor forma possível. É necessário que se busquem saídas através de educação permanente para que os fatores estressores existentes no ambiente e as mudanças que ocorrem possam ser compreendidas e incorporada pelos funcionários não como totalmente negativos, mas com possibilidade de adaptação e mudança rumo à construção de um trabalho salubre e com qualidade (SOUZA, 2019).

Em pesquisa realizada por Moraes Filho e Almeida (2016), evidenciou-se que os fatores desencadeantes do estresse ocupacional estão relacionados à proximidade com o sofrimento humano, dificuldade do compartilhamento de saberes entre os membros da equipe multidisciplinar, carga horária elevada, demanda de trabalho, pressão exercida por gestores e pacientes, baixa remuneração, instabilidade do emprego, o trabalho desenvolvido em alta complexidade e o acúmulo de funções na prática diária. O estresse ocupacional é inerente ao desenvolvimento de agravos ou associado a patologias que determinam o absenteísmo profissional. Dentre as doenças mais prevalentes, estão o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), distúrbios mentais neurológicos, psiquiátricos, síndromes depressivas, síndrome do pânico, hipertensão, gastrite, doenças somáticas, *Síndrome de Burnout*, sendo esta última a mais recorrente e ainda pode levar à dependência de álcool e outras drogas, bem como o uso constante de ansiolíticos.

Além dos desgastes que o trabalhador está exposto, somam-se ainda jornadas duplas de trabalho informal, sobrecarga de trabalho, esgotamento mental, que são trabalhadores com um emprego formal, muitas vezes registrado e outro informal, quase sempre sem registro pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), propiciando fatores estressores ao indivíduo, que se não identificados e criadas estratégias para esse enfrentamento podem causar patologias (ROCHA, 2017).

Nesse cenário, destaca-se a importância do enfermeiro do trabalho atuar na promoção da saúde, prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, bem como proteger a capacidade de trabalho e integridade do trabalhador.

A hipótese que se observa é que os trabalhadores optam por jornadas múltiplas para aumentar a renda familiar, entretanto, essa situação muitas vezes pode causar condições insalubres o que pode interferir diretamente sobre a QV do indivíduo, sendo assim, emergiu o seguinte questionamento: *De que maneira as jornadas múltiplas de trabalho influenciam na QV do trabalhador?*

Diante do exposto, observou-se a necessidade de propiciar um ambiente de trabalho com excelência a fim de diminuir os estressores e, como consequência influenciar positivamente na QV do indivíduo. Após imersão na literatura, notou-se quantidade irrisória de pesquisas que elucidam trabalhadores com jornadas múltiplas de trabalho, sendo uma renda CLT e outra informal.

## Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi verificar as interferências das jornadas múltiplas de trabalho sobre a qualidade de vida.

Os objetivos específicos foram:

- Caracterizar a população de estudo sociodemográfica;
- Verificar quais as jornadas que os trabalhadores se submetem;
- Aprender possíveis fatores estressores em jornadas múltiplas.

## ■ METODOLOGIA

A metodologia utilizada no itinerário percorrido neste estudo foi embasada em um estudo de natureza qualitativa. Essa abordagem possibilita a constituição da realidade inerente a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos, tornando possível apreender os meandros das relações sociais (MINAYO, 2010).

A metodologia refere-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, resultado das interpretações que os seres humanos fazem, de como vivem, constroem seus produtos e a si mesmos, sentem e pensam (TURATO, 2011).

Utilizou para coleta de dados a entrevista, que “consiste em um encontro interpessoal estabelecido para obtenção de informações verbais ou escritas, sendo instrumento para conhecimento para assistência ou pesquisa” (TURATO, p. 309, 2011).

Na entrevista semiestruturada ambos os integrantes da relação têm momentos para guiar, representando ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos (TURATO, 2011). Para direcionar a conversação utilizou-se roteiro contendo perguntas para guiar as entrevistas e garantir que todas as questões fossem abordadas com os participantes.

Realizou-se três entrevistas piloto com colaboradores, com o intuito de criar rigor para coleta de dados de validade científica (TURATO, 2011). Após a realização das entrevistas, o questionário não sofreu alterações.

A coleta de dados foi realizada em empresa do ramo metalúrgico no interior do estado de São Paulo. A escolha da empresa deve-se ao fato de possuir certificação ISO-9001, com proposta sustentada por respeito e responsabilidade, prestando atendimento integral, com dedicação, apoio, prazos e seriedade, que distingue o seu relacionamento comercial com os seguimentos do mercado energético, no Brasil e no exterior.

A amostra foi composta por onze trabalhadores do sexo masculino, entre 25 e 51 anos, todos registrados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Encaminhou-se para a coordenadora dos Recursos Humanos (RH) da instituição pesquisada o projeto no qual gostaríamos de desenvolver. Após autorização, realizou-se levantamento dos trabalhadores que exerciam jornada múltipla de trabalho e qual o tipo de atividade que exerciam no trabalho informal. Os trabalhadores foram convidados verbalmente e foi informado o objetivo da pesquisa para que os mesmos pudessem participar da pesquisa e, após agendado data e horário.

As entrevistas foram realizadas em horário que o colaborador não esteja exercendo sua atividade laboral para não atrapalhar seu rendimento na instituição ao qual possuem vínculo empregatício, os trabalhadores do período diurno foram entrevistados durante o intervalo do almoço e os trabalhadores do período noturno foram entrevistados durante o intervalo do jantar. Antes do início das entrevistas, foi apresentado o Termo de Consentimento Informado

Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, onde constavam os objetivos da pesquisa incluindo informações sobre sua livre participação e garantia de sigilo e anonimato e após. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Foram incluídos funcionários que possuam mais de uma jornada de trabalho tanto diurno quanto noturno e que aceitem participar da pesquisa assinando o TCLE.

Foram excluídos os trabalhadores com única jornada de trabalho, afastados ou gozando de férias e aqueles que não aceitem participar da pesquisa após explicação do objetivo da mesma.

Para o tratamento das informações coletadas em campo optou-se pela organização dos dados, de acordo com a análise de conteúdo que segundo Bardin (p. 44, 2011), é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivo de descrição do conteúdo das mensagens”.

Na exploração do material, foram selecionadas recortes de acordo com semelhanças comuns e a definição de cada categoria se deu tomando por base os discursos dos

entrevistados, os dados foram revisados e, dessa maneira, emergiram as seguintes categorias: 1. Qualidade de vida; 2. Estressores no ambiente de trabalho.

Em relação ao tratamento dos resultados, foram realizadas as inferências na qual foi obtido as respostas sobre cada indicador e utilizado referencial teórico com o intuito de dar significado a pesquisa (CÂMARA, 2013).

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Brasil aprovado com o CAAE 34124120.2.0000.5494, parecer nº 4.284.328 e para o RH junto a empresa participante.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados onze colaboradores, sendo 6 operadores de máquinas, 1 auxiliar de embalagem, 1 líder de embalagem, 1 auxiliar de operações de almoxarifado, 1 serviços gerais, 1 Programação e Controle de Produção (PCP).

A idade dos participantes variou entre 25 a 51 anos. A fim de facilitar a leitura e garantir o anonimato, os participantes foram descritos com a letra E, e o número em seguida refere-se a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

**Quadro 1. Composição sociodemográfica**

Entrevistado	Gênero	Idade	Estado Civil	Grau de Instrução	Função que exercem no trabalho informal
E1	M	25	Casado	Ensino Médio	Higienização de Estofado
E2	M	40	Casado	Ensino Médio	Segurança Pessoal
E3	M	30	União estável	Ensino Médio	Pintor Residencial
E4	M	31	União estável	Ensino Médio	<i>I food</i>
E5	M	28	União estável	Ensino Médio	Músico
E6	M	49	Divorciado	Ensino Médio	Garçom
E7	M	51	Casado	Ensino Médio	Marido de Aluguel
E8	M	25	Solteiro	Ensino Superior Incompleto	<i>Barman</i>
E9	M	42	Casado	Ensino Médio	Uber
E10	M	43	Casado	Ensino Médio Incompleto	Jardinagem
E11	M	26	Solteiro	Ensino Superior	<i>I food</i>



## Qualidade de vida

De acordo com Hipólito *et al.* (2017) compreende-se QV como o olhar do sujeito para sua posição no contexto da cultura, sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupação, até a dimensão ética e política.

Quando questionamentos em relação a QV os depoentes referiram:

*“É muito bom porque esse bico meu aí, ajuda muito paga as conta de casa (...)” (E1)*

*“Olha ... tem melhorado com certeza, éhhh... principalmente porque lá no outro bico que estou ... tenho menos dia de trabalho lá, então realmente tô vendo uma grande diferença na minha qualidade de vida (...)” (E2)*

*“financeiramente tá adiantando muito, porque mais pra frente pra mim fica mais de boa, então vô aproveita agora que tô novo ... e vô faz até onde meu corpo aguenta. “O primeiro objetivo já conquistei que era o carro, agora já tá quase quitado, agora vai ser investir na casa e mais pra frente trabalha pra mim mesmo (...)” (E3)*

*“(...) quando eu exercia os dois trabalhos minha qualidade de vida era melhor, devido a pandemia agora a parte da música acabou, minha qualidade de vida deu uma prejudicada por isso (...)” (E5)*

Observa-se, por meio das falas, que a renda extra propicia QV para os trabalhadores. Em consonância, estudo realizado por Da Luz *et al.* (2012) com o intuito de descrever e analisar relatos de jovens aprendizes e estagiários sobre condições de trabalho, escola, e saúde após ingresso no primeiro emprego, observou que os jovens tinham jornada de 40 horas semanais entre trabalho e acompanhamento na Organização Não Governamental (ONG) e ainda mantinham os estudos a noite. Os relatos referiam abusos no trabalho, como cumprir as mesmas metas e cotas que os funcionários com capacitação técnica, ou substituir cargos de chefia na ausência de supervisores. Entretanto, mesmo com os problemas os participantes do estudo referiram que não queriam deixar o emprego pois contribuíam com a renda familiar, maior possibilidade de custear curso universitário.

Portanto, os entrevistados optaram em realizar jornadas múltiplas de trabalho em busca de objetivos financeiros e com isso diminuíram o tempo ocioso. Quando questionados se deixaram algum sonho de lado devido ao tempo reduzido os mesmos dissertaram:

*“não me arrependo do que eu fiz, agradece a Deus por ter me dado força e continuado aí nessa vida até onde tô indo agora (...)”(E2)*

*“(...) eu queria tá mais estruturado hoje em dia, mas por causa da correria acaba não dano tempo néh... acabei não fazendo cursos que eu queria (...)” (E5)*

*“Coisa que eu me arrependo é não pode estudar (...)” (E7)*

*“Querida fazer mais esporte (...)” (E11)*

Para exercer o trabalho extra o colaborador o fará em horário contrário que prioriza as normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) ao qual tem vínculo empregatício, comprometendo seus finais de semana, e até mesmo alguns dias durante a semana.

Como realizar jornada múltipla de trabalho é desgastante para o trabalhador, a média de tempo que os colaboradores estão se sujeitando a fazer jornada múltipla de trabalho pode ser observado pelos depoimentos:

*“Pelo menos sete anos” (E2)*

*“Na metalúrgica trabalho há seis anos e no serviço extra fazem três anos” (E3)*

*“Há quase um ano já que eu venho trabalhando para conseguir uma renda extra também, por ter um filho pequeno de três anos” (E4)*

*“Eu faço isso já faz uns cinco, seis anos já (...)” (E5)*

*“Que eu comecei a trabalhar faz muitos anos, dez, doze anos que trabalho em dois empregos (...)” (E7)*

*“Aqui na empresa trabalho há dois anos e meio, e a noite estou entregando de motoboy há nove meses” (E11)*

Descanso, lazer e prática de atividade física são formas de minimizar as tensões geradas pela carga do dia a dia de trabalho (VIEIRA, 2016). Confirma-se por meio das falas:

*“(...) muito cansado por causa do bico, tenho que intercalar o filho que quer jogar bola, a filha quer sair, a esposa quer sair(...)” (E2)*

*“(...) tem fim de semana que eu descanso, não saio pra lugar nenhum, e tem fim de semana*

*que eu saio dou uma volta com minha filha, com meus amigos (...)” (E5)*

*“Gosto de brincar com meu moleque, praticar esporte com ele (...)” (E10)*

Cada pessoa percebe o lazer de acordo com seus gostos e com os recursos disponíveis para satisfazer suas necessidades, e poderá valorizar os resultados de maneira diferenciada, de acordo com seu sistema de valores e aspirações (NUNES; HUTZ, 2014).

Nunes e Hutz (2014) afirmam ainda que o lazer pode ser compreendido como uma das áreas, fora do contexto do trabalho, em que o indivíduo pode desenvolver seu potencial e realizar suas necessidades de vida.

Os depoentes referiram passar as horas de lazer no final de semana ou nas folgas da jornada múltipla junto a família.

*“pratico esporte, brinco com meu filho, vou na lanchonete com minha esposa (...)” (E4)*

*“fico mais com a minha família, mais quando tava tocando era mais corrido (...)” (E5)*

*“fico com minha família, saio com meu namorado. Aproveita menos por conta da pandemia (...)” (E8)*

Quando questionados em relação ao tempo de sono, os depoentes dissertaram:

*“Se eu for trabalhar, tenho umas cinco, seis hora de sono (...)” (E1)*

*“Normalmente eu tenho seis horas (...) quando chega final de semana aí eu tenho menos hora de sono.... tem que intercalar em tudo aí néh (...)” (E2)*

*“Depois que eu saio do serviço descanso em média seis horas, aí vou para esse bico que eu faço, depois volto pá casa descanso mais uma hora ou duas hora mais ou menos.” (E3)*

Pereira et al. (2015) afirma que o sono é um dos principais processos fisiológicos para a vida e a sua expressão, revezando com a vigília, é circadiana e sofre influência de fatores endógenos, sociais e ambientais. Destaca ainda que em termos individuais a duração adequada de sono é individual para cada pessoa.

Tratando-se de atividade física, alguns participantes referiram jogar futebol, o que pode ser observado por meio dos depoimentos:

*“Ahhh... difícil hein, eu joga bola mais é muito difícil joga.” (E1)*

*“Bom, atividade física eu joga bola.” (E3)*

*“Atividade física eu pratico nos finais de semana, domingo de manhã que dá tempo de jogar um futebol (...)” (E4)*

Outros optaram por frequentar academia de ginástica ou fazer caminhada:

*“Eu praticava mais caminhada e academia também, mas acaba sendo mais exaustivo, então quando tenho tempo livre faço caminhada.” (E8)*

*“Faço academia três dias por semana.” (E11)*

Em contrapartida, alguns depoentes, referiram não realizar atividade física:

*“Não, não.... não tenho tempo e não gosto (...)” (E6)*

*“Não, não pratico mais, sosseguei (...)” (E7)*

*“Não pratico mais, não dá tempo mais (...)” (E9)*

Krestschmer e Dumith (2020) referem que a atividade física propicia inúmeros benefícios em relação a prevenção de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial, doenças coronarianas, diabetes, cânceres, além de auxiliar na tomada de decisões, pensamentos, relacionamentos, disposição física e mental e auxilia na manutenção do peso corporal adequado.

Vieira e Pereira da Silva (2019) objetivaram em seu estudo investigar os fatores que atuavam como barreiras à prática de atividades físicas no lazer de brasileiros. Constataram que entre os adultos os obstáculos foram o clima inadequado, a falta de companhia, o cansaço físico e falta de interesse em praticar.

No Brasil, estratégias para o estímulo da prática de atividade física vem ganhando forças na criação de academias públicas ao ar livre localizadas em parques e praças no combate ao sedentarismo e obesidade sendo um forte aliado para a mudança de estilo de vida mais ativo, além de estar ligado ao lazer e convívio social (MATOS, 2014).

Quando abordado sobre o incômodo físico, cansaço ou desconforto osteomuscular, alguns participantes relataram que devido ao tempo exercendo jornada dupla de trabalho o organismo se adaptou:

*“Não tenho esse desgaste porque eu já tô acostumado (...)”(E2)*

*“Não, graças a Deus não” (E4)*

*“Não, interfere mais na parte psicológica (...)” (E5)*

Por outro lado, observou-se desconforto físico e cansaço decorrente do trabalho formal e informal:

*“(...) as pernas doem de mais, dor na coluna você acaba não ficando numa posição confortável, erguendo peso (...)”(E8)*

*“(...) um pouco de cansaço, quando termina o trabalho no aplicativo dá um pouco de dor nas costas (...)”(E9)*

*“(...) a noite quando vou entregar sinto um pouco de dor nas costas por causa da moto (...)”(E11)*

Nesse cenário, a educação em saúde para trabalhadores que exercem atividade laboral em turno é extremamente importante. O enfermeiro atuando como agente de educação tem como papel minimizar os obstáculos enfrentados pelos trabalhadores quanto a saúde e ao bem-estar orgânico e social (MORENO, FISCHER, ROTENBERG, 2003).

Minimização dos turnos fixos noturnos, sentido de rotação dos turnos, recomendações ergonômicas nos postos de trabalho, desenvolvimento de programas de computador para auxiliar nas tarefas de implantação e modificação de escalas de trabalho são algumas medidas de intervenção a nível coletivo que o enfermeiro pode auxiliar na confecção e implantação no ambiente laboral (MORENO, FISCHER, ROTENBERG, 2003).

A nível individual, os mesmos autores referem que os próprios trabalhadores podem adotar rotinas como hábitos regulares de sono e que os mesmos devem considerar seu cronotipo na escolha do tipo de esquema de trabalho e o apoio da família ao acompanhar o trabalhador em atividades sociais é fundamental. Sendo assim, cabe ao enfermeiro realizar orientações ao trabalhador com o intuito de propiciar melhor qualidade de vida.

Portanto, para os entrevistados, a jornada múltipla de trabalho é uma forma de aumentar a renda da família e dessa forma, propiciar QV. Os entrevistados relataram que, mesmo com desconforto físico, cansaço e desgaste, alguns realizam atividades de lazer e o enfermeiro tem como função realizar orientações voltadas a saúde e ao bem-estar do trabalhador.

## **Estressores no ambiente de trabalho**

O estresse tem como conceito a relação entre o ambiente e a pessoa ou o grupo, sendo corresponsável pelo desgaste. Define-se como qualquer estímulo que advenha do ambiente

externo ou interno e que exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social (CORDIOLI *et al.*, 2018).

O estresse ocupacional ocorre quando o indivíduo não consegue atender às demandas solicitadas por seu trabalho, causando sofrimento psíquico, mal-estar, mudanças de comportamento, distúrbios do sono, sensação de insegurança e sentimentos negativos (DIAS *et al.*, 2015).

Quando questionados se o trabalho causa estresse os depoentes dissertaram não sentir estresse, o que pode ser observado por meio das falas:

*“Nenhum me estressa por que a gente vai se adaptando (...) a gente não pode ficar estressado se não é complicado pra gente mesmo.” (E4)*

*“Nada me estressa, sou contente com o trabalho.” (E7)*

Em contrapartida, os participantes referiram estresse:

*“(...) aqui você acaba estressando, receber mercadoria, guardar mercadoria, procurar alguma coisa que você não acha, no outro é mais atendimento ao cliente que acaba estressando um pouco, mas é mais psicológico e não físico (...)”(E8)*

*“Bom! Nesse que sou registrado o que estressa é as entregas, objetivo diário, e no Uber é o trânsito à espera do passageiro (...)”(E9)*

*“(...) na empresa é correria, pedido que tem hora certa por causa de ser contrato, no Ifood as vezes é a correria, o trânsito (...)”(E11)*

Quando questionados em relação ao cansaço em exercer dupla jornada de trabalho observa-se:

*“(...) referente ao serviço de máquina não tem estresse algum, agora o de vigilante é extremamente estressante (...) na realidade é desgastante, tô querendo sair, aqui eu trabalho registrado então prefiro da preferência aqui mesmo (...)”(E2)*

*“Antes eu sentia cansaço, agora trabalhando em dois empregos aperta mais (...)”(E6)*

Entretanto, nota-se menor cansaço:

*“Agora é mais tranquilo porque antigamente trabalhava de servente (...)”(E1)*

*“(...) a gente tem que sabe trabalhar pra não gera nenhuma consequência mais pra frente (...)”(E4)*

A Legislação Trabalhista permite atuação em mais de um emprego ao mesmo tempo, não há impedimento na CLT nesse sentido. É permitido ao funcionário estabelecer vínculo empregatício com outras organizações em seu horário livre, ou seja, fora da jornada de trabalho habitual, todavia, do ponto de vista comportamental, os profissionais que possuem empregos simultâneos podem gerar riscos tanto para si como para seus empregadores (GUIA TRABALHISTA, 2019).

Jornada de trabalho, falta de equipamento adequado para o desempenho da função, intervalo não respeitado, excesso de horas extras, o estresse enfrentado na atividade, podem influenciar negativamente a saúde deste empregado (GUIA TRABALHISTA, 2019).

As doenças profissionais ou ocupacionais, podem ser potencializadas para trabalhadores que possuem empregos simultâneos (GUIA TRABALHISTA, 2019).

A escolha por uma jornada múltipla de trabalho tem como fator preponderante aumentar a renda do trabalhador. Para exercer essa jornada, alguns entrevistados relataram cansaço e estresse. A sobrecarga pode acarretar futuras patologias estressoras.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os participantes consideram qualidade de vida como renda extra, sendo assim, os mesmos conseguiram alcançar os objetivos por meio da jornada múltipla.

Observou-se que a jornada múltipla interfere nos quesitos físicos, mentais, familiares e no sono e que os colaboradores utilizam do lazer e prática de atividade física como formas para minimizar as tensões geradas pela carga do dia a dia de trabalho. Alguns depoentes referiram que a dupla jornada causa estresse.

A sobrecarga de trabalho pode acarretar futuras patologias estressoras, contudo o trabalhador deve estar atento na escolha de decisão quanto ao momento em que deve parar com a jornada múltipla de trabalho.

A enfermagem é crucial na promoção da saúde e prevenção de agravos a saúde do trabalhador e seu conhecimento junto a equipe interdisciplinar é de grande valia na formulação de políticas públicas voltadas a saúde do trabalhador.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALILU, L., et al. A grounded theory study of the intention of nurses to leave the profession. **Rev Latino Am. Enfermagem** v.25, n.5, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692017000100344&lng=en &tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100344&lng=en &tlng=en)>. Acesso em: 11 abr. 2020.
2. ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L. **Qualidade de vida**: discussões contemporâneas. In: Vilarta R, Gutierrez GL, Monteiro MI. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: IPES editorial; 2010.
3. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Nero, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; p.44-147, 2011.
4. CORDIOLI, D. F. C. et al. Estresse ocupacional e engagement em trabalhadores da atenção primária à saúde, **Rev Bras Enferm**. 2019;72(6):1658-65. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681>>. Acessado em: 17 nov. 2020



5. DA LUZ, A. A. et al. Effects of Working Full-Time and Studying in the Evening Hours Among Young Apprentices and Trainees. **Human Factors**, v. 54, p. 952-963, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/235518862\\_Effects\\_of\\_Working\\_Full-Time\\_and\\_Studying\\_in\\_the\\_Evening\\_Hours\\_Among\\_Young\\_Apprentices\\_and\\_Trainees](https://www.researchgate.net/publication/235518862_Effects_of_Working_Full-Time_and_Studying_in_the_Evening_Hours_Among_Young_Apprentices_and_Trainees). Acesso em: 12 nov. 2020.
6. DEJOURS, C. **A avaliação do trabalho submetida à prova do real** – crítica aos fundamentos da avaliação. In: SZNELWAR, L.I.; MASCIA, F.L. (Orgs.). Trabalho, tecnologia e organização. São Paulo: Blucher, 2008.
7. DIAS, F. M. et al. Estresse Ocupacional e a Síndrome do Esgotamento Profissional (burnout) em Trabalhadores da Indústria do Petróleo: uma revisão sistemática - **RBSO Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**- Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000106715>>. Acesso em: 15 nov. 2020.
8. GONÇALVES, F.G.A., et al. Impacts of neoliberalism on hospital nursing work. **Texto Contexto Enferm**. v.24, n.3, p. 646-53, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000300646&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000300646&script=sci_arttext)>. Acesso em: 11/04/2020.
9. GUIA TRABALHISTA. **Trabalhadores em empregos simultâneos podem gerar riscos para o empregador**. 2019. Disponível em: <[http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/empregos-simultaneos\\_empregador.htm](http://www.guiatrabalhista.com.br/tematicas/empregos-simultaneos_empregador.htm)>. Acesso em: 11 nov. 2020.
10. GUZZO, C. C. E. Júnior; WEBER, L. A. S. Academias ao ar livre em castanhal, uma opção de lazer e convívio social? O perfil e discurso do usuário. **Licere**. Belo Horizonte, v.22, n.4, dez/2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/16264/13057>>. Acesso em: 05 nov. 2020.
11. HIPÓLITO, M.C.V. **Sentidos atribuídos por pessoas com deficiência em relação a qualidade de vida no trabalho**. 2016. 78 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
12. HIPÓLITO, M.C.V. et al Qualidade de vida no trabalho: avaliação de estudos de intervenção. **Rev Bras Enferm**. 2017. v.70, n.1, p.189-97. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0189.pdf>>. Acesso em 07 nov. 2020.
13. KRETSCHMERI, A. C., DUMITH, S. C. Prática de atividade física no lazer e ambiente percebido: um estudo de base populacional com adultos e idosos do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**. 2020. n.23. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200043/pt>>. Acesso em 02 nov. 2020
14. MASSON, V.A.; MONTEIRO, M.I, VEDOVATO, T. G. Trabalhadores da CEASA: fatores associados à fadiga e capacidade para o trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 460-6, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672015000300460&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672015000300460&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 10 abr. 2020.
15. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. São Paulo: Hucitec, 2010.
16. MORAES FILHO, I. M.; ALMEIDA, R. J; Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no brasil: uma revisão integrativa, **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 3, p. 447-454, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40849134018>>. Acesso em: 11 nov. 2020.



17. MORENO, C.R.C.; FISCHER, F.M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.1, p. 34-46, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a04.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2021.
18. NUNES, M. F. O; HUTZ, C. S. Análise da Produção de Artigos Científicos sobre o Lazer- **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Jul-Set 2014, Vol. 30 n. 3, pp. 307-315, Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n3/08.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.
19. OMS. **Promoción de la salud**. Glossario. Genebra: OMS; 1998.
20. PEREIRA, E. F. et al. Sono e adolescência: quantas horas os adolescentes precisam dormir? **J Bras Psiquiatr**. v.64, n.1, pp.40-4, 2015. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852015000100040&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852015000100040&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 14 nov. 2020
21. RIBEIRO, L. A.; SANTANA, L. C.; Qualidade de Vida no Trabalho: Fator Decisivo para o Sucesso Organizacional - **Revista de Iniciação Científica – RIC Cairu**. v.02, n.02, p. 75-96, 2015. Disponível em: < [https://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06\\_QUALIDADE\\_VIDA\\_TRABALHO.pdf](https://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2/06_QUALIDADE_VIDA_TRABALHO.pdf). Acesso em: 02 nov. 2020.
22. ROBERTO, F. M. C. et al. A vivência do lazer em família. **Revista da SPAGESP**. v.21, n.2, 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702020000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 nov. 2020.
23. ROCHA, L.B. As Múltiplas Jornadas de Trabalho da Acadêmica de Enfermagem e as Repercussões em sua Saúde. **Revista Científica Intellecto**. v.2, n.1, 2017. Disponível em: <<https://faveni.edu.br/wp-content/uploads/sites/10/2019/11/8-As-m%C3%BAltiplas-jornadas-v2-n1-2017.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.
24. SOUZA, V. A. **Fatores Influenciadores da Cultura no Processo de Inteligência nas Organizações**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, Porto Alegre, 2019.
25. TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 309, 2011.
26. VIEGAS, L.T; ALMEIDA, M. M.C. Perfil Epidemiológico dos Casos de LER/DORT entre Trabalhadores da Indústria no Brasil no período de 2007 a 2013 – **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v.41, n.e22, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100213&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100213&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 09 abr. 2020.
28. VIEIRA, J. L. et al. Lazer entre universitários da área da saúde: revisão de literatura, **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.12, pp. 4221-4229, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n12/1413-8123-csc-23-12-4221.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020.
29. VIEIRA, V.R.; PEREIRA DA SILVA, J.V. Barreiras à prática de atividades físicas no lazer de brasileiros: revisão sistemática. **Pensar a Prática**. v. 22, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/54448/33886>. Acesso em: 17 nov. 2020.

30. VILAS BOAS, A.A.; MORIN, E.M; Sentido do Trabalho e Fatores de Qualidade de Vida no Trabalho: A Percepção de Professores Brasileiros e Canadenses. **Revista Alcance**. v. 23, n. 3. 2016. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/ra/article/view/8722/pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.



10

# Percepção do condutor acidentado sobre os fatores que influenciaram no acidente motociclístico

- | Ana Paula **Coelho**
- | Sarah Isabel Magalhães **Rios**
- | Sandra Beatriz Pedra Branca **Dourado**
- | Vera Lúcia Evangelista de Sousa **Luz**
- | Marylane Viana **Veloso**
- | Andreia Karla de Carvalho Barbosa **Cavalcante**

Artigo original publicado em: 2017.

Revista de Enfermagem da UFSM - ISSN 2179-7692.

Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

 10.37885/210303982

# RESUMO

Os acidentes com motociclistas crescem concomitantemente ao aumento da frota de veículos no Brasil, tornando suas vítimas representativas na morbimortalidade por acidentes de trânsito. O motociclista envolve-se constantemente em um ambiente de elevado risco, gerando colisões que provocam desde perdas financeiras, traumas físicos e psíquicos até mortes no mundo todo. Essas colisões têm como principal causa o comportamento humano, e este é influenciado diretamente pela percepção de risco das pessoas envolvidas no trânsito. Trata-se de um estudo qualitativo, que teve como cenário o Hospital de Urgência de Teresina-PI. Os participantes constituíram-se de 15 pessoas acidentadas, que estavam conduzindo a motocicleta no momento do acidente. A coleta de dados foi realizada utilizando-se um roteiro semiestruturado, sendo as entrevistas gravadas e transcritas na íntegra. Esta pesquisa teve como referência a análise de conteúdo e para tratamento do material utilizou-se a técnica de análise temática. Com isso foi possível a formação de três categorias: percepção das vítimas de acidente motociclístico quanto ao seu comportamento de risco; associação do acidente ao comportamento de risco do outro condutor e fatores externos relacionados ao acidente do motociclista na concepção do condutor acidentado. Evidenciou-se que o poder público tem dois grandes desafios que são eles: instituir uma educação no trânsito tão eficaz quanto a política de venda das motos e o outro de envolver toda a sociedade na problemática que é o trânsito brasileiro. Assim, espera-se que este estudo possa contribuir com a promoção de reflexão por parte das pessoas que possuem e conduzem motocicleta, bem como subsidiar ações de promoção e prevenção na área do tráfego.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Acidentes de Trânsito, Prevenção.

## ■ INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito são considerados uma epidemia negligenciada em diversos países. No Oriente Médio, o uso de motocicletas é elevado e prevalente entre os homens, pois são instrumentos de trabalho. Dados revelam que apenas 13% dos condutores usam capacete e não estão preocupados com as consequências traumáticas de um acidente. Alguns condutores usam capacetes apenas para se esquivar de policiais, preferindo, no entanto, arcar com consequências como multas, por exemplo.<sup>1</sup>

No Brasil, entre 2002 e 2012, os índices de acidentes de trânsito que ocasionaram mortes cresceram 38,3%. Esse dado representa um aumento, durante aquela década, de 3,3% ao ano. As regiões Norte e Nordeste obtiveram o maior crescimento de mortes, com destaque para Pará e Rondônia, com um aumento de 80% dos índices. Duplicando esse valor estão Bahia, Maranhão e Piauí. As regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste também apresentaram crescimento, porém, não tão alarmante. O único destaque positivo é a capital federal, Brasília, com queda de 8,1% nesse período.<sup>2-3</sup>

A partir deste cenário preocupante, as autoridades brasileiras foram pressionadas pela sociedade civil a rever o Código de Trânsito Brasileiro com algumas leis implementadas. Faz-se referência à Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997, que trouxe condutas para enfrentar os índices de acidentes de trânsito, como o uso obrigatório do cinto de segurança para os motoristas e o uso do capacete para os motociclistas. Desde sua implantação, houve um declínio e as taxas de acidentes permaneceram em torno de 23/100 mil habitantes. A posição do Brasil permaneceu próxima à média da América Latina e do Caribe (26,1/100 mil habitantes/ano), mas ainda acima de alguns países, como Argentina (9,9/100 mil habitantes/ano) e Chile 10,7/100 mil habitantes/ano). Contudo, no início do século XXI, esses índices voltaram a subir, principalmente, entre os homens mais jovens.<sup>4</sup>

Há que se destacar que, nos últimos anos, o perfil das categorias de óbitos relacionados ao trânsito tem se modificado. Por exemplo, até o início da década de 90, as maiores vítimas de morte eram os pedestres, seguidos dos ocupantes de carro e, em terceiro lugar, estavam os motociclistas. Porém, hoje, a proporção dos óbitos por motociclistas, no total geral, relacionados ao trânsito subiu de 4,1% em 1996, para 28,4% em 2007. Portanto, o risco de morte aumentou a um ritmo alarmante de 820%.<sup>5</sup>

Estudos recentes realizados no Brasil, são categóricos ao afirmar que esta mudança adveio devido ao aumento da frota de motocicletas, incentivado pela grave crise de mobilidade urbana, com a falta de transporte público de qualidade. Neste sentido, devido à sua agilidade em congestionamentos, as motos se transformaram, desde os anos 1990, em um veículo de transporte individual e de trabalho. Todavia, a grande desvantagem deste meio

de transporte é a menor proteção, pois a motocicleta não possui estrutura ou dispositivos que ofereçam segurança aos seus usuários.<sup>6</sup>

No Piauí, os dados epidemiológicos não fogem à regra acima citada. Assim como no restante dos Estados, a predominância de acidentados é de adultos jovens, do sexo masculino. Esse indicador é de cunho negativo para a sociedade, pois, nesta faixa de idade, encontram-se os indivíduos ativos economicamente e que alavancam a produtividade estatal.<sup>7</sup>

O Detran do Piauí revela que a frota de veículos no município de Teresina, em 2011, era de 166.131 e, destes, 133.767 eram de motos. É possível observar, no mês de outubro de 2014, que o Hospital de Urgência de Teresina (HUT) registrou 1.001 acidentados de trânsito em busca de atendimento. Destes, 829 eram vítimas de acidente motociclístico, ou seja, 81% dos acidentes de trânsito envolveram motos e as vítimas, em sua maioria, eram jovens apresentando fraturas de face e membros, traumatismo craniano e perda de tecidos.<sup>8</sup>

Portanto, compreender os fatores que influenciam no comportamento dos motociclistas no trânsito torna-se cada dia mais necessário, visto que as estatísticas desses acidentes aumentam consideravelmente a cada ano, trazendo consequências que transcendem o âmbito hospitalar, sendo um problema que envolve toda a sociedade.<sup>9</sup> Diante do exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção do condutor acidentado sobre os fatores que influenciaram no acidente motociclístico?

Nesse sentido, se faz necessário entender o significado de percepção, que se constitui na decodificação dos estímulos que se recebe e pode ser descrita como a maneira como se vê o mundo em volta, ou seja, o modo por meio do qual o indivíduo apreende o conhecimento e a representação das pessoas, coisas e situações.<sup>10</sup> Por meio deste estudo, espera-se prover uma compreensão sobre os problemas do acidente de trânsito e toda sua complexidade, a partir da visão do motociclista. Para isso, foi traçado o seguinte objetivo: Identificar a percepção do condutor acidentado sobre os fatores que influenciaram no acidente motociclístico.

## ■ MÉTODO

Estudo descritivo e com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi um hospital de urgência da capital do Estado do Piauí, com 289 leitos, para onde é encaminhada a maioria das pessoas vítimas de acidentes motociclísticos dos Estados do Piauí e Maranhão.

Elegeram-se, como critérios de inclusão, pacientes acidentados de ambos os sexos, com idade acima de dezoito anos, que estavam conduzindo a motocicleta no momento do acidente, conscientes, orientados, fásicos e que estavam internados no referido hospital no momento da entrevista.

A coleta dos dados ocorreu em setembro de 2015. As entrevistas foram realizadas com a permissão dos entrevistados, conforme a assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE). Assim, após convite individual e aceite voluntário, participaram do estudo 15 pessoas acidentadas. Destaca-se que as entrevistas foram encerradas quando ocorreu a saturação dos dados.

Utilizou-se a entrevista individual semiestruturada como técnica de coleta de dados. Inicialmente, buscou-se identificar algumas questões de caracterização dos motociclistas, como idade, estado civil, sexo, além de dados relativos à sua situação no momento do acidente, com a pergunta: Você estava com algum problema no momento do acidente? (Preocupação, irritabilidade, pressa, ansiedade, depressão, insônia, dificuldades com memória, falta de atenção...).

Realizou-se o preenchimento destas informações e, a seguir, desenvolveu-se a entrevista guiada pelas seguintes questões orientadoras: Como aconteceu o seu acidente? Que fatores você atribui à ocorrência desse acidente? Como você vê a influência desses fatores na ocorrência de seu acidente? As entrevistas ocorreram nas enfermarias onde os pacientes estavam internados. Os relatos foram gravados em MP3 e, posteriormente, transcritos de forma literal e analisados. O tempo de duração das entrevistas oscilou entre 20 e 50 minutos.

Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo Temática.<sup>11</sup> Assim, realizou-se a leitura horizontal e exaustiva do material coletado, seguida da leitura transversal, que permitiu agrupar o material em categorias, as quais foram analisadas e discutidas com a literatura. Este estudo respeitou os preceitos éticos da resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo foi aprovado pelo CEP NOVAFAPI com o número do CAAE 44354215.0.0000.5210. Para preservar o anonimato das participantes, nomearam-se os entrevistados como depoentes seguidos de um numeral, que obedeceu a ordem das entrevistas.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados quinze participantes que conduziam a motocicleta no momento do acidente, sendo onze do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Com relação à faixa etária, encontravam-se entre 18 e 56 anos de idade. Quanto ao estado civil, onze eram solteiros; um, casado; dois, viúvos; e um relatou estar em um relacionamento estável. Quando questionados se estavam passando por algum problema no período do acidente, quatro relataram que estavam com pressa; dois consumiram álcool; e nove informaram que não estavam com problema algum.

Após incessante leitura e releitura das falas dos participantes, extraíram-se as unidades de significação que possibilitaram a formação das seguintes categorias: percepção das vítimas de acidente motociclístico quanto ao seu comportamento de risco; associação do



acidente ao comportamento de risco do outro condutor; e fatores externos relacionados ao acidente do motociclista na concepção do condutor acidentado.

Percepção das vítimas de acidente motociclístico quanto ao seu comportamento de risco.

Essa categoria aponta aspectos relacionados ao comportamento de risco do condutor no momento do acidente, como pode ser observado nos depoimentos:

*acho que foi pressa, estava apressado demais. Eu estava [...] acho que alcoolizado demais [...] Só foi pressa mesmo. (Depoente 03)*

*acho que foi um descuido meu mesmo. Falta de atenção tanto minha, quanto do outro motorista. (Depoente 13)*

A percepção é o ato de captar, processar e analisar as informações do meio, podendo influenciar nas respostas e tomadas de decisões frente a situações de risco. Esse conceito sugere que o modo como as pessoas interpretam os riscos existentes pode determinar a forma como cada indivíduo reage frente aos mesmos. O termo percepção está intimamente ligado ao comportamento humano, que é considerado como um importante fator na ocorrência de acidentes de trânsito.<sup>12-13</sup>

Alicerçado neste conceito foi possível identificar, nas falas acima, que os participantes reconhecem que seus comportamentos podem ter influenciado nos acidentes, tais como a pressa, a falta de atenção e o uso de álcool.

Pesquisa publicada em 2016 com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, envolvendo 60.202 indivíduos, mostrou que a prevalência do consumo abusivo e frequente de álcool foi 6,1%. Afirma ainda, que houve uma associação estatisticamente significativa entre uso do álcool e o envolvimento em acidentes de trânsito. Outra pesquisa realizada em Campinas, no Estado de São Paulo com 112 motociclistas acidentados, identificou que 65,18% consumiram bebidas alcoólicas. Pesquisas internacionais chegaram a resultados semelhantes a estes e, concluíram que há uma tendência clara de acidentes entre os condutores alcoolizados quando comparados com quem não ingere bebidas.<sup>14-17</sup>

Nessa perspectiva, pode-se constatar que um acidente é o resultado final de vários fatores, sejam eles consequências de conduta inapropriada, como a imprudência e falta de atenção. E, por ser uma sucessão de erros, é difícil tomar uma única decisão que impeça o imprevisto. Deste modo, verifica-se, nas falas relatadas acima, que os condutores reconhecem que seus comportamentos de risco no trânsito ocasionam situações irreversíveis e determinam acidentes graves.

## Associação do acidente ao comportamento de risco do outro condutor

Nessa categoria, identificam-se os aspectos relacionados ao comportamento de risco do outro condutor, o que pode ser observado nos depoimentos abaixo:

*pressa do outro condutor, que não respeita motociclista [...] a maioria desse pessoal que dirige carros não respeita motoqueiro, principalmente mulher [...] é por isso que acontece a maioria dos acidentes, porque, infelizmente, não se respeita motoqueiro. (Depoente 01)*

*[...] eu acho que foi porque eles vinham em alta velocidade, eles vinham gritando para nos acompanhar. Acho que foi a velocidade mesmo deles lá. (Depoente 05)*

Pode-se observar, nos depoimentos acima, que os depoentes atribuem a ocorrência do acidente ao comportamento do outro condutor envolvido. Desse modo, pode-se pontuar como fatores determinantes da ocorrência de acidentes de trânsito: pressa, falta de atenção, falta de respeito com o motoqueiro, excesso de velocidade, autoconfiança, e preconceito contra a mulher, que podem ser identificados como atitudes imprudentes no trânsito.

Alguns estudos asseguram que o ser humano tem a tendência de não querer ver os seus defeitos, nem admitir os seus problemas, transferindo-os para o outro. Assim, evita-se o olhar sobre si mesmo, posicionando-se como mero coadjuvante, como meras “vítimas de condutores de carros mal-intencionados”<sup>18-19</sup>

Contudo, vale ressaltar que os condutores são treinados em direção defensiva que tem, como conceito, aquele que tem a postura pacífica, consciência pessoal e de coletividade, tem humildade e autocrítica. No entanto, se os condutores não estiverem sendo adequadamente treinados, surge então a necessidade de preparar melhor o condutor com medidas de educação no trânsito.<sup>20</sup>

Fatores externos relacionados ao acidente do motociclista na concepção do condutor acidentado

As falas a seguir foram categorizadas levando-se em conta os aspectos relacionados às condições externas que estão envolvidas na ocorrência do acidente com o motociclista.

*[...] eu entrei de uma vez na pista e estava chovendo. (Depoente 06)*

*[...] acho que outro motivo do meu acidente foi a escuridão da pista também, ela está em obras e não tem iluminação. (Depoente 14)*

Nos relatos descritos em sequência, os depoentes trazem, como fator determinante do seu acidente, o “acaso”, acreditando que esse acontecimento imprevisto realmente teve que acontecer.

*Eu acho o seguinte: é por causa que, na minha impressão, que quando é para acontecer um acidente com a gente acontece, não é? (Depoente 04)*

*Eu acho que é porque tinha mesmo que acontecer [...] tudo que é para acontecer na vida da gente é porque já está marcado [...] quando a pessoa nasce já está com a sina de acontecer. Eu acho que nada acontece antes do dia e da hora. (Depoente 08)*

Estudo realizado com vários acidentes ocorridos na BR 163 que corta todo centro oeste e norte do Brasil mostrou que as causas externas como ambiente, logística de fiscalização, pedestre passando pela via podem, muitas vezes, condicionar a gravidade do acidente.<sup>21</sup>

No entanto, os autores pesquisados informam que a maioria dos acidentes são evitáveis, visto que muitos ocorrem pelo fato de os indivíduos ignorarem as regras de trânsito, constituindo ocorrências impertinentes à vontade dos envolvidos. Assim, para evitar acidentes com eficácia, é preciso analisar cada um minuciosamente, observando fatores que o cercam, as condições em que ocorreram e as influências externas que contribuíram em sua concretização.<sup>21-23</sup>

Os acidentes de trânsitos ocorrem, na maioria das vezes, como resultado de fatores sinérgicos citados acima. Destaca-se que existe uma relação entre o crescente número de acidentes no Estado, a carência de educação no trânsito e a conscientização de motoristas/motociclistas, e a necessidade de obras e manutenções na iluminação, sinalização e pavimentação das vias públicas. Assim, há um conjunto de fatores que merecem atenção.<sup>14-23</sup>

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motociclistas participantes desta pesquisa reconheceram em suas falas que seus comportamentos podem ter influenciado no acidente tais como a pressa, a falta de atenção e o uso do álcool. Outros atribuíram o acidente ao outro condutor, pontuando, como fatores determinantes da ocorrência de acidentes de trânsito, a pressa e a falta de respeito com o motoqueiro. Já alguns trazem, como fator determinante do seu acidente, as condições externas e o “acaso”.

Enquanto limitações do estudo, ressalta-se que os resultados apresentados constituem reflexo de uma realidade local, impossibilitando sua generalização. Trata-se, ainda, de temática subjetiva, influenciada pela cultura dos condutores entrevistados.

É relevante, portanto, replicar a pesquisa em outros locais, de modo que os resultados possam ser confrontados, com realidades em que os acidentes motociclisticos também representem desafios para a gestão pública, em situações como: aplicação dos recursos financeiros nas urgências/emergências na área de saúde; implementação de ações estratégicas eficientes, que visem minorar os efeitos nocivos dos comportamentos negligentes dos

condutores de motocicletas; e por fim, na manutenção e/ou recuperação de vias públicas adequadas para o tráfego seguro de veículos.

Acredita-se que, disseminar estudos como este poderá ampliar as discussões no âmbito do ensino, da assistência, da gestão e da pesquisa, bem como subsidiar ações de promoção e prevenção na área do tráfego, com um planejamento urbano adequado.

Finalmente, verificou-se que o poder público tem dois grandes desafios: instituir uma educação no trânsito tão eficaz quanto a política de venda de motocicletas e envolver a sociedade em debates sobre os problemas que ocorrem no trânsito.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Neves ACM, Garcia LP. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 dez [acesso em 2016 out 15];24(4):595-606. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742015000400002&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400002&lng=pt).
2. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: os jovens do Brasil, 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: Flacso Brasil; 2014 [acesso em 2016 out 15]. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014\\_JovensBrasil.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf).
3. Rezende Neta DS, Alves AKS, Leão GM, Araújo AA. PERFIL das ocorrências de politrauma em condutores motociclístico atendidos SAMU de Teresina-PI. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 dez [acesso em 2016 out 15];65(6):936-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000600008>.
4. Paiva L, Monteiro DAT, Pompeo DA, Ciol MA, Dantas RAS, Rossi LA. Readmissions due to traffic accidents at a general hospital. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2015 ago [acesso em 2016 out 15];23(4):693-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0242.2623>.
5. Almeida GCM, Medeiros FCD, Pinto LO, Moura JMBO, Lima KC. Prevalência e fatores associados a acidentes de trânsito com mototaxistas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 abr [acesso em 2016 out 15];69(2):382-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690223i>.
6. Araújo GL de, Whitaker I Y. Morbidade hospitalar de motociclistas acidentados: fatores associados ao tempo de internação. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2016 abr [acesso em 2016 out 15];29(2):178-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600025>.
7. HUT Apresenta dados alarmantes de acidentes com motos: de janeiro até 23 de outubro deste ano, foram registrados 12.332 acidentes de trânsito. *Capital Teresina* [Internet]. Teresina/PI. 2014 out 25 [acesso em 2016 out 15]. Disponível em: <http://www.capitalteresina.com.br/noticias/geral/hut-apresenta-dados-alarmantes-de-acidentes-com-motos-23401.html>. (Geral).
8. Silva GF, Dagostin GC. A relevância de produzir conhecimento social e científico sobre o comportamento humano no trânsito. *Estud Psicol (Natal)* [Internet]. 2006 [acesso em 2016 out 15];11(1):115-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000100014>.
9. Lin MR, Krauss JF. A review of risk factors and patterns of motorcycle injuries. *Accid Anal Prev*. 2009 jul;41(4):710-22.
10. Japiassu H, Marcondes D. *Dicionário básico de filosofia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1993.

11. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
12. Chiavenato I. Comportamento organizacional: a dinâmica e o sucesso das organizações. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
13. Maximiano ACA. Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital. 5<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas; 2005.
14. Damacena GN, Malta DC, Boccolini CS, Souza JPRB, Almeida WS, Ribeiro LS, et al. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 dez [acesso em 2017 fev 28];21(12):3777-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.25692015>.
15. Chaves RRG, Ferreira APM, Ribeiro EDLM, Sousa HWO e, Fernandes O da S, Ferreira WV. Acidentes de motocicleta: perfil e caracterização das vítimas atendidas em um hospital público. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 abr 3 [acesso em 2017 fev 28];9(4):7412-9. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6901>.
16. Stahre M, Roeber J, Kanny D, Brewer RD, Zhang X. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. Prev Chronic Dis. 2014;11:E109.
17. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, Mathers C. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004.
18. Novo CF, Soares DP, Miolla, JCS, Thielen IP. Risk perception of the law-breaking behavior of motorcyclists. Psicol Cienc Prof [Internet]. 2015 out/dez [acesso em 2016 out 15];35(4):991-1006. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000182014>.
19. Pinto PVH, Silva PC MD. Avaliação do comportamento de risco de motociclistas no cenário brasileiro [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso em 2016 out 15]. Disponível em: [http://www.transportes.unb.br/index.php?option=com\\_phocadownload&view=category&id=13&Itemid=389#](http://www.transportes.unb.br/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=13&Itemid=389#).
20. Chaves RRG, Ferreira APM, Ribeiro EDLM, Sousa HWO, Fernandes OS, Ferreira WF. Motorcycle accidents: profile and characterization of victims assisted in a public hospital. J Nurs UFPE online [Internet]. 2015 abr [acesso em 2016 out 19];9(4):7412-19. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6901/pdf\\_7563](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6901/pdf_7563).
21. Almeida LV de Co, Pignatti MG, Espinosa MM. Principais fatores associados à ocorrência de acidentes de trânsito na BR 163, Mato Grosso, Brasil, 2004. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 fev [acesso em 2017 mar 01];25(2):303-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200008>.
22. Bastos ASC, Oliveira DM, Barreto TG. Mortalidade por acidentes de trânsito no estado da Bahia. Rev Eletrônica Atualiza Saúde [Internet]. 2016 jan/jun [acesso em 2016 out 15];3(3):15-23. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/Mortalidade-por-acidentes-de-tr%C3%A2nsito-no-estado-da-Bahia-v-3-n-3.pdf>.
23. Silva MS, Fontana AM. Uma breve revisão conceitual sobre auditoria de segurança viária e proposta de lista de verificação. FaSCi-Tech [Internet]. 2016 out [acesso em 2016 out 15];1(11):06-20. Disponível em: [http://www.fatecsaocaetano.edu.br/fascitech/index.php/fascitech/article/view/114/1\\_02](http://www.fatecsaocaetano.edu.br/fascitech/index.php/fascitech/article/view/114/1_02).

# Estruturando no projeto pedagógico um referencial filosófico e teórico para ensinar a assistência de enfermagem



Julia Valeria de Oliveira Vargas

**Bitencourt**

UFFS

Jussara Gue **Martini**

UFSC

Marcela Martins Furlan de **Léo**

UFFS

Vander Monteiro da **Conceição**

UFFS

Eleine **Maestri**

UFFS

Priscila **Biffi**

UFFS

Adriana Remião **Luzardo**

UFFS

# RESUMO

**Objetivos:** analisar as concepções filosóficas, teóricas e metodológicas da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva por professores de uma universidade federal, visando à estruturação de uma proposta de referencial para o ensino da assistência de enfermagem. **Métodos:** Pesquisa Convergente Assistencial, com 17 professores, reunidos em grupos de convergência para instrumentalização e produção acerca do referencial. **Resultados:** focalizaram-se primeiramente questões consideradas preliminares ao aprofundamento teórico e filosófico da teoria; e depois desenvolveu-se um ensaio teórico-metodológico sobre a historicidade e dialética para o ensino na assistência de enfermagem. **Considerações Finais:** ao eleger a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, sinalizou-se o potencial do referencial de tornar operacionais, no ensino da assistência, os pressupostos da historicidade e dialética, fundando-se novas concepções para o cuidado. Essa decisão representa um desafio paradigmático expondo fragilidades da formação relacionadas à sua origem cartesiana e suas limitações quanto à complexidade filosófica intrínseca.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem, Ensino, Teoria de Enfermagem, Cuidado de Enfermagem, Saúde Pública.



## ■ INTRODUÇÃO

Eleger um referencial teórico norteador da assistência de enfermagem como base aos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) de uma instituição de ensino superior (IES) é critério fundante dos cursos de graduação em Enfermagem. Essa estrutura implica que os enfermeiros professores aliem conhecimento e compreensão das diretrizes dos PPCs, bem como comprometimento com elas, no sentido de legitimar a aplicação do referencial utilizado para embasar suas práticas no cotidiano de ensino, objetivando sempre melhorar a formação em saúde no Brasil (JURDI et al, 2018).

A criação e o desenvolvimento de um projeto pedagógico constituem um processo complexo, o qual demanda integração e empenho do corpo docente e dos estudantes e alinhamento com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que a priori apontam práticas responsivas às expectativas das reais necessidades de saúde das populações. Assim, esse desenvolvimento deve ser mediado pelos Núcleos Docentes Estruturantes (NDE) dos respectivos cursos, de modo que se garanta o protagonismo de professores e estudantes, a promoção de fóruns de discussão sobre a formação profissional e pesquisas de campo que melhor elucidem o “escrito e o feito” apresentado nos PPCs (AZEVEDO, PEZZATO, MENDES, 2017).

Foi em meio a um cenário de reconhecimento do curso de Enfermagem e reformulação de PPCs que enfermeiros professores de uma universidade federal do Sul do Brasil se mobilizaram para escolher um referencial filosófico, teórico e metodológico para sustentar o ensino da assistência de enfermagem e convergir com os princípios da Saúde Coletiva e Sistema Único de Saúde (SUS), justamente para afinar com as DCNs, optando-se, assim, pela Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), de Emiko Yoshikawa Egry (EGRY, 2010).

Ao aprofundar a compreensão do coletivo (enfermeiros professores) sobre esse referencial almejado, foi desenvolvida a presente pesquisa convergente assistencial (PCA) e, por meio de grupos de convergência, os participantes incursionaram por entre concepções e conceitos da TIPESC, cujas bases filosóficas conformam-se com a visão de mundo do materialismo histórico e do materialismo dialético. Resultam, destas concepções, as bases teóricas da TIPESC, que são as categorias conceituais e dimensionais; e, pautando-se nesse arcabouço filosófico e teórico, a teoria é operada metodologicamente por meio de cinco etapas, todas expressando a realidade objetiva, desde a captação dessa realidade, passando pela interpretação, proposição interventiva, intervenção e reinterpretção de tal realidade (EGRY, 2010). Assim, a TIPESC enquanto concepção teórica busca compreender as contradições diante dos fenômenos de saúde, isto é, a dialética presente na realidade objetiva da Enfermagem em Saúde Coletiva no momento histórico de vida das pessoas (EGRY et al, 2018).

A obra que compilou a criação do referencial teórico foi publicada em 1996, havendo, nos dias atuais inúmeros trabalhos, cujo objeto de estudo envolve a TIPESC, realizados em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Nesse sentido, se pondera que a teoria tem auxiliado os processos de reinterpretação das realidades objetivas; e, embora as transformações necessárias, oriundas dessas reinterpretações, ainda não tenham sido em sua essencialidade superadas, o referencial demonstra potencial no que tange ao desenvolvimento de consciência crítica de todos os envolvidos nos processos, tanto quanto a noção da relevância do trabalho coletivo, elementos essenciais às futuras transformações (EGRY et al, 2018).

Logo, com base no exposto e buscando alinhar-se às iniciativas de estudiosos que aspiram a mudanças efetivas no paradigma que norteia a assistência de enfermagem, bem como percebendo-se a força intrínseca a uma proposta de pesquisa que alie revisão de PPC com a estruturação de um referencial com esta finalidade, configura-se como questão norteadora para o estudo: Como enfermeiros professores de um curso de graduação em Enfermagem desenvolvem o conhecimento e compreensão sobre a TIPESC, visando à estruturação no PPC de uma proposta de referencial teórico e metodológico para o ensino da assistência de enfermagem?

## ■ MÉTODO

### Aspectos Éticos

Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa e anuíram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para proteger a integridade e anonimato dos participantes, estes foram identificados por letras do alfabeto de A à Q. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme exigência da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos.

### Tipo do Estudo

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que busca elucidar as relações complementares entre teoria e prática, produzindo conhecimentos dirigidos à resolução de conflitos e problemas. O processo de desenvolvimento de uma PCA é composto da fase de concepção, quando o pesquisador apreende o problema de pesquisa; da fase de instrumentação, que possibilita ao pesquisador planejar todos os detalhes operacionais da coleta de dados, espaço físico, participantes, instrumentos de

coleta, entre outros aspectos práticos; fase de perscrutação, conferida como um momento ímpar na PCA, que permite ao pesquisador, pela sua participação ativa, perscrutar, sondar as interfaces, associações e planejamentos possíveis diante da fase de instrumentação e a próxima fase que é a de análise (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Foi usado o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) como roteiro para os relatos.

## **Procedimentos Metodológicos**

### **Cenário do Estudo**

O ambiente da pesquisa foi uma universidade federal da região Sul do Brasil, envolvendo especificamente o curso de graduação em Enfermagem

### **Critérios de Seleção**

Foram convidados, em reunião de colegiado, todos os 25 docentes enfermeiros do curso de Enfermagem, quando da reformulação do Projeto Pedagógico de Curso (PPC). O critério de inclusão foi: participar de todos os três grupos de convergência. À época da coleta de dados, fizeram parte do estudo 17 enfermeiros professores concursados, sendo 11 doutores, 3 doutorandos e 3 mestres. Os motivos da não participação de oito professores foram os afastamentos (para aperfeiçoamento e licença-saúde), bem como a impossibilidade de dois professores em permanecer comparecendo aos encontros.

### **Coleta e Organização dos Dados**

A coleta de dados ocorreu em três grupos de convergência denominados “Grupos de diálogo e análise de um referencial filosófico, teórico e metodológico (a TIPESC), para aplicação prática do ensino da assistência de enfermagem nos diversos cenários da prática”, com tempo de duração de duas a três horas para cada momento e com os 17 participantes incluídos. Os capítulos da obra da autora da TIPESC, Emiko Egry (EGRY, 2010), foram os disparadores das reflexões no grupo. Os relatos gerados foram audiogravados, transcritos e validados pelos participantes.

### **Etapas do Trabalho**

A PCA foi operacionalizada nas seguintes etapas: dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Na dialogicidade, adentrou-se a base filosófica, teórica e metodológica da TIPESC. Em seguida, com a expansibilidade, que proporcionou o aprofundamento dos debates, foi possível assimilar o conteúdo e desenvolver

analogias e conjecturas na direção da operacionalização do método. Posteriormente, tornou-se exequível dar-se início às etapas da imersibilidade e simultaneidade, quando os professores participantes problematizaram a teoria em relação à prática do ensino da assistência de enfermagem e conseguiram abstrair os conceitos imbricados no referencial TIPESC, o que configura passo importante na obtenção dos dados necessários à futura estruturação de uma proposta de referencial filosófico, teórico e metodológico para o ensino almejado e inserido como norteador da assistência de enfermagem no PPC.

## **Análise dos Dados**

Do ponto de vista analítico da PCA, os conceitos são divididos em processos de apreensão, síntese, teorização e transferência que podem ser sequenciais ou não (TRENTINI, PAIM, SILVA, 2014). Na finalização da análise, configura-se a elaboração dos significados e descobertas, conduzindo à ressignificação que as novas concepções propiciaram ao profissional bem como à qualificação do processo de trabalho desenvolvido (ALVIM, 2017; TRENTINI, PAIM, SILVA, 2017).

## **■ RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Questões preliminares ao aprofundamento filosófico e teórico da Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva**

Os professores enfermeiros problematizam a formação.

Precisamos aprofundar as concepções... é preciso ter clara a parte filosófica para o fazer enfermagem. Mas, por outro lado, vale trazer à tona a fala de uma acadêmica da 5ª fase que me chocou: Que ao ingressar na academia teve que se despir de um eu para se vestir de enfermeira. Então devemos pensar que, além desse ensino pautado em teorias de enfermagem, em fórmulas certas de se fazer a enfermagem, dialéticas ou não dialéticas, a gente acaba não percebendo algumas situações como essas, que cada estudante, ou que cada profissional é um, e que também é imbuído de valores, de conceitos e filosofia, teorias, enfim, de vida. (M)

Reportam aos modelos teóricos nacionais.

A Emiko coloca uma questão sobre Teorias de Enfermagem: ela chama atenção para a falta de modelo nacional de fazer a enfermagem, a gente se apropria muito das teorias americanas, e não tem nada nacional, excluindo-se o referencial de Wanda Horta. (F)

Conjecturam sobre as concepções de historicidade e dialética no cuidado de enfermagem.

Parece-me que tem uma confusão de conceito, do que seja dialética dentro do Materialismo Histórico e Dialético [MHD], que na proposição de Marx é a superação das contradições progressivamente, tese, antítese, síntese. Síntese que poderia ser, por exemplo, em nível elementar, aquilo que você identifica, que você com o outro identifica, a forma como você se propõe, vocês se propõem a superar, e o que disso resultou é a nova síntese. Essa síntese é uma nova tese que precisa ser superada continuamente. Isso é diferente de diálogo. Então dialética é o encontro com o outro, a troca, a valorização do outro. Além disso, qualquer resolução, qualquer encaminhamento não pode ser no micro, tem que considerar o macro também, a superestrutura. (B)

De que forma a gente é capaz de compreender, operacionalizar, construir o percurso que consiga incluir o estudante nesse eixo. Então nós vamos dizer para eles que esse curso vai buscar o processo dialético, de formação, de transformação, de ida e volta, mas eles não estão vendo isso na formação. [...] A gente talvez não se dê por conta, mas fomos formados em um modelo tão tradicional, que é difícil também fazer o movimento. (G)

Eu tenho a necessidade de ouvir exemplos para eu poder sentir mais, como vai fazer isso na prática. (A)

Na proposta da construção do PTS, que é o projeto terapêutico singular, na área da saúde mental, a dialética intrínseca não é implementada por conta do profissional que não é dialético. (F)

Eu acho que, quando a gente está discutindo o cuidado baseado na dialética, cabe saber como o estudante está se sentindo e como é que os professores estão se sentindo, em termos, quem sabe, valorização, esporte, de convivência, eu acho que tem vários fatores que vão influenciar; também temos que nos conhecer enquanto grupo. (E)

## **Ensaio teórico-metodológico para o ensino histórico e dialético na assistência de enfermagem**

Os enfermeiros professores dialogam sobre o entendimento acerca das divisões categóricas presentes na proposta de referencial histórico-dialético; para tanto, ensaiaram o estrutural, particular e singular nos cenários da prática.

Para a atenção hospitalar, fica realmente muito mais difícil de imaginar. O geral, o que é o geral na atenção hospitalar? Por exemplo, nós da Atenção Básica temos praticado bastante o diagnóstico do território. [...] Então, na Atenção Básica, eu posso imaginar que essa parte que mencionei seja a mais geral, mais ampla, e depois a gente vai para o particular que seriam as famílias, com hipertensos, com diabéticos, com gestantes, tem o núcleo familiar, tem pessoas esquizofrênicas, tem de tudo; e vamos ao singular, que é essa pessoa dentro dessa família, que está dentro desse território [...]. (D)

Eu estava pensando... que o geral é para além do território, por exemplo, considerando, essa questão de superestrutura e estrutura, entram também as normativas, lá da Estratégia de Saúde da Família, entra a organização dos serviços de saúde no município como um todo, para além daquele território. O território também pode ser parte do geral, mas não exclusivamente. Talvez pudesse inclusive entrar, dependendo do que a gente olha, entrar no particular.

O particular é o território, se olhando pela perspectiva de família, e o singular é a família, se a abordagem é a família. (B)

Cada situação a gente vai ter que ajustar e fazer esse exercício, do particular, geral e singular. Ele não é fixo. (D)

Na sistematização da TIPESC, ficaram evidentes suas etapas operacionais. Assim, foram apresentadas e debatidas, junto com os participantes, as cinco etapas fixas do referencial e a ideia da captura do fenômeno. Para tanto, questionou-se: O que capturar? De qual fenômeno se está falando? Qual é a amplitude deste fenômeno?

Qual é a ferramenta que a gente utiliza para olhar, para capturar o fenômeno? Na Atenção Básica, por exemplo, tomando como referência a saúde da mulher, esta atenção é de abrangência da saúde da família, que está em dado território, então eu capturo o fenômeno a partir desta avaliação, mas, e na atenção hospitalar? (D)

Debruçar-se sobre um referencial filosófico, teórico e metodológico inscrito nos projetos pedagógicos de cursos (PPC) da área da saúde para o ensino de suas práticas impõe aos profissionais a inexorável conformidade com as concepções intrínsecas ao referencial com vistas à sua adesão e operacionalização, considerando, para tal, as realidades locais, regionais e nacionais. Contudo, entre os enfermeiros professores participantes da pesquisa, surge a reflexão sobre a possível inflexibilidade ideológica diante de uma proposição teórica que o estudante absorva como um desrespeito ou mesmo uma verdadeira violência. Logo, os enfermeiros professores problematizam a estruturação de uma proposta teórico-metodológica para o ensino da assistência de enfermagem, com base na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), trazendo à consciência a própria formação docente e enrijecimentos que se apresentam nas ações pedagógicas e assistenciais em saúde.

Os profissionais de enfermagem ainda se envolvem no cuidado do outro de maneira deslocada de si mesmos, como se fosse possível exercê-lo de forma neutra e tecnicista, o que pode resultar em situações de sofrimento pela pouca valorização das questões subjetivas envolvidas nas relações interpessoais (SILVA et al, 2014), as quais podem ainda ser agravadas quando na vigência de um embasamento teórico que se descola da realidade objetiva instalada no cenário de saúde (EGRY et al, 2018). Dessa perspectiva, os participantes evidenciaram a dificuldade dos profissionais da enfermagem de olharem para si e sua necessidade insatisfeita de reconhecimento do seu valor enquanto profissionais e, acima de tudo, enquanto humanos. E em meio a esses densos aprofundamentos, também demonstram a convicção de que é condição essencial a adoção de referenciais nacionais que reflitam a realidade brasileira.



Tendo em vista o exposto, conjectura-se que as evidências apresentadas no estudo até o momento representam contradições: Como será possível ensinar a assistência de enfermagem com base na historicidade e dialética, em que o estudante seja estimulado a buscar o inaparente e o contraditório naquilo que o paciente e contexto expressam, se o docente/enfermeiro e o estudante estão reduzidos à técnica, suas próprias contradições existenciais estão ignoradas e suas necessidades negligenciadas? Dessa forma, supõe-se instalar uma inconformidade entre o referencial e sua factibilidade no ensino da metodologia assistencial que se quer inscrito no PPC.

Em seguida, na pormenorização da TIPESC, evidenciou-se uma limitação do grupo em compreender no âmbito teórico e prático as dimensões dialética e histórica do referencial. A clareza etimológica e epistemológica (em especial, da dialética) permanece incipiente nos discursos. As raízes que edificaram este panorama, no qual conhecimentos filosóficos não são reconhecidos e concebidos no cotidiano profissional, remetem-se ao paradigma que dominou e domina até hoje as práticas de saúde. Assim, constata-se que há uma tendência em se compartimentar e ou classificar a concepção filosófica inerente ao fenômeno dialético, ao uso de tecnologias leves, por exemplo, valores imbricados na Política Nacional de Humanização (PNH) como: vinculação, empatia e acolhimento. Resulta, daí, a inoperância ao alcance das contradições do outro, e essa carência repercute sobre o estado de saúde da população. A PNH inegavelmente agrega valor às relações entre profissional, instituição e população; no entanto, ela não supera o paradigma vigente, sendo incapaz ainda de perceber a dialética presente no cotidiano da vida humana.

A interação entre ciência filosófica e ciência da saúde converge para o âmbito do “[...] tratamento da questão humana dado por ambas”, permitindo a reflexão sobre as considerações teóricas e metodológicas presentes na “intersecção do homem ser no mundo e suas condições de saúde” (BRITO et al, 2013). Para os autores, desenvolver uma “atitude filosófica” permite ao profissional apurar um discurso reflexivo e assegurar o exercício do questionamento acerca dos conhecimentos científicos, estes oriundos de “[...] posições positivistas, cartesianas, dominantes na saúde, como, por exemplo, os conceitos cristalizados sobre saúde versus doença, [...] e a não relação da saúde/sociedade/sujeito”. Acredita-se na necessidade de uma atitude filosófica, por parte do docente, que subsidie a compreensão epistemológica do referencial ora estudado, fundamental para a aplicabilidade deste no cotidiano de ensino da assistência de enfermagem em geral.

Os grupos de convergência empreendidos neste processo de pesquisa buscaram oferecer elementos filosóficos e espaço reflexivo coletivo para, justamente, oportunizar um caminho ao desenvolvimento da atitude filosófica, indo ao encontro da proposta convergente assistencial. Isso contribui para formação docente, de modo que, ao se discutir nos grupos



aspectos filosóficos e teóricos da TIPESC, foi-se reunindo sistematicamente os elementos transformadores necessários à caminhada futura que o grupo enseja na direção da estruturação de uma proposta para o uso da TIPESC no ensino da assistência de enfermagem.

Enfim, compreender a dialética implica perscrutar suas origens. Em sua raiz, ela era caracterizada e percebida em discursos que evidenciassem o poder de argumentação, ao se perspectivar um mundo estático, sem contradições, a priori, de relações postas e inquestionáveis. Diante das transformações sociais históricas, ao observar as relações no mundo do trabalho, entre burgueses e proletários em sua divisão de classes, ampliou-se o escopo de compreensão da dialética, quando esta passou a representar as relações complexas e contraditórias do mundo. Estabeleceu-se, com essa dialética, uma forma contestadora de ver o mundo, os acontecimentos da vida, o real e, diante dessa visão, a percepção das contradições inerentes ao movimento, à dinâmica da vida em um contexto histórico; com isso, passou-se a facultar o instável e a instaurar a possibilidade de transformação das relações (MENDONCA, SOUZA, 2017).

Nesse formato, a contradição (dialética) confere a força motriz para mudança da realidade, que, em um processo contínuo, estimula a mobilização transformadora. O referencial históricodialético, que se vem aprofundando neste estudo pelas falas do grupo docente, mostra-se desejável para reformular o processo de ensino da assistência de enfermagem, estruturado metodologicamente por meio do processo de enfermagem. O que se espera é que tanto estudantes quanto os profissionais adquiram condições intelectuais e pragmáticas [alicerçadas por uma atitude filosófica] para se perspectivar o mundo do paciente, em suas relações dinâmicas e históricas, para além do que se expressa em sintomas ou doenças.

Portanto, ensaiando a aplicabilidade do referencial TIPESC para o ensino da assistência de enfermagem, os enfermeiros professores analisam que ele não assimilará o que vem a ser a dialética se esta não for interiorizada, em termos de atitude, o que mais uma vez contribui com a atitude filosófica; não obstante, a proposta pressupõe não somente estabelecer um referencial para a assistência de enfermagem, mas também, e principalmente, uma reflexão sobre o próprio paradigma existencial [seu próprio eu] e sobre o paradigma [biomédico] da formação em enfermagem.

Nesse contexto, pondera-se sobre a formação de estudantes com foco nesse perfil de assistência, com vistas a ampliar as concepções de sujeito e suas relações dialéticas bem como a garantir um posicionamento que jogue luz sobre as contradições inerentes à vida humana, as quais se refletem no processo saúde-doença. O aprimoramento dos saberes, que permite compreender melhor o ambiente e o sujeito sob os seus diversos aspectos, favorece o despertar da curiosidade intelectual, estimula o sentido crítico e viabiliza a compreensão do real mediante a aquisição de autonomia e a capacidade de discernir (SOARES et al, 2017),

o que nos parece profundamente relevante quando se propõe uma transformação curricular para ensinar o cuidado de enfermagem com base em pressupostos históricos e dialéticos.

Para fins de exemplificação, considerando-se a complexidade teórica do referencial que se discute e buscando forjar pistas para sua aplicabilidade, em uma experiência de ensino aprendizagem, recente e real, oportunizou-se uma atividade com pacientes oncológicos, a fim de resgatar a autoimagem com o apoio de um ensaio fotográfico nas dependências do hospital. Quando convidados a expressar seus sentimentos sobre sua participação no ensaio, os pacientes explicitaram satisfação e sentimentos positivos, indicando uma faceta diversa do hospital, a da promoção da saúde; contudo, a resposta de um dos pacientes impactou ao concluir que, mesmo sendo possível ter vivências agradáveis no hospital, ele preferiria não estar lá. Para ele, vivenciar de maneira positiva o hospital ou o tratamento mostrou-se contraditório em relação às suas demandas singulares.

Exteriorizou-se, nesse momento, a contradição, e a perspectiva dialético-histórica oportunizou ao docente capturar tal fenômeno, singular, e transformá-lo em objeto da enfermagem — manifestando-se ali, portanto, uma atitude dialética docente. Essa experiência de atividade fotográfica retratou uma intenção de cuidado humanizado e dialógico por parte da enfermagem, entretanto se mostrou, ainda, insuficiente no que tange à dialética.

Em continuidade, os participantes, ao verificarem que apontamentos preliminares, referentes aos aspectos filosóficos do referencial (dialético e histórico), poderiam ter sido sanados, debateram sobre suas bases teóricas. Nos grupos de convergência, tratou-se das categorias conceituais e categorias dimensionais da TIPESC, com o objetivo de amparar os docentes do curso na estruturação de uma proposta teórico-metodológica para o ensino do cuidado. Dessas categorias, os participantes detiveram-se em um aspecto isolado da categoria dimensional, revelando um interesse em operar o referencial no dia a dia, como é característico da enfermagem e das ciências da saúde.

Quanto às categorias conceituais, embora os participantes não as tenham discutido, ainda assim cabe elucidar que elas são formadas por definições essenciais à realização das intervenções de enfermagem, ingressando no referencial teórico e observando as ideias, historicamente construídas, no entorno do conjunto de noções totalizantes ao desenvolvimento desse cuidado. Suas definições explicitam de que maneira o fenômeno será compreendido, uma vez expressas concepções cuja natureza é basal no campo da saúde, tais como os conceitos de homem, sociedade, saúde e doença, entre outros (EGRY et al, 2018). Assim sendo, por sua essencialidade e dado o embasamento filosófico subjacente a este aporte teórico da TIPESC, reflete-se, mais uma vez, sobre os distanciamentos filosóficos e teóricos presentes nas atitudes de profissionais da saúde e que comprometem a aplicabilidade efetiva de um referencial.

Por outro lado, as categorias dimensionais da TIPESC conferem sua operacionalização, contemplando noções imprescindíveis para a captura [dialética] do fenômeno que embasará a intervenção de enfermagem, correspondendo a 1) totalidade, 2) práxis e 3) inter-relação entre o estrutural, o particular e o singular (EGRY et al, 2018). Na pesquisa, os participantes se concentraram na categoria dimensional “inter-relação entre o estrutural, o particular e o singular”, manifestando desejo de assimilar como apreender os fenômenos de saúde no cotidiano do cuidado, com base na TIPESC.

A categoria procura identificar as diferentes partes do fenômeno, expondo o dialético presente entre as partes e o todo. Nesse ínterim, o estrutural se refere ao aspecto mais abrangente do fenômeno; o particular assume uma posição intermediária; e o singular, sua menor parte (EGRY et al, 2018; EGRY, 1996). No exemplo anteriormente descrito sobre o cuidado a pacientes oncológicos, pode-se vislumbrar o estrutural enquanto instituição hospitalar e suas peculiaridades assistenciais (ambiente marcado por tecnologias duras e leve-duras, pela doença, pelo tratamento médico); o particular enquanto grupo de pacientes oncológicos que vivencia um processo de aceitação da doença e de enfrentamento (individual e coletivo); e o singular, o qual se revela no paciente que contesta o benefício da atividade, expondo sua satisfação e insatisfação mediante suas demandas pessoais. Entretanto, este é um arranjo possível entre outros tantos, considerando-se a fluidez intrínseca a esses elementos presentes no fenômeno.

Os professores mencionam que perceber tais princípios na Atenção Básica torna-se mais plausível do que na atenção hospitalar. Dada essa constatação, remete-se a um estudo cujo fim foi compreender a realidade objetiva das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) na enfermagem, norteado pela categoria dimensional “inter-relação entre estrutural, particular e singular” para propor projetos de intervenção, visando entender a determinação social do processo saúde-doença (SOUZA et al, 2015). Os autores descrevem as dimensões assim: Dimensão Estrutural (amparos jurídico e político ao trabalhador em caso de adoecimentos e acidentes); Dimensão Particular (o trabalho realizado pela equipe de enfermagem no serviço de saúde, com base em aspectos como sobrecarga de trabalho, recursos humanos, entre outros) e Dimensão Singular (foram reconhecidas as referências às DANTs nos trabalhadores estudados).

Dessa maneira, como os próprios participantes concluíram, é preciso ajustar-se à aplicação dessa categoria e, em especial, a essa interface entre as partes e o todo, a cada situação, adicionando que, diante da especificidade, é preciso fazer o exercício no sentido de perceber cada elemento dessa inter-relação; reforça-se, assim, que esta caracterização

não é fixa. Depreende-se, logo, que esse mesmo exercício, necessário aos desdobramentos dos fenômenos em saúde na Atenção Básica, deverá também ser concebido no cenário hospitalar.

Por fim, no que tange ao referencial em si, desenhando a descrição metodológica da proposta, enfatiza-se, quanto a esta, que a captura do fenômeno (primeira etapa) consiste em incógnita para os participantes, no entanto espera-se que profissionais da saúde consigam capturar o fenômeno de saúde vigente na realidade objetiva analisada. Assim, os preceitos filosóficos da teoria, fundamentada no MHD, devem ser revelados mediante contextualização histórica e dinâmica do fenômeno.

A intervenção de enfermagem, portanto, é configurada com base em cinco etapas operacionais, sistematizadas: a) captação da realidade objetiva; b) interpretação da realidade objetiva; c) construção do projeto de intervenção na realidade objetiva; d) intervenção na realidade objetiva; e) reinterpretação da realidade objetiva (EGRY, 2010; EGRY et al, 2018).

“O conhecimento do fenômeno em sua historicidade e situacionalidade” atribui significado à captação do fenômeno em sua realidade objetiva. A seguir, desvelando suas contradições dialéticas, concebe-se sua interpretação; com base na interpretação desencadeada, faz-se a elaboração do projeto de intervenção, cujo caráter deve designar riqueza de detalhes, “com definição conceitual, objetivos, métodos, estratégias, realizado coletivamente e com responsabilidade compartilhada”. Situa-se o momento da intervenção, o desenvolvimento do cuidado de enfermagem que conduzirá a última etapa que reinterpreta a realidade objetiva, promovendo a “avaliação do processo e do produto, buscando as contradições na execução do cuidado de enfermagem”. “As etapas, antes de serem partes específicas do processo de trabalho, devem ser consideradas como hegemônicas e não exclusivas, ou seja, em dada etapa, podem estar convivendo com outras etapas, simultaneamente” (EGRY, 1996).

No percurso dos grupos de convergência, precisou-se dirimir as angústias expressas pelos participantes, quando questionaram: “Qual seria a ferramenta a ser usada na captura de um fenômeno de saúde?” e “A que fenômeno estamos nos referindo?” De fato, não se trata de obter uma ferramenta, um instrumento, um modelo técnico que habilitará a captura de um fenômeno em saúde, no qual se intenciona a intervenção. Verdadeiramente, o principal à compreensão é que a captura de um fenômeno de saúde, cuja referência filosófica se concebe a partir do MHD, implica o desenvolvimento de atributos profissionais pessoais estimuladores da fluência de atitudes que expressem a introjeção da visão dialética e histórica, quanto ao fenômeno a ser capturado — a atitude filosófica, à qual nos referimos ao longo do presente texto.

Então, o fenômeno é exatamente o mesmo que interviria em outro arranjo teórico e filosófico; o que muda, no entanto, é o paradigma tomado para embasar a prática de cuidados:

a perspectiva biomédica ou a perspectiva histórico-dialética. Não obstante, as considerações formuladas acerca do fenômeno, sua captura e seleção, ganham a abrangência necessária para a atenção às contradições inerentes a ele, observado, de maneira multifacetada, quando ponderado sobre o seu dinamismo histórico. Por fim, ao conceber a captura, por meio dessas estratégias, a inter-relação entre o estrutural, particular e singular assegura que o fenômeno seja balizado segundo sua totalidade, revelando os processos estruturais que determinam o cuidado, preocupação indicada pelos participantes deste estudo.

### **Limitações do Estudo**

Atualmente, o grupo permanece em situação de reformulação curricular e vem amadurecendo concepções a respeito da temática, com o objetivo de se adotar a TIPESC enquanto referencial para a assistência de enfermagem. Portanto, considera-se uma limitação para a proposta deste estudo o fato de que não tenha sido possível concluí-lo com a materialização de um produto final estruturado para a revisão do PPC, exatamente porque tal reformulação não foi encerrada como era o propósito inicial. Acrescenta-se, como limitação, a carente base filosófica que se observa no âmbito dos profissionais da saúde, o que acaba por exigir o desenvolvimento de mais estudos desta natureza para se atingir de maneira efetiva os objetivos, justamente para permitir que determinado grupo de profissionais alcance um amadurecimento filosófico.

### **Contribuições para a Área da Enfermagem**

A transformação e a resignificação de uma prática perante os desdobramentos de uma pesquisa convergente assistencial correspondem a um alvo potencialmente almejável. Neste caso, a transformação se fez exteriorizar por meio das compreensões desenvolvidas nos grupos de convergência sobre os pressupostos basais da TIPESC. Essas compreensões, além de fomentarem a futura produção de uma proposta estruturada acerca do ensino do PE norteado pela TIPESC, ainda permitiram aos docentes estabelecer resignificações paradigmáticas no campo da saúde.

## **■ CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O movimento inicial dos participantes da pesquisa originou-se do desejo do grupo em se aproximar do referencial teórico fundante do SUS, enquanto alternativa ao modelo curricular convencional do curso de enfermagem, então pautado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Nos grupos de convergência, foram elucidadas compatibilidades e incompatibilidades paradigmáticas de referenciais, teorias de enfermagem, em associação

com as concepções filosóficas da Saúde Coletiva e preceitos e pressupostos do SUS, visto que, para estes últimos, o referencial filosófico sustenta-se no MHD.

Ao eleger a TIPESC, foi sinalizado o potencial do referencial de tornar operacional o MHD na prática do ensino da assistência de enfermagem em Saúde Coletiva, considerada a abrangência deste fenômeno, histórica e dialeticamente, fundando-se novas concepções de cuidado em saúde que possam advir do cuidado histórico e dialético. Essa decisão, consolidada ao longo da pesquisa, representou um desafio paradigmático e expôs fragilidades da formação em enfermagem e em saúde relacionadas à sua origem cartesiana e biomédica bem como às suas limitações relacionadas com a complexidade filosófica do MHD e a TIPESC.

Assim, para se ensinar a assistência de enfermagem, depreende-se como essencial o desenvolvimento de habilidades docentes que permitam a compreensão epistemológica do referencial por parte dos estudantes de modo reflexivo e dialético. Acredita-se que, dessa forma, embasados filosoficamente em referencial teórico aliado aos princípios e pressupostos do SUS, se fortaleça a sustentação de um sistema de saúde abrangente e ético e que se avance para um cuidado em saúde efetivamente humanizado, por deter-se nos aspectos históricos e dialéticos implicando transformações sociais almeçadas por profissionais e populações.

Quando um grupo de profissionais se propõe a construir, estruturar uma prática, e esta possui raízes filosóficas absolutamente desenhadas e estruturadas — que por questões paradigmáticas, possam causar um estranhamento, dada a complexidade do propósito —, é essencial estudos como este, que preparam o terreno para a futura construção. Caso contrário, pode-se resvalar na inoperância de uma ideologia; e aqui se faz uma provocação: Quantos profissionais da saúde efetivamente reconhecem os pressupostos filosóficos do SUS que carregam em seu âmago a historicidade e a dialética?

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Convergent Care Research in Nursing - Opportunities for technological innovations. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, e20170041, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000200101&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200101&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 Out. 2020.
2. AZEVEDO, Adriana Barin de; PEZZATO, Luciane Maria; MENDES, Rosilda. Interdisciplinary education in health and collective practices. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.113, p.647-657, Apr. 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000200647&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200647&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 Set. 2020.
3. BRITO, Robson Figueiredo et al. Theoretical and methodological considerations about the teaching philosophy in health's area: possible interactions. **Sapere Aude**. Belo horizonte, v.4, n.8, p. 2177-6342, 2013. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/6391/6009>. Acesso em 26 Out. 2020.



4. EGRY, Emiko Yoshikawa et al. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, supl.1, p.710-715, 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000700710&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700710&lng=en&nrm=iso). Acesso em 12 Set. 2020.
5. EGRY, Emiko Yoshikawa. Necessidades em saúde como objetivo da TIPESC. *In: Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.70-74.
6. EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Brasil, 1996.
7. JURDI, Andrea Perosa Saigh et al. Reviewing processes: the Occupational Therapy curricular framework of the Federal University of Sao Paulo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.22, n.65, p.527-538, abr. 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000200527&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200527&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 10 Set. 2020.
8. MENDONCA, André Luis de Oliveira; SOUZA, Katia Reis de. The return of dialectic: dialogue, self-criticism and transformation in leandro konder's thoughts. **Lua Nova**, São Paulo, n.101, p.89-108, Aug. 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452017000200089&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452017000200089&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 Nov. 2020.
9. SILVA, Adão Ademir et al. Self-care among Nursing Professionals: an integrative review of brazilian dissertations and theses. **Rev Bras Ciên Saúde**. Santa Maria, v.18, n.4, p.345-352, 2014. Disponível em <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/15263/14081>. Acesso em 25 Out. 2020.
10. SOARES, Amanda Nathale et al. Health education device: reflections on educational practices in primary care and nursing training. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.26, n.3, e0260016, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300302&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300302&lng=en&nrm=iso). Acesso em 16 Nov. 2020.
11. SOUZA, Silvia Jaqueline Pereira de et al. A realidade objetiva das Doenças e Agravos Não Transmissíveis na enfermagem. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.648-658, Sept. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000300648&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300648&lng=en&nrm=iso). Acesso em 16 Nov. 2020.
12. TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia, SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. **Pesquisa Convergente-assistencial - PCA: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.
13. TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. The convergent care research method and its application in nursing practice. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.26, n.4, e1450017, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400611&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400611&lng=en&nrm=iso). Acesso em 22 Out. 2020.





12

# Iniciativas de uma Comissão de Controle do Tabagismo para coibir o fumo no perímetro hospitalar

| Karen Pires **Antunes**  
UFRGS

| Eduarda **Boufleuer**  
UFRGS

| Fernanda **Guarilha Boni**  
UFRGS

| Marli Maria **Knorst**  
HCPA

| Solange **Klockner Boaz**  
HCPA

| Isabel Cristina **Echer**  
UFRGS

# RESUMO

**Objetivo:** identificar as iniciativas realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo para coibir o fumo no perímetro hospitalar. **Método:** pesquisa documental descritivo-exploratória retrospectiva realizada em um hospital universitário do sul do Brasil em 2019. A coleta de dados ocorreu por meio de consulta aos documentos da Comissão de Controle do Tabagismo. Buscou-se identificar as ações mais relevantes ocorridas no período de 2015 a 2019. **Resultados:** as principais iniciativas consistiram em promover assistência para parar de fumar, campanhas, atividades educativas e lúdicas, rondas/inspeções e ampliação da sinalização antifumo no perímetro hospitalar. Além da implementação de um curso no formato de Educação à Distância combinado com presencial, visando capacitar os profissionais de saúde para abordar os pacientes tabagistas. **Conclusão:** a Comissão de Controle do Tabagismo tem realizado de forma sistemática, iniciativas assistenciais e educativas visando um ambiente livre do tabaco, contribuindo para conscientizar a população sobre este grave problema de saúde pública.

**Palavras-chave:** Ambientes Livres do Fumo, Poluição por Fumaça de Tabaco, Prevenção do Hábito de Fumar, Assistência Hospitalar, Educação em Saúde.

## ■ INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica caracterizada pela dependência de nicotina e responsável por mais de oito milhões de mortes por ano no mundo, sendo em torno de 7 milhões em fumantes ativos e 1,2 milhões em indivíduos expostos ao fumo passivo (INCA, 2018; OPAS, 2019). Para 2020, estima-se cerca de 1,3 bilhões de fumantes no mundo (WHO, 2019). No Brasil, em 2019, o percentual de adultos fumantes foi de 9,8%, sendo Porto Alegre a cidade com o maior percentual (14,6%), seguida por São Paulo (13,5%) e Curitiba (11,3%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 2011, foi promulgada no Brasil a Lei 12.546 que dispõe sobre a proibição do uso de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, em ambiente coletivo fechado, privado ou público, além de advertências sanitárias dos malefícios do tabagismo nas embalagens de produtos de tabaco e alteração do sistema de tributação dos cigarros instituindo a política de preços mínimos (BRASIL, 2011). Estudos mostram, contudo, que mesmo após a implementação da lei, as pessoas ainda fumam em locais inapropriados (FRAZER, 2016; TADESSE, 2019). Assim, se evidencia a necessidade de esclarecer à população sobre a importância desta legislação, bem como a realização de atividades educacionais para obtenção de ambientes livres do fumo.

O cumprimento das políticas de restrição ao uso do tabaco e a manutenção de ambientes livres da fumaça do cigarro são indispensáveis em instituições de saúde. Diante deste cenário, um hospital universitário brasileiro conta, desde 1989, com uma Comissão de Controle do Tabagismo (HCPA, 2018) responsável pela implementação da política institucional a qual visa conscientizar o público interno e externo sobre os malefícios do fumo por meio de ações educativas, promovendo assistência aos que desejam parar de fumar e mantendo o perímetro da instituição livre do tabaco.

Com o intuito de dar maior visibilidade às ações implementadas pela Comissão de Controle do Tabagismo, bem como aos resultados obtidos a partir dessas iniciativas, este estudo se propõe a responder a seguinte questão norteadora: “Quais foram as iniciativas da Comissão de Controle do Tabagismo nos últimos cinco anos, para impedir o fumo nas dependências e arredores do hospital?”. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo identificar as iniciativas realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo para coibir o fumo no perímetro hospitalar.

A realização deste estudo se justifica pela possibilidade de divulgar as iniciativas desenvolvidas pela comissão para coibir o tabagismo nas suas dependências, as quais poderão servir de exemplo para outras instituições de saúde que buscam conscientizar profissionais, pacientes e a população em geral sobre os riscos do tabaco.

## ■ MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa documental descritivo-exploratória retrospectiva, com abordagem quantitativa, a qual se movimenta de modo sistemático utilizando métodos destinados a controlar a situação de pesquisa visando minimizar as parcialidades e maximizar a precisão e validade. Neste estudo, os pesquisadores observam, contam, esboçam, elucidam e classificam. A descrição quantitativa enfatiza a prevalência, a incidência, o tamanho e outros atributos mensuráveis dos fenômenos (POLIT, 2011).

### Local de estudo

O estudo foi realizado em um hospital universitário referência no ensino, assistência e pesquisa do Sul do Brasil, que oferece atendimento em mais de 60 especialidades e atende, majoritariamente, pacientes encaminhados pelo Sistema Único de Saúde. No ano de 2019, a instituição contabilizou 33.092 internações, 567.784 consultas e possui um quadro de funcionários composto por 6.096 profissionais. Os pacientes tabagistas são abordados na internação hospitalar e nas consultas ambulatoriais e os funcionários tabagistas contam com o apoio do Serviço de Medicina Ocupacional para parar de fumar.

No local campo deste estudo há uma Comissão de Controle do Tabagismo composta por equipe multiprofissional formada por enfermeiras, acadêmica de enfermagem, médicas, funcionários da vigilância e da higienização, da coordenação de gestão de pessoas e do serviço de segurança do trabalho. Seus membros reúnem-se mensalmente e extraordinariamente para discutir e definir iniciativas com o objetivo de manter o perímetro da instituição livre do tabaco e para a promoção da saúde de trabalhadores, visitantes e pacientes. Além disso, é responsável por elaborar e divulgar atividades educativas para o público geral e realizar capacitações para seus funcionários.

### Objeto de estudo

Foram incluídos neste estudo todos os documentos produzidos pela Comissão de Controle do Tabagismo que consistem em atas de reuniões, planilhas e relatórios referentes às atividades realizadas. Não foram previstos critérios de exclusão. As atas são elaboradas após o término das reuniões com a descrição das decisões tomadas, posteriormente são digitalizadas conforme modelo institucional, arquivadas em repositório digital e enviadas por e-mail para os membros da comissão.

Uma das atividades sob responsabilidade da Comissão são as rondas que consistem em inspeções efetuadas em áreas internas e externas pré-definidas do hospital e realizadas por uma acadêmica de enfermagem e um vigilante, e contam com o apoio de um membro da equipe da higienização. Elas ocorrem três vezes na semana durante o dia e têm a finalidade de abordar e orientar as pessoas que são identificadas fumando em local proibido. Quando se identifica algum funcionário fumando, além da orientação, o mesmo recebe uma notificação por escrito, a qual é enviada à chefia do profissional e anexada a sua pasta funcional na instituição. No noturno, o controle de pessoas fumando nas áreas externas é realizado apenas pelo vigilante.

As observações realizadas durante a ronda alimentam planilhas no programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> que seguem roteiro pré-estruturado que possibilita registrar o número de fumantes identificados nas áreas vistoriadas, se as abordagens foram realizadas e aceitas, se houve a limpeza das áreas visitadas e a quantidade de baganas encontradas no chão. Além disso, essa atividade também gera dados para a elaboração de relatórios no programa *Microsoft Word*<sup>®</sup> que descrevem data, horário, dados de identificação do vigilante que acompanhou a acadêmica, se as inspeções eram internas ou externas, se foram encontrados visitantes/funcionários fumando em local proibido e em quais áreas, locais que a higienização foi ou não realizada e baganas encontradas.

### **Coleta de informações**

As informações foram coletadas pelas pesquisadoras no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020 e armazenadas cronologicamente nos programas *Microsoft Word*<sup>®</sup> e *Microsoft Excel*<sup>®</sup>. Foram incluídos para a análise as atas de reuniões, planilhas e relatórios das rondas referentes ao período de 2015 a 2019. Este intervalo foi definido pelo fato de já haver uma análise realizada nos anos de 2005 a 2014 (CRUZ, 2015).

### **Análise de dados**

As análises das atas foram realizadas pelas pesquisadoras que elencaram as principais ações elaboradas pela Comissão de Controle do Tabagismo para coibir o tabagismo no perímetro da instituição. Para a análise das planilhas e relatórios utilizou-se a estatística descritiva e apresentou-se a frequência absoluta das variáveis em gráficos. Também, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 19.0. Os valores foram apresentados como número absoluto ou média  $\pm$  desvio padrão. A comparação das variáveis entre os diferentes anos foi realizada utilizando análise de variância (ANOVA) com teste *post hoc*. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

## Aspectos éticos

Os aspectos éticos foram respeitados conforme resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). O projeto foi aprovado em 9 de abril 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição com parecer 617.903, sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 27685714.7.0000.5327.

## ■ RESULTADO E DISCUSSÃO

### Resultado

No período estudado, a Comissão de Controle do Tabagismo promoveu estratégias visando coibir o fumo nas áreas da instituição, colaborando com o cuidado à saúde. Seus membros reuniram-se mensalmente para discutir e definir ações que foram implementadas com o objetivo de informar e educar o público sobre os malefícios do uso do tabaco, os benefícios da cessação e a importância de um ambiente livre no fumo.

Nas datas alusivas ao uso do tabaco, “Dia Mundial Sem Tabaco” e “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, foram planejadas atividades especiais, para orientar a comunidade interna e externa sobre a importância da cessação do tabagismo e abordagens a serem utilizadas pela equipe de saúde neste processo. Observa-se que além dessas atividades também foram realizadas ações para coibir e conscientizar sobre o uso do tabaco na instituição. No Quadro 1 constam as principais ações da Comissão de Controle do Tabagismo no período de 2015 a 2016.

**Quadro 1. Atividades realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo no período de 2015 a 2016, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020**

Ano	Principais ações realizadas pela comissão de controle do tabagismo
2015	Realizou-se rodas de conversa com os funcionários, objetivando orientar sobre o ambiente livre do cigarro com a entrega de material educativo sobre a Política e Plano de Controle do Tabagismo da instituição; O serviço de higienização passou a participar das rondas uma vez na semana; Os vigilantes passaram a fazer orientações para visitantes em relação à Política e acompanhar a acadêmica de enfermagem da Comissão; Seguiu-se com a notificação por escrito, instituída em 2014, aos funcionários identificados fumando no perímetro da instituição; No Dia Mundial Sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Fumo utilizou-se um estande com um jogo ilustrando o corpo humano com os malefícios causados pelo tabaco e os benefícios obtidos com a cessação do tabagismo. A campanha com a frase “Não fumar faz bem”, foi divulgada em cartazes, panfletos educativos, e-mail institucional, <i>Facebook</i> , <i>intranet</i> , proteção de tela dos computadores e no contracheque dos funcionários; Padronizou-se um texto a ser enviada junto com a notificação à chefia dos funcionários abordados fumando nas dependências da instituição, com a finalidade de esclarecer o objetivo da Comissão e obter uma parceria no processo; Iniciou-se a elaboração de um curso Educação à Distância (EaD) sobre abordagens aos pacientes fumantes internados para equipe de enfermagem; Desenvolveu-se um projeto para que pacientes fumantes na internação recebessem alta com a medicação para a cessação do tabagismo fornecida pela Secretaria da Saúde para continuidade do tratamento em Unidade Básica de Saúde.

<b>2016</b>	<p>Elaborou-se um e-mail padrão para as chefias dos locais onde foram encontrados funcionários fumando, visando alertar e abordar a questão do tabagismo nas dependências do hospital; Colocaram-se novas placas de “Proibido Fumar” nas dependências da instituição; Realizou-se a campanha do Dia Mundial sem Tabaco no <i>Facebook</i>, <i>intranet</i>, via <i>e-mail</i> institucional e <i>to-ten</i> interativo contendo depoimentos de pacientes e funcionários que obtiveram sucesso na cessação do tabagismo. Foram divulgadas orientações sobre os benefícios de parar de fumar e os malefícios do cigarro, bem como orientação de consultas oferecidas pelo Serviço de Medicina Ocupacional para funcionários que desejavam parar de fumar; No Dia Nacional de Combate ao Fumo foi realizada junto à Semana Científica da instituição com programação voltada para esta temática e aberta à comunidade. O hospital divulgou o evento pelo <i>Facebook</i>, <i>intranet</i>, <i>e-mail</i> e imprensa; Realizou-se reunião com representantes da Prefeitura Municipal para discutir estratégias no atendimento dos pacientes tabagistas hospitalizados e a continuidade do atendimento para cessação do fumo na Rede de Saúde do município; Definiu-se dois formatos para o curso em EaD, sendo um voltado para a equipe de enfermagem e outro para a médica.</p>
-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Seguindo a apresentação das atividades realizadas no Quadro 2 constam as principais ações da Comissão de Controle do Tabagismo no período de 2017 a 2019.

**Quadro 2. Atividades realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo no período de 2017 a 2019, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020**

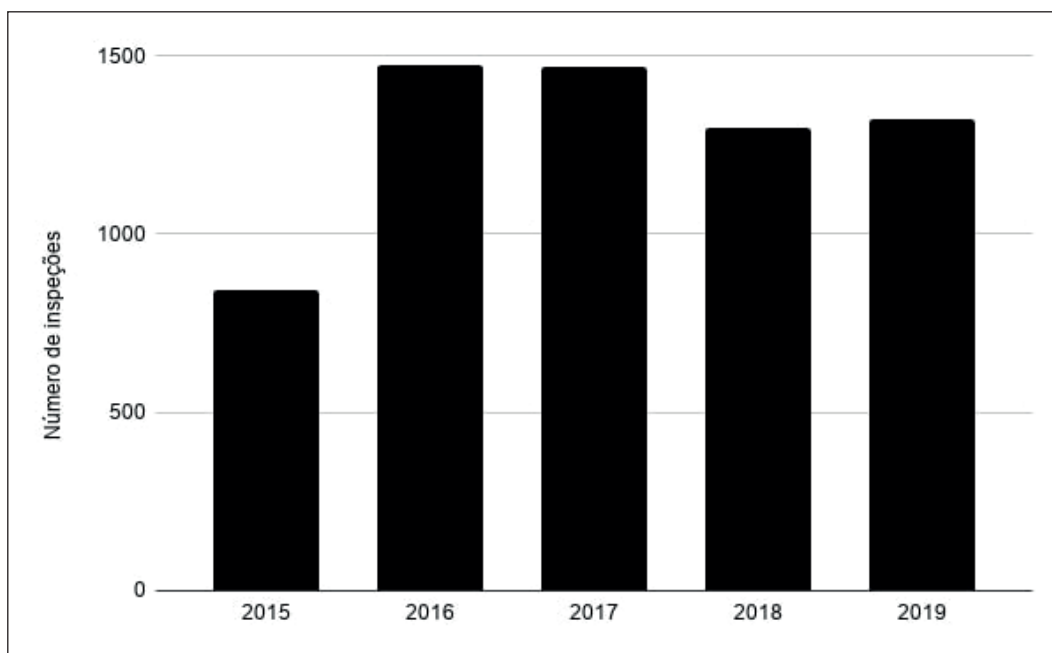
Ano	Principais ações realizadas pela comissão de controle do tabagismo
<b>2017</b>	<p>Instalaram-se bituqueiras nas entradas do hospital para manter essas áreas limpas; Colocaram-se placas de “Proibido Fumar” em novos locais; No Dia Mundial Sem Tabaco foram divulgadas na <i>intranet</i> e <i>Facebook</i> informações sobre atuação da Comissão e realizada uma ronda nas áreas internas e externas da instituição com participação de estudantes do curso de medicina; Realizou-se a pintura de faixas verdes e símbolos de proibido fumar nas calçadas das entradas da instituição, visando coibir o fumo nas áreas de acesso ao hospital; Na campanha do Dia Nacional de Combate ao Fumo foram divulgadas as pinturas das faixas verdes com a seguinte escrita em branco “Área livre do cigarro”, os símbolos de proibido fumar e foi reforçado o Plano de Controle do Tabagismo; Realizou-se a revisão da Política e Plano de Controle do Tabagismo institucional; Incluiu-se novo horário de início da ronda externa, nas principais entradas, às 07 horas e 30 minutos para avaliação das áreas antes da limpeza e retirada das baganas; Adquiriu-se um sugador para auxiliar na retirada das baganas dos jardins.</p>
<b>2018</b>	<p>No Dia Mundial Sem Tabaco, foi divulgado via <i>intranet</i> a redução do número de fumantes em Porto Alegre; Instalaram-se novas bituqueiras nas duas principais vias de acesso ao hospital; Na semana do Dia Nacional de Combate ao Fumo, foi utilizado o mesmo material da campanha do dia 31/05/2018, porém com divulgação mais ampla por <i>e-mail</i>, <i>intranet</i> e cartazes nos murais da instituição; Foi atualizado o manual de educação em saúde sobre a cessação do tabagismo distribuído aos pacientes e familiares atendidos na instituição; Realizou-se revisão da Política e Plano de Controle do Tabagismo institucional; Instalou-se câmera em uma das dependências mais críticas do hospital para monitoramento de fumantes nessa área; Finalizou-se a construção do curso EaD sobre a Cessação do Tabagismo para equipe de enfermagem; Elaborou-se um cronograma para iniciar o curso Cessação do Tabagismo por equipes de trabalho das diferentes unidades e serviços da instituição.</p>
<b>2019</b>	<p> Lançamento do curso em EaD Cessação do Tabagismo para alunos, professores, residentes e equipe de enfermagem; Iniciou-se a implementação de uma atividade presencial após realização do curso para tirar dúvidas e reforçar as estratégias para cessação do tabagismo em pacientes hospitalizados; No Dia Mundial sem Tabaco, foi montado um estande com informativos sobre o tabagismo, distribuição de brindes, <i>to-ten</i> interativo com dicas para abordar os pacientes fumantes e divulgação do curso Cessação do Tabagismo. A campanha foi divulgada por meio do <i>Facebook</i> e <i>intranet</i>; No Dia Nacional de Combate ao Fumo, a campanha propôs uma reflexão sobre a abordagem ao paciente tabagista internado e, para isso, utilizou-se de atividade lúdica com perguntas sobre como abordar o paciente tabagista e distribuição de brindes para os que acertassem. A campanha foi divulgada por <i>e-mail</i>, <i>intranet</i>, <i>to-ten</i> e <i>Facebook</i>; Unificou-se o Plano e a Política da instituição, agora denominado como Plano de Controle do Tabagismo, após decisão institucional de que todas as políticas deveriam ser mais estratégicas e vinculadas ao Plano de Negócios; Colocou-se novas placas de “Proibido Fumar” nas vias de acesso da instituição.</p>



Outra iniciativa que ocorreu de forma sistemática no período do estudo foi a ronda/inspeções em três vezes por semana, sendo duas em áreas externas que inclui os jardins e áreas abertas entre os prédios e uma na área interna, com o objetivo de identificar os fumantes e orientá-los sobre a proibição do fumo no perímetro hospitalar; simultaneamente foram contabilizadas as baganas encontradas no chão. Atualmente, não há nenhuma área dentro do perímetro da instituição em que seja permitido fumar.

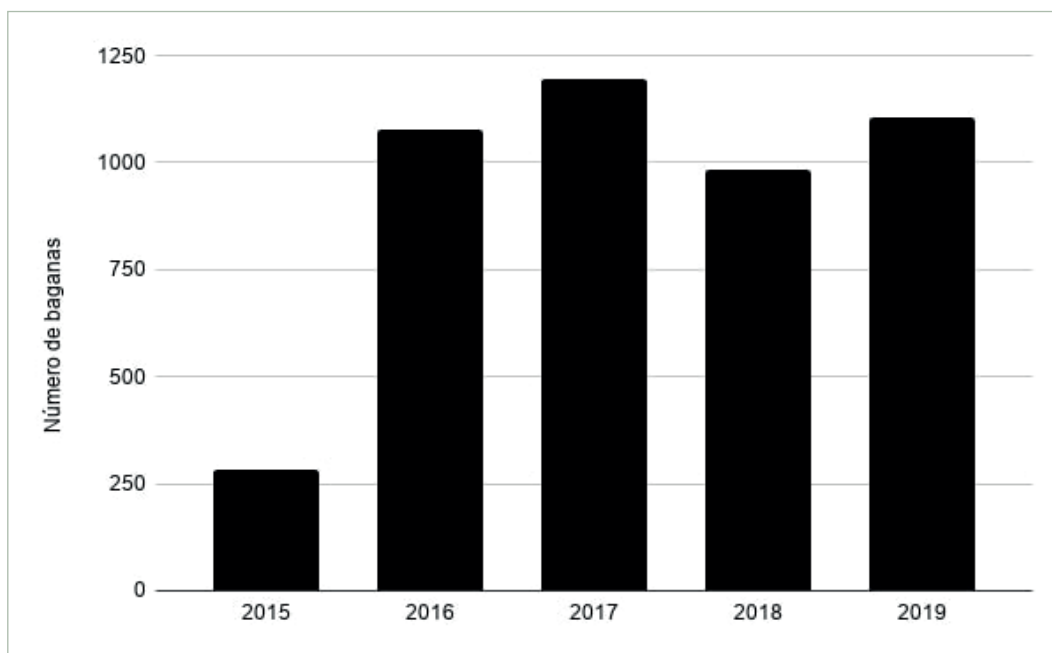
No período de 2015 a 2017, as rondas ocorreram em 27 áreas diferentes. Em 2018 e 2019, com a finalização de obras de ampliação da instituição, algumas áreas foram unificadas passando a ser 25 locais fiscalizados. No total desses cinco anos ocorreram 6.398 inspeções. Na Figura 1 são apresentadas as inspeções realizadas por ano, identifica-se que o número médio de inspeções/mês foi inferior em 2015 ( $70,3 \pm 58,7$ ) em comparação à 2016 ( $122,6 \pm 29,1$ ) e 2017 ( $122,3 \pm 29,3$ ;  $p=0,007$ ).

Figura 1. Inspeções realizadas no período de 2015 a 2019 no perímetro da instituição. Rio Grande do Sul, Brasil, 2020



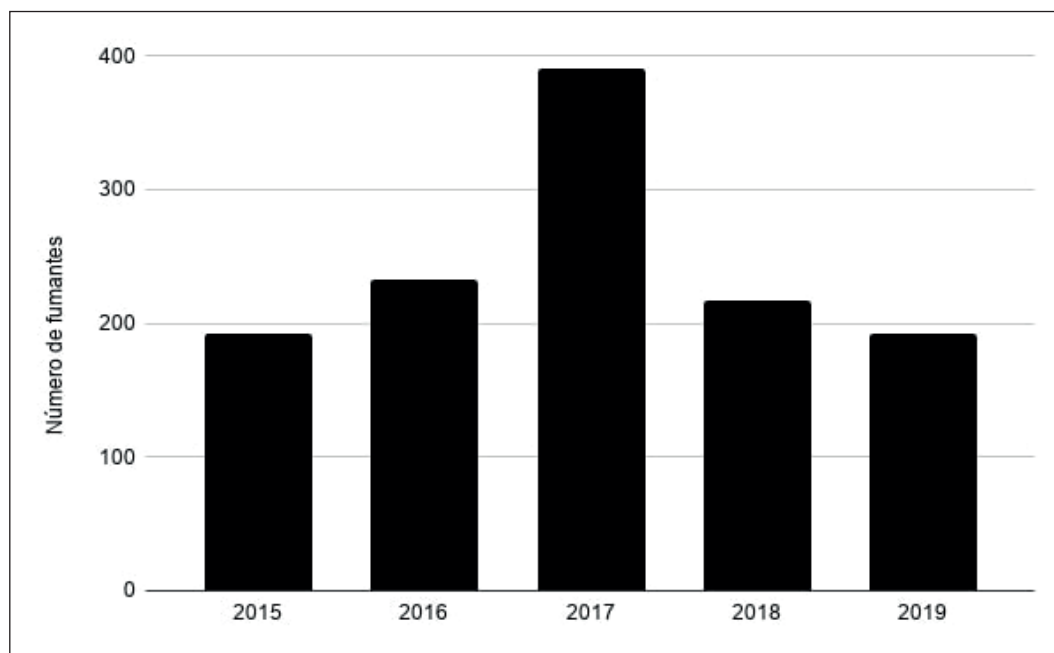
Além das áreas pré-estabelecidas, quando necessário, foram realizadas inspeções em espaços nos quais funcionários relataram que havia cheiro de cigarro e/ou presença de baganas. Esses pontos também são descritos nos relatórios e permanecem sendo fiscalizados com certa periodicidade. Eventualmente, a ronda externa e/ou interna não foi realizada devido à temporada de chuvas, feriados, ausência de vigilante para acompanhar a acadêmica de enfermagem ou devido ao fato da mesma estar em período de férias. Durante as rondas, foram contabilizadas no total 4.645 baganas encontradas no chão, sendo o número de baganas menor em 2015 ( $p<0,05$ ) conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Baganas encontradas no período de 2015 a 2019 de inspeções realizadas na instituição. Rio Grande do Sul, Brasil, 2020



Do total de 1.224 pessoas identificadas fumando em locais inadequados, 1.219 foram abordadas e orientadas sobre a proibição do uso do tabaco no perímetro hospitalar, também foi solicitado que o cigarro fosse apagado e descartado corretamente. As justificativas mais frequentes apresentadas pelos fumantes ao serem abordados foi de que não teriam visto as sinalizações de proibido fumar e de que haviam outras pessoas fumando ou presença de baganas na área. Nos últimos cinco anos, o número de fumantes abordados mensalmente foi superior em 2017 ( $32,5 \pm 12,1$ ) em comparação aos demais anos ( $15,9 \pm 7,7$  a  $20,3 \pm 11,6$ ) ( $p=0,001$ ) conforme apresentado na Figura 3.

Figura 3. Indivíduos encontrados fumando em local impróprio no período de 2015 a 2019 de inspeções realizadas na instituição. Porto Alegre (RS), Brasil, 2020



Do total de fumantes abordados, 21 eram funcionários da instituição, os quais foram orientados sobre o plano institucional de controle do tabagismo, informados sobre o tratamento disponível no Serviço de Medicina Ocupacional para quem deseja parar de fumar e notificados por escrito acerca da violação da política institucional. Quando realizada a notificação, uma via ficava com o funcionário que estava fumando e a outra com o supervisor do serviço de vigilância para registro e posterior envio à chefia do trabalhador para que pudesse reiterar orientações sobre a infração. Em 2015 o percentual de funcionários fumantes era de 7,1 passando para 5,9 em 2019. Não houve diferença significativa no número de funcionários que foram observados fumando em locais proibidos nos diferentes anos analisados ( $p=0,283$ ).

## ■ DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que a Comissão de Controle do Tabagismo implementou iniciativas em diferentes frentes no período analisado, destacando-se a atualização do plano de controle do tabagismo, divulgação da política nacional de controle do tabagismo, capacitação de funcionários, promoção de ações educativas para a conscientização da população e implementação de rondas para monitorizar o respeito à legislação. Todas as ações foram desenvolvidas no intuito de promover um ambiente livre do tabaco.

São iniciativas importante visando o ambiente livre do tabaco conscientizar pacientes, visitantes e funcionários por meio da divulgação da política contra o fumo, sinalizações que faziam referência à lei, informações sobre as penalidades em caso de violação, distribuição de folhetos informando os riscos do tabagismo ativo e passivo para a saúde, e os benefícios

da cessação. Essas ações foram apresentadas por outro estudo que além de implementá-las também buscou avaliar a melhora significativa da qualidade do ar com redução dos níveis de material particulado (PM 2,5  $\mu$ ) e nicotina no ar ambiente e conseqüentemente do aumento da conscientização sobre a política do tabagismo (MOVSISYAN, 2014).

Ações semelhantes às desenvolvidas na instituição em estudo podem ter impacto na prevalência de tabagistas. Uma revisão sistemática da literatura, que buscou avaliar o efeito da proibição do tabagismo em diferentes instituições, entre as quais 12 hospitais, evidenciou que o banimento do tabagismo nas instituições de saúde resultou em redução do tabagismo ativo entre trabalhadores da saúde (risco relativo (RR) 0,71, intervalo de confiança 95% (IC 95%) 0,64 a 0,78) e pacientes (RR 0,86, IC 95% 0,76 a 0,98).<sup>6</sup> Na instituição em estudo de acordo com dados do Serviço de Medicina Ocupacional a prevalência de tabagismo em funcionários da instituição nos últimos 5 anos tem diminuído.

Tanto a identificação de fumantes como de baganas em locais onde o fumo é proibido indicam uma má adesão à política de controle do tabagismo, que foi descrita previamente por outros autores (TADESSE, 2019; MOVSISYAN, 2014; MCCRABB, 2017). Diversos fatores como a ausência de fiscalização constante, falta de conscientização da população sobre os problemas causados pelo tabaco e fatores estressantes relacionados ao ambiente hospitalar podem servir de gatilho para que os tabagistas fumem em locais inapropriados contribuindo para que as normas institucionais não sejam obedecidas. A presente pesquisa foi realizada em um hospital terciário, com grande circulação de indivíduos diferentes a cada dia, o que pode ser um fator adicional associado com a má adesão às políticas institucionais de controle do tabagismo justificando assim a necessidade de intensificar diariamente as ações de conscientização propostas pela Comissão de Controle do Tabagismo.

As principais justificativas dos indivíduos identificados fumando em áreas onde o fumo é proibido foram de que a sinalização não foi vista ou que havia outras pessoas fumando ou baganas no local, embora as placas fossem grandes e bem localizadas e a pintura de faixas verdes no chão indicando “área livre do cigarro” e símbolos de proibido fumar na extensão das calçadas de acesso com maior fluxo de pedestres fossem bem visíveis. Um estudo realizado em um hospital do Reino Unido investigou as percepções de funcionários, pacientes e visitantes sobre o ato de fumar nas entradas do hospital utilizando um questionário aplicado antes e após a divulgação de uma campanha de *marketing* de normas sociais. A maioria dos participantes relatou que o fato de não fumarem na entrada do hospital incentivava outros fumantes a fazerem o mesmo (CROSBY, 2018). Considerando que a presença de baganas de cigarros em locais onde é proibido fumar poderia atuar como fator incentivador ao fumo, foi instituído a remoção periódica e diária das mesmas pelo serviço de higienização.

Cabe ressaltar que 1,7% dos indivíduos que foram encontrados fumando nas dependências da instituição eram funcionários da mesma. Profissionais de saúde são vistos como exemplos pela sociedade e, portanto, devem estar na linha de frente no controle do tabagismo (WHO, 2005). Já os funcionários que fumam em locais onde o fumo é proibido são exemplos negativos para pacientes e visitantes. O fato de fumar em local proibido, assumindo o risco de receber uma notificação, demonstra a dificuldade de controlar a dependência à nicotina e a necessidade de ajuda.

Portanto, além da conscientização, é importante o suporte institucional à cessação, que neste caso é oferecido pelo Serviço de Medicina Ocupacional a todo o corpo funcional. Um processo de intervenção voltado ao ambiente livre do tabaco foi estudado previamente, nas suas diferentes fases. Os funcionários de um hospital foram avaliados em três momentos: no primeiro ainda não havia legislação antifumo; no segundo, foi implementada a lei de proibição do fumo em ambiente fechado e, no terceiro, foi ampliada a proibição do tabagismo em áreas abertas e, adicionalmente, foi realizado treinamento e fornecido suporte para cessação do tabagismo, monitoramento e avaliação periódica. Os resultados evidenciaram uma diminuição significativa da prevalência do tabaco entre os trabalhadores do hospital na terceira fase (MARTÍNEZ, 2014). Outro estudo realizado nos EUA mostrou que estabelecimentos de trabalho que adotaram 100% da política antifumo e que aderiram ao programa de cessação do tabagismo tinham um menor número de funcionários fumantes e melhoria na qualidade do ar ambiente em relação as empresas que incorporaram parcialmente a política antifumo (SYAMLAL, 2019).

Para promover o ambiente livre do fumo, tão importante quanto conscientizar a população que acessa diariamente a instituição, é qualificar e capacitar os profissionais de saúde para que possam intervir de forma adequada na abordagem de indivíduos fumantes. De acordo com estudo, se revelarão como fatores determinantes para a cessação do tabagismo o apoio familiar e do grupo e ajuda profissional (PEREIRA, 2020). Nesse sentido, as capacitações para funcionários realizadas pela Comissão de Controle do Tabagismo (CRUZ, 2015) e, mais recentemente, o desenvolvimento e implementação de um curso de Educação à Distância combinado com atividades presenciais para habilitar as equipes de enfermagem na abordagem aos pacientes tabagistas, são de extrema relevância para oferecer uma assistência de qualidade e, como consequência, manter um ambiente livre do tabaco. A eficácia de prática educativa com o objetivo de ampliar as intervenções da enfermagem voltadas para a cessação do fumo já foi descrita previamente (SARNA, 2015; RICE, 2017).

Os profissionais da enfermagem são importantes no que tange à abordagem do tabagismo, uma vez que fazem parte do grupo que tem o maior contato com os pacientes durante a internação hospitalar. O enfermeiro tem como papel no processo de cessação

do tabagismo a promoção, o controle e a diminuição dos agravos à saúde dos pacientes tabagistas (ZAMPIER, 2019). Para qualificar ainda mais a assistência junto aos pacientes fumantes visando a cessação, as práticas educativas devem ser estendidas aos demais profissionais da saúde como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e estudantes de graduação, proposta essa em construção.

O presente estudo tem como pontos positivos a identificação das iniciativas implementadas e as inconformidades em relação a adesão à política institucional, que uma vez reconhecidos são passíveis de correção. Adicionalmente, a pesquisa evidencia a necessidade de um trabalho contínuo e com ações múltiplas a ser desenvolvido pela Comissão de Controle do Tabagismo na promoção e manutenção de um ambiente livre do fumo. Como limitações estão a ausência de indicadores gerenciais para avaliar as iniciativas implementadas pela comissão sobre a qualidade do ar no entorno da instituição.

## ■ CONCLUSÃO

A análise das atividades desenvolvidas no período estudado evidencia que a Comissão de controle do tabagismo composta por equipe multidisciplinar tem se comprometido em promover iniciativas de educação e conscientização de funcionários e da população para alcançar um ambiente 100% livre do tabaco.

Destacam-se entre as iniciativas a realização de campanhas educativas; capacitações; curso Educação à Distância com etapa presencial; apoio institucional para cessação do tabagismo à trabalhadores e pacientes; realização de rondas para manter o ambiente livre do tabaco com participação da enfermagem, segurança e equipe de higienização; orientação a indivíduos que fumam em áreas em que é proibido com notificação de funcionário fumante e instalação de sinalização, câmara de segurança e bituqueiras.

As diferentes iniciativas foram essenciais e devem ser mantidas para promover a conscientização sobre a importância da manutenção de um ambiente livre do tabaco e para qualificar as abordagens dos profissionais relacionadas à cessação do tabagismo. Espera-se que esse estudo contribua como um feedback positivo para a comissão de controle do tabagismo e sirva de exemplo para que outras instituições possam implementar iniciativas a fim de conscientizar a população sobre este grave problema de saúde pública.



## ■ REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: Diário Oficial da União [2016]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=24/05/2016&pagina=44>. Acesso em: 10 set de 2020.
2. BRASIL. Lei n. 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona. Brasília: Presidência da República, [2011]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm). Acesso em: 2 abril de 2019.
3. MCCRABB S, BAKER AL, ATTIA J, BALOGH ZJ, LOTT N, PALAZZI K ET AL. Hospital Smoke-Free Policy: Compliance, Enforcement, and Practices. A Staff Survey in Two Large Public Hospitals in Australia. **Int J Environ Res Public Health**. Austrália, v.14, n.11, nov. 2017. DOI: 10.3390/ijerph14111358. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/11/1358>. Acesso em: 15 abril de 2020.
4. CROSBY S, BELL D, SAVVA G, EDLIN B, BEWICK BM. The impact of a social norms approach on reducing levels of misperceptions around smokefree hospital entrances amongst patients, staff, and visitors of a NHS hospital: a repeated cross-sectional survey study. **BMC Public Health**. Reino Unido, v. 18, n.1365, dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6231-x>. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6231-x>. Acesso em: 12 janeiro de 2020.
5. CRUZ NF, MANTOVANI VM, POSER, MSV, BOAZ SK, KNORST MM, ECHER IC. O desafio de controlar o tabagismo em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.36, n.3, p.63-71, jul. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.52432>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000300063&lng=en&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000300063&lng=en&tlng=en). Acesso em: 16 março de 2020.
6. FRAZER K, MCHUGH J, CALLINAN JE, KELLEHER C. Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. **Cochrane Library**. Irland, v. CD011856, n. 5, p. 1-73, may. 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD011856.pub2. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011856.pub2/epdf/full>. Acesso em: 7 dezembro de 2019.
7. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Política de Controle do Tabagismo. Porto Alegre: HCPA; 2018.
8. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Doenças relacionadas ao tabagismo. Rio de Janeiro: INCA; 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/doencas-relacionadas-ao-tabagismo>. Acesso em: 2 abril de 2019.
9. MARTÍNEZ C, FU M, MARTÍNEZ-SÁNCHEZ JM, ANTÓN A, FERNÁNDEZ P, BALLBÈ M ET AL. Impact of a long-term tobacco-free policy at a comprehensive cancer center: a series of cross-sectional surveys. **BMC Public Health**. Barcelona, v.14, n.1228, nov. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1228>. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1228>. Acesso em: 14 abril de 2020.



10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/27/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>. Acesso em: 24 setembro de 2019.
11. MOVSISYAN NK, PETROSYAN V, HARUTYUNYAN A, PETROSYAN D, STILLMAN F. Clearing the air: improving smoke-free policy compliance at the national oncology hospital in Armenia. **BMC Cancer**. Armênia, v.14, n.943, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-943>. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-14-943>. Acesso em: 15 janeiro de 2020.
12. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Tabaco*. Brasília: OPAS; 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097). Acesso em: 2 abril de 2019.
13. PEREIRA MO, ASSIS BCS, GOMES NMR, ALVES AR, REINALDO AMS, BEINNER MA. Motivação e dificuldades para reduzir ou cessar o uso de tabaco. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.73, n.1, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188>. Acesso em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000100171&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100171&tlng=en). Disponível em: 20 novembro de 2020.
14. POLIT DF, BECK CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. RICE VH, HEATH L, LIVINGSTONE-BANKS J, HARTMANN-BOYCE J. Nursing interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Estados Unidos, v.12, n.CD001188, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub5>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub5/full>. Acesso em: 2 outubro de 2020.
16. SARNA L, BIALOUS SA, ZOU XN, WANG W, HONG J, WELLS M, BROOK J. Evaluation of a web-based educational programme on changes in frequency of nurses' interventions to help smokers quit and reduce second-hand smoke exposure in China. **J Adv Nurs**. China, v.72, n.1, p. 118-126, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12816>. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12816?casa\\_token=bgITNkT0wSsAAAAA%3ABKgwFrJ-bIAFdnuWdqx2C4cBZO3BJ6dc1BZDX41YPQZvgziKJo6WlpPP8SUctYSrHuB6k4W7Acl6hg](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12816?casa_token=bgITNkT0wSsAAAAA%3ABKgwFrJ-bIAFdnuWdqx2C4cBZO3BJ6dc1BZDX41YPQZvgziKJo6WlpPP8SUctYSrHuB6k4W7Acl6hg). Acesso em: 2 outubro de 2020.
17. SYAMLAL G, KING BA, MAZUREK JM. Workplace Smoke-Free Policies and Cessation Programs Among U.S. Working Adults. **American Journal of Preventive Medicine**. Estados Unidos, v.56, n.4, p. 548-562, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.030>. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(18\)32386-9/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(18)32386-9/fulltext). Acesso em: 2 outubro de 2020.
18. TADESSE T, ZAWDIE B. Non-compliance and associated factors against smoke-free legislation among health care staffs in governmental hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: an observational cross-sectional study. **BMC Public Health**. Ethiopia, v. 19, n.91, p. 1-11, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6407-z>. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6407-z#citeas>. Acesso em: 7 dezembro de 2019.

19. ZAMPIER VSB, SILVA MH, MACHADO RET, JESUS RR, JESUS MCP, MERIGHI MAB. Nursing approach to tobacco users in primary health care. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.72, n.4, p. 1000-1008, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0397>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000400948&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000400948&tlng=en). Acesso em: 20 novembro de 2020.
20. WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Tobacco Free Initiative: The role of health professionals in tobacco control. Geneva: WHO; 2005. Disponível em: [https://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal\\_20april.pdf](https://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf). Acesso em: 7 julho de 2020.
21. WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025--third-edition>. Acesso em: 2 abril de 2019.

# Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde



Marcio Rossato **Badke**  
UFSM

Caterine Angélica **Somavilla**

Elisa Vanessa **Heisler**

Andressa de **Andrade**  
UFSM

Maria de Lourdes Denardin **Budó**  
UFSM

Tânea Maria Bisognin **Garlet**  
UFSM

Gabriel **Lautenschleger**  
UFSM

Artigo original publicado em: 2016.

Revista de Enfermagem da UFSM- ISSN 2179-7692.

Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

# RESUMO

**Objetivo:** conhecer os saberes e práticas de moradores da região urbana do noroeste do estado do Rio Grande do Sul, acerca do uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. **Método:** pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, com coleta de dados baseada em entrevista semiestruturada e observação participante. Total de dez entrevistados, usuários de plantas medicinais, selecionados por meio da rede de relações sociais. A coleta ocorreu no período de julho a setembro de 2011. **Resultados:** na análise temática, emergiram os temas: tipos de plantas e suas indicações; e quem indicou o uso da planta. **Considerações finais:** as maiorias das indicações populares foram ao encontro da ciência, e os conhecimentos são passados de geração para geração. Sendo assim, sugere-se que o enfermeiro insira-se na comunidade para conhecer ou reconhecer as práticas populares, aproximando-as do saber científico, proporcionando um cuidado integral ao usuário, respeitando seus hábitos e costumes.

**Palavras-chave:** Plantas, Terapias Complementares, Cultura, Assistência Integral à Saúde, Enfermagem.

## ■ INTRODUÇÃO

A utilização das plantas medicinais como forma terapêutica vem acompanhando o homem através dos tempos, fazendo parte de sua cultura. Durante várias gerações a população de cada região do país, tinha como única forma de tratamento para seus males, o uso empírico de plantas medicinais de fácil acesso, muitas vezes, identificando as indicações das mesmas por meio da sua utilização. Dessa forma, o uso das plantas se tornou uma prática de cuidado tradicional de saúde e já é revelada em diversos estudos como de uso para fins terapêuticos por uma parcela significativa da população (BRASIL, 2006; TOMAZZONI et al, 2006).

No Brasil, o uso de plantas medicinais no tratamento de enfermidades tem influências da cultura indígena, africana e europeia, cujas marcas foram integradas em um conjunto de princípios que visam à cura de doenças e restituem ao homem a vida natural (SILVA et al, 2008).

Mesmo com o incentivo da indústria farmacêutica para a utilização de medicamentos industrializados, grande parte da população ainda faz uso de práticas terapêuticas no cuidado à saúde, como as plantas medicinais, utilizadas para aliviar ou mesmo curar algumas enfermidades (BADKE et al, 2012). Isso pode ocorrer devido ao alto custo dos medicamentos industrializados ou, então, pelo fato de os usuários estarem buscando alternativas que possuam menos efeitos colaterais para o tratamento de doenças (SOARES, 2007).

No Brasil, no dia 22 de junho de 2006, foi aprovada por base no Decreto 5.813, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que visa garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional (BRASIL, 2009).

Ao tratar mais especificadamente do Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2013 o governo aprovou a Resolução número 695/13 que trata da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), com o objetivo de implementar as práticas integrativas no Sistema Único de Saúde (SUS/RS) (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Destaca-se que, com este artigo, buscou-se criar um elo entre o saber popular e o saber científico, aproximando a comunidade aos trabalhadores da saúde pertencentes à mesma. Conhecer os saberes, isto é, aquilo que as pessoas apontam como referência para a realização de suas práticas e como as utilizam no cotidiano é uma forma de possibilitar esta aproximação. Nesse caso, os saberes populares são aqueles aprendidos nas vivências, quer nas relações familiares, nas redes ampliadas que contemplam os vizinhos e amigos, acrescidos pelo conhecimento científico, interpretado pelo saber popular (SILVA et al, 2013).

Nessa pesquisa, foram consideradas apenas plantas colhidas frescas ou secas *in natura*, as quais são empregadas para o consumo de chá caseiro. Dessa forma, foram desconsiderados todos os outros tipos de plantas e chás industrializados.

Nesta perspectiva, questiona-se: Quais os saberes e práticas de moradores da região urbana acerca do uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde? Assim, objetivou-se conhecer os saberes e as práticas dos moradores da região urbana de um município do noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS), sobre a utilização de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde.

## ■ MÉTODO

Trata-se de pesquisa qualitativa, constituída por um estudo exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa trabalha com interpretações das realidades sociais e com a entrevista em profundidade (BAUER e GASKELL, 2010).

Este estudo foi realizado com pessoas moradoras na área urbana de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, a qual possuía 1208 famílias pertencentes a sua área de abrangência. Cabe ressaltar que esta pesquisa faz parte de um levantamento realizado anteriormente (BATTISTI et al, 2013), com o qual foi possível verificar as plantas mais utilizadas no município e ver quais destas estavam regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Resolução N° 10, de 9 de março de 2010 (ANVISA, 2010).

A coleta de dados ocorreu nos domicílios, por meio de entrevista semiestruturada e observação participante, durante o período de julho a setembro de 2011.

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema em questão sem perder a indagação formulada (MINAYO, 2010). As perguntas utilizadas para a elaboração da pesquisa foram: Que plantas você costuma usar para tratar problemas de saúde? Para que serve a referida planta? Quem indicou a planta para o uso?

A observação participante costuma ser utilizada frequentemente, como estratégia complementar ao uso das entrevistas nas relações sociais com os entrevistados e em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa (MINAYO, 2010).

Para ordenar as observações, criou-se um roteiro com quatro itens a serem observados e registrados no diário de campo, sendo eles: a origem da planta (comprada, plantio próprio ou doação); colheita, higienização, armazenamento e conservação da planta; modo de preparo da planta para a utilização; local de plantio: cercado, acesso a animais domésticos, próximo a fossas sépticas, esgoto a céu aberto, próximo a criadouro. Neste artigo, foram utilizadas anotações e observações realizadas nas residências dos participantes da pesquisa, com relação à origem da planta e ao local do plantio da mesma, assim como conversas informais com os entrevistados.

A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada por utilização da rede de relações sociais (VÍCTORA et al, 2000) ou também conhecida como método “Snow Ball” (ALBERTASSE et al, 2010), que consiste em um processo no qual cada informante remete o pesquisador a outros membros da sua rede de relações sociais para investigações subsequentes. As entrevistas foram realizadas até o momento em que os objetivos da pesquisa foram alcançados, o que totalizou dez pessoas.

O primeiro participante das entrevistas foi indicado pela enfermeira da ESF, os demais entrevistados foram identificados pela letra S, significando sujeito participante da entrevista, seguido do número da ordem da entrevista.

A rede de relações sociais teve início com a enfermeira da unidade, que recomendou o primeiro participante, sendo aconselhada uma moradora da região e conhecedora de vários chás. Ao término da entrevista essa moradora foi chamada de S<sup>1</sup> e indicou o S<sup>2</sup>, segundo participante da entrevista, que também utilizava chás para cuidar da saúde. Este sugeriu o S<sup>3</sup> que ao término de sua entrevista lembrou o S<sup>4</sup> que, segundo ele, também fazia uso de plantas medicinais e assim sucessivamente até o fechamento da rede de relações sociais.

No decorrer das entrevistas e observações, os participantes foram solicitados a informarem as plantas medicinais que costumavam utilizar para cuidar de sua saúde ou de algum membro de sua família, o que totalizou 57 espécies de plantas.

Para analisar e interpretar os resultados desta pesquisa utilizou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Os resultados foram organizados em temas de acordo com os objetivos das perguntas realizadas aos entrevistados e suas subsequentes respostas. Utilizou-se ainda, para análise, as observações que foram anotadas no diário de campo.

O presente estudo encontra-se em concordância com as recomendações para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos vigentes no período de coleta dos dados, as quais se encontram em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 (BRASIL, 2012). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número 23081.004298/2011-31 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0045.0.243.000-10.



## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram escolhidos por fazerem parte de uma rede de relações sociais, dessa maneira, geralmente era uma pessoa próxima de seu convívio e, por esse motivo, o informante sabia dizer se a pessoa fazia uso de plantas medicinais ou não.

Todos os integrantes da rede de relações sociais eram do sexo feminino, essa predominância pode estar associada ao fato da mulher ser a principal cuidadora no seio familiar (BADKE et al, 2011). A idade das entrevistadas variou de 37 a 80 anos de idade. Entre as dez, quatro tinham menos de 60 anos e seis eram idosas. Considera-se idoso, de acordo com a Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, pessoas acima de sessenta anos de idade (BRASIL, 1994). Quanto à profissão, três eram do lar, três eram aposentadas, duas eram cabeleireiras, uma era agente de saúde e uma era agricultora. A renda familiar, considerando o valor do salário mínimo da época da coleta de dados, predominou de um a três salários mínimos em quatro entrevistados; três pessoas declararam a renda de até um salário mínimo; duas pessoas disseram ter renda de três a cinco salários, e uma pessoa referiu ter renda superior a cinco salários mínimos.

Para relatar o conhecimento baseado nas práticas populares, elaboraram-se durante as entrevistas e as observações os seguintes temas: “tipos de plantas e suas indicações” e “quem indicou o uso da planta”.

### Tipos de plantas e suas indicações

Nessa categoria foram analisadas duas questões utilizadas para guiar as entrevistas: “que planta você costuma usar para tratar de problemas de saúde?” e “para que serve essa planta?”, com o intuito de descobrir o conhecimento popular e após, poder compará-lo com o conhecimento científico.

Devido ao grande número de plantas, optou-se por trabalhar com as três ou mais vezes referidas pelos entrevistados. Assim, totalizaram-se dez espécies de plantas: *Apium graveolens* L. (Aipo); *Plectranthus barbatus* Andrews (Boldo); *Chamomilla recutita* (L.) (Camomila); *Equisetum hyemale* L. (Cavalinha); *Foeniculum vulgare* Mill. (Funcho); *Mentha x piperita* L. (Hortelã); *Malva parviflora* L. (Malva); *Achyrocline satureioides* (Lam.) DC. (Marcela); *Cunila microcephala* Benth. (Poejo) e *Plantago major* L.(Tansagem) (Quadro 1).

Quadro 1. Tipo de plantas, recomendação popular e científica.

Nome científico/ Nome popular	Indicações populares Referidas	Algumas indicações científicas (LORENZI e MATOS, 2008).
<i>Apium graveolens</i> Aipo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Febre</li> <li>Gripe</li> <li>Infecções em geral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antitérmico</li> <li>Expectorante</li> <li>Antiasmático</li> <li>Afecções febris</li> </ul>
<i>Plectranthus barbatus</i> Boldo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estômago</li> <li>Náuseas</li> <li>Fígado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afecções hepáticas</li> <li>Afecções gástricas</li> </ul>
<i>Matricaria chamomilla</i> <i>Chamomilla recutita</i> Camomila	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estômago</li> <li>Calmante</li> <li>Terçol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inflamações do trato digestivo</li> <li>tópico em inflamações de pele e mucosas</li> </ul>
<i>Equisetum arvense</i> <i>Equisetum hyemale</i> Cavalinha	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diurético</li> <li>Colesterol</li> <li>Quebra pedra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diurético</li> <li>Prevenção de litíase urinária</li> <li>Feridas e queimaduras (uso externo)</li> </ul>
<i>Foeniculum vulgare</i> Funcho	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estufamento, cólica</li> <li>Gripe</li> <li>Tosse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afecções gastrintestinais</li> <li>Tratamento de envenenamento</li> </ul>
<i>Mentha x piperita</i> Hortelã	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tosse</li> <li>Gastrite</li> <li>Hipertensão</li> <li>Calmante</li> <li>Infecção do sangue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas digestivos</li> <li>e vermífugo</li> <li>Tratamento de bronquites</li> </ul>
<i>Malva parviflora</i> Malva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiinflamatório</li> <li>Problema no útero e garganta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiinflamatório</li> <li>Antiinfeccioso</li> <li>Cicatrizante</li> </ul>
<i>Achyrocline satureioides</i> Marcela	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digestão</li> <li>Desarranjo</li> <li>Sinusite</li> <li>Febre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digestiva</li> <li>Diarreia</li> <li>Antiinflamatória</li> <li>Hipoglicemiante</li> </ul>
<i>Cunila microcephala</i> Poejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coriza</li> <li>Gripe</li> <li>Sonífero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coriza</li> <li>Gripe</li> <li>Problemas de peito, estômago, cólica em nenês</li> </ul>
<i>Plantago major</i> Tansagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiinflamatório</li> <li>Infecções de garganta</li> <li>Circulação do sangue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antiinflamatório</li> <li>Tosse alérgica e faringite</li> <li>Impureza do sangue</li> </ul>

Durante a análise de dados, identificou-se que, das dez plantas medicinais escolhidas

para o estudo, todas possuem algumas indicações terapêuticas semelhantes com as encontradas na literatura. Porém, nem todas em sua totalidade, pois sete plantas apresentam indicações semelhantes à da literatura, mas três estão de acordo em parte. Entre as plantas medicinais que se encontram em concordância com a literatura pesquisada<sup>19</sup> estão o aipo (*Apium graveolens*) citado nas entrevistas como sendo bom para febre, gripe e infecções em geral. Os estudos apontam o aipo sendo indicado como antitérmico, antiasmático, expectorante e afecções febris (LORENZI e MATOS, 2008). Há também o boldo (*Plectranthus barbatus*), a camomila (*Matricaria chamomilla*), a malva (*Malva parviflora*), a marcela (*Achyrocline satureioides*), o poejo (*Cunila microcephala*) e a tansagem (*Plantago major*). Essas recomendações que vão ao encontro das indicações científicas, podem ser observadas nas falas a seguir:

[...] *daí pra cólica, diarreia, coisa assim, eu faço chá de marcela, eu utilizo bastante o chazinho de marcela [...].(S<sup>2</sup>)*

[...] *o aipo é muito bom para a garganta. O aipo é outro remédio pra qualquer tipo de infecção [...].(S<sup>3</sup>)*

Foi possível também observar que na casa do S<sup>3</sup> há várias espécies de plantas medicinais, pois ela gosta de cultivar todos os chás que costuma tomar no dia a dia.

Ao se tratar das plantas medicinais, cujas indicações populares não corresponderam na sua totalidade às indicações encontradas nas literaturas consultadas, estão a cavalinha (*Equisetum hyemale*), o funcho (*Foeniculum vulgare*) e a hortelã (*Mentha x piperita*). A cavalinha recebeu as indicações como diurético, quebra pedra sendo adequada para o colesterol, porém, ao consultar a literatura,<sup>19</sup> constataram-se as seguintes indicações: diurético, prevenção de litíase urinária, tratamento de feridas e queimaduras como uso externo. Dessa forma, não foi encontrado nada que demonstrasse a eficiência da cavalinha no tratamento do colesterol, como demonstrado na fala abaixo.

[...] *ele [cavalinha] é diurético, ele elimina colesterol, ajuda o rim. (S<sup>4</sup>)*

O funcho foi indicado para tratamento de estufamento, cólicas abdominais, tosse e gripe. Porém, na literatura (LORENZI e MATOS, 2008), constatou-se o uso deste para afecções gastrintestinais e tratamento de envenenamento. Não foi encontrado em trabalhos científicos o funcho como planta eficaz no tratamento da gripe e tosse (LORENZI e MATOS, 2008), conforme visto na fala abaixo.

[...] *o funcho também é pra tosse, pra gripe no caso [...].(S<sup>2</sup>)*

A terceira planta, que não foi ao encontro da literatura com as mesmas indicações que os entrevistados citaram, foi a hortelã. Esta teria por finalidade o tratamento de tosse, gastrite, hipertensão, calmante e infecção do sangue, mas na literatura (LORENZI e MATOS, 2008) constatou-se que ela é indicada no tratamento de problemas digestivos e como vermífugos, ou no tratamento de bronquites, entre outras propriedades, que também não vão ao encontro das populares, como pode ser visto na fala da S<sup>3</sup>.

[...] *a hortelã se você tiver nervoso, aquela sensação de parece que alguma coisa está te apertando, aquela angústia, você faz um chazinho e toma bem friozinho e coloca um pouquinho de açúcar e logo está tranquilo, e é chá que não vai baixar muito a pressão.(S<sup>3</sup>)*

No que se refere às três plantas que não foram ao encontro total com a literatura específica (LORENZI e MATOS, 2008), não se deve afirmar que estas não possuem poder curativo para tais indicações citadas pelos entrevistados, mas sim que pode ainda haver lacunas no conhecimento sobre os poderes terapêuticos de tais plantas sendo, dessa forma, um incentivo a novos estudos sobre as mesmas.

Com relação à finalidade da utilização dos chás pela população, foi possível perceber que cinco dos dez entrevistados, utilizam os chás com o objetivo de tratar de problemas estomacais; em segundo lugar, com quatro indicações, são feitos os chás para tratar de gripe e tosse; em terceiro lugar com duas indicações cada um, estão os chás para tratar febre e que são utilizados como calmante e antiinflamatório. Destaca-se, também, plantas utilizadas para tratar náuseas (um), problemas no fígado (um), infecções em geral (um), infecções no sangue (um), na garganta (um), terçol (um), desarranjo (um), sinusite (um), coriza (um), problemas de garganta e útero (um) assim, como problemas na circulação do sangue (um). Também teve indicações de plantas que funcionam como diuréticos (um), hipotensores (um), soníferos (um) e para auxílio na eliminação de cálculos renais (um).

Sendo assim, é visível o valor que os chás possuem no cuidado à saúde dos entrevistados, ressaltando-se a importância do profissional da saúde ter sustentação científica sobre o tema, para poder contribuir com a comunidade em que atua e evitar o uso incorreto e indevido das plantas medicinais.

## Quem indicou o uso da planta

Neste tema será abordado quem realizou a recomendação do uso das plantas medicinais para os entrevistados, com o intuito de conhecer de que forma o saber popular está sendo transmitido para as pessoas pertencentes à referida ESF Urbana.

No decorrer das entrevistas, percebeu-se que o uso da maioria das plantas citadas ocorre no seio familiar. Os dez entrevistados relataram ter plantas indicadas pela sua família, avós, pais, tios e irmãos. Em um total de trinta e nove vezes que as dez plantas estudadas no momento foram citadas, apenas sete vezes tiveram outra origem que não familiar, sendo ela através de vizinhos, amigos, sogra ou pastoral da saúde. Essas constatações podem ser observadas nas seguintes falas:

*[...] é do tempo da minha mãe, tudo esses chazinhos, é que a gente morava no interior e nós usávamos muito remédio caseiro [...].(S<sup>9</sup>)*

*[...] ah, essa aí (marcela) é do tempo do “epa”, a minha avó e avô, lá por lá [...].(S<sup>8</sup>)*

Observou-se que na casa do S<sup>2</sup>, há uma idosa morando junto da família e foi possível perceber que esta idosa incentiva o uso dos chás para o restante da família, que acaba adquirindo os mesmos hábitos.

Estes achados vão ao encontro de estudos realizados em outras comunidades, o que reforça o modo de transmissão familiar deste conhecimento milenar que é a utilização de plantas medicinais para o cuidado em saúde, destacando-se a figura da mulher (mãe e avó) na prestação do cuidado e transmissão do conhecimento (BUDÓ et al, 2008; HEISLER et al, 2012).

Assim, salienta-se a importância do enfermeiro estar envolvido com a comunidade, a fim de conhecer os costumes familiares e poder auxiliar as famílias, compartilhando conhecimentos sobre as práticas realizadas pelos moradores da comunidade, melhorando, dessa forma, o atendimento prestado no cuidado à saúde da população.

## ■ CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi dada ênfase ao uso das plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde de pessoas da área urbana de um município da região Norte do Rio Grande do Sul. Os pesquisados relataram seus conhecimentos, experiências e vivências com essa terapia complementar.

Salienta-se que, durante a pesquisa, pode-se observar um conhecimento dos entrevistados sobre as espécies de plantas e como este conhecimento é importante para suas vidas pois falam, com muito orgulho, sobre os chás de que fazem uso. Outro fator é o papel da família no cuidado em saúde e preservação da biodiversidade. Os entrevistados relatam ter herdado essa prática de seus pais ou avós. Da mesma forma como usavam quando eram crianças, continuam a usar até hoje, inclusive com seus filhos.

O estudo destaca a importância das plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde do sujeito, diante do qual o enfermeiro possui papel importante, especialmente nas comunidades com Estratégia Saúde da Família. Cabe ao Enfermeiro uma escuta acolhedora, que perceba a realidade de cuidado integral deste sujeito, bem como procurando atualizar-se acerca da correta utilização das plantas medicinais.

O cuidado de enfermagem, bem como dos demais profissionais de saúde, poderá ser beneficiado ao conhecer ou reconhecer a utilização das plantas por pessoas assistidas. Por isso sugere-se a realização de outras pesquisas nesta temática, uma vez que, tem se como limitação desse estudo a realização em um único cenário.

## ■ FINANCIAMENTO

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ

## ■ REFERÊNCIAS

1. Albertasse PD, Thomaz LD, Andrade MA. Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES. *Rev Bras Plantas Med.* 2010; (12)3:250–60.
2. Badke MR, Budó MLD, Alvim NAT, Zanetti GD, Heisler EV. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. *Texto & Contexto Enferm [Internet].* 2012; 21(2):363-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000200014>.
3. Badke MR, Budó MLD, Silva FM, Ressel LB. Plantas medicinais: o saber sustentado na prática do cotidiano popular. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;(15)1:132-9.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal: Presses Universitaires de France; 2011.
5. Battisti C, Garlet TMB, Essi I, Horbach RK, Andrade A, Badke MR. Plantas medicinais utilizadas no município de Palmeira das Missões, RS, Brasil. *Rev Bras Bioci.* 2013;11(3):338-48.
6. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 8ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

7. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 1994.
8. Brasil. Ministério da Saúde. A fitoterapia no SUS e o programa de Pesquisas de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos. Brasília (DF): MS; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Plantas medicinais e Fitoterápicos. Brasília (DF): MS; 2009.
11. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado com relação à dor – a cultura e as alternativas populares. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(1):90-6.
12. Heisler EV, Badke MR, Andrade A, Rodrigues MGS. Saber popular sobre a utilização da planta Anredera cordifolia (fat leaf). Texto & Contexto Enferm. 2012;21(4):937-44.
13. Lorenzi H, Matos FJA. Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas cultivadas. 2.ed. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum; 2008.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 20ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 10, de 9 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF; 2010 mar 10. Seção 1, p. 52-9.
16. Rio Grande do Sul (Estado). Secretaria da Saúde. Resolução Nº 695, de 20 de dezembro de 2013. Aprovar a Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares [Internet]. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS; 2012. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1388163773\\_cibr695\\_13.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1388163773_cibr695_13.pdf).
17. Silva FLA, Oliveira RAG, Araújo EC. Use of medicinal plants by the elders at a family health strategy . Rev Enferm UFPE on line. 2008 jan./mar.;2(1):9-16.
18. Silva FM, Budó MLD, Garcia RP, Sehnem GD, Schimith MD. Práticas de vida de portadores de hipertensão arterial. Rev Enferm UERJ. 2013 jan/mar;21(1):54-9.
19. Soares AS. As plantas medicinais como alternativa terapêutica. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
20. Tomazzoni MI, Negrelle RRB, Centa ML. Fitoterapia popular: a busca institucional enquanto prática terapêutica. Texto & Contexto Enferm. 2006;15(1):115-21.
21. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000. p. 37.





14

# Gestão dos resíduos de serviços de saúde pela equipe multiprofissional nas estratégias de saúde da família

| Sara Dariane **Gomes**  
UFR

| Fernanda Gabrielly Cezário **Ramos**  
UFR

| Débora Aparecida da Silva **Santos**  
UFR

| Valéria Cristina Menezes **Berrêdo**  
UFR

| Graciela da Silva **Miguéis**  
UFR

| Michele Salles da **Silva**  
UFR

# RESUMO

**Objetivo:** caracterizar o perfil da equipe multiprofissional de saúde atuantes, nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Rondonópolis-MT e verificar o conhecimento sobre o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS). **Método:** trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, transversal, desenvolvidos nas unidades de ESF de Rondonópolis-MT. A coleta de dados ocorreu entre os anos de 2019 e 2020, após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Rondonópolis e autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Para análise de dados foram selecionadas variáveis relacionados a identificação do perfil da equipe multiprofissional e sobre o conhecimento referente a gestão dos resíduos das unidades onde atuam. **Resultados:** participaram do estudo 45 profissionais de saúde, que apresentaram como perfil, um predomínio de mulheres, jovens, com tempo de formação maior de cinco anos e atuação menor de um ano na unidade. Os entrevistados conhecem sobre os tipos e segregação de RSS, contudo desconhecem a existência do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e sua necessidade de atualização. **Conclusão:** a maioria dos entrevistados não tem conhecimento adequado sobre o que são RSS e como é feito seu gerenciamento e planos. É necessário implementar ações de educação permanente voltada a esta temática para aprimoramento da equipe em serviço.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gerenciamento de Resíduos, Resíduos de Serviços de Saúde, Enfermagem, Estratégia de Saúde da Família.

## ■ INTRODUÇÃO

A atuação de equipes multiprofissionais permite conhecer e atuar sobre determinantes sociais de saúde da comunidade inserida, sendo composta por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, técnico e/ou auxiliar em saúde bucal) (PERUZZO *et al.*, 2018). A organização de trabalho, proposta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), aponta para a necessidade de um trabalho em equipe, pois a junção de diferentes categorias profissionais favorece a interdisciplinaridade, o que interfere de tal forma na resolução dos problemas de saúde existentes na comunidade inserida, além de integrar uma atenção aos indivíduos integrados (BARRETO *et al.*, 2019).

Neste contexto, insere-se a atenção básica como uma amplitude de ações de saúde, tanto no âmbito individual quanto na equipe multiprofissional, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, assim como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Todavia, as atividades da atenção básica desenvolvem-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, gerando resíduos, os quais necessitam ser gerenciados de forma responsável e consciente (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

A assistência prestada em estabelecimentos de saúde gera quantidade considerável de resíduos sólidos denominados, em seu conjunto como, Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) (MOREIRA e GÜNTHER, 2016). De acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), nº 222/2005 e a Resolução Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), nº 358/2005, são definidos como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizam atividades de embalsamamento, serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, centro de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*, unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura, serviços de piercing e tatuagem, dentre outros afins (BRASIL, 2005, 2006, 2018).

A ANVISA classifica esses resíduos em cinco grupos: Grupo A: resíduos biológicos - que podem apresentar risco de infecção, podem conter resquícios de órgãos e tecidos, entre outros; Grupo B: resíduos químicos - que podem oferecer riscos a saúde pública ou ao meio ambiente; Grupo C: rejeitos radioativos; Grupo D: resíduos comuns - não contaminados, que podem ser equiparados a resíduos domiciliar e Grupo E: resíduos perfurocortantes

- como lâminas de barbear, agulhas, utensílios de vidro quebrados no laboratório entre outros (BRASIL, 2006, 2018).

Os RSS constituem um grande desafio no panorama ambiental, visto que podem ser misturados a outros tipos de resíduos, por ocorrer o mau descarte, como por exemplo, em vias públicas e dispostos de maneira inadequada em aterros sanitários, aterros controlados ou a céu aberto (NEVES e LIMA, 2019). Um dos dilemas para resolver essa questão é o gerenciamento correto dos resíduos, que envolve planejamento, implantação e monitoramento de ações que objetivam evitar a exposição, garantir a segurança de usuários e profissionais envolvidos, prevenir a ocorrência de impactos ambientais, além de minimizar a geração dos resíduos (MOREIRA e GÜNTHER, 2016).

De acordo com a RDC nº 222, em seu artigo 5º, todo serviço gerador deve dispor de um Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), observando as regulamentações federais, estaduais, municipais ou do Distrito Federal (BRASIL, 2018). Cada instituição de saúde é responsável em realizar o PGRSS, que descreve as etapas referentes a gestão de resíduos de serviços de saúde: coleta, transporte interno e externo, armazenamento temporário e externo, tratamento e disposição final. Este documento possui o intuito de prevenir acidentes de trabalho, evitar impactos ambientais e proteger a saúde pública, além de diminuir o risco de acidentes ocupacionais (MOREIRA e GÜNTHER, 2016; MATOS *et al.*, 2018).

Dentre a equipe multiprofissional, é fundamental a atuação do enfermeiro na gestão dos RSS para que possa avaliar as condições do local de trabalho, treinar sua equipe e alertar todos os demais profissionais envolvidos quanto aos riscos inerentes e a necessidade do descarte adequado dos diferentes tipos de RSS, uma vez que, o gerenciamento inadequado desses resíduos representa um risco em potencial tanto para a saúde humana quanto ambiental. Os profissionais de saúde e outros profissionais, conservam um risco de contaminação por material biológico, o que aplica cuidados que envolvem a utilização de materiais perfurocortantes, gases contaminadas com sangue e outras secreções, roupas de cama, instrumentais, entre outros (MOREIRA e GÜNTHER, 2016; MATOS *et al.*, 2018).

Neste sentido, com a produção crescente dos RSS em todas as unidades de saúde, em especial nas ESF; bem como, com a necessidade de existência de um PGRSS em consonância com as normativas nacionais, é necessário conhecer a realidade local no sentido de avaliar o conhecimento da equipe multiprofissional na gestão desses resíduos, com o intuito de evitar acidentes de trabalho, infecção cruzada e reduzir o impacto ambiental. Assim, o objetivo deste estudo é caracterizar o perfil da equipe multiprofissional de saúde e verificar o conhecimento sobre o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde nas unidades de ESF no município de Rondonópolis- MT.

## ■ MÉTODO

O presente estudo foi realizado no município de Rondonópolis, região sul do Mato Grosso, que conforme a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), é dividido em cinco distritos de saúde: Leste, Oeste, Norte, Sul e Centro Oeste. Este estudo caracteriza-se por abordagem quantitativa, descritiva e transversal que foi realizado no Distrito de Saúde Oeste, escolhido por sorteio, e possui nove unidades de Estratégias de Saúde da Família.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário estruturado com questões fechadas destinada a equipe multiprofissional das ESF's. Ao todo participaram deste estudo 45 informantes. O período de coleta de dados foi de dezembro de 2019 a janeiro de 2020. O questionário abordou assuntos referentes aos RSS, o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e Plano de Gerenciamento de Serviços de Resíduos de Saúde. O questionário foi aplicado por discentes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Rondonópolis, que já haviam estudado a temática abordada no decorrer do curso de graduação, o que facilitou não só a coleta como também a interpretação dos resultados apresentados por essa pesquisa.

Após a coleta de dados, estes foram organizados em planilha no Programa Microsoft Excel®, e a análise descritiva dos dados foi demonstrada por meio de gráficos e tabelas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Rondonópolis, sob número CAAE: 08213419.9.0000.8088 e, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde. A coleta de dados foi aplicada mediante consentimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por todos os participantes do estudo, respeitando o sigilo e mantendo o anonimato. Essa pesquisa faz parte de uma pesquisa matriz, denominada “Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde nas Unidades de Saúde da Família de Rondonópolis-MT”.

## ■ RESULTADOS

A partir dos dados obtidos foi possível identificar a caracterização da equipe multiprofissional de saúde atuantes, nas unidades de ESF no município de Rondonópolis- MT e, verificar o conhecimento sobre o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Dentre os 45 participantes da pesquisa, a maioria é do sexo feminino 88,89% (40) e somente 11,11% (5) foi composto de homens. Quanto a idade, houve um empate das duas maiores faixas etárias: 33,33% (15) representada por pessoas de 30-39 anos e 33,33% (15) pessoas na faixa etária de 40-49 anos. A profissão com maior representatividade foi enfermagem, caracterizada por 24,44% (11) sendo técnicos de enfermagem e 22,22% (10) enfermeiros, seguido de 17,77% (8) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em relação ao grau de instrução, a maioria dos entrevistados 51,11% (23), possuem ensino superior completo, e uma parcela deste público 20% (9) com pós-graduação. Essa representatividade demonstra a busca dos profissionais por uma qualificação na área da saúde. Quanto ao local de formação de nível superior, 53,33% (24) foram formados em universidades privadas, e somente 4,44% (2) cursou uma universidade pública. Sobre o tempo de formação, foi encontrado que 33,33% (15) dos entrevistados possuem de 5 a 10 anos de formação, e 33,33% (15) tem menos de 1 ano de trabalho na unidade de saúde.

Quando verificado a forma de regime de trabalho, foi possível averiguar que 84,44% (38) são contratados por um período pré-determinado pela SMS, 13,3% (6) possuem regime baseado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), 2,22% (1) apresentam outras formas de contrato e nenhum dos entrevistados eram concursados pela Prefeitura Municipal da cidade.

A Tabela 1 abaixo apresenta a caracterização da equipe multiprofissional demonstrada pelas variáveis: sexo, idade, escolaridade, profissão, tempo de formação, tempo de trabalho na unidade e tipo de vínculo empregatício.

**Tabela 1.** Caracterização da equipe multiprofissional das ESF's do Distrito Oeste de Saúde de Rondonópolis, MT, Brasil, 2021.

Variáveis	Frequência simples (n)	Frequência relativa (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	40	88,89%
Masculino	5	11,11%
<b>Idade(anos)</b>		
20-29	5	11,11%
30-39	15	33,33%
40-49	15	33,33%
50-59	8	17,77%
60-69	2	4,44%
<b>Categoria Profissional</b>		
Enfermeiro	10	22,22%
Odontólogo	2	4,44%
Médico	1	2,22%
Técnico em Enfermagem	11	24,44%
Técnico Administrativo	6	13,33%
Agente Comunitário de Saúde	8	17,77%
Auxiliar de dentista	3	6,66%
Auxiliar de serviços gerais	4	8,88%
<b>Grau de Instrução</b>		
Pós-Graduação (especialização)	9	20%
Superior completo	14	31,11%
Superior incompleto	3	6,66%
Médio completo	14	31,11%
Médio incompleto	1	2,22%
Fundamental completo	2	4,44%
Fundamental incompleto	2	4,44%
<b>Local de Formação</b>		
Universidade Privada	24	53,33%
Universidade Pública	2	4,44%
Escola Técnica Privada	9	20%
Escola de Ensino Médio Público	5	11,11%
Educação de Jovens e Adultos (EJA)	1	2,22%
Escola de Ensino Fundamental Pública	4	8,88%
<b>Tempo de formação (anos)</b>		
< 1 ano	3	6,66%
De 1 a < 2 anos	9	20%
De 2 a < 3 anos	4	8,88%
De 3 a < 4 anos	3	15,55%
De 4 a < 5 anos	3	15,55%
De 5 a < 10 anos	13	28,88%
≥ 10 anos	10	22,22%
<b>Tempo de trabalho na ESF (anos)</b>		
< 1 ano	9	20%
De 1 a < 2 anos	13	28,88%
De 2 a < 3 anos	1	2,22%
De 3 a < 4 anos	6	13,33%
De 4 a < 5 anos	1	2,22%
De 5 a < 10 anos	6	13,33%
≥ 10 anos	9	20%



Variáveis	Frequência simples (n)	Frequência relativa (%)
<b>Tipo de vínculo empregatício</b>		
Contrato	38	84,44%
Concurso	0	0%
CLT	6	13,33%
Outros	1	2,22%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Fonte: autores da pesquisa, 2021.

Ao descrever sobre o conhecimento da equipe multiprofissional sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde da equipe multiprofissional e o plano de gerenciamento de resíduos, foi possível demonstrar na Tabela 2, a qual foi classificada em 3 categorias: “conhece”, “conhece parcialmente”, “não conhece”.

**Tabela 2.** Conhecimento da Equipe Multiprofissional de Saúde sobre os Resíduos de Serviços de Saúde, Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, do Distrito Oeste de Saúde de Rondonópolis, MT, Brasil, 2021.

ASSUNTO	Frequência simples (n)	Frequência relativa (%)
<b>1 Classificação/Caracterização dos RSS</b>		
Conhece	35	77,77%
Conhece parcialmente	4	8,88%
Não Conhece	6	13,33%
<b>2 – Etapas do gerenciamento do RSS</b>		
Conhece	36	80%
Conhece parcialmente	4	8,88%
Não Conhece	5	11,11%
<b>3 - Conhecimento se os RSS são separados do resíduo comum na ESF</b>		
Conhece	44	97,77%
Conhece parcialmente	1	2,22%
Não Conhece	0	0%
<b>4 - RSS são pesados antes de serem transportados pela empresa responsável pela coleta especial</b>		
Conhece	34	75,55%
Conhece parcialmente	0	0%
Não Conhece	11	24,44%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Fonte: autores da pesquisa, 2021.

Além disso, foi possível demonstrar através da Figura 1 conhecimento da equipe multiprofissional de saúde em relação ao gerenciamento de RSS na unidade de ESF em que trabalha.

**Figura 1.** Conhecimento dos membros da equipe multiprofissional de saúde sobre os tipos de resíduos, segregação, existência do plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, bem como sua atualização.



**Figura 1. A**



**Figura 1. B**



**Figura 1. C**



**Figura 1. D**

Nas unidades de saúde entrevistadas, foi contatado que 69% (31) pessoas responderam que conhecem sobre tipos de RSS produzidos pela ESF, 95,55% (43) pessoas conhece a segregação de RSS conforme os diferentes tipos gerados pela ESF. Quanto as etapas de gerenciamento do RSS 80% (36) responderam que conhecem, na Classificação/caracterização dos RSS 77,77% (35) responderam que conhece sobre a temática, e sobre o conhecimento se os RSS são separados do resíduo comum 97,77% (44) dizem conhecer. Acerca dos RSS serem pesados antes de serem transportados pela empresa responsável pela coleta especial 75,55% (34) responderam que conhece, porém ao serem questionados sobre a existência do PGRSS na ESF 51% (23) afirmaram não conhecer o plano, contudo 80% (36) responderam não conhecer a última atualização do PGRSS.

## ■ DISCUSSÃO

Para Machado *et al.* (2015), embora a enfermagem seja predominantemente feminina, ou seja, (85,1%) composta por mulheres, registra-se uma presença crescente (14,4%) de homens na força de trabalho, o que significa afirmar o surgimento de uma nova tendência, o da masculinização nessa categoria profissional. Essa tendência é recente, data do início da década de 1990 e vem se estabelecendo nos últimos anos.

No mesmo estudo realizado por Machado *et al.* (2015), revela que no Brasil, o perfil da equipe de enfermagem, em 2013, era composta de 1.804.535 profissionais com 40% do seu contingente de idade entre 36-50 anos; 38% entre 26-35 anos; o restante 2% com idade acima de 61 anos, até 25 anos 19,1% e 0,8 equivale a NR (não responderam). Estes resultados corroboram com obtidos na pesquisa, em que há predominância da força feminina na enfermagem e com pessoas jovens.

Outros dois estudos sobre o perfil da equipe multiprofissional de saúde que atuam nas Unidades de Saúde da Família, um no interior do Rio Grande do Sul e outro no interior de Minas Gerais, possuem dentre seus entrevistados, maioria de mulheres, jovens, na faixa etária de 20 a 30 anos (COTTA *et al.*, 2006; MARQUI *et al.*, 2010), o que corroboram com os dados da presente pesquisa.

As instituições de ensino superior são responsáveis pela formação científica e social dos alunos os quais devem desempenhar papel protagônico como sujeitos dessa ação. É comum reconhecer que a maioria das universidades públicas despertam para uma formação generalista, voltada para a Saúde Pública, diferentemente, das universidades privadas, que, em sua grande maioria focalizam seus cursos em disciplinas voltadas para o contexto hospitalar (MONTENEGRO e BRITO, 2011).

É notório a elevada porcentagem dos entrevistados formados em instituições privadas, entretanto, o processo de universalização do ensino superior no Brasil vem evoluindo significativamente nos últimos anos, por meio do estudo e da execução de políticas públicas que objetivam a ampliação de vagas no setor público com o intuito de inserir pessoas de baixa renda e residentes do interior dos estados brasileiros nos níveis mais elevados e elitizados de ensino do país. Esse crescimento é decorrente da necessidade de evolução dos países em desenvolvimento perante a globalização e da busca pela minimização das desigualdades sociais enfrentadas atualmente no cenário capitalista (PINHO *et al.*, 2019).

No estudo de Sturmer *et al.*, (2019), com a população composta por 473 entrevistados multiprofissionais verificou-se que 56,3% dos profissionais estavam trabalhando pela primeira vez em Equipe de Saúde da Família, e apresentavam tempo mediano próximo de 4,5 anos tanto para o tempo de atuação na atual equipe como de tempo de atuação na área de Atenção Primária da Saúde, e, uma mediana de 8 anos de formação. Infere-se que os dados apresentados pelo autor e os dados da presente pesquisa se igualam quando se tratam de tempo de formação, contudo divergem quanto ao tempo de trabalho na unidade, porém não deixa de ser colaborativo com tais informações.

No contexto atual é preciso analisar como a contratação temporária baseada na seleção por livre escolha, ou seja, sem um procedimento prévio com seleção de ampla concorrência, pode possibilitar prejuízos para o Programa Saúde da Família. O sucesso do

atendimento depende, em grande parte, do estabelecimento de vínculos com a comunidade, tornando mais difícil de se estabelecer com a alta rotatividade de profissionais provocada pela contratação temporária (VILELA e MAFRA, 2015). No estudo, é notável a escassez de concursados e em contrapartida temos uma volumosa taxa de contratados, o que ocasiona uma quebra de criação de vínculos e confiança entre a comunidade e a unidade de saúde. Assim, corrobora-se com a opinião destes autores quanto a dificuldade de estabelecimento de vínculos pela rotatividade dos profissionais, o que ocasionar inclusive a não adesão por parte dos pacientes ao tratamento proposto.

Os RSS podem representar um risco para os profissionais da saúde, pacientes e ambientes se forem coletados, armazenados e eliminados de forma inadequada. Assim, os gestores dos estabelecimentos de saúde devem estar sensibilizados sobre a importância do gerenciamento de RSS para poderem cumprir com a responsabilidade de garantir um manejo adequado e seguro para esse tipo de resíduo (UEHARA *et al.*, 2019).

Nota-se que por mais que respondam sobre conhecer os resíduos produzidos, a segregação conforme os diferentes tipos, as etapas de gerenciamento, classificação, conhecimento quanto se os resíduos são separados e pesados, demonstra que existe uma contradição em suas respostas. Em especial, a respeito do plano de gerenciamento e sua última atualização, que é um dos documentos mais importantes de todo setor relacionado a produção e descarte de RSS, o que pode gerar um impacto grande na saúde humana e ambiental.

Resultado semelhante ao encontrado em Unidades de Saúde da Família de São Carlos-SP, o qual enfermeiros entrevistados apresentaram conhecimento insatisfatório sobre gerenciamento de RSS, principalmente ao se referir sobre as etapas do manejo desse material. Além disso, foi observado o desconhecimento desses profissionais em relação à saúde dos trabalhadores, à população e ao meio ambiente (SANCHES *et al.*, 2018).

Para Paiva *et al.*, (2017), a ausência de um Plano de Gerenciamento ou a construção do documento sem observação das técnicas corretas de classificação e manejo pode comprometer os diversos processos de gerenciamento. Este poderá causar, dentre outros, a disposição de resíduos diferentes em um mesmo recipiente, levando assim a uma destinação inadequada considerando como de grande periculosidade.

A elaboração do PGRSS deve levar em conta as características inerentes a cada tipo de resíduo produzido, uma vez que cada etapa do plano é indicada de maneira específica a cada tipo de resíduo de saúde, sendo imprescindível estabelecer suas diretrizes com base neste documento de caráter legal, conforme determinação da legislação sanitária e ambiental. Para que o PGRSS seja implantado, é necessária disponibilização efetiva de recursos materiais adequados às unidades de saúde, e também, que seus funcionários

estejam capacitados e motivados a executar de forma efetiva o plano de gerenciamento de resíduos (PAIVA *et al.*, 2017).

Para Amarante *et al.* (2017), ao analisar as etapas do gerenciamento, foi verificado que a maioria dos prestadores de serviços não realizou segregação adequada dos grupos e que os locais para armazenamentos temporário e externo não atendiam aos critérios estabelecidos pela legislação. Foi constatado que a existência do PGRSS era desconhecida por 65% dos trabalhadores das unidades de saúde, enquanto no hospital 61% dos profissionais relataram que o local possuía PGRSS.

É notável a predominância dos profissionais que querem aprender sobre os RSS, contudo muitos desconhecem a existência do plano de gerenciamento, assim como também, sua última atualização. Desta forma, muitos resíduos podem ser descartados incorretamente, devido ausência de um PGRSS, associada a práticas inadequadas de manejo durante todo esse processo, ou seja, desde o armazenamento e transporte desse material.

## ■ CONCLUSÃO

Nas unidades de Estratégias de Saúde da Família, do setor Oeste do município de Rondonópolis-MT, foi possível caracterizar o perfil dos profissionais, tendo uma predominância de mulheres, jovens e com tempo de formação maior de cinco anos e atuação menor de um ano na unidade. A equipe multiprofissional conhece sobre os tipos e segregação de RSS, contudo desconhecem a existência do Plano Gerenciamento e da necessidade de atualização do mesmo.

Considera-se relevante a inclusão da temática abordada pelos gestores, além da importância da educação permanente e reciclagem sobre tipos de RSS produzidos pela ESF, segregação de RSS conforme os diferentes tipos gerados, etapas de gerenciamento do RSS, Classificação/caracterização dos RSS, separação do RSS e do comum. Além disso, realizar um acompanhamento em todas as unidades para que estas tenham o PGRSS atualizado.

Este estudo contribui para a enfermagem e também para todos os profissionais inseridos na área da saúde como uma ferramenta que permite identificar o perfil dos participantes da pesquisa que lidam com os RSS como também quais são os pontos de maior desconhecimento relacionados ao tema, permitindo assim determinar quais ações devem ser tomadas. Apesar desta contribuição esse estudo possui a limitação de ter sido realizado apenas em um distrito de Saúde, sendo necessário expandir o mesmo para demais regiões a fim de se obter um resultado mais representativo em termo amostral. Ainda, sugere-se que pesquisas sobre esta temática sejam realizadas e divulgadas para conscientização dos profissionais envolvidos.

## ■ FINANCIAMENTO

“O presente trabalho foi realizado com apoio da *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Mato Grosso (FAPEMAT)* – através de 2 bolsas às acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal de Rondonópolis, como forma de incentivá-las a participação no Programa de Iniciação Científica”.

## ■ REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, J.A.S.; RECH, T.D.; SIEGLOCH, A.E. Avaliação do gerenciamento dos resíduos de medicamentos e demais resíduos de serviços de saúde na Região Serrana de Santa Catarina. **Rev. Eng. San. Amb.**, v.22, n.2, mar./abr., p. 317-326, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/esa/v22n2/1809-4457-esa-s1413\\_41522016150080.pdf](https://www.scielo.br/pdf/esa/v22n2/1809-4457-esa-s1413_41522016150080.pdf)> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-41522016150080>.
2. BARRETO, A.C.O.; REBOUÇAS, C.B.A.; AGUIAR, M.I.F.; BARBOSA, R.B.; ROCHA, S.R.; CORDEIRO, L.M.; MELO, K.M.; FREITAS, W.J.F. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Rev. Bras. Enf.** v.72, n.1, p. 278-285, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt\\_0034-7167-reben-72-s1-0266.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0266.pdf)> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>
3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. **Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018**. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2018.
5. \_\_\_\_\_. Resolução Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), nº 358, DE 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União, 04 de maio de 2005.
6. COTTA, R.M.M.; SCHOTT, M.; AZEVEDO, M.C.; FRANCESCHINI, S. C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, set. 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso)>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>.
7. MACHADO, M.H.; AGUIAR FILHO, W.; LACERDA, W.F.; OLIVEIRA, E.; LEMOS, W.; WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; SANTOS, M.R.; SOUZA JUNIOR, P.B.; JUSTINO, E.; BARBOSA, C.; Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Rev. Enf. Foco**. v.6, n.1/4, p.11-17, 2015. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>.



8. MARQUI, A.B.T.; JAHN, A.C.; RESTA, D.G.; COLOMÉ, I.C.S.; ROSA, N.; ZANON, T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm., USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014&lng=en&nrm=iso)>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400014>.
9. MATOS, M.C.B.; OLIVEIRA, L.B.; QUEIROZ, A.A.F.L.N.; SOUSA, Á.F.L.; VALLE, A.R.M.C.; ANDRADE, D.; MOURA, M.E.B.M. Conhecimento de profissionais da Enfermagem sobre o gerenciamento de resíduos produzidos na atenção primária. **Rev. Bras. Enf.** v.71, n.6. p.2891-2898, 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt\\_0034-7167-reben-71-s6-2728.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2728.pdf)>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0308>.
10. MONTENEGRO, L.C.; BRITO, M.J.M. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. **Investigación y Educación en Enfermería**, v.29, n.2, jul.2011, p.238-247. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. ISSN: 0120-530. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222400009>>.
11. MOREIRA, A.M.M.; GÜNTHER, W.M.R.; Gerenciamento de resíduos sólidos em unidades básicas de saúde: aplicação de instrumento facilitador. **Rev. Latino-Am. Enf.** v.24, e2768, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02768.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02768.pdf)>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0646.2768>.
12. NEVES, B.C.; LIMA, E.P.P. Condições da prestação dos serviços ambientais de coleta e destinação de resíduos de serviços de saúde em unidades básicas de saúde na cidade de Pelotas, RS, Brasil. **Eng. Sanit. Ambient.** v.24, n.1, jan./fev, p.61-69, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/esa/v24n1/1809-4457-esa-s1413-41522019172729.pdf>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-41522019172729>.
13. PAIVA, P.A.; SOUTO, C.A.P.; GUEDES, L.F.; AQUINO, J.O.M.; RUAS, L.P.; DIAS, O. V. Gerenciamento de resíduos gerados na estratégia saúde da família. RETEP - **Rev. Tend. Enf. Prof.** v.9, n.3, p. 2234-2237, 2017. Disponível em: <<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/02/GERENCIAMENTO-DE-RES%C3%84DUOS-GERADOS-NA-ESTRAT%C3%89GIA-SA%C3%9ADE-DA-AM%C3%8DLIA.pdf>>.
14. PERUZZO, H.E.; BEGA, A.G.; LOPES, A.P.A.T.; HADDAD, M.C.F.L.; PERES, A.M.; MARCON, S.S. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Anna Nery.** v.4, n.22, 2018, e20170372. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt\\_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170372.pdf)>. DOI: <http://dx.doi.org/e20170372>.
15. PINHO, J.C.; SOUSA, J.C.; SILVA, A.W.P.; SILVA, P.M.M.; EL-AOUAR, W.A. O processo de democratização do ensino lato sensu a distância à luz da percepção de alunos de um curso de pós-graduação da Universidade Aberta do Brasil no Ceará. **Competência.** Porto Alegre, v.12, n.1, jul. 2019.
16. SANCHES, A.P.M.; MEKARO, K.S.; FIGUEIREDO, R.M.; ANDRÉ, S.C.S.; Resíduos de Serviços de Saúde: conhecimento de enfermeiros da Atenção Básica. **Rev. Bras. Enf.** v.71, n.5, p.2367-2375, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt\\_0034-7167-reben-71-05-2367.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2367.pdf)>.
17. STURMER, G.; PINTO, M.E.B.; OLIVEIRA, M.M.C.; DAHMER, A.; STEIN, A.T.; PLENTZ, R.D.M. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **Rev. Conhec. Online.** v.1, n.12, p.04-26, jan./abr. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639>>. DOI: <https://doi.org/10.25112/rco.v1i0.1639>.



18. TEIXEIRA, M.V.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; KNUTH, F.G.; CEOLIN, T. Avaliação da Gestão dos Resíduos em Unidades Básicas de Saúde de um Município Sul-Brasileiro. **Rev. Online Cuidado é Fund.** v.10, n.3, jul./set, p.824-831, 2018. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6237/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6237/pdf_1)>. DOI: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.824-831>.
19. UEHARA, S.C.S.A.; VEIGA, T.B.; MAGOSSO, A.M.T. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em hospitais de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev. Eng. San. Amb.** v.24, n.1, jan./fev. p.121-30. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/esa/v24n1/1809-4457-esa-s1413-41522019175893.pdf>>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-41522019175893>.
20. VILELA, E.N.; MAFRA, L.A.S. Estratégia Saúde da Família: Contratação Temporária e Precarização nas Relações de Trabalho. **Caderno de Estudos Interdisciplinares – Edição Especial Gestão Pública e Sociedade.** Universidade Federal de Alfenas - MG, p.38-52, 2015. Disponível em: <<https://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/cei/article/view/410>>.



15

# O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte

| Amanda Regina da Silva **Góis**  
UPE

| Fátima Maria da Silva **Abrão**  
UPE

# RESUMO

**Objetivo:** compreender como os enfermeiros lidam com a morte e a religiosidade no processo do cuidar. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada com dezoito enfermeiros de unidades oncológicas de um Hospital Universitário. Realizou-se entrevista e observação com registro em diário de campo. Posteriormente os dados foram analisados segundo a estratégia de análise de conteúdo temática-categorial. **Resultados:** De acordo com os dados obtidos, procedeu-se à análise dos conteúdos das falas, de onde emergiram as seguintes categorias: Negação e Aceitação; Sofrimento e Alívio; Profissionalismo e Esperança; Emoções, sentimentos e Apenas ciência; Fé e Tecnologia. **Conclusões:** a morte está presente no cuidar em oncologia, o estudo evidenciou que os enfermeiros lidam com a morte inserindo elementos da religiosidade.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem, Morte, Religião, Oncologia.

## ■ INTRODUÇÃO

O cuidar é proposto a todos os indivíduos em diversos cenários e com diversas características e condições de vida e de saúde, portanto também deve ser proposto na vivência do processo de morte e morrer, revelando as dificuldades que é para alguns profissionais da saúde, bem como para todos os seres humanos lidar com a finitude (KLÜSER *et al.*, 2011).

Embora a morte apresente-se como um evento frequente no ambiente de trabalho, cada profissional lida com este fenômeno de modo particular, refletindo por vezes em suas práticas a angústia e o medo de seu próprio fim. Por isso, muitos profissionais não conseguem associar a morte ao cuidar, estabelecendo mecanismos e atitudes de proteção ou enfrentamento, como o distanciamento emocional e a religiosidade (SANDOVA *et al.*, 2020).

Uma das atitudes diante da morte é tentar dominá-la, diante do fato de que a mesma é inegável ao enfermeiro em seu cotidiano profissional. A morte como um fenômeno é compreendida de modo paradoxal na obra de Kübler-Ross (2012), referindo a religiosidade através da crença da vida após a morte como um modo de rejeitar a mortalidade e torná-la um fato mais aceitável, vislumbrando-se a imortalidade da alma.

Na oncologia, o enfermeiro depara-se com o processo de morte constantemente, observa-se que esta situação tão delicada - a vivência da morte - quando não discutida na formação acadêmica, pode causar sofrimento ao profissional.

Alguns enfermeiros sofrem sentindo intensamente cada morte. Sobretudo, ao se relacionarem com pacientes com prognóstico de morte. É neste momento, no leito de morte, que o paciente mais necessita de atenção e cuidado integral e biopsicossocial, o que invalida a ideia de que não se tem mais nada a fazer, pois a dor física não é o único sofrimento pelo qual o paciente e família padecem.

A enfermagem é uma profissão que se destaca pelo cuidar, sendo o enfermeiro, o profissional mais próximo ao paciente e ao seu dilema pessoal diante do processo de morte e morrer. Nesse contexto, é importante perceber que ele vive em seu cotidiano a contradição: “humano versus profissional”, muitas vezes misturando emoções e sentimentos aos afazeres e às responsabilidades da profissão.

Em meio a esse processo, a religiosidade parece funcionar como um ansiolítico diante da morte e do morrer. Tornando-a um fato, de algum modo, mais aceitável, explicável e não um fim por si só (CAMPONOGARA, 2020).

Diante do objeto de estudo, a morte e a religiosidade como um dos elementos em que o enfermeiro se apoia no processo de cuidar, emerge a seguinte questão de pesquisa: Como o enfermeiro compreende o processo de morte e quais são as suas atitudes diante da mesma no seu processo de cuidar, relacionadas a elementos da religiosidade?

Considera-se relevante esta temática tendo em vista que o ser enfermeiro é um indivíduo que recebe influências culturais e sociais e tende a aplicá-las na prática profissional, sobretudo no Brasil, país de fortes laços religiosos.

## ■ OBJETIVO

Compreender como os enfermeiros lidam com a morte e a religiosidade no processo do cuidar.

## ■ MÉTODOS

O estudo considerou os aspectos éticos vigentes no período de coleta de dados, a Resolução 466/12. Após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) numérico 0060.0.106.000-09.

Realizou-se uma pesquisa de campo, do tipo qualitativo, descritiva-exploratório, em Hospital Universitário de referência em tratamento oncológico em Pernambuco, no período de julho de 2009 a março de 2010.

A população foi composta por enfermeiros que trabalhavam nos setores de oncologia pediátrica e adultos. Participaram dezoito enfermeiros foram excluídos da pesquisa três enfermeiros que se encontravam em férias e licença médica durante o período de coleta.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, por meio das seguintes questões norteadoras: O que é a morte para o enfermeiro? Como o enfermeiro compreende o processo de morte de morrer? Quais são as suas atitudes diante do mesmo no seu processo de cuidar? Quais os elementos religiosos e como os mesmos têm influenciado no processo de cuidar de um indivíduo que está morrendo? O enfermeiro tem ou não dificuldade em cuidar de alguém que está passando pelo processo de morte e morrer?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foi utilizada também a técnica de observação, com registro em diário de campo, realizado em doze sessões, totalizando quarenta e oito horas, que permitiram compreender o processo de cuidar do enfermeiro diante da morte.

Os sujeitos foram identificados pela palavra enfermeiro, número em ordem crescente, quanto a realização das entrevistas, a fim de manter o sigilo, respeitando todos os aspectos éticos.

A avaliação dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temático-categorial, que procura conhecer o que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, oscilando entre a objetividade e a subjetividade, enfatizando a verificação das falas, assim como a

interpretação do pesquisador, trazendo real importância ao que o conteúdo poderá ensinar após ser trabalhado. Tal estratégia propõe, durante uma pesquisa, utilizar-se da categorização das falas com a finalidade de alcançar com clareza os objetivos propostos, obedecendo-se às fases: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

## ■ RESULTADOS

O processo de morte perpassa por cinco estágios, em alguns momentos paradoxais, identificados e descritos como: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão e aceitação (KÜBLER-ROSS, 2012). A compreensão deste processo, provem do ato de refletir sobre a morte e morrer antes de sua aproximação, sendo um exercício viável aos profissionais da saúde, e relaciona-se à capacidade de comunicar-se e de interagir com pacientes, família e membros da equipe de saúde.

De acordo com os dados obtidos das entrevistas e do diário de campo, procedeu-se à análise dos conteúdos das falas, de onde emergiram as seguintes categorias: negação e aceitação; sofrimento e alívio; profissionalismo e esperança; emoções, sentimentos e apenas ciência; fé e tecnologia.

Na categoria, negação e aceitação, observou-se que os enfermeiros compreendem que a morte faz parte do ciclo biológico de vida, aceitando-a como natural e esperada. Como demonstram os preceitos das principais religiões com seguidores no país, como o cristianismo em sua vertente do catolicismo e protestantismo, além do espiritismo e das religiões afrodescendentes, no mesmo momento em que negam a morte com o ideário da imortalidade da alma.

Contudo, os depoimentos revelam, ainda, uma inquietação ao deparar-se com a própria finitude e a finitude dos parentes e amigos próximos, isso acaba refletindo-se no cuidar, fazendo com que o enfermeiro almeje o prolongamento da vida dos pacientes que estão sob seus cuidados, como meio de estender a própria vida.

Esse dualismo, negação versus aceitação, é vivenciado de forma integral pelo enfermeiro, como demonstrado nas falas a seguir:

*[...]lutamos pela vida e queremos que o paciente viva... mas sabemos que a morte faz parte da área de saúde. (Enfermeiro 1)*

*A morte é um processo natural, todo mundo nasce, cresce, se reproduz e morre, é um processo que vai acontecer para mim e para vocês, para todo mundo. A gente, às vezes, nega no início, mas é natural. (Enfermeiro 8)*

Tanto a negação quanto a aceitação são fases distintas do processo de morte, estes estágios vividos pelo paciente, família e profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto

ao paciente podem seguir a dinâmica e a ordem de apresentação ou não, na qual a negação é o primeiro estágio, enquanto a aceitação é o quinto e último.

Para o enfermeiro que atua na oncologia, esse paradoxo perpetua diariamente, uma vez que convive com o inevitável, a morte. Aceitando e negando a morte quando apresentada sobre as mais diferentes situações, como um paciente idoso que realizou diversos protocolos de quimioterapia durante longo período de tempo sem resposta efetiva e então morre, ou como uma criança recém diagnosticada com prognóstico favorável e sem piora efetiva, intercorre e acaba morrendo.

A categoria seguinte, sofrimento e alívio, pacientes em tratamento oncológico acabam experimentando um longo tempo de hospitalização, fato que permite uma convivência diária entre enfermeiro e paciente, proporcionando o estabelecimento de vínculos de confiança e até mesmo amizade. Assim, percebe-se que durante o cuidar do outro há uma troca de ideias, valores, crenças e afinidades, que aproximam os indivíduos contribuindo para a melhoria do bem estar físico e emocional.

O sofrimento referido pelos enfermeiros relaciona-se à dor física e emocional vivenciada pelo paciente e família, oriunda do adoecer, da realização de procedimentos invasivos e da perda de função. O convívio gera um elo que é suficiente para que no momento da perda do outro se localize o vazio que leva ao sofrimento, desta vez o sofrimento do enfermeiro por vivenciar o sofrimento do outro como mostram as falas a seguir:

*A gente vem trabalhar e acaba com a sensação de que poderia ter feito mais [...] Eu fico deprimida! Fico para baixo! Fico pensando se é isso mesmo que eu quero para mim, conviver com isso diariamente. Com a morte é assim sempre! (Enfermeiro 16)*

*Ano passado mesmo perdemos um [paciente] no natal, eu fiquei arrasada o natal inteiro... cada um perde um pedacinho como se fosse um filho da gente, um pedacinho nosso. (Enfermeiro 15)*

Contudo, mesmo vivendo esta consternação após o desfecho do processo de morte, o enfermeiro muitas vezes percebe-se diante de uma sensação de alívio advinda do término do sofrimento do paciente.

*A morte seria um descanso porque eles sofrem demais. Aí chega em um ponto que você pensa assim, que o descanso seria melhor do que você ver [o paciente] sofrendo. (Enfermeiro 6)*

*[A morte]É necessária, a gente tem que pensar que aquilo vai dar um conforto para a pessoa. (Enfermeiro 17)*

O conceito de morte como sendo um alívio remete a duas colocações presentes nas concepções do senso comum. Em primeiro lugar de que a morte é o fim, diferente do que



expressam os conceitos religiosos e por isso por si só capaz de pôr um fim ao sofrimento. O indivíduo não mais experimentará nenhum sentimento ou sensação.

A segunda remete-se à influência religiosa da passagem ou da transcendência para um lugar melhor onde o indivíduo só experimentará bons sentimentos e sensações e o sofrimento não poderá o atingir, esta opção a morte pode ser até mesmo um desejo brando do paciente, da família e do enfermeiro diante da angústia, desespero e medo da dor.

Além disso, a concepção de fim do sofrimento, dor e medo da angústia proveniente do processo de morrer, acalenta o enfermeiro e o torna capaz de direcionar-se para o cuidado no sentido de confortar a família e a equipe em luto.

A categoria profissionalismo e esperança traz à tona o fortalecimento da identidade profissional do ser enfermeiro, compreendida como aquele que parece deixar de lado as características humanizadoras ao adentrar no plantão a fim de intensificar e potencializar a qualidade da assistência. Neste profissional criam-se mecanismos de defesa com o objetivo de sufocar a esperança comum ao ser humano em nome do profissionalismo, o conhecimento técnico científico com base em dados laboratoriais, bioquímicos e histopatológicos indicativos de prognósticos desfavoráveis.

Ao analisar a situação clínica, o profissional prepara-se para a morte do paciente abandonando a esperança na melhora do quadro, da manutenção ou melhoria da qualidade de vida concentrando-se na dor e no sofrimento da sintomatologia da doença até a morte da matéria ou do corpo, como demonstrado nas seguintes falas:

*Amanhã tem mais doze meninos precisando de nós. E tem que agir como se nada tivesse acontecido [...] mas, não sei se felizmente ou infelizmente, temos que dar continuidade a esse cuidado. (Enfermeiro 15)*

*A morte faz parte da enfermagem, o problema é que às vezes... não está preparado. A faculdade, os cursos... não são suficientes para a vida profissional. (Enfermeiro 5)*

A postura de distanciamento e impessoalidade tem sido referida com maior ênfase e veemência mesmo na era da humanização do cuidado. A esperança e até a morte não tem sido compreendida como possibilidade terapêutica, reafirmando o “não tem mais nada a fazer”, mesmo na eminência da ampliação dos cuidados paliativos, da psicodinâmica, da arteterapia entre outras diversas terapias holísticas inseridas no processo de cuidar frente à morte e o morrer.

Alguns profissionais relatam que os sentimentos devem estar equilibrados a fim de propor o apoio emocional ao paciente em seu processo de morrer, abrandando o sofrimento da família diante da morte propriamente dita, como condutas da enfermagem. Enquanto para outros, apenas a ciência responde ao intelecto de um profissional que pesquisa e estuda para

encontrar respostas aos seus maiores questionamentos. As falas a seguir podem ampliar os questionamentos acerca deste processo:

*Para tudo na vida tem uma explicação fisiológica e [...] às vezes, acaba questionando a religiosidade [...] como passamos a lidar mais com o fisiológico, [...] passa a desacreditar em algumas coisas que nos foram ensinadas na prática religiosa[...] Olha para a criança e pensa assim: Como é que vai ser? É questão de merecimento? Aí vai ficando esse vácuo no meu posicionamento. É para Deus mesmo que se pergunta essas coisas? (Enfermeiro 8)*

*Eu procuro não envolver (a religião). Porque eu acho que a religião é uma coisa muito pessoal [...] Eu tento não influenciar o paciente com aquilo que acredito, eu não falo da minha religião e sentimentos com o paciente. (Enfermeiro 16)*

Na categoria Fé e tecnologia, o enfermeiro encontra dificuldade em vivenciar sua religiosidade no ambiente de trabalho por razões específicas relacionadas nos discursos, como medo da rejeição, medo de invadir a intimidade do paciente, de não saber abordar o tema e de ser mal interpretado. Preferindo assim não envolver suas crenças em sua vida profissional, utilizando-se apenas das referências científicas para lidar com o processo de morte. Conferindo significados diferentes para o processo de morte a nível pessoal e profissional, quando já se sabe que não existe possibilidade de separar um ser integral.

Esta estratégia de enfrentamento isolada é insuficiente, pois o ser humano interage em sua integralidade também em relação aos aspectos religiosos e espirituais inseridos na prática do cuidar.

Salienta-se que, ainda, alguns enfermeiros que participaram do presente estudo afirmam que utilizam sua religiosidade para apoiar o paciente, encorajá-lo a lutar, ou simplesmente confortando-o e à sua família durante este processo de difícil aceitação, como evidenciado nas falas a seguir:

*Envolvemos sim [a religião], porque às vezes a gente se depara com vários tipos [...]Então encaramos levando para elas (mães), dando força e fé. (Enfermeiro 6)*

*Podemos mostrar ao paciente sendo amigo, sincero, que ele deve acreditar nas coisas que ele sempre acreditou na vida dele, e apoiá-lo. (Enfermeiro 4)*

Assim, a fé como elemento da religiosidade pode influenciar situações envolvendo a morte e o morrer e pode contribuir para o enfrentamento deste doloroso processo em todos os âmbitos, pois se trata de uma forma de superação que promove conforto e segurança na compreensão de que somente o melhor para todos irá acontecer. Seja esse 'melhor' a morte ou a vida deste paciente, deste amigo, deste ente querido que passa pelo doloroso processo de morrer.

## ■ DISCUSSÃO

A negação do processo de morrer desperta no desejo de proporcionar ao paciente uma morte digna e humanizada, e, ao mesmo tempo, com a necessidade de manter a vida dos mesmos, cultivando a saúde e promovendo a cura, com o apoio da ciência e tecnologia (HEY *et al.*, 2021).

Neste sentido, a contradição existente entre o saber que a morte faz parte da vida e o desejo que aquele paciente não morra, perpassa pelo cotidiano do enfermeiro da oncologia. Este cenário vislumbra a potencialização de sentimentos conflitantes entre a manutenção da vida ou oferta de um processo de morte digno e amparado no cuidado essencial (ALVES *et al.*, 2012).

Estudos referem que os profissionais que lidam diretamente com o fim da vida revelam que estes precisam de uma dose de negação para sobreviver, denominada como ilusão, fé ou esperança de que a morte não os encontrará (SALIMENA *et al.*, 2013).

No cotidiano do cuidar, os enfermeiros constataam que a morte se trata de um fenômeno causador de grande sofrimento, com o qual é muito difícil lidar e que, portanto, as pessoas têm dificuldades para aceitar. Outrossim, surge a família que não possui apenas uma dose de esperança, mas de fé e, por vezes ilusão, negando, em alguns casos, a possibilidade de morte (SHIMIZU, 2009).

Os resultados do estudo permitem compreender que adoecer e perpassar pela dor e sofrimento e iniciar o processo de morte ao findar as possibilidades médico científicas de terapêutica curativa, desencadeiam questões de cunho existencial, levando o paciente à elaboração de questionamentos como: ‘Porque comigo?’ e ‘Eu não merecia tanto sofrimento?’; enquanto o enfermeiro e demais integrantes da equipe de saúde costumam questionar: ‘Por que ele morreu (paciente)?’, ‘Será que fiz tudo que podia?’ e ‘Como seria se fosse meu familiar ou eu mesmo?’. Esta necessidade humana de encontrar respostas para estas questões e dar significado aos eventos da vida têm encontrado suporte nas crenças religiosas (SOUSA *et al.*, 2009).

Discute-se, ainda, que alguns enfermeiros não estão se permitindo vivenciar o luto integralmente, desvinculando-se da dimensão religiosa e espiritual ao lidar com o paciente em processo de morte e morrer (MINAYO, 2013).

Envolver suas crenças e valores pode promover significado ao sofrimento causado pelo processo de morrer, que poderiam permitir ao profissional melhor compreensão das necessidades individuais do paciente e família, em vez disto, mantêm uma postura firme e insensível, reforçando a ideia equivocada de indiferença e distanciamento diante do processo no ambiente de trabalho. Isto se deve ao despreparo do profissional para lidar

com a morte e a profunda relação deste evento da existência humana com a religiosidade (COBERLLINI *et al.*, 2010).

A morte traz consigo perguntas que em sua maioria buscam significados e respostas no campo psicossocial no qual se encontra a religiosidade e suas experiências que necessitam de fé em coisas que não se podem comprovar, mas que parecem tão verdadeiras quanto as demais, quando conseguem trazer paz ao ser (BOUSSO *et al.*, 2011).

Assim, no contexto do enfrentamento do processo de morte e de morrer verificou-se a dualidade nos conceitos de ordem religiosa/espiritual versus os conceitos científicos acerca da mesma, verifica-se que a religiosidade e a fé podem atuar como um ansiolítico (ABRÃO *et al.*, 2013).

O presente estudo permite inferir que a religiosidade ou a espiritualidade ainda se apresentam como um desafio para o profissional de saúde dado o forte componente objetivo encontrado nesse campo de atuação e nas disciplinas curriculares, assim como a precariedade de estudos abordando este tema na literatura científica (TOMASSO, BELTRAME, LUCCHETTI, 2011).

A vida e a morte sempre estiveram paralelas em uma linha tênue intensificada com o avanço do conhecimento científico e das novas tecnologias inseridas na assistência à saúde, os profissionais aprendem nas escolas e universidades a prolongar a primeira sem uma investigação reflexiva sobre o que a mesma representa, o que dificulta a compreensão da última (GOSSELIN *et al.*, 2011).

A atitude tecnicista diante da morte esboça o jargão “não há mais nada o que fazer, não podemos fazer mais nada” voltando-se para equipamentos, máquinas e exames em detrimento do olhar compassivo e fervoroso do relacionamento e interação entre humanos, tornando-se um momento triste, solitário e por vezes desumano (KÜBLER-ROSS, 2012)

O enfermeiro que ao cuidar propõe a aproximação com a religiosidade, enfrenta menos problemas ou torna-se menos propenso à prevalência de doenças psicossomáticas e à depressão, uso de drogas ilícitas e abuso de drogas lícitas como o álcool e o tabaco e também a menor incidência de suicídio, pois possuem índices mais elevados de qualidade de vida como demonstram estudos anteriores (HIGHFIELD, OSTERHUES, 2011).

Neste estudo, destaca-se que a necessidade de formação de um profissional apto a desenvolver um cuidado integral atuante sobre corpo, mente e espírito, como orienta o programa nacional de humanização em saúde, o Humaniza Sistema Único de Saúde (SUS); além disto, a responsabilização do enfermeiro em fazer com que o paciente saiba aceitar sua situação, apaziguar seu sofrimento e enfrentar seus conflitos pessoais (LIMA *et al.*, 2013).

Assim, o presente estudo indica que a valorização do processo de formação profissional é essencial para que se aproprie em sua prática profissional com presteza e naturalidade de

modo que esteja inserido no contexto de cuidar sem privar o paciente de sua individualidade e particularidades.

É necessário que os conceitos sobre o processo de morte e de morrer sejam aprimorados desde a graduação, para que os alunos, futuros enfermeiros, possam melhor aceitar e lidar com o sofrimento relacionado à morte nos ambientes de trabalho, independente da área de atuação, assim como é indispensável o oferecimento de suporte emocional aos que já são profissionais atuantes em ambientes onde a morte é uma constante que causa estresse, dor e sofrimento.

Este suporte deverá ser refletido na qualidade da assistência em saúde e enfermagem, quando a ênfase for a humanização do cuidado e a manutenção da qualidade de vida mesmo em meio aos últimos momentos do processo de morte, incentivando assim os profissionais e estudantes a passarem por esse difícil processo.

## ■ CONCLUSÃO

A religiosidade tem se mostrado como um dos elementos mais presentes ao discutir a concepção e o conceito de morte e enfermagem. Verificou-se que a aproximação religiosa é um elemento norteador da prática do enfermeiro, pois o ajuda a lidar melhor com impactos emocionais do cuidar em meio ao processo de morte, mas em nenhum momento apenas por professar uma crença religiosa um profissional será melhor do que outro que não professa nenhuma religião, mas tem investido em sua espiritualidade e religiosidade, nem tão pouco uma religião específica torna o enfermeiro mais habilitado para lidar com a morte.

Diante disto, o estudo buscou valorizar a perspectiva de que o enfermeiro é um ser biopsicossocial que vive em um meio cultural permeado de crenças influenciadas por uma visão religiosa do existir, da vida e da morte.

Considera-se que o enfermeiro não está alheio a estas influências que permeiam sua vida pessoal e profissional, permitindo a ele elaborar maneiras de lidar com o processo de morte. A aproximação da religiosidade associada aos conhecimentos científicos da enfermagem é importante para que possa auxiliar o enfermeiro no cuidar direto aos pacientes e família, assim como no enfrentamento de situações adversas existentes no cotidiano profissional como a morte.

Destaca-se, no entanto, que o estudo apresenta ainda limitações quanto à discussão do tema para o processo de trabalho em enfermagem e a inserção dos cuidados paliativos nesta prática profissional, bem como não descreve diretrizes para a abordagem da temática dentro do curso de graduação, apenas elegendo a necessidade.

## ■ FINANCIAMENTOS

Esta Pesquisa foi financiada com recurso do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), em forma de concessão de Bolsa de Iniciação Científica no período de 2009 a 2011.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ABRÃO, F.M.S., GÓIS, A.R.S., SOUZA, M.S.B., ARAUJO, R.A., CARTAXO, C.M.B., OLIVEIRA, D.C. Representações sociais de enfermeiros sobre a religiosidade ao cuidar de pacientes em processo de morte. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.5, p.730-7, 2013.
2. ALVES, M.V.M.F.F., SCUDELER, D.N., LUPPI, C.H.B., NITSCHKE, M.J.T., TOSO, L.A.R. Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. **Cogitare Enferm**, v.17, n.3, p.543-8, 2011.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
4. BOUSSO, R.S., POLES, K., SERAFIM, T.S., MIRANDA, M.G. Crenças religiosas, doença e morte: Perspectiva da Família na Experiência de Doença. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.2, p.397-403, 2011.
5. CAMPONOGARA, S *et al.* A morte da criança hospitalizada: estratégias defensivas e de enfrentamento da equipe de enfermagem. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, [S.l.], v. 5, n. 9, p. 161-172, July 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2525-3050.2020.v5i9.161-172>.
6. Coberllini, V.L *et al.* Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.4, p.555-60, 2010.
7. GOSSELIN, T.K., CRANE-OKADA, R., IRWIN, M., TRINGALI, C., WNZEL, J. Measuring oncology nurses' psychosocial care practices and needs: results of an oncology nursing society Psychosocial Survey. **Oncol Nurs Forum**, v.38, n.6, p.729-37, 2011.
8. HEY, A., TONOCCHII, R., AGUDO, A., GARRAZA, T., SZCZYPIOR, D., MASSI, G. Percepções sobre a atuação do enfermeiro às pessoas no fim de vida. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 11, e21.2021. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769243525>.
9. HIGHFIELD, M.E., OSTERHUES, D. Spiritual care rights and quality of care: perspectives of physical therapy students. **J Healthc Qual**, v.25, n.1, p.12-5, 2011.
10. KLÜSER, S.R., TERRA, M.G., NOAL, H.C., LACCHINI, A.J.B., PADOI, S.M.M. Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. **Rev RENE**, v.12, n.1, p.166-72, 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4179/3237>. Acesso em: 24 mar. 2021.
11. KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
12. LIMA-NETO, A.V., NUNES, V.M.A., FERNANDES, R.L., BARBOSA, I.M.L., CARVALHO, G.R.P. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Rev Enferm UFSM**, v.3, n.2, p.276-86, 2013.



13. MINAYO, M.C.S. Cuidar do processo de morrer e do luto. **Cienc Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2484, 2013.
14. SALIMENA, A.M.O., TEIXEIRA, S.R., AMORIM, T.V., PAIVA, A.C.P.C., MELO, M.C.S.C. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enferm**, v.18, n.1, p.142-7, 2013.
15. SANDOVAL, S.A *et al.* Muerte y morir en el hospital: una mirada social, espiritual y ética de los estudiantes. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 3, e20190287, 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0287>.
16. SHIMIZU, H.E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.3, p.257-62, 2009.
17. SOUSA, D.M., SOARES, E.O., COSTA, K.M.S., PACÍFICO, A.L.C., PARENTE, A.C.M. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto & Contexto Enferm**, v.18, n.1, p.41-7, 2009.
18. TOMASSO, C.S., BELTRAME, I.L., LUCCHETTI, G. Conhecimentos e atitudes de docentes e alunos em enfermagem na interface espiritualidade, religiosidade e saúde. **Rev Latinoam Enferm**, v.19, n.5, p.156-68, 2011.





16

# Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal

| Naira Pereira de **Sousa**


| Tania Cristina Morais Santa Bárbara  
**Rehem**

| Walterlânia Silva **Santos**

| Carlos Eduardo dos **Santos**

Artigo original publicado em: 2016.  
Rev Bras Enferm - ISSN 0034-7167.

Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

 10.37885/210303818

# RESUMO

**Objetivo:** caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária em hospital regional do Distrito Federal. **Método:** estudo descritivo, tipo série de casos, que considerou usuários internados entre 2008 e 2012 no Hospital Regional de Ceilândia. A seleção das internações foi realizada com base na Lista Brasileira, e os dados obtidos no Sistema de Informações Hospitalares. Utilizou-se estatística descritiva no processamento e análise dos dados. **Resultados:** as ICSAP apresentaram tendência de crescimento, sobretudo em decorrência de doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares e infecções no rim e trato urinário. Pacientes do sexo feminino e idosos apresentaram maior frequência de internações. **Conclusão:** os resultados poderão auxiliar gestores e profissionais de saúde na implementação de ações que objetivem maior resolubilidade da atenção primária, além de contribuir para a sistematização da assistência de enfermagem e melhoria do cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Hospitalização, Qualidade da Assistência à Saúde, Avaliação.

## ■ INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), como conjunto de ações e serviços de saúde integrados de forma regionalizada e hierarquizada, foi implantado no Brasil na década de 1990 para assegurar saúde a todos os indivíduos, mediante cumprimento de princípios e diretrizes como universalidade, integralidade e descentralização(1). Uma das estratégias para o alcance de tais objetivos é a consolidação de um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS), eficaz e resolutivo, que responda efetivamente às necessidades de saúde da população em relação a um grupo extenso de doenças e riscos(2).

Nessa perspectiva, no Brasil há discussões sobre a constituição das redes de atenção à saúde (RAS), em que a APS, por ser o centro de comunicação dessa rede, desempenha papel fundamental enquanto ordenadora do cuidado(2). Diversos estudos realizados demonstram que quanto mais um sistema de saúde é orientado para a APS, melhores são os níveis de saúde da população e a satisfação dos usuários, e menores os gastos, o que gera sistemas mais efetivos, equitativos, eficientes e de maior qualidade(2).

Assim, uma vez reconhecida a importância desse nível de atenção, faz-se necessária a implantação de processos de avaliação e monitoramento das estratégias adotadas, de modo a produzir informações que caracterizem o desempenho da APS e subsidiem a gestão dos serviços de saúde. Nesse sentido, para avaliação de acesso e efetividade, tem-se o indicador composto das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP). As ICSAP, conhecidas internacionalmente como *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), surgiram em 1980, nos Estados Unidos, do conceito de hospitalizações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, desenvolvido para relacionar problemas com o acesso e a efetividade dos cuidados primários(3).

Tal indicador considera que a elevada capacidade de resolução pela atenção primária deveria implicar diminuição dos ingressos hospitalares, pelo incremento das medidas preventivas, assim como melhoria dos tratamentos ambulatoriais(4).

A utilização desse indicador no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS), teve início no ano de 2007, com a formação de um grupo técnico que realizou levantamento e revisão das listas existentes, tanto nacionais quanto internacionais, de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Alguns critérios nortearam a escolha dos diagnósticos para composição da lista brasileira: deveriam ser de fácil diagnóstico, possuir evidências científicas sensíveis à APS e que esse nível de atenção disponibilizasse meios de resolver a condição e/ou prevenir os fatores que culminariam em internação hospitalar. Além disso, os grupos de causa analisados não poderiam ser considerados raros e nem induzidos por aportes financeiros. Após análises e discussões, a lista brasileira foi construída, levando-se em consideração o contexto de saúde e perfil epidemiológico do país(5).

Posteriormente, em 2008, por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, houve a publicação dos dezenove grupos de diagnósticos que compõem essa lista, classificados de acordo com a Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Por meio da referida portaria, o MS preconiza que esse indicador seja utilizado como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da atenção hospitalar, podendo ser também aplicado para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal(6). Nesse sentido, o uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias, evidenciando problemas de saúde que requerem melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais(7).

Assim, considerando a adoção das ICSAP como indicador de avaliação da APS no Brasil, justifica-se a realização de estudos de investigação do comportamento destas internações em determinado território. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo caracterizar as ICSAP no hospital regional da cidade satélite de Ceilândia (Distrito Federal), no período compreendido entre os anos de 2008 a 2012.

## ■ MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, tipo série de casos, em que foram considerados os usuários internados por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Hospital Regional de Ceilândia (HRC)/DF no período de 2008 a 2012.

A escolha do referido hospital justifica-se por sua localização em Ceilândia, maior região administrativa do Distrito Federal em termos populacionais, e área de atuação do campus da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília. Estabeleceu-se o ano de 2012 como limite para análise na série histórica em função do fechamento do banco de dados no SIH/SUS no início do estudo. A seleção das ICSAP teve como base a Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde, composta por 19 grupos de causas e 74 diagnósticos, de acordo com a CID-10.

Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Trata-se de sistema nacional, implantado pelo MS, que utiliza como instrumento de registro- padrão a Autorização de Internação Hospitalar.

Para análise das ICSAP, optou-se por adotar as seguintes variáveis: (1) grupo de diagnósticos, (2) 34 faixa etária (<1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 14 anos, 15 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, 55 a 64 anos e 65 anos ou mais), (3) sexo (masculino ou feminino), (4) município de origem do paciente, (5) óbitos e (6) gastos relacionados às internações gerais e por CSAP.

Com vistas à identificação das ICSAP no SIH/SUS, gerou-se um arquivo de definição (DEF) para tabulação com base nas causas de internações por meio dos respectivos

códigos. As variáveis foram agrupadas de forma a possibilitar a análise das CSAP sob distintas perspectivas: (1) internações gerais por ano de ocorrência, (2) ICSAP por ano de ocorrência, (3) grupos diagnósticos por ICSAP, (4) grupos diagnósticos por ICSAP segundo faixa etária, (5) grupos diagnósticos por ICSAP segundo sexo, óbitos por CSAP por ano de ocorrência, (7) óbitos por CSAP segundo grupos diagnósticos, (8) óbitos por CSAP segundo faixa etária, (9) óbitos por CSAP segundo sexo, (10) valor total gasto em internações gerais, (11) valor total gasto por ICSAP.

A seguir, o aplicativo Tabwin (Versão 3.5), desenvolvido pelo DATASUS do MS, e o programa *Microsoft Excel*® foram usados para tabulação de dados.

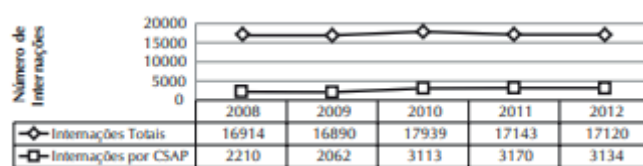
Para processamento e análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, e as variações percentuais foram calculadas da seguinte forma: obteve-se primeiramente a diferença entre os valores registrados no último (2012) e primeiro ano (2008), em seguida dividiu-se tal resultado pelo valor registrado no primeiro ano (2008) e, por último, multiplicou-se o resultado por 100.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi realizado com dados de saúde de base não nominal e de domínio público, disponíveis no site do DATASUS, não incorrendo, portanto, em qualquer risco à população estudada.

## ■ RESULTADOS

No período de 2008 a 2012, registrou-se o total de 86.006 internações no HRC. Entre os anos de 2008 a 2010 observa-se aumento de 6,1% nessas internações e, em seguida, redução de 4,5%, no período de 2010 a 2012. Levando em consideração os dados dos cinco anos, verifica-se aumento de 1,2% nas internações registradas. Do total de internações hospitalares, 15,9% corresponderam a ICSAP e 84% não ICSAP. Observando-se a trajetória das ICSAP no período, identifica-se redução de 6,7% na sua frequência nos dois primeiros anos. Nos anos de 2010 a 2011 houve incremento de 1,8% nas internações sensíveis, as quais apresentaram nova redução, de 1,0% no ano subsequente. Assim, levando-se em consideração apenas as ICSAP registradas no período de 2008 a 2012, verifica-se aumento total de 41,8% em seus registros (Figura 1).

**Figura 1.** Variação no número de Internações Totais e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital Regional de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2008-2012



No período dos cinco anos estudados, 98,6% das internações por CSAP foram de indivíduos residentes na região administrativa de Brasília (DF), seguida dos municípios de Águas Lindas de Goiás (GO) e Santo Antônio do Descoberto (GO).

Considerando-se a participação proporcional dos dezenove grupos de ICSAP e comparando-se os anos de 2008 e 2012, os grupos que apresentaram maior incremento em sua participação nas internações foram: angina *pectoris* (566%), doenças pulmonares (421%), asma (191%), doenças cerebro-vasculares (147%), epilepsias (137,7%), doenças imunizáveis/condições evitáveis (120%), deficiências nutricionais (100%), hipertensão (87,4%), anemia (66,6%) e infecções de ouvido, nariz e garganta (34,3%) (Tabela 1).

Em sentido contrário, os sete grupos que reduziram sua participação foram: úlcera gastrointestinal (-73%), infecção de pele e tecido subcutâneo (-38%), doenças relacionadas ao pré-natal e parto (-36,6%), diabetes *mellitus* (-27,1%), doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (-17,5%), infecção no rim e trato urinário (-11,3%) e as gastroenterites (-5,4%) (Tabela 1).

Na análise das ICSAP quanto à faixa etária, observa-se maior número de pacientes internados na faixa etária de  $\geq 65$  anos (32,5%), seguida das faixas de  $\geq 1$  a  $\leq 4$  (10,1%),  $\geq 55$  a  $\leq 64$  (9,5%) e  $< 1$  ano (8,5%). A faixa de  $\geq 15$  a  $\leq 24$  anos obteve a menor participação entre as demais, com registros de 852 (6,2%) internações nos cinco anos analisados.

No que se refere à análise particular das ICSAP segundo grupos de causa e faixa etária, observa-se que, nos cinco anos analisados, os idosos com idade  $\geq 65$  anos tiveram como principais causas de internação as doenças cerebrovasculares 32,7% ( $n=1.456$ ), doenças pulmonares 22,8% ( $n=1.015$ ) e insuficiência cardíaca 10% ( $n=447$ ). As doenças pulmonares, angina e epilepsias obtiveram maior aumento percentual. Os grupos das úlceras gastrointestinais e diabetes *mellitus* apresentaram maior redução nos anos analisados.

Na faixa etária  $\geq 1$  a  $\leq 4$  anos, os grupos de causas de internações mais frequentes foram: pneumonias bacterianas 24,8% ( $n=343$ ), gastroenterites infecciosas 24% ( $n=333$ ) e asma 14,2% ( $n=196$ ). Porém, houve maiores aumentos percentuais nos grupos das doenças pulmonares, asma e doenças cerebrovasculares. Houve redução apenas no grupo infecções de ouvido, nariz e garganta.

A faixa etária entre 55 anos a  $\leq 64$  apresentou como principais causas as doenças cerebrovasculares 21,9% (n=287), diabetes *mellitus* 14,2% (n=186) e insuficiência cardíaca 11,2% (n=147). Os maiores aumentos percentuais foram registrados nos grupos angina, hipertensão e deficiências nutricionais, e as maiores reduções nas infecções de pele e tecido subcutâneo, úlcera gastrointestinal e diabetes *mellitus*.

As crianças menores de um ano internaram mais por pneumonias bacterianas 23,65% (n=276), doenças pulmonares 19,4% (n=227) e gastroenterites infecciosas 12,9% (n=151). Porém, os grupos que apresentaram maior variação percentual positiva foram doenças cerebrovasculares, asma e infecções de ouvido, nariz e garganta. As deficiências nutricionais constituíram o grupo de causa que apresentou maior redução (-66,6%). A faixa etária de 15 a 24 anos internou mais por doenças relacionadas ao pré-natal ou parto 35,3% (n=301), infecção no rim e trato urinário 17,2% (n=147) e doenças cerebrovasculares 11,8% (n=101). Os grupos das pneumonias bacterianas, deficiências nutricionais e asma apresentaram maior aumento percentual. As gastroenterites infecciosas e suas complicações obtiveram maior redução no período analisado.

**Tabela 1.** Número e distribuição percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo grupos de causas, no Hospital Regional de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2008-2012

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	n	2008	%	n	2012	%	2012/2008 %
Angina <i>pectoris</i>	3	0,1		20	0,6		566
Doenças pulmonares	112	5,1		584	18,6		421
Asma	99	4,5		289	9,2		191
Doenças cerebrovasculares	207	9,4		513	16,4		147
Epilepsias	61	2,8		145	4,6		137,7
Doenças imunizáveis/condições evitáveis	5	0,2		11	0,3		120
Deficiências nutricionais	61	2,8		122	3,9		100
Hipertensão	95	4,3		178	5,7		87,4
Anemia	3	0,1		5	0,1		66,6
Infecções de ouvido, nariz e garganta	35	1,6		47	1,5		34,3
Insuficiência cardíaca	137	6,2		138	4,4		0,7
Pneumonias bacterianas	171	7,7		172	5,5		0,6
Gastroenterites infecciosas e complicações	260	11,8		246	7,8		-5,4
Infecção no rim e trato urinário	257	11,6		228	7,3		-11,3
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	63	2,8		52	1,6		-17,5
Diabetes <i>mellitus</i>	232	10,5		169	5,4		-27,1
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	123	5,6		78	2,5		-36,6
Infecção de pele e tecido subcutâneo	171	7,7		106	3,4		-38
Úlcera gastrointestinal	115	5,2		31	1,0		-73
<b>Total</b>	<b>2.210</b>	<b>100</b>		<b>3.134</b>	<b>100</b>		<b>41,8</b>

Fonte: SIH/SUS



Em todos os anos analisados predominaram ICSAP de pacientes do sexo feminino (55,4%) em relação ao masculino (44,6%). As frequências de internações femininas representaram 53,4% em 2008, 52,9% em 2012 e apresentaram aumento percentual de 40,3%, entre 2008 e 2012. As internações masculinas, por sua vez, obtiveram representação de 46,6% em 2008, 47,1% em 2012 e apresentaram aumento percentual de 43,5%, no período de 2008 a 2012.

Ao analisar os grupos de diagnósticos por ICSAP segundo o sexo, observa-se que os três que mais ocasionaram internações entre as mulheres foram doenças cerebrovasculares 17,4% (n=1.318), doenças pulmonares 12% (n=915) e infecção no rim e trato urinário 11,1% (n=845). Os grupos de doenças pulmonares, angina *pectoris*, anemia e asma apresentaram maiores aumentos percentuais. As úlceras gastrointestinais, doenças relacionadas ao pré-natal e parto e infecção de pele e tecido subcutâneo obtiveram as maiores reduções (Tabela 2).

Entre o sexo masculino, os principais diagnósticos relacionados às ICSAP foram as doenças cerebrovasculares 20,2% (n=1.232), doenças pulmonares 12,4% (n=755) e pneumonias bacterianas 8,9% (n=541). Os grupos de causas com maior aumento percentual foram angina *pectoris*, doenças pulmonares e asma. Apresentaram maior redução: úlcera gastrointestinal, anemia e infecção de pele e tecido subcutâneo (Tabela 2).

**Tabela 2.** Variação percentual das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo sexo, no Hospital Regional de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, 2008-2012

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	Sexo Masculino			Sexo Feminino		
	2008	2012	Variação % 2012/2008	2008	2012	Variação % 2012/2008
Angina <i>pectoris</i>	1	12	1100,0	2	8	300,0
Doenças pulmonares	65	269	313,0	47	315	570,2
Asma	45	156	246,6	54	133	179,6
Doenças cerebrovasculares	111	260	134,2	96	253	163,5
Epilepsias	37	90	143,2	24	55	129,1
Doenças imunizáveis/condições evitáveis	3	6	100	2	5	150,0
Deficiências nutricionais	40	85	112,5	21	37	76,1
Hipertensão	40	76	90,0	55	102	85,4
Anemia	2	1	-50,0	1	4	300,0
Infecções de ouvido, nariz e garganta	18	30	66,6	17	17	0
Insuficiência cardíaca	71	62	-12,6	66	76	15,1
Pneumonias bacterianas	90	95	5,5	81	77	4,9
Gastroenterites infecciosas e complicações	143	115	-19,5	117	131	11,9
Infecção no rim e trato urinário	81	79	-2,4	176	149	-15,3
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	-	-	-	63	52	-17,4
<i>Diabetes mellitus</i>	102	66	-35,2	130	103	-20,7
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	7	5	-28,5	116	73	-37,0
Infecção de pele e tecido subcutâneo	97	52	-46,3	74	54	-27,0
Úlcera gastrointestinal	76	18	-76,3	39	13	-66,6
<b>Total</b>	<b>1029</b>	<b>1477</b>	<b>43,5</b>	<b>1181</b>	<b>1657</b>	<b>40,3</b>

Fonte: SIH/SUS

Ao analisar os óbitos, observa-se um total de 568 no período estudado (2008-2012). Desses, 5,4% (n=31) ocorreram em 2008; 15,7% (n=81) em 2009; 26,9% (n=153) em 2010; 25% (n=142) em 2011 e 27,1% (n=154) em 2012.

As doenças cerebrovasculares constituíram o principal grupo de causa dos óbitos, com destaque em 2008 (35,5%; n=11), 2009 (40,4%; n=36) e 2011 (26,8%; n=38), seguidas por diabetes *mellitus* (22,6%; n=7) e úlcera gastrointestinal (9,7%; n=3) em 2008, insuficiência cardíaca (28,1%; n=25) e doenças pulmonares (10,1%; n=9) em 2009 e por insuficiência cardíaca (17,6%; n=25) e deficiência nutricional (11,3%; n=16) em 2011.

Porém, em 2010, o grupo das deficiências nutricionais, que representou 25,5% (n=39) dos óbitos, superou os registros referentes a doenças cerebrovasculares (24,8%; n=38) e insuficiência cardíaca (12,4%; n=19). Em 2012, os óbitos referentes à insuficiência cardíaca obtiveram representação mais expressiva, com 18,8% (n=29), seguidos por aqueles referentes a deficiências nutricionais (15,6%; n=24) e doenças cerebrovasculares (13,6%; n=21)

Quanto à idade, nos cinco anos estudados, 60,7% (n=345) dos óbitos foram de indivíduos com 65 anos ou mais; 13,7% (n=78) entre sujeitos de 55 a 64 anos e 11,1% (n=63) entre aqueles com idade entre 45 e 54 anos. Na primeira faixa etária (65 anos ou mais), os óbitos decorreram principalmente de doenças cerebrovasculares (29,3%; n=101), insuficiência cardíaca (18,8%; n=65) e doenças pulmonares (9,6%; n=36). Os grupos que apresentaram maior aumento percentual entre 2008 e 2012 foram insuficiência cardíaca (1800%), pneumonias bacterianas (600%) e deficiências nutricionais (300%).

Na segunda faixa etária (55 a 64 anos), constituíram as principais causas de óbitos: insuficiência cardíaca (25,6%; n=20), deficiências nutricionais/doenças cerebrovasculares (17,9%; n=4) e hipertensão (7,7%; n=6). Na terceira (45 a 54 anos), os óbitos decorreram de deficiências nutricionais (30,1%; n=19), doenças cerebrovasculares (28,6%; n=18) e diabetes *mellitus* (11,4%; n=5).

Quanto ao sexo, entre 2008 e 2012, 52,6% (n= 252) dos óbitos ocorreram no sexo feminino e 47,4% (n=227) no masculino. Os diagnósticos mais frequentes entre as mulheres foram doenças cerebrovasculares (14%; n=67), insuficiência cardíaca (8,8%; n=42), deficiências nutricionais (6,9%; n= 33) e hipertensão (5,0%; n=24). Entre os homens, as doenças cerebrovasculares permaneceram em posição de destaque, com 12,9% (n=62) do total de óbitos, seguidas pelos grupos deficiências nutricionais (8,5%; n=41), insuficiência cardíaca (7,7%; n=37) e diabetes *mellitus* (4,4%; n=21).

Entre 2008 e 2012, no Hospital Regional de Ceilândia, as ICSAP custaram ao SUS, adotando-se como base de cálculo os valores de remuneração da AIH, 6,622 milhões de reais. Esse valor corresponde a 13% dos gastos totais em internações hospitalares registradas, os quais perfazem o valor de 50,982 milhões de reais. No período estudado, houve crescimento

de 81,6% em relação aos gastos com ICSAP, os quais passaram de R\$ 913.413,59 em 2008 para R\$ 1.659.189,61 em 2012.

## ■ DISCUSSÃO

Observa-se, no período estudado, aumento do número de ICSAP no HRC, fato também constatado em alguns estados, como Minas Gerais<sup>(8)</sup>, São Paulo<sup>(9)</sup> e Espírito Santo<sup>(10)</sup>. Investigações apontaram ainda para a tendência de redução ou estabilização nas ICSAP. Alfradique *et al.* (2009), utilizando dados do Brasil no período entre 2000 a 2006, assinalaram diminuição de 15,8% nas taxas de hospitalização no SUS por ICSAP<sup>(5)</sup>. Outros estudos encontraram resultados semelhantes<sup>(9-10)</sup>.

Pesquisa realizada com dados do DF, utilizando a mesma metodologia, referiu que as ICSAP foram responsáveis por 19,5% das internações<sup>(11)</sup>. O resultado mostrou que as taxas de ICSAP no DF foram inferiores quando comparadas às brasileiras, ainda que os estudos tenham sido realizados em períodos distintos. Essa tendência de redução ou estabilização de internações hospitalares pode ser justificada pela transferência de procedimentos anteriormente realizados apenas em regime de internação para a atenção ambulatorial e de hospital-dia. Por outro lado, pode significar melhoria no acesso e na efetividade da APS.

Ao observar as causas de ICSAP, verificou-se que foram contemplados grupos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a exemplo das cerebrovasculares, que figuraram também entre as principais causas de óbitos no período estudado, além da presença de doenças infecciosas. Isto expressa a atual e complexa situação epidemiológica brasileira, permeada pela persistência de doenças infecciosas, típicas de países em desenvolvimento, e pelo crescimento das DCNT relacionado ao processo de envelhecimento populacional. Esses achados são convergentes com resultados de outros estudos em que gastroenterites infecciosas<sup>(5,11-12)</sup>, pneumonias bacterianas<sup>(13)</sup>, angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares<sup>(14-15)</sup> constituíram-se como as principais causas de internação por CSAP.

Em virtude da magnitude das DCNT, as quais correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, elaborou-se, no Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o período de 2011-2022, no qual foram destacadas as ações de promoção à saúde e fortalecimento da APS<sup>(16)</sup>. Ainda com relação à situação epidemiológica brasileira, a posição das doenças infecciosas requer atenção, visto que tais internações podem estar relacionadas às precárias condições de vida, o que, por sua vez, pode ser explicado pela teoria da determinação social. Homar e Casanova (2003) reforçaram a importância desses fatores e os relacionaram a maiores taxas de ICSAP<sup>(4)</sup>.

O sexo feminino mostrou-se o mais representativo, considerando as internações sensíveis em todos os anos analisados, mantendo semelhança com estudos realizados em outras regiões<sup>(8,14)</sup>. A maior participação feminina nas internações pode estar relacionada à ineficiência da APS frente aos problemas por elas apresentados, fato que acarreta complicações no estado de saúde e nas potenciais internações hospitalares<sup>(14)</sup>. Outro fator que pode estar relacionado a esse cenário diz respeito à própria organização do sistema de saúde que, ao longo dos anos, priorizou políticas e serviços de saúde voltados para mulheres e crianças<sup>(17)</sup>. Dessa forma, as mulheres, tradicionalmente, procuram mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens, os quais associam essa procura a sentimentos de fragilidade<sup>(17)</sup>.

Vale destacar que os diagnósticos de sífilis congênita e síndrome da rubéola congênita integram o grupo ICSAP das doenças relacionadas ao parto e pré-natal. Assim, considerando que nas internações obstétricas há dois internados para uma mesma AIH, a parturiente e o recém-nato, é possível que o sexo masculino esteja contemplado neste grupo diagnóstico. Entretanto, se o recém-nascido permanecer internado por um período superior a 72 horas, o hospital gera uma AIH específica para o mesmo<sup>(18)</sup>.

No presente estudo, os idosos (idade superior a 65 anos) ocuparam lugar de destaque entre as ICSAP, tendo como principais diagnósticos doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares e insuficiência cardíaca. Esse panorama pode ser decorrente do aumento da expectativa de vida e envelhecimento progressivo, com consequente mudança do padrão de adoecimento da população<sup>(16,19)</sup>. Além disso, o acesso dificultado aos serviços da APS, possivelmente relacionado às dificuldades de transporte e ao elevado grau de dependência, acaba por gerar potenciais complicações no estado de saúde, resultando em atendimento hospitalar.

Ainda com relação a faixa etária e frequência de ICSAP, as gastroenterites infecciosas constituíram as complicações mais frequentes entre crianças de 1 a 4 anos. Esse perfil pode decorrer do fato da região administrativa de Ceilândia ainda possuir 16,3% de seus habitantes utilizando fossas sépticas ou rudimentares, 20% sem acesso à rede de água pluvial e 7,5% dos domicílios com esgoto a céu aberto em suas cercanias<sup>(20)</sup>. Nesse sentido, investigações têm demonstrado que reduções ocorridas nas ICSAP podem estar relacionadas a melhorias no acesso e na qualidade dos cuidados prestados na APS<sup>(6,9,12-13)</sup>. Reforçando esta questão, estudo sinaliza para a relação entre o aumento destas internações e a baixa cobertura de ESF<sup>(8)</sup>.

Em relação às diminuições nas variações percentuais apresentadas, verifica-se presença de grupos de causas que receberam reforço de incentivos por parte do Ministério da Saúde, apresentando consequente redução nas internações hospitalares, a exemplo da Rede Cegonha, das atualizações para o manejo do diabetes *mellitus* e da melhoria do pré-natal de

baixo risco. As demais causas podem estar relacionadas a múltiplos determinantes, como os fatores sociais que, na frequência de internações, permanecem ocultos, podendo refletir uma limitação das ICSAP como indicador da avaliação da APS.

Destaca-se ainda que o Distrito Federal possui baixa cobertura populacional em relação à ESF. Em 2008, apenas 5,53% dos habitantes possuíam a cobertura desse serviço de saúde, subindo para 17,85% em 2012, e para 28,9% em 2014<sup>(21)</sup>. Dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios (2013) revelaram que 83% da população de Ceilândia (DF), região administrativa em que o HRC está localizado, não possuíam plano de saúde, 88,55% utilizavam o hospital público e, destes, 87,55% buscavam atendimento no hospital da própria região administrativa. Em contrapartida, cerca de 91,13% da população utilizavam os serviços dos centros de saúde e, entre eles, 98,6% também recorriam aos centros da própria R.A<sup>(20)</sup>.

Esses dados remetem a algumas reflexões, pois pelo fato de a maioria (91,13%) da população da região administrativa da Ceilândia utilizar os serviços da APS, chama atenção o incremento (41,8%) de ICSAP no período estudado, índice que proporcionalmente não acompanhou o crescimento populacional de 5,45% registrado ao ano<sup>(20)</sup>.

Além disso, pode-se cogitar a possibilidade de que, apesar da população ter acesso a esses serviços primários, eles não se mostram efetivos. Além do acesso, as variações apresentadas no panorama de ICSAP podem estar relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde e aos determinantes sociais, visto que as condições de vida e trabalho afetam diretamente o processo saúde-doença da população, além dos possíveis problemas relativos à qualidade da informação, podendo gerar subestimações ou sobrestimações de internações<sup>(22)</sup>. O aprofundamento de cada um desses fatores torna-se campo fecundo para a realização de novos estudos, conduzidos segundo abordagem quantiquantitativa, com o objetivo de não responsabilizar apenas a APS pela ocorrência destas internações.

Ao analisar a produção hospitalar, os dados do presente artigo revelam participação das ICSAP em 13% do total gasto com internações. Outras pesquisas analisaram a magnitude desses gastos: estudo realizado na macrorregião de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE) indicou que no ano de 2009, quando as ICSAP representaram 20,8% das internações na primeira localidade e 28,1% na segunda, o montante foi de R\$ 5.046.548,54 em Juazeiro e R\$ 7.374.369,06 em Petrolina<sup>(23)</sup>. Tais dados demonstram o volume de recursos utilizado para financiar internações potencialmente evitáveis mediante uma APS acessível e resolutiva.

## ■ CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer o comportamento das internações gerais e por ICSAP no HRC, bem como compará-las no período estudado. Os resultados encontrados recomendam especial atenção à população idosa, sobretudo na prevenção das doenças



crônicas não transmissíveis, implementando estratégias para o atendimento das necessidades de saúde dessa população, como a internação domiciliar, assim como maior atenção ao controle das pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e complicações em crianças.

Por estar baseado em dados secundários, este estudo esteve sujeito a limitações referentes aos registros nos bancos de dados<sup>(22)</sup>. Além disso, apesar de o SIH/SUS apresentar-se como grande base de dados, nele são registradas apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, as quais, embora majoritárias, expressam apenas parte da realidade nacional.

Quanto à enfermagem, ainda que o trabalho na APS pressuponha ação interdisciplinar e em equipe para a integralidade das ações, o conjunto desses profissionais pode desempenhar papel fundamental na redução das ICSAP. Essa possibilidade decorre tanto do quantitativo de pessoal de enfermagem, aí incluídos os ACS, quanto da sistematização da sua assistência, a qual deveria priorizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e controle de patologias que integram a Lista Brasileira de ICSAP.

Dessa forma, os resultados poderão auxiliar os gestores na implementação de ações que objetivem maior resolubilidade da atenção primária, com conseqüente redução de gastos em procedimentos de média e alta complexidade e maior efetividade no gerenciamento dos serviços de saúde. Além disso, o uso das ICSAP como indicador possui grande potencial para contribuir com a discussão da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, entre eles, universalidade, integralidade e equidade.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 66/2010 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília, DF: Senado, 2010.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Cole- tiva* [Internet], [cited 2014 Mar 20];15(5):2297-305. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
3. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff* [Internet]. 1990 [cited 2014 Mar 25];9(4):158-65. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/9/4/158.full.pdf>
4. Homar JC, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria* [Internet]. 2003 [cited 2014 Mar 25];31(1):61-5. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703706623>

5. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. [Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP – Brazil)]. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009[cited 2014 Mar 20]; 25(6):1337-49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf> Portuguese. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária [Internet]. *Diário Oficial da União* 2008[cited 2014 Mar 20]; Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>
6. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011[cited 2014 Mar 25];16(Suppl-1):S1145-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a46v16s1.pdf>
7. Cardoso CS, Padua CM, Rodrigues-Junior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 20];34(4):227-34. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n4/03.pdf>
8. Rehem TCMSB, Egry EY. [Internment for Conditions Suitable for Primary Healthcare in Sao Paulo State]. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011[cited 2014 Mar 20];16(12):4755-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf> Portuguese.
9. Pazo RG, Frauches DO, Galveas DP, Stefenoni AV, Cavalcante EL, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012[cited 2014 Mar 20];21(2):275-82. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a10.pdf>
10. Junqueira RMP, Duarte EC. Hospitalizations due to ambulatory care-sensitive conditions in the Federal District, Brazil, 2008. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012[cited 2014 Mar 25]; 46(5): 761-68. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/en\\_01.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/en_01.pdf)
11. Boing AF, Vicenzi RA, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Reduction of ambulatory care sensitive conditions in Brazil between 1998 and 2009. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012[cited 2014 Mar 25];46(2):359-66. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en\\_3709.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en_3709.pdf)
12. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Ambulatory care sensitive conditions: general hospital of micro-region of São Paulo municipality, Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Mar 25]; 21(3):535-42. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en\\_v21n3a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a07.pdf)
13. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in a Brazilian metropolis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 25];47(4):884-90. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en\\_0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf)
14. Rodrigues-Bastos RM, Campos EM, Ribeiro LC, Firmino RU, Bustamante-Teixeira MT. Hospitalizations for primary care-sensitive conditions in a Southern Brazilian municipality. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 26];59(2):120-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/en\\_v59n2a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/en_v59n2a10.pdf)



15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011[cited 2014 Mar 20]; Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008[cited 2014 Mar 20]; Available from: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude\\_do\\_homem.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf)
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUH) [Internet]. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004[cited 2014 Mar 20]; Available from: <http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20do%20SIH%20SUS%20DEZ%202004.pdf>
18. Caldeira AP, Fernandes VB, Fonseca WP, Faria AA. Internações Pediátricas por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras. Saúde Mater. Infant [Internet]. 2011[cited 2014 Mar 20];11(1):61-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n1/a07v11n1.pdf>
19. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CO- DEPLAN). Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) [Internet]. Brasília(DF): Companhia de Planejam- to do Distrito Federal; 2013[cited 2014 Mar 20]; Available from: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2013/ Ceil%C3%A2ndia-PDAD%202013.pdf>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) [Internet]. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2014[cited 2014 Mar 20]; Available from: <http://189.28.128.178/sage/>.
21. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Ciosak SI. Record of hospital- izations for ambulatory care sensitive conditions: validation of the hospital information system Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2013[cited 2014 Mar 20];21(5):1159-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1159.pdf>
22. Rehem TCMSB. Estudo das internações por condições sensíveis à atenção primária: macroregião Juazeiro/BA e Petrolina/PE [Internet]. Rede Interestadual de Saúde do Médio São Francisco. 2009[cited 2014 Mar 20]; Available from: <http://www.saudeinterestadual.org.br/estudos.aspx>



17

# Subconjunto terminológico da Cipe para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação

Michelle Hyczy de Siqueira **Tosin**  
UFF

Emanuelle de Freitas Motta **Oliveira**  
UFF

Beatriz Guitton Renaud Baptista de  
**Oliveira**  
UFF

# RESUMO

**Objetivo:** Construir um subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson (DP) em reabilitação. **Método:** Mapeamento cruzado em 352 prontuários de pacientes com DP que participaram de um programa de reabilitação entre maio de 2009 a março de 2014, desenvolvido em quatro etapas: 1- extração das características dos pacientes e dos conceitos primitivos de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem; 2- normalização dos termos; 3- mapeamento cruzado dos conceitos primitivos com a CIPE®; 4- validação. **Resultados:** Os 3.825 conceitos primitivos mapeados resultaram em 155 diagnósticos/resultados de enfermagem CIPE® ( $10,9 \pm 0,1$ ). Destes, 113 estavam relacionados à DP, 65,5% foram considerados síndromes e 98,2% do total foram validados. Sobre as intervenções de enfermagem, foram mapeados 3.695 conceitos primitivos que resultaram em 66 intervenções ( $11,2 \pm 1,7$ ). Destas, 56 estavam relacionadas à DP e aos princípios da reabilitação e 91,0% foram validadas. **Conclusão:** Por meio do mapeamento cruzado foi criado o subconjunto terminológico padronizado para o contexto da reabilitação de pacientes com DP.

**Palavras-chave:** Doença de Parkinson, Cuidados de Enfermagem, Classificação, Diagnóstico de Enfermagem, Reabilitação.

## ■ INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) acomete cerca cinco milhões de pessoas em todo o mundo e as perspectivas são de aumento expressivo desse número em virtude do envelhecimento populacional vivenciado pela sociedade mundial (DORSEY; BLOEM, 2018).

A DP é uma enfermidade neurodegenerativa e multissistêmica, diagnosticada clinicamente por pelo menos dois dos seguintes sintomas motores: o tremor de repouso, a rigidez muscular, a bradicinesia e a instabilidade postural (POSTUMA et al., 2015). Além desses, os pacientes com DP vivenciam ainda sintomas não motores, classificados em disfunções autonômicas, cognitivas, neuropsiquiátricas, distúrbios do sono, sensoriais, dentre outros (SCHAPIRA; CHAUDHURI; JENNER, 2017). Ambas as categorias de sintomas, motores e não motores, impactam negativamente na qualidade de vida do paciente/família e contribuem para a hospitalização em fases avançadas da doença (TAROLLI et al., 2020). Por esse motivo, a assistência multidisciplinar em saúde nos contextos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação é importante.

As pesquisas de Enfermagem mostram que os avanços no cuidado ao paciente com DP ainda são incipientes e regionalizados, em países como Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido (SHIN; HABERMANN, 2017). Tal constatação pode estar relacionada à ausência de uma terminologia que padronize o cuidado especializado de enfermagem nesse contexto.

Dentre as terminologias de enfermagem destaca-se a Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE®) (KIM; HARDIKER; COENEN, 2014), que possibilita a padronização mundial de diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem. A CIPE® é definida como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática, que viabiliza a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes (KIM; HARDIKER; COENEN, 2014).

Para as áreas de especialidade de enfermagem, a CIPE® incentiva o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos, também conhecidos como catálogos, que consistem em um conjunto de enunciados de diagnósticos, de resultados e de intervenções de enfermagem, focalizados em áreas específicas do cuidado, que favorecem a adoção de uma linguagem unificada e acessível aos enfermeiros em âmbito mundial (CLARES et al., 2013).

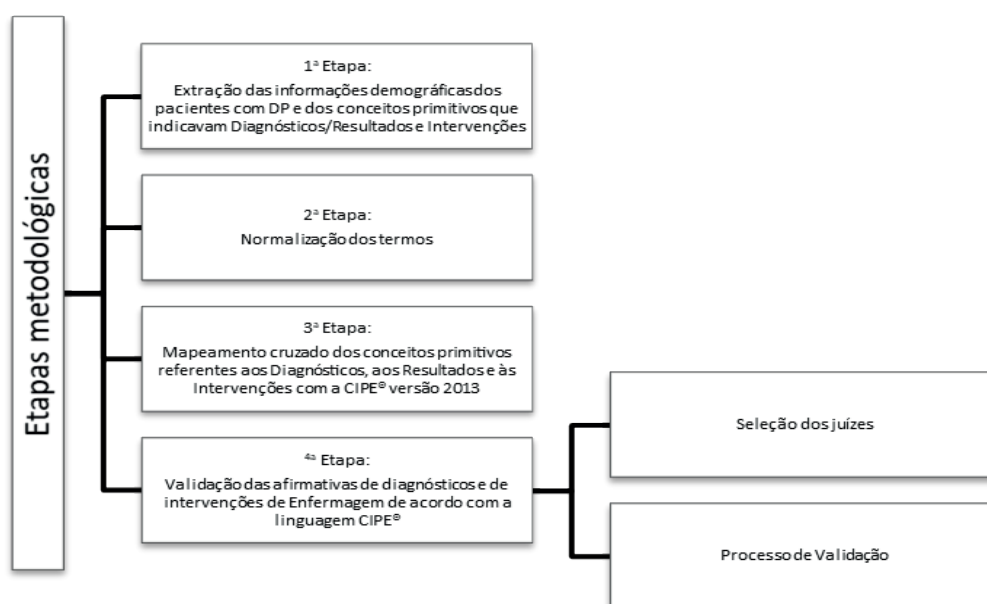
Com base nisso, este estudo objetivou construir um subconjunto terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação.

## ■ MÉTODO

Foi realizado mapeamento cruzado em 352 prontuários contendo e 2.123 evoluções de enfermagem, que apresentavam no mínimo, seis registros de consultas realizadas por enfermeiros à pacientes com DP que participaram de um programa de reabilitação, em um centro especializado, entre maio de 2009 a março de 2014. Foram excluídos os prontuários que continham, além do diagnóstico de DP, outros títulos diagnósticos médicos associados e que caracterizavam outras síndromes parkinsonianas, como Parkinsonismo secundário, por exemplo.

O mapeamento cruzado foi realizado em quatro etapas (Figura 1).

Figura 1. Etapas do mapeamento cruzado



Fonte: Elaborado pelos autores

Como observado na figura 1 a primeira etapa consistiu na extração eletrônica na íntegra das informações presentes em todas as evoluções de enfermagem de cada prontuário, para a composição de um banco de dados contendo os dados demográficos e clínicos dos pacientes (ano em que a evolução de enfermagem foi realizada, tempo de evolução da DP (em anos), categorização da DP (formas tremorígena, rígido-acinética ou mista); e estadiamento de acordo com a Escala de Hoehn & Yahr Modificada (H&Y)). A extração dos conceitos primitivos foi realizada com base na análise das evoluções de enfermagem, conforme exemplos:

- No trecho descrito: “paciente refere incontinência de urgência”, o termo “incontinência de urgência” foi destacado por fragmentação do trecho da evolução.
- No trecho descrito: “Realizada orientação sobre ingestão de líquidos”, o termo

“orientação sobre ingestão de líquidos” foi destacado por meio da fragmentação do trecho da evolução.

Na segunda etapa, os termos levantados na etapa anterior foram submetidos à normalização por meio da correção de ortografia, à adequação de tempos verbais, e à uniformização de gênero e de número, além de terem sido excluídas as repetições, sinonímias e expressões casuais que não designam conceitos particulares, reconhecidas como expressões pseudoterminológicas.

Na terceira etapa, foi realizado mapeamento cruzado dos termos levantados na etapa anterior, com os Diagnósticos, Resultados e as Intervenções de Enfermagem da terminologia CIPE®, os quais foram classificados de acordo com os sintomas motores, não motores e nos princípios da reabilitação.

Na quarta etapa foi utilizado o modelo de Validação de Conteúdo proposto por Fehring (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) para o estabelecimento do índice de concordância entre os conceitos primitivos de Diagnóstico/Resultado e de Intervenção de Enfermagem mapeados com a terminologia CIPE® com base no seu conceito. Foram consideradas validadas as afirmativas que atingiram escores iguais ou superiores a 0,80.

Os dados foram armazenados em uma planilha do Excel for Windows e analisados por meio de estatística descritiva.

Este estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Rede SARA de Hospitais de Reabilitação, Brasília-DF, no 778.072.

## ■ RESULTADOS

Os resultados mostram que 61,9% dos pacientes são do gênero masculino, em sua maioria com idade entre 59 a 78 anos (67,0%). No que se refere à doença de Parkinson, observou-se que 77,0% dos pacientes cursava com tempo de evolução da doença entre 1 a 9 anos, 37,8% estava no estágio 2 da Escala de H&Y e a maioria possuía a forma Mista da doença (58,0%).

Da análise das evidências empíricas referentes aos diagnósticos/resultados, presentes nas 2.123 evoluções de enfermagem, emergiram 3.825 conceitos primitivos, que resultaram em 155 conceitos pré-coordenados de acordo com a CIPE® (10,9±0,1). Destes, 113 estavam diretamente relacionados à DP, majoritariamente classificados como síndromes (65,5%) e 98,2% do total foram validados pelos juízes.

Os sintomas não motores foram os mais mapeados (59,3%), prevalecendo o diagnóstico/resultado síndrome “Processo do Sistema Urinário Prejudicado”, mapeado em 100% dos

prontuários. Após processo de validação foi sugerida inclusão na CIPE® dos termos “Urgência miccional”, “Noctúria”, “Manobra de Valsalva”, “Manobra de Credé” e “Diário Miccional”.

Na categoria dos sintomas motores (representando 15,9% do mapeamento), o diagnóstico/resultado síndrome “Hipoatividade” foi o mais prevalente igualmente mapeado em 100% dos prontuários. Entretanto, após processo de validação o termo sugerido para melhor se adequar à definição da CIPE® é “Hipocinesia”.

Os diagnósticos/resultados relacionados aos princípios da reabilitação (representando 24,8% do mapeamento entre as categorias), teve a síndrome “Capacidade para Executar Autocuidado Positiva” (57,1%) como a mais prevalente.

Em se tratando das Intervenções de Enfermagem, emergiram 3.695 conceitos primitivos que, após o cruzamento com a CIPE® resultaram em 66 intervenções pré-coordenadas ( $11,2 \pm 1,7$ ). Destas, 56 estavam relacionadas à DP e aos princípios da reabilitação e 91,0% foram validadas pelos juízes.

As intervenções mais mapeadas foram: “Entrar em acordo para Adesão” (mapeada em 100% dos prontuários), “Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente” (67,0%) e “Orientar como lidar com a Medicação” (55,1%).

Após o cumprimento de todas as etapas metodológicas desta pesquisa emerge o produto tecnológico que cumpre com o objetivo principal do estudo – construir o Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação.

Este produto agrega termos e conceitos relacionados aos sintomas motores e não motores da DP e aos princípios da reabilitação, os quais foram ordenados em categorias baseadas no organograma, com termos distribuídos em ordem alfabética (Figura 2).



**Figura 2.** Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com doença de Parkinson em reabilitação

Tipo de Conceito	Categoria	Sub-categoria	Código	CIPE 2013
<b>Diagnósticos/ Resultados</b>				
<b>Síntomas Não Motores</b>				
<i><b>Disautonômicos - Urogenital</b></i>				
			10001359	Processo do Sistema Urinário Prejudicado
			10026882	Incontinência de Urgência
			10025686	Incontinência Urinária
			10026797	Incontinência Urinária por Estresse
			10020478	Urina Prejudicada
			10026824	Enurese
			10028194	Funcionamento Sexual Eficaz
			10009886	Impotência Sexual
			10029915	Infecção de Trato Urinário
			10028615	Processo do Sistema Urinário Eficaz
			10015133	Risco de Infecção de Urina
			10020478	
<i><b>Disautonômicos - Gastrintestinal</b></i>				
			10033732	Condição Gastrointestinal Eficaz
			10002455	Apetite Prejudicado
			10012938	
			10025746	Condição Nutricional Prejudicada
			10000567	Constipação
			10001392	Constipação Percebida
			10027891	Constipação Percebida Melhorada
			10028295	Deglutição Eficaz
			10001033	Deglutição Prejudicada
			10037572	Hidratação Adequada
			10027718	Incontinência Intestinal
			10008015	Ingestão de Líquidos Insuficiente
			10025115	Ingestão Nutricional Positiva
			10000859	Náusea
			10012566	Peso Corporal Prejudicado
			10022931	Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado
			10017460	Salivação Anormal
			10013269	
<i><b>Disautonômicos - Cardiovascular</b></i>				
			10027482	Edema Periférico
			10009534	Edema Periférico Ausente
			10029020	Hipotensão
<i><b>Sensorias</b></i>				
			10029008	Dor Ausente
			10023130	Dor
			10029008	Dor Ausente
			10000695	Fadiga
			10022880	Fraqueza

Tipo de Conceito	Categoria	Sub-categoria	Código	CIPE 2013
			10001242	Percepção Sensorial Alterada
			10006160	Tontura
				<b><i>Distúrbios do Sono</i></b>
			10024930	Sono Adequado
			10039968	Pesadelo
			10027226	Sono Prejudicado
			10040141	Sonolência
				<b><i>Neuro Comportamental</i></b>
			10028367	Cognição Eficaz
			10022027	Adaptação Prejudicada
			10025705	Agitação
			10027843	Agitação Melhorada
			10022500	Alucinação
			10008635	Alucinação Ausente
			10000477	Ansiedade
			10022571	Baixa Iniciativa
			10022321	Cognição Prejudicada
			10014816	Comportamento Positivo
			10012545	Comportamento Prejudicado
			10005334	Compulsão
			10022091	Delírio
			10005692	Delírio Ausente
			10022402	Depressão
			10027901	Depressão Melhorada
			10001235	Desorientação
			10022378	Enfrentamento Eficaz
			10001120	Enfrentamento Prejudicado
			10035792	Equilíbrio de Humor
			10035785	Equilíbrio de Humor Prejudicado
			10036241	Humor Melhorado
			10026692	
			10000703	Medo
			10028435	Memória Eficaz
			10001203	Memória Prejudicada
			10000551	Tristeza crônica
				<b>Sintomas Motores</b>
				<b><i>Tremor</i></b>
			10022846	Tremor
				<b><i>Rigidez Muscular e Bradicinesia</i></b>
			10009466	Hipoatividade
			10025039	Capacidade para Comunicar-se pela Fala Prejudicada
			10025087	Atividade Psicomotora Prejudicada
			10001005	Capacidade para Transferência Prejudicada
			10001219	Mobilidade Prejudicada
			10018304	Disartria

Tipo de Conceito	Categoria	Sub-categoria	Código	CIPE 2013
			10001067	Mobilidade na cama Prejudicada
			10028322	Capacidade para Transferência Eficaz
			10028333	Deambulação Eficaz
			10001046	Deambulação Prejudicada
			10021068	Mobilidade em Cadeira de Rodas
			10029240	Mobilidade no Leito Positiva
			10025039	Capacidade para Comunicar-se pela Fala Eficaz
			10014956	
				<b><i>Instabilidade Postural</i></b>
			10034683	Queda Ausente
			10038521	Risco de Lesão por Queda
			10015122	Risco de Queda
				<b>Princípios da Reabilitação</b>
				<b><i>Doença de Parkinson e Reabilitação</i></b>
			10021994	Falta de Conhecimento sobre a Doença
			10033671	Adesão a Regime de Reabilitação
				<b><i>Autocuidado e Segurança</i></b>
			10025714	Capacidade para Executar Autocuidado Positiva
			10028708	Capacidade para Executar a Higiene
			10000987	Capacidade para Executar a Higiene Prejudicada
			10000166	Capacidade para Alimentar-se, por si próprio Prejudicada
			10028269	Capacidade para Arrumar-se Eficaz
			10029632	Capacidade para Arrumar-se Prejudicada
			10028224	Capacidade para Banho Eficaz
			10000956	Capacidade para Banho Prejudicada
			10027578	Capacidade para Vestir-se Prejudicada
			10028211	Capacidade para Vestir-se Eficaz
			10023410	Déficit de Autocuidado
			10031397	Segurança do Domicílio Eficaz
			10014956	
			10031397	Segurança do Domicílio Prejudicada
			10012938	
				<b><i>Qualidade de Vida</i></b>
			10027773	Estresse do Cuidador
			10040875	Qualidade de Vida
			10040643	Qualidade de Vida Prejudicada
			10012938	
			10017384	Rotina Adequada
			10017384	Rotina Inadequada
			10028282	Socialização Eficaz
			10001022	Socialização Prejudicada
				<b><i>Regime Medicamentoso</i></b>
			10029272	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso

Tipo de Conceito	Categoria	Sub-categoria	Código	CIPE 2013
			10022635	Capacidade para Manejar (Controlar) o Regime Medicamentoso Prejudicada
			10023937	Déficit de Suprimento de Medicação
			10021941	Falta de Conhecimento sobre o Regime Medicamentoso
			10028670	Resposta à Medicação Eficaz
			10033381	Resposta a Medicação Negativa
<b>Intervenções</b>				
<b>Sintomas Não Motores</b>				
<b><i>Disautonômicos - Urogenital</i></b>				
			10034011	Avaliar Condição Geniturinária
			10030884	
			10045881	Cateterizar Bexiga para Coletar Amostra de Urina
			10020478	
			10004588	Coletar Amostra de Urina
			10020478	
			10019502	
			10005142	Instruir Paciente para Micção Controlada
			10020450	
			10039250	Medir Débito de Líquidos
			10039245	Medir Ingestão de Líquidos
			10030656	Obter Dados sobre Retenção Urinária usando Ultrassom
			10033135	Orientar Autocateterismo
			10019502	
			10014132	Orientar o Paciente sobre Processo do Sistema Urinário
			10020445	
<b><i>Disautonômicos - Gastrintestinal</i></b>				
			10004588	Coletar Amostra de Fezes
			10007764	
			10036475	Obter Dados sobre Condição Intestinal
			10019502	
			10008544	Orientar ao Grupo sobre Processo Gastrointestinal
			10008366	
			10019502	
			10014132	Orientar ao Paciente sobre Processo Gastrointestinal
			10019470	
			10008366	
			10032939	Orientar sobre Ingestão de Líquidos ao Paciente
			10014132	
			10032939	Orientar sobre Ingestão de Líquidos em Grupo
			10008544	
			10032918	Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente
			10014132	
			10032918	Orientar sobre Padrão de Ingestão de Alimentos ao Paciente e em Grupo
			10008544	
<b><i>Disautonômicos - Cardiovascular</i></b>				

Tipo de Conceito	Categoria	Sub-categoria	Código	CIPE 2013
			10031996	Medir Pressão Sanguínea
			10019502	Orientar Medir a Pressão Sanguínea
			10031996	
			10024116	Orientar sobre Doença ao Paciente
			10014132	
			<b>Sensorias</b>	
			10016576	Encaminhar para Equipe Interprofissional
			10039400	
			10024116	Orientar sobre a Doença ao Paciente
			10014132	
			10038725	Orientar sobre Manejo dos Sintomas
			<b>Distúrbios do Sono</b>	
			10016576	Encaminhar para Equipe Interprofissional
			10039400	
			10040380	Orientar sobre Padrão de Sono
			<b>Neuro Comportamental</b>	
			10016576	Encaminhar para Equipe Interprofissional
			10039400	
			10007499	Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado
			10035894	
			10019502	Orientar Apoio Familiar
			10023680	
			<b>Sintomas Motores</b>	
			10024019	Encaminhar para Fisioterapia
			10040269	Orientar Família sobre Prevenção de Quedas
			10041489	Orientar sobre Técnica de Transferência
			<b>Doença de Parkinson e Reabilitação</b>	
			10016576	Encaminhar o Paciente e Família para Grupo para Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação
			10014132	
			10007554	
			10008544	
			10024116	
			10033017	
			10024377	
			10024349	Encorajar Afirmações Positivas
			10024349	Entrar em acordo para Adesão
			10019502	Instruir o Paciente para Contatar a Instituição de Atenção à Saúde
			10005038	
			10008730	
			10032956	Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde
			10024116	Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação ao Paciente
			10033017	
			10014132	Orientar sobre Doença e Orientar sobre Reabilitação em Grupo
			<b>Autocuidado e Segurança</b>	

Tipo de Conceito	Categoria	Sub-categoria	Código	CIPE 2013
			10019502	
			10007554	Orientar a Família para Contratar Cuidador
			10013572	
			10003958	
			10019502	
			10001741	Orientar Adaptação para Comunicação
			10004705	
			10019502	
			10014132	Orientar o Paciente a Aplicar Dispositivos para o Autocuidado
			10002472	
			10017661	
			10019502	
			10014132	Orientar o Paciente sobre Autocuidado
			10017661	
			10019502	
			10007803	Orientar sobre Dispositivo para Alimentação
			10032960	
			10014132	Orientar sobre Segurança Domiciliar ao Paciente
			10014132	
			<b>Qualidade de Vida</b>	
			10019502	
			10001741	Orientar Adaptação para Rotina
			10017384	
			10015801	Promover Socialização
			10018391	
			<b>Regime Medicamentoso</b>	
			10016576	
			10008544	Encaminhar para Grupo para Orientar sobre Regime Terapêutico
			10024625	
			10038566	Obter Dados sobre Risco de Resposta Negativa à Medicação
			10040712	Orientar como lidar com Medicação
			10014132	Orientar sobre Medicação ao Paciente
			10019470	
			10019470	Orientar sobre Medicação em Grupo
			10008544	
			10024625	Orientar sobre Regime Terapêutico em Grupo
			10008544	

Fonte: Elaborado pelos autores

## ■ DISCUSSÃO

A criação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para pacientes com DP em reabilitação é oriunda de um estudo pioneiro, desenvolvido por meio do mapeamento das evidências empíricas descritas em 352 prontuários, que apresentavam no mínimo, seis registros de consultas realizadas por enfermeiros.

A identificação dos Diagnósticos/Resultados e das Intervenções de Enfermagem CIPE® foi pautada na classificação dos sintomas motores, não motores e nos princípios da reabilitação, sendo todos os termos avaliados por meio da expertise de juízes, a fim de garantir a acurácia do método.

O perfil dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo converge com as pesquisas que revelam que a DP tende a ocorrer com maior prevalência em homens idosos e com predomínio da forma mista, caracterizada pela associação dos sintomas tremor, rigidez e bradiscinesia (LEE; GILBERT, 2016).

Sobre os diagnósticos/resultados mais mapeados neste estudo, destacam-se aqueles relacionados aos sintomas motores e não motores da DP. As disfunções autonômicas, relacionadas às disfunções urinárias, foram os sintomas não motores mais prevalentes nessa população, o que converge com a literatura que mostra que até 83% dos pacientes com DP sofrem desses sintomas (MCDONALD; WINGE; BURN, 2016). Já o diagnóstico “Hipoatividade”, conceituado pela CIPE® como “Condição, Prejudicada - diminuição anormal da atividade física do corpo, lentidão, rigidez muscular, máscara facial, associadas a doenças neurológicas ou mentais” (GARCIA, 2014), foi o sintoma motor mais mapeado nesta categoria. Após processo de validação foi sugerida a substituição pelo termo “Hipocinesia”, o qual possui conceito mais adequado aos sintomas motores da DP, caracterizado por redução anormal das funções ou atividades motoras manifestado por movimento retardado ou deficiente (POEWE et al., 2017).

Em se tratando das intervenções de enfermagem, a prevalência daquelas relacionadas aos “Princípios da reabilitação” denotam as ações de enfermagem focadas para o cuidado interprofissional, para a promoção da saúde, para os aspectos de liderança e para intervenções específicas do enfermeiro. Este enfoque se equivale ao Modelo de Competência Profissional do Enfermeiro de Reabilitação, proposto pela “Association of Rehabilitation Nursing” (VAUGHN et al., 2015). Este modelo prevê competências essenciais, presentes em quatro domínios – liderança, cuidado interprofissional, intervenções lideradas pelo enfermeiro, promoção de uma vida com sucesso – os quais são capazes de nortear enfermeiros do mundo todo para a prática clínica da reabilitação. Além disso, eles subsidiam a construção de ferramentas de avaliação, descrevem os papéis profissionais e orientam os cursos de especialização de enfermagem em reabilitação (VAUGHN et al., 2015).

O subconjunto terminológico derivado desse estudo está alinhado com às prioridades de saúde elencadas pelo Conselho Internacional de Enfermagem, de acordo com a condição de saúde (doença de Parkinson), a área de especialidade (a reabilitação) e os fenômenos de enfermagem (os diagnósticos/resultados e as intervenções) (GARCIA, 2014).



## ■ CONCLUSÃO

O raciocínio clínico utilizado pelos enfermeiros no contexto da reabilitação neurológica estava fundamentado no processo de enfermagem, o que possibilitou a definição acurada dos diagnósticos/resultados e intervenções que, por sua vez, determinaram a criação do subconjunto terminológico. A análise dos registros nos prontuários eletrônicos revelou o alto nível de especialidade dos enfermeiros no contexto da reabilitação na DP, o seu comprometimento com o paciente/família, a capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e a cientificidade dos dados gerados pela prática clínica.

O uso do subconjunto terminológico poderá subsidiar o desenvolvimento de protocolos clínicos de enfermagem para o cuidado de pacientes com DP, o aprimoramento da terminologia CIPE® para atender os contextos especializados, e sobretudo, a implantação da linguagem padronizada nos cenários onde ocorre a reabilitação de pacientes com DP.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, jul. 2011.
2. CLARES, J. W. B. et al. Construction of terminology subsets: Contributions to clinical nursing practice. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 47, n. 4, p. 965–970, 2013.
3. DORSEY, E. R.; BLOEM, B. R. The Parkinson Pandemic—A Call to Action. **JAMA Neurology**, v. 75, n. 1, p. 9, 1 jan. 2018.
4. GARCIA, T. R. **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE. Aplicação à Realidade Brasileira**. 1ª edição ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
5. KIM, T. Y.; HARDIKER, N.; COENEN, A. Inter-terminology mapping of nursing problems. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 49, p. 213–220, 2014.
6. LEE, A.; GILBERT, R. M. Epidemiology of Parkinson Disease. **Neurologic Clinics**, v. 34, n. 4, p. 955–965, 2016.
7. MCDONALD, C.; WINGE, K.; BURN, D. J. Lower urinary tract symptoms in Parkinson's disease: Prevalence, aetiology and management. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 35, p. 8–16, 2016.
8. POEWE, W. et al. Parkinson disease. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 3, p. 17013, 2017.
9. POSTUMA, R. B. et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. **Movement Disorders**, v. 30, n. 12, p. 1591–1601, out. 2015.
10. SCHAPIRA, A. H. V.; CHAUDHURI, K. R.; JENNER, P. Non-motor features of Parkinson disease. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 18, n. 7, p. 435–450, 2017.

11. SHIN, J. Y.; HABERMANN, B. Nursing Research in Parkinson's Disease From 2006 to 2015. **Clin Nurs Res**, v. 26, n. 2, p. 142–156, 2017.
12. TAROLLI, C. G. et al. Symptom burden among individuals with Parkinson disease. **Neurol Clin Pract**, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2020.
13. VAUGHN, S. et al. The Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. **Rehabilitation Nursing**, v. 0, p. 1–12, 2015.



18

# *Stress* na equipe de enfermagem da urgência e emergência: A acupuntura como estratégia de cuidado

| Maria Patrícia Costa **Villela**  
Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

# RESUMO

A equipe de enfermagem que atua em serviços de urgência e emergência convive, cotidianamente, com alto índice de stress, a julgar pelo ambiente e tipo de trabalho, que induzem a situações de natureza estressantes. Em longo prazo, o stress pode se tornar crônico e nocivo à saúde, o que denota a necessidade de estratégias de controle. Como o stress relaciona-se a demandas internas e externas, seu controle depende de fatores relativos ao ambiente de trabalho, assim como a mecanismos endógenos fisiológicos e estratégias terapêuticas de enfrentamento exógenas. Estudos mostram que a acupuntura parece atuar na regulação do sistema nervoso simpático e no eixo hipotálamo-hipofisário adrenal, estruturas estas envolvidas na resposta endógena do *stress*, tendo como resultado a redução do distúrbio no organismo e a regulação das funções fisiológicas. O objetivo deste estudo foi descrever os benefícios da acupuntura no controle endógeno do stress da equipe de enfermagem atuante nas unidades de urgência e emergência, e seu potencial como campo de trabalho do Enfermeiro. Foi realizada uma revisão de literatura no PUBMED, LILACS e SciELO, de 2000 a 2010, com 17 artigos, 4 livros, 1 dissertação de mestrado, 1 tese e 1 Resolução. Os resultados indicam que a acupuntura parece liberar neurotransmissores inibitórios do stress, como glutamato, ácido gama-aminobutírico e serotonina. Conclui-se que sua incorporação à atividade profissional do enfermeiro no contexto da emergência pode ser uma ferramenta terapêutica eficaz na prestação da assistência.

**Palavras-chave:** Terapia por Acupuntura, Enfermagem em Emergência, Emergências, Estresse Psicológico.

## ■ INTRODUÇÃO

No contexto da saúde, um assunto cada vez mais crescente e preocupante é o *stress*, principalmente quando o enfoque é a unidade de urgência e emergência, local que exige pronta e efetiva intervenção frente à instabilidade clínica do paciente (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Segundo Stacciarini e Tróccoli (2001), a atividade ocupacional do enfermeiro é vista como a quarta profissão estressante no setor público, pelo fato de requerer um trabalho rotineiro com enfermidades críticas, situações de morte, cargas horárias exaustivas de trabalho, recursos humanos e materiais insuficientes, condições inadequadas de trabalho, desgaste emocional, dificuldades nas tomadas de decisão, dentre outros.

A diversidade das atividades executadas nos setores de urgência e emergência, onde o profissional de saúde se depara com a necessidade diária de ações rápidas, precisas e imprevisíveis para intervir, e o contato direto com situações de sofrimento e morte são fatores que podem conduzir as equipes do setor ao *stress* permanente e nocivo à saúde do trabalhador (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

Além do tipo de intervenção exigida no ambiente da emergência, outra questão que pode favorecer o desenvolvimento do *stress* permanente é o aumento da complexidade dos serviços que geralmente não acompanha a disponibilidade e o aumento de recursos materiais, de recursos humanos e adequação do espaço físico para o atendimento. Assim, os trabalhadores dessa unidade se confrontam diariamente com cargas excessivas de trabalho e carências de recursos, tanto materiais quanto humanos para a assistência eficaz aos usuários (ALMEIDA; PIRES, 2007)

Em longo prazo, esse *stress* pode-se tornar uma condição crônica e levar ao comprometimento da saúde física e mental dos profissionais, podendo ainda influenciar negativamente no ritmo de trabalho (BOLLER, 2003).

Quando o *stress* se torna crônico, deixa de ser uma reação fisiológica e natural do organismo para se transformar em um estado doentio que, como uma doença, irá requerer cuidados e tratamentos para a remissão dos sintomas e prevenção de recorrências (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008).

Segundo Margis *et al* (2003, p.1), o termo *stress* pode ser definido como:

[...] estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, entre outras alterações, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas manifestações sistêmicas, com distúrbios fisiológico e psicológico.

O *stress* agudo ou fisiológico é um processo natural resultante de uma reação do organismo em face de alguma ameaça imediata ou qualquer situação experimentada como

um perigo. Ao cessar o fator desencadeador do evento estressante, o organismo retoma a normalidade. Todavia, o mesmo não acontece no *stress* crônico. Nesse caso, a situação persiste no tempo, produzida pela ação prolongada de um ou vários agentes estressores, o que mantém o organismo em um processo permanente e nocivo de perturbação da homeostase (GASPERIN, 2007; MARGIS *et al.*, 2003).

Luciana Martins *et al.* (2000, citados por BATISTA; BIANCHI, 2006) relatam que o estresse do profissional ocorre quando o ambiente de trabalho passa a ser percebido como uma ameaça ao indivíduo, onde as demandas são geralmente maiores do que a sua capacidade de enfrentamento. Tal fato é bastante comum em se tratando de setores na área da saúde da urgência e emergência (BATISTA; BIANCHI, 2006).

A própria natureza de um ambiente de trabalho nos setores de urgência e emergência propicia o desenvolvimento do *stress* crônico, isso porque a rotina desses setores exige do profissional destreza e raciocínio rápido para decidir e intervir em situações imprevisíveis, onde o grau de responsabilidade e a pressão imposta pelo tempo do atendimento devem estar associados à capacidade em atuar em equipe. Tal situação permanente de *stress* mantém o organismo em um estado constante de alteração do estado fisiológico (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008).

Margis *et al.* (2003) lembram que, além do ambiente como um fator facilitador do *stress*, as questões subjetivas inerentes a cada ser humano, associadas ou não ao local de trabalho, também influenciam a capacidade individual ao desenvolvimento do *stress*.

Para Margis *et al.* (2003), a resposta ao *stress* resulta da interação entre as características pessoais e as demandas do meio, sendo uma reação induzida por fatores oriundos entre o meio interno e externo. Salientam ainda que o controle do *stress* não está sujeito, exclusivamente, a fatores extrínsecos relacionados a determinada situação ou ao ambiente de trabalho. Sobretudo, está condicionado a fatores intrínsecos de natureza cognitiva, comportamental e neurofisiológica do indivíduo.

Envolve, portanto, o sistema nervoso central e o autônomo. Esses sistemas são responsáveis pelo controle do *stress* em seu componente interno através da liberação de neurotransmissores específicos frente aos eventos estressores externos, como os provenientes do contexto de trabalho. Isso pressupõe que as abordagens devem, além de buscar estratégias externas para minimizar o *stress*, pesquisar mecanismos terapêuticos para sua regulação fisiológica, tendo em vista proporcionar ao profissional um estado de saúde mais estável e um equilíbrio emocional relativo para intervir com maior estabilidade e controle diante das emergências (MARGIS *et al.*, 2003).

Pela sua capacidade em gerar no organismo diversas manifestações sistêmicas, com desordens psicológicas e fisiológicas que variam de pessoa a pessoa, o *stress* não deve

ser entendido como uma condição estática. Logo, requer ações amplas, integrais e individualizadas de cuidado (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Existem várias estratégias na literatura que poderiam ser empregadas com a finalidade de minimizar o *stress* em uma equipe de saúde que atua em serviços de urgência e emergência, entretanto, nenhuma delas recomenda a inserção de mecanismos terapêuticos para a regulação fisiológica do distúrbio no organismo.

Nesse sentido, uma possibilidade de estudo que poderia trazer benefício ao controle interno do *stress* é a terapia por acupuntura, cuja terapêutica, segundo estudos, parece atuar na regulação do sistema nervoso simpático e no eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, estruturas envolvidas no controle endógeno do *stress*, tendo como resultado a regulação das funções fisiológicas (ERNST; WHITE, 2001; JACQUES, 2003).

Embora a acupuntura ainda esteja em processo de regulamentação no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 971/2006, aprovou as Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS (KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2009; PARANAGUÁ; BEZERRA, 2008).

## ■ OBJETIVO

Refletir sobre a ação terapêutica da acupuntura no organismo como estratégia complementar no controle endógeno do *stress* na equipe de enfermagem que atua nas unidades de urgência e emergência.

## ■ MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica.

Segundo Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa bibliográfica abrange toda literatura já tornada pública em relação ao tema de estudo.

Para a realização desse trabalho os dados foram levantados por meio de livros e periódicos publicados entre os anos de 2000 e 2011, nos idiomas português e inglês, na base de dados PUBMED, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram “terapia por acupuntura”, “enfermagem em emergência”, “serviços de emergência” e “estresse psicológico”.

Foram encontrados 24 (vinte e quatro) artigos científicos, 6 (seis) livros, 2 (duas) dissertações de mestrado e 1 (uma) Resolução da *World Health Organization* – WHO. Os dados coletados foram analisados por meio de leitura e seleção dos trechos relevantes para a pesquisa, sendo descritos de forma narrativa.



Selecionaram-se 17 (dezessete) artigos, 4 (quatro) livros, 2 (duas) dissertações e a Resolução da *World Health Organization* (WHO) para fundamentar esta revisão. 2 (dois) livros e 7 (sete) artigos, após análise, foram excluídos por não atenderem aos objetivos desta pesquisa.

## ■ DISCUSSÃO

A resposta do organismo ao *stress* é resultado da interação entre as características internas individuais e as demandas externas do meio onde o sujeito está inserido. Envolve, portanto, um componente interno de natureza fisiológica e os mais variados fatores extrínsecos relacionados ao sujeito, como ambientes, tipos de trabalhos ou eventos de natureza estressores. Logo, os fatores internos e externos induzem e interferem na capacidade de reação de cada um ao *stress* no organismo (MARGIS *et al.*, 2003).

As manifestações ou respostas fisiológicas ocorrem mediante a percepção de uma situação estressora do mundo exterior, na qual o organismo processa uma determinada informação, analisa-a, busca soluções e se prepara para agir de modo rápido frente ao evento estressor por meio da emissão de respostas biológicas adequadas, sejam hormonais ou por impulsos nervosos. Todavia, o controle fisiológico é limitado, podendo tornar-se ineficaz em muitas situações e desencadear um efeito endógeno desorganizador, levando o organismo à perda da homeostasia (MARGIS *et al.*, 2003).

A fisiologia do *stress* compreende o Sistema Nervoso Central (SNC) por meio da ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal e o Sistema Nervoso Autônomo (SNA), em seu componente Simpático que, juntamente com o Sistema Endócrino desempenham a função de processamento, integração e regulação do organismo. Essas estruturas são responsáveis pelas respostas biológicas do organismo face aos eventos por natureza estressores ou ameaças percebidas pelo indivíduo (GASPERIN, 2007).

Frente a ameaças, o SNC recebe os estímulos e envia sinais de respostas emocionais aos demais sistemas, como o Endócrino (eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal) e o Sistema Nervoso Central – SNC (porção Simpática). A ligação entre esses sistemas parece ser intermediada pela ação do hipotálamo, conhecido como o grande centro regulador do organismo (VENÂNCIO *et al.*, 2008).

O hipotálamo, em conjunto com o hipocampo e a amígdala, estruturas subcorticais localizadas no lobo temporal, ativa um eixo denominado hipotalâmico-hipofisário-adrenal – circuito HPA, que envolve o hipotálamo (o grande controlador de várias funções vitais no organismo), a pituitária (que controla as glândulas secretoras de hormônios de todo o corpo) e as glândulas adrenais (que produzem e secretam, entre outros hormônios, a adrenalina e o cortisol). Nesse circuito, o hipotálamo secreta os neurohormônios CRH (corticotropina),

vasopressina e outros neuropeptídeos reguladores. A liberação de CRH promove a secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela pituitária (adeno- hipófise) na corrente sanguínea. Por sua vez, o ACTH ativa o córtex adrenal a liberar glicocorticóides (GC), que desempenham diversas ações, como o preparo do organismo para desafios fisiológicos ou ambientais sob a forma de respostas. Entre os GC liberados estão a adrenalina e o cortisol, hormônios importantes para aferir o *stress*, cujos níveis cronicamente elevados podem interferir na estrutura e função hipocampal, alterando a homeostase interna (GASPERIN, 2007; MARGIS *et al.*, 2003; VENÂNCIO *et al.*, 2008).

Concomitantemente à ativação do circuito HPA, sob eventos estressores ou ameaçadores, o hipotálamo parece ativar ainda o Sistema Nervoso Simpático a produzir um sistema de alarme e uma liberação em massa de neurotransmissores adrenérgicos na fenda sináptica, como a noradrenalina e a dopamina (GASPERIN, 2007).

Estudos sugerem que na resposta aguda ao *stress* as substâncias mais envolvidas seriam adrenalina, dopamina e cortisol. Em contrapartida, seriam emitidas respostas inibitórias para a regulação do comportamento de defesa que possibilitariam a adoção de estratégias do indivíduo contra o *stress*, sendo os principais reguladores citados os aminoácidos gama-aminobutírico (GABA), glicina e glutamato, o neurohormônio CRH (corticotropina) e o neurotransmissor serotonina (GASPERIN, 2007; MARGIS *et al.*, 2003).

Segundo Margis *et al.* (2003), acredita-se que a serotonina tenha função de resposta adaptativa, por isso parece exercer um duplo papel na regulação do comportamento de defesa (MARGIS *et al.*, 2003).

O papel do CRH também é destacado pela sua atuação como indutor do cortisol e, ao mesmo tempo, de *feedback* negativo sobre esse hormônio, um dos maiores responsáveis pelo *stress* no organismo (CANALI; KRUEL, 2001).

Pode-se dizer que hormônios como adrenalina, dopamina e cortisol agiriam à semelhança de indutores do *stress*, enquanto que os aminoácidos (ácido gama-aminobutírico - GABA, glicina e glutamato), o neurohormônio (corticotropina - CRH) e o neurotransmissor serotonina teriam papel de inibidores e adaptadores do evento no organismo (GASPERIN, 2007; MARGIS *et al.*, 2003).

A acupuntura é uma técnica milenar da Medicina Tradicional Chinesa - MTC com vistas à prevenção ou tratamento de doenças. Consiste na inserção de agulhas em pontos cutâneos específicos, conhecidos como pontos de acupuntura, os quais correspondem a meridianos próprios por onde circula a energia (ERNST; WHITE, 2001).

O tratamento com acupuntura refere-se à estimulação desses pontos nos meridianos correspondentes, com o objetivo terapêutico de promover a regulação das funções fisiológicas e restabelecer o equilíbrio energético global do organismo em seu âmbito físico,

psíquico e energético, já que a MTC concebe o organismo constituído por matéria e energia (ERNST; WHITE, 2001).

O sistema médico integral e filosófico chinês é constituído por princípios e teorias fundamentais que se apoiam em conhecimentos e culturas milenares da China antiga relativas a concepções de saúde e doenças, bastante diferentes do modelo médico ocidental (JACQUES, 2003).

Com a inserção da acupuntura no ocidente e no Brasil, por volta de 1950, a forma de abordagem filosófica do pensamento chinês, a grande diferença entre seus preceitos em relação à medicina convencional, sua terapêutica e seu mecanismo de ação no organismo impeliram a comunidade científica ocidental à reflexão para maior compreensão sobre sua visão oriental e a instituir pesquisas na busca de evidências e comprovações de seus efeitos terapêuticos (ERNST; WHITE, 2001).

## ■ RESULTADOS

Pesquisas demonstraram que o mecanismo de ação da acupuntura no organismo ocorre pelas vias do Sistema Nervoso Autônomo. A estimulação nos pontos de acupuntura na periferia do corpo emite sinais que trafegam pela medula espinhal até o Sistema Nervoso Central e retornam pela via eferente, produzindo reflexos orgânicos internos nos órgãos e nas vísceras. Essa atividade reflexa influencia diretamente o funcionamento interno ao provocar a liberação de diversos mediadores químicos, resultando na regulação das funções fisiológicas (ERNST; WHITE, 2001; WHO, 2002).

Evidenciou-se, em um estudo histológico sobre os pontos de acupuntura, que existe uma concentração fibrilar neural, uma rede capilar bem desenvolvida e uma concentração aumentada de mucopolissacarídeos nos locais específicos no corpo onde existem pontos de acupuntura, não havendo tal concentração presente em outros locais. Tais dados demonstram uma diferença anatômica na estrutura de pontos de acupuntura em relação a outros locais onde não são indicados pontos para punção por acupuntura, o que mostra sua especificidade no tratamento (MEDEIROS; SAAD, 2009).

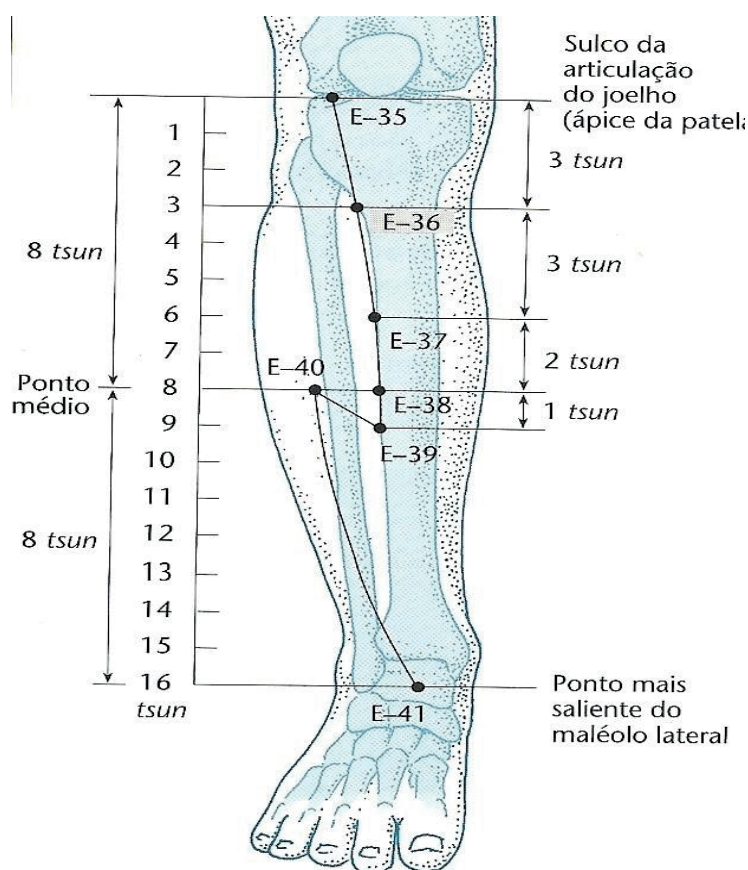
Pesquisadores da Universidade Federal de Belo Horizonte (UFMG) também apontaram a existência de pontos reais de acupuntura ao demonstrar que os resultados favoráveis em uma pesquisa somente foram obtidos pela punção nos locais próprios em meridianos, o mesmo não ocorrendo em pontos inespecíficos (ALMEIDA; DUARTE, 2008).

Esses pesquisadores levantaram a hipótese de uma ligação entre a acupuntura e a liberação endógena de um neurotransmissor, o óxido nítrico (NO), cuja propriedade vasodilatadora atua na regulação do tônus vascular que, por sua vez, pode interferir na regulação do sistema nervoso simpático, um dos sistemas do organismo envolvido na cascata fisiológica

do *stress*, conforme resultado de pesquisas. Os autores sugerem que a eletroestimulação por acupuntura no ponto de acupuntura E 36 poderia induzir a ativação do óxido nítrico (ALMEIDA; DUARTE, 2008). O ponto E 36 está localizado no corpo a três *tsuns* distais ao ponto E35 (com o joelho flexionado, em uma depressão lateral abaixo da patela) e a um *tsun*\* lateral à margem anterior da tibia, entre os músculos tibial anterior e extensor longo dos dedos dos pés (LIAN *et al.*, 2000).

O termo “*Tsun*” refere-se à terminologia médica chinesa para delimitar a localização anatômica dos pontos de acupuntura. Logo, um *tsun* equivale a uma largura do dedo médio; dois *tsuns* correspondem a 3 dedos e três *tsuns* a quatro dedos esticados e juntos (LIAN *et al.*, 2000).

**FIGURA 1.** Localização anatômica do ponto E 36 Fonte: FOCKS, Claudia. 2005, p. 42.

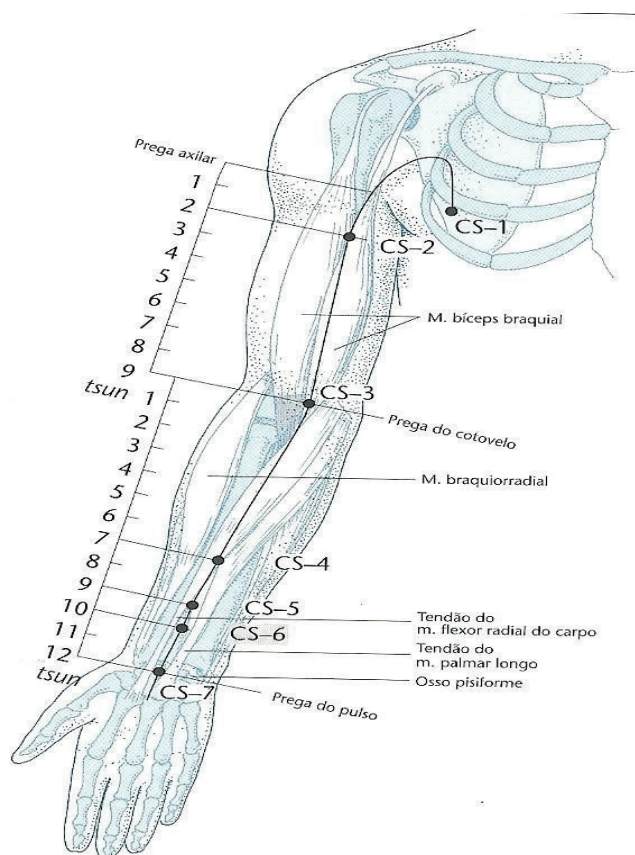


Ernst e White (2001, p. 127) colocam que há hipóteses de que a acupuntura reduza o tônus simpático: “Parece possível que um vasodilatador seja liberado pela acupuntura ou que a dor possa ser aliviada [...] que, por sua vez, leva ao tônus simpático reduzido.” Tal fato observado indica uma suposta interferência da ação da acupuntura na regulação endógena do *stress*, por atuar sobre o Sistema Nervoso Simpático, um dos eixos envolvidos na manifestação do *stress* (ERNST; WHITE, 2001).

Medeiros e Saad (2009) também referenciam a indução endógena do óxido nítrico ao estímulo por acupuntura e ressaltam a importância desse gás na regulação da dor e

homeostase cardiovascular. Relatam também, com relação ao sistema simpático, que em um estudo neurofisiológico houve sinais de modulação do tônus simpático com acupuntura no ponto PC6. De acordo com Lian *et al.* (2000), esse ponto situa-se, anatomicamente, a dois *tsuns*\* proximais à prega distal do punho, no meio da face anterior do antebraço, entre os tendões dos músculos palmar longo e flexor radial do carpo. Medeiros e Saad acrescentam que outras substâncias, como serotoninas, catecolaminas, glutamato e ácido ami- amino-butírico, podem estar associadas a efeitos analgésicos e cardiovasculares por acupuntura (MEDEIROS; SAAD, 2009; LIAN *et al.*, 2000).

**FIGURA 2.** Localização anatômica do ponto PC 6 ou CS 6 Fonte: FOCKS, Claudia. 2005, p. 42.



Estudos sugerem que os aminoácidos glutamato e o ácido gama-aminobutírico estão envolvidos na resposta inibitória do *stress* no organismo, enquanto que a serotonina exerce a função de reguladora ou adaptativa do distúrbio no organismo (GASPERIN, 2007; MARGIS *et al.*, 2003).

Tal achado indica a possibilidade da eficácia da acupuntura no controle endógeno do *stress*, já que estes neurotransmissores (glutamato, ácido gama-aminobutírico e serotonina) estão envolvidos no mecanismo de regulação do *stress* e podem ser liberados ao estímulo por acupuntura (GASPERIN, 2007; MARGIS *et al.*, 2003; MEDEROS; SAAD, 2009).

Outros experimentos científicos também relatam que a ação endógena da acupuntura induz a serotonina e diversos opioides, além dos citados, como acetilcolina, betaendorfinas,



substância P, dopamina, células fagocitárias, corticoides com ação anti-inflamatória, prolactina e ocitocina, dentre outros (JACQUES, 2003; JENNER; FILSHIE, 2002).

Jacques (2003) ressalta que pesquisadores identificaram os subtipos de receptores de serotonina envolvidos na modulação produzida por eletroacupuntura: 5-HT1, 5-HT2 e 5HT3.

A acupuntura parece atuar diretamente na regulação do eixo hipotalâmico- hipofisário-adrenal, circuito este envolvido no controle endógeno do *stress*. O núcleo arqueado do hipotálamo foi identificado como o sítio receptor ao estímulo de alta intensidade e baixa frequência (1-8 hz) por acupuntura clássica ou pela eletroacupuntura, cuja estimulação permanece após cessados os estímulos. Isso mostra que a acupuntura pode ter ação benéfica sobre o hipotálamo com efeitos duradouros, podendo, dessa forma, atuar na regulação endógena do *stress* (JACQUES, 2003).

De acordo com Ma Sheng-Xing (2004, citado por MEDEIROS, 2009), dentre os locais descritos como associados à ação por acupuntura estão o hipotálamo anterior e posterior, estruturas estas já relatadas por pesquisadores como envolvidas na fisiologia do *stress*.

Em uma revisão da *World Health Organization* (2002) sobre as doenças que podem ser tratadas por acupuntura publicada pelo *Journal of Internal Medicine*, estudiosos descreveram que pesquisas realizadas têm avaliado a ação da acupuntura no tratamento de vários distúrbios, como ansiedade, dor, desordens cardiovasculares a exemplo de arritmias e angina pectóris, hipogalactia, depressão, dentre outras. Destaca-se a acupuntura auricular como uma técnica muito mais eficaz que a psicoterapia no tratamento da síndrome do *stress* (WHO, 2002; SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001; HADAAD *et al.*, 2009).

Os efeitos da acupuntura também têm sido observados em casos de *stress* agudo por contenção. Os resultados obtidos mostraram que a acupuntura aplicada durante o evento no organismo foi capaz de atenuar alguns comportamentos envolvidos na reação de luta ou fuga característica do *stress* (SCOGNAMILLO-SZABÓ; BECHARA, 2001).

Dentre as doenças tratáveis por acupuntura, vários estudos sugerem que seu uso terapêutico poderia interferir positivamente na regulação endógena do *stress* no organismo, haja vista que o estímulo em pontos específicos de acupuntura parece induzir a liberação de substâncias postas como inibidoras do distúrbio. Também a acupuntura atua no equilíbrio interno do sistema nervoso simpático e diretamente na regulação do circuito hipotalâmico- hipofisário-adrenal, eixo este envolvido no controle fisiológico do *stress*. São vários os resultados de experimentos científicos que indicam a possibilidade de intervenção terapêutica da acupuntura no distúrbio do *stress* (JACQUES, 2003; MEDEIROS; SAAD, 2009; ERNST; WHITE, 2001).

Frente às evidências científicas sobre a utilidade potencial da acupuntura no tratamento de várias doenças, de sua atuação sobre estruturas fisiológicas relacionadas ao *stress* e de

sua ação na liberação de diversos opioides endógenos, incluindo aqueles postulados como inibidores do *stress*. Entende-se que a acupuntura teria uma eficácia terapêutica na modulação do *stress* da equipe de enfermagem atuante nas unidades de urgência e emergência e que seria benéfico para os trabalhadores dessas unidades a inserção dessa terapia no seu cotidiano de trabalho.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto neste estudo sobre as evidências científicas e possíveis intervenções terapêuticas da acupuntura no campo complexo do *stress*, nota-se que sua incorporação à atividade profissional do enfermeiro no contexto da emergência pode ser uma ferramenta eficaz na prestação da assistência.

Entende-se que a assistência por acupuntura, em unidades de emergência, é uma prática viável visando ao benefício da equipe que sofre de *stress* constante, cujo distúrbio depende de variáveis externas relacionadas ao ambiente e, ainda, intrínsecas ao sujeito para que haja remissão de sintomas.

Considerando-se que a acupuntura pode induzir o controle interno do *stress* e promover a estabilidade fisiológica e hormonal do organismo, pode-se dizer que esse recurso terapêutico poderia ser utilizado como um cuidado contínuo ao profissional que enfrenta o *stress* frequente em seu dia a dia de trabalho. O cuidado contínuo por acupuntura nas unidades de emergência deve ser entendido como acompanhamento constante da equipe de saúde que atua nas unidades de urgência e emergência que sofre de *stress*, por meio de sessões de acupuntura rumo à promoção da saúde destes profissionais.

Assim, no contexto das unidades de emergência, a equipe poderia encontrar um recurso terapêutico complementar para minimizar os efeitos negativos do *stress* frequente e o enfermeiro-acupunturista teria disponível um campo de trabalho adicional para sua prática assistencial.

A acupuntura, como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem, foi reconhecida pelo COFEN, por meio da Resolução n. 197/97 de 19/03/1997, o que permite ao enfermeiro seu exercício profissional como terapia complementar para a prevenção e/ou tratamento de diversas doenças (KUREBAYASHI; OGUISSO; FREITAS, 2009; PARANAGUÁ; BEZERRA, 2008).

É importante que os líderes das instituições hospitalares compreendam a importância de minimizar o *stress* no ambiente de trabalho e possibilitem a prática da acupuntura como recurso terapêutico para profissionais atuantes nas unidades de urgência e emergência.



## ■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos; PIRES, Denise Elvira Pires de. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 617-629, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2010.
2. ALMEIDA, Renato Teixeira; DUARTE, Igor Dimitri Gama. Nitric oxide/cGMP pathway mediates orofacial antinociception induced by electroacupuncture at the St 36 acupoint. **Brain Research**, v. 1188, p. 54-60, 10 Jan. 2008. Disponível em: <[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6SYR-4R1MF4J-&\\_user=10&\\_coverDate=01%2F10%2F2008&\\_rdoc=1&\\_fmt=high&\\_orig=gateway&\\_origin=gateway&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_view=c&\\_searchStrId=1746045424&\\_rerun Origin=google&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=d5749\\_8566afdf210e1e6d3182ae87c54&searchtype=a](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6SYR-4R1MF4J-&_user=10&_coverDate=01%2F10%2F2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=gateway&_origin=gateway&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1746045424&_rerun Origin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=d5749_8566afdf210e1e6d3182ae87c54&searchtype=a)>. Acesso em: 22 jan. 2011.
3. BATISTA, K. de Melo; BIANCHI, E. R. F. Estresse do Enfermeiro em Unidade de Emergência. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, jul./ago. 2006.
4. BOLLER, Erika. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 336-345, dez. 2003. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4481>>. Acesso em: 20 jan. 2011.
5. CALDERERO, Andréa Regina Leonardo; MIASSO, Adriana Inocenti; CORRADI- WEBSTER, Clarissa Mendonça. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 51-62, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7681>>. Acesso em: 22 dez. 2010.
6. CANALI, Enrico Streliaev; KRUEL, Luiz Fernando Martins. Respostas hormonais ao exercício. **Rev. Paul. Educ. Física**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 141-153, jul-dez 2001. Disponível em: <[http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v15%20n2%20artigo\\_3.pdf](http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v15%20n2%20artigo_3.pdf)>. Acesso: 20 dez. 2010.
7. ERNST, Edzard; WHITE, Adrian. **Acupuntura: uma avaliação científica**. São Paulo: Manole, 2001. 208 p.
8. FOCKS, Claudia. **Atlas de acupuntura: com sequência de fotos e ilustrações, textos didáticos e indicações clínicas**. Barueri, SP: Manole, 2005, 255 p.
9. GASPERIN, Daniela. **Efeito do estresse psicológico no aumento da pressão arterial: uma metanálise de estudos de coorte**. 2007. 57 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007. Disponível em: <[http://bdtd.unisinos.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=488](http://bdtd.unisinos.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=488)>. Acesso em: 22 nov. 2010.
10. GENTIL, Rosana Chami; RAMOS, Laís Helena; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. Capacitação de Enfermeiros em Atendimento Pré-hospitalar. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_04.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2010.
11. HADAAD, Mariana Lourenço *et al.* Acupuntura em mães lactantes de recém-nascidos de muito baixo peso: um relato de experiência. **Cienc Cuid Saúde**, Universidade Estadual de Londrina (UEL), v. 8, n. 1, jan-mar, p. 124-130, 2009.

12. JACQUES, Lílian Moreira. **Categorias epistemológicas e bases científicas da medicina tradicional chinesa**. 2003. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências). COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://oscarhome.soc-sci.arizona.edu/ftp/TeseMestradoLilian-Jacques.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2010.
13. JENNER, C.; FILSHIE, J. Galactorrhoea following acupuncture. **Acupunct Med**, v. 2-3, p. 107-108, 2002.
14. KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato; OGUISSO, Taka; FREITAS, Genival Fernandes de. Acupuntura na enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 210-212, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a15v22n2.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2010.
15. LIAN, Yu-Lin *et al.* **The Seirin Pictorial Atlas of acupuncture: an illustrated manual of acupuncture points**. Slovenia: Hans P.Ogal & Wolfram Stör, 2000.351 p
16. MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. p. 166.
17. MARGIS, Regina *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 65-74, abr. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 nov. 2010.
18. MARTINS, L. M. M. *et al.* Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 52- 58, mar. 2000.
19. MEDEIROS, Roberta de; SAAD, Marcelo. Acupuntura: efeitos fisiológicos além do placebo. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 69-72, 2009. Disponível em: <[http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/66/69a72.pdf](http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/66/69a72.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2010.
20. PARANAGUÁ, T. T. B.; BEZERRA, A. L. Q. Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 261-267, abr./jun. 2008.
21. SCOGNAMILLO-SZABÓ, M. V. R.; BECHARA, G. H. Acupuntura: bases científicas e aplicações. **Ciência Rural**, Santa Maria, v. 31, n. 6, p. 1091-1099, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cr/v31n6/a29v31n6.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2010.
22. SHENG-XING, Ma. Neurobiology of acupuncture: toward CAM. **Evidence-based Complementary and Alternative Medicine (eCAM)**, v.1, n.1, p. 41-47, 2004.
23. SOUZA, Roberta Brito de; SILVA, Maria Júlia Paes da; NORI, Adriana. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3169>>. Acesso em: 26 fev. 2011.
24. STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17- 25, mar./abr. 2001. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 21 jan. 2011.

25. WHO – World Health Organization. **Acupuncture**: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials. Nonserial publication. Out of print. 2002. Disponível em: <[www.who.int/medicinedocs/pdf/s4926e/s4926e.pdf](http://www.who.int/medicinedocs/pdf/s4926e/s4926e.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2011.
26. VENÂNCIO, E. T. *et al.* Neurobiologia das emoções e principais alvos farmacológicos: foco sobre o medo e ansiedade. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, v. 2, n. 2, p. 18-26, out.- dez. 2008. Disponível em: <<http://www.fisfar.ufc.br/pesmed/index.php/rep/article/viewFile/214/205>>. Acesso em: 20 nov. 2010.

# Impactos e fatores determinantes no *bundle* de pneumonia associada à ventilação mecânica



- | Ana Natesia **Rodrigues**
- | Luciana Vlória e Cavallhedo **Fragoso**
- | Francisca de Melo **Beserra**
- | Islane Costa **Ramos**

# RESUMO

**Objetivo:** avaliar os impactos e fatores determinantes no cumprimento do *bundle* para redução da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Método:** estudo longitudinal retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital público de ensino. Coleta realizada entre maio de 2014 e abril de 2015. Participaram da pesquisa, os pacientes da UTI, notificados com PAV. Para a organização dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010. Estabeleceu-se uma análise crítica entre os dados levantados e as taxas de infecção. A pesquisa obteve parecer favorável, sob o nº 566.136. **Resultados:** observou-se aumento na incidência de PAV após implementação do *bundle*; os patógenos prevalentes foram bactérias gram-negativas. Os óbitos foram iguais ou maiores a 50%. As mudanças de profissionais e a falta de insumos foram fatores determinantes. **Conclusão:** nesse contexto, ressalta-se a necessidade de qualificação permanente da equipe, com o propósito de favorecer a adesão ao protocolo e prevenir a PAV.

**Palavras-chave:** Pneumonia, Unidades de Terapia Intensiva, Segurança do Paciente, Prevenção, Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica.

## ■ INTRODUÇÃO

Atualmente, o termo infecção hospitalar passou a ser denominado de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), cuja definição é a de toda e qualquer infecção que acomete o indivíduo, seja em instituições hospitalares, atendimentos ambulatoriais na modalidade de hospital dia ou domiciliar, que possa estar associada a algum procedimento assistencial, tanto terapêutico quanto diagnóstico<sup>(1)</sup>.

Elas constituem um risco significativo à saúde dos usuários; sua prevenção e controle são de suma importância e envolvem medidas de qualificação da assistência hospitalar através de ações que resultem na melhoria da qualidade da assistência à saúde, redução de esforços, complicações e recursos.

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é a mais importante e comum infecção que acomete os pacientes críticos ventilados mecanicamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), devido ao estado vulnerável destes pacientes<sup>(2)</sup>. Relacionada à assistência à saúde, é geralmente de origem aspirativa, sendo a principal fonte as secreções das vias áreas superiores, seguida da inoculação exógena de material contaminado ou do refluxo do trato gastrointestinal<sup>(3)</sup>.

A PAVM é a infecção que ocorre após 48 horas a partir da intubação, que não estava incubada no período da admissão do paciente, e 72 horas após a extubação<sup>(4)</sup>. Segundo a Sociedade Paulista de Infectologia<sup>(5)</sup>, podem ser classificadas de acordo com o tempo após internação hospitalar em que ocorrem, podendo ser precoce, a qual ocorre até o quarto dia após intubação, e tardia, ocorrendo após o quarto dia de intubação.

A ANVISA<sup>(3)</sup> descreve que os fatores de risco da PAVM são: idade avançada (acima de 70 anos); coma; nível de consciência; intubação e reintubação traqueal; condições imunitárias; uso de drogas imunodepressoras; choque; gravidade da doença; antecedência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); tempo prolongado de ventilação mecânica maior que sete dias; aspirado do condensado contaminado dos circuitos do ventilador; desnutrição; contaminação exógena; antibioticoterapia como profilaxia; colonização microbiana; cirurgias prolongadas; aspiração de secreções contaminadas; colonização gástrica e aspiração desta; e o pH gástrico (> 4). A estimativa da mortalidade atribuída a essa infecção varia nos diferentes estudos, mas aproximadamente 33% dos pacientes com PAV morrem em decorrência direta desta, traduzindo-se no prolongamento da hospitalização por volta de 12 dias e no aumento de custos em torno de 40.000 dólares por episódio<sup>(4)</sup>.

Portanto, buscando protocolos que visem a amenizar esse tipo infecção, foi implementado o *bundle*, um pacote de medidas com o intuito de prevenir a PAV. O objetivo desse modelo não é ser uma referência abrangente do arsenal terapêutico disponível, mas sim

ser um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências que, quando executadas coletivamente, melhoram os resultados para os pacientes.

O *bundle* de ventilação mecânica é definido como um conjunto de medidas para a prevenção da PAVM baseadas em evidências científicas. Trata-se de um *checklist* que deve ser preenchido de forma multidisciplinar de acordo com a equipe da unidade. É composto por sete medidas que, uma vez realizadas em conjunto, tendem a diminuir a incidências de PAV. Nesta instituição de estudo, esse pacote de medidas para prevenir PAV foi escolhido como prioritário por ser o que mais acomete os pacientes ventilados mecanicamente nas unidades de terapia intensiva; as medidas preventivas são realizadas e preenchidas no documento diariamente, durante os três turnos. O *bundle* implementado foi o recomendado pelos profissionais intensivistas juntamente com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

1. Identificação do RASS (escala de agitação e sedação de Richmond). A avaliação do nível de sedação é feita por- que esta, quando profunda, dificulta o desmame ventilatório e pode culminar em maior risco para PAV<sup>(6)</sup>.
2. Sedação, para identificar se foi mantida ou interrompida. A interrupção diária da sedação está associada a maior sobre- vida dos pacientes submetidos à ventilação mecânica<sup>(7-8)</sup>.
3. Elevação da cabeceira, com resposta de “sim/não” para mantida entre 30°–45°. A manutenção da cabeceira do leito elevada entre 30°–45° é uma das principais recomendações para evitar a broncoaspiração, principalmente nos pacientes que estiverem recebendo nutrição enteral<sup>(9-10)</sup>.
4. Nutrição enteral, com resposta de “sim/não”, esta medi- da relaciona a administra- ção de dieta por sonda como fator predisponente para a PAV, pelo risco de aspira- ção do conteúdo gástrico<sup>(7)</sup>.
5. Bloqueio neuromuscular, com resposta de “mantida/ interrompida/sem indicação”. Os bloqueadores neuromusculares (BNM) podem induzir uma disfunção neuro- muscular, caracterizada por fraqueza muscular generalizada, dificultando desma- me ventilatório<sup>(10)</sup>.
6. Pressão do balonete com resposta de “sim/não” para pressão entre 25°–35°. A manutenção da pressão ade- quada do *cuff* deve assegurar a vedação da traqueia para impedir microaspirações de secreções subglóticas para o trato respiratório inferior<sup>(11-12)</sup>.
7. Higiene oral com clorexidina aquosa a 0,12%, com resposta de “sim/não/falta”, jus- tificando a realização do procedimento. O tubo orotraqueal favorece o aparecimen- to de biofilme dental, que pode ser um importante reservatório para patógenos, os quais, se broncoaspirados, podem causar a PAV<sup>(9)</sup>.



Além disso, o *bundle* contém informações adicionais, como: data da intubação, data da extubação com identificação do modo, se programada ou acidental, data da reintubação e traqueostomia. Devido ao pouco tempo disponível da equipe local em analisar os impactos, os fatores que podem influenciar o cumprimento das medidas e a necessidade de retorno aos profissionais à unidade, buscou-se realizar este presente estudo.

Portanto, temos como objetivo avaliar o impacto do *bundle* e os fatores que influenciam no cumprimento das medidas preventivas para pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva, em decorrência dos pacientes terem elevados riscos, neste ambiente crítico, de serem acometidos por tais eventos adversos.

## ■ MÉTODO

### Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, sendo encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Walter Cantídio, obtendo parecer favorável conforme protocolo nº 566.136. Foram seguidas as recomendações das Diretrizes e Normas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, apresentadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (2012).

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo longitudinal retrospectivo, descritivo e com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Público de Ensino, localizado em Fortaleza, CE. Os estudos descritivos buscam determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde levando em consideração o tempo, o lugar e/ou as características individuais<sup>(13)</sup>.

A abordagem quantitativa é aquela influenciada pelas ciências naturais, que definem a existência de uma realidade externa que pode ser examinada de modo objetivo, chegando a verdades universais. Assim, os resultados da pesquisa são reprodutíveis e generalizáveis<sup>(14)</sup>.

O estudo foi realizado entre maio de 2014 e abril de 2015.

### Amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram sujeitos da pesquisa 26 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva que se encontravam sob assistência ventilatória invasiva no período de maio de 2014 a abril de 2015, os quais tiveram notificações de PAV, realizadas pela CCIH no período citado anteriormente. O critério de exclusão utilizado foi para aqueles pacientes que apresentaram

diagnóstico de pneumonia na admissão ou que desenvolveram nas primeiras 48 horas de internação na UTI, dados que continham na ficha de notificação.

## Protocolos do estudo

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois instrumentos preenchidos pelo enfermeiro da CCIH. O primeiro contemplava dados de identificação e clínicos dos pacientes elegíveis, o qual é descrito como “Ficha de vigilância ativa”. O segundo utilizado foi a “Ficha de notificação de IRAS”, realizadas pela CCIH.

Foi implementado o *bundle* de PAV na Unidade em novembro de 2014; com isso, realizou-se uma análise comparativa na incidência de PAV no período de maio de 2014 a outubro de 2014 (antes da implementação do *bundle*) e novembro de 2014 a abril de 2015 (após a implementação do *bundle*), observando os seguintes dados contidos nas fichas.

A ficha de vigilância ativa contém dados clínicos, como nome do paciente, sexo, idade, diagnóstico, precedência, leito no qual se encontra, data de admissão, assim como procedimentos/dispositivos invasivos que foram realizados e/ou instalados como CVC (cateter venoso central), PAM (pressão arterial média), ventilação mecânica, SNE/SNG (sondas nasoenteral e nasogástrica), SVD (sonda vesical de demora), NPT (nutrição parenteral), dissecação venosa, hemodiálise, infecção hospitalar e drenos. A ficha também dispõe de um campo para identificar o tipo de antimicrobiano utilizado. Identifica o exame microbiológico e o dia em que foi realizado, assim como o resultado, com a descrição do agente isolado. Após a vigilância, a ficha de notificação de IRAS é preenchida de acordo com os critérios de identificação de PAV, contendo as seguintes informações: dados clínicos do paciente — como nome, prontuário, DN(Data de Nascimento), idade, sexo, enfermaria, leito, clínica; dados hospitalares — como hospital de origem, data de entrada e saída, diagnóstico, data de entrada e saída do presente hospital, motivo da saída, data da infecção, tipo de material colhido, sítio de infecção, diagnóstico e um espaço para observações complementares, como a incidência de febre, aspecto do material e características do exsudato.

## Análise dos resultados

Para a organização e análise dos dados foi utilizado Programa Microsoft Excel 2010. Os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva e apresentados com frequências absolutas e relativas. Foram utilizadas tabelas e gráficos para a apresentação dos achados, sobre os quais se discutiu sob a forma textual, confrontados com a literatura pertinente, sendo analisados em setembro de 2015.

## ■ RESULTADOS

Para organização da amostra, ela foi dividida em dois períodos, o primeiro foi referente aos 6 meses anteriores à implementação do *bundle* da PAV; e o segundo, referente aos 6 meses posteriores à implementação. No total, no que se refere à quantidade exata, nos primeiros seis meses de estudo, foram contabilizados 10 notificações de pneumonia; no segundo período, foram notificados 16 pacientes com PAV.

A amostra foi avaliada em diversos aspectos. Primeiramente, foi contabilizada a incidência de PAV antes e após a implementação do *bundle* de acordo com a densidade de incidência, calculada ao se dividir o número de episódios de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes internados em unidades de terapias intensivas (UTI) pelo número de pacientes em ventilação mecânica (VM)-dia, multiplicado por 1.000.

No primeiro período, anterior à implementação, foi contabilizada uma média de densidade na incidência de 11,53 pacientes notificados com pneumonia associada à ventilação; no segundo período, houve um aumento, totalizando 16,42 pacientes notificados, após implementação do *bundle* com as medidas preventivas, conforme representado na Figura 1.

Com relação à idade dos pacientes com pneumonia associada à ventilação, tivemos uma prevalência na faixa etária “maior de 60 anos” (Tabela 1). No primeiro período, a prevalência foi de 70% da amostra; e no segundo, atingiu o valor de 37% da amostra.

Em relação ao desenvolvimento de PAV e o sexo de maior prevalência, o presente estudo demonstrou que, nos seis meses anteriores à implementação do *bundle*, houve uma prevalência de pneumonia no sexo feminino, totalizando 60%. Esse referido dado tem confirmação literária, demonstrado em outro estudo, onde o sexo feminino teve uma prevalência de 72%(15). No entanto, nos seis meses posteriores à implementação do *bundle*, houve uma prevalência de 62,5% de pneumonia no sexo masculino. Esse fator de risco associado ao sexo masculino é descrito pelas diretrizes brasileiras como um fator não confirmado, destacando-se, portanto, ausência de predominância com relação ao sexo em bases científicas.

Entre os pacientes notificados que desenvolveram pneumonia associada à ventilação mecânica na unidade e durante o ano de estudo, conforme a Figura 2, foi observado que estes eram, em sua maioria, procedentes de hospitais externos, mais precisamente de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), não levando em consideração os pacientes que não haviam registro de procedência.

Para realização de culturas e diagnóstico, foram colhidos em todos os pacientes, amostras de aspirado traqueal. Observou-se uma prevalência de bactérias gram-negativas, com predomínio de *Acinetobacter baumannii* nos seis meses anterior ao *bundle* e *Pseudomonas aeruginosa*; além de destaque para *Klebsiella pneumoniae* como o segundo

principal microrganismo nos seis meses posteriores à implementação das medidas preventivas, conforme descrito nas Tabelas 2 e 3, corroborando outros estudos que avaliam o perfil etiológico da PAV<sup>(16)</sup>.

## Densidade de Pneumonia de maio/2014 a abril/2015

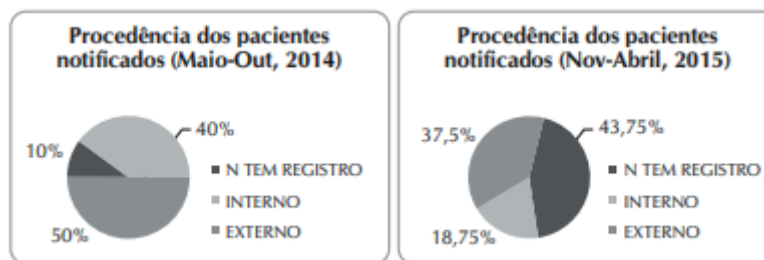
**Figura 1.** Distribuição do registro de procedência. Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014–2015



**Tabela 1.** Distribuição do agente etiológico conforme resultado das culturas e óbitos, Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, Ceará, Brasil, maio– outubro, 2014

Variáveis (n = 10)			Variáveis (n = 16)		
	n	%		n	%
Idade (maio–outubro, 2014)			Idade (novembro–abril, 2015)		
< 20	0	00,0	< 20	1	6,25
20–40	2	20,0	20–40	4	25,0
41–60	1	10,0	41–60	5	31,25
> 60	7	70,0	> 60	6	37,5
Sexo (maio–outubro, 2014)			Sexo (novembro–abril, 2015)		
Feminino	4	40,0	Feminino	10	62,5
Masculino	6	60,0	Masculino	6	37,5

**Figura 2.** Distribuição do registro de procedência. Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2014–2015



**Tabela 2.** Distribuição do agente etiológico conforme resultado das culturas e óbitos, Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, Ceará, Brasil, maio–outubro, 2014

Variáveis (n = 10)	n	%
Microorganismo (maio–outubro, 2014)		
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	10
<i>Acinetobacter baumannii</i>	5	50
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	20
Critério clínicos	2	20
Gram-positiva	0	00
Gram-negativa	8	80
Média de dias (maio–outubro, 2014)		
Tubo orotraqueal	13	-
Evolução		
Alta da Unidade de Terapia Intensiva	5	50
Óbito	5	50

**Tabela 3.** Distribuição do agente etiológico conforme resultado das culturas e óbitos. Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, Ceará, Brasil, novembro–abril, 2015

Variáveis (n = 16)	n	%
Microorganismo (novembro–abril, 2015)		
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	31,25
<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	12,5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	18,75
<i>Proteus mirabilis</i>	1	6,25
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	2	12,5
<i>Citrobacter koseri</i>	1	6,25
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	6,25
<i>Candida tropicalis</i>	1	6,25
Gram-positiva	1	6,25
Gram-negativa	14	87,5
Média de dias (novembro - abril, 2015)		
Tubo orotraqueal	7,7	-
Evolução		
Alta da Unidade de Terapia Intensiva	5	31,25
Óbito	11	68,75

É relevante observar que, em ambos os períodos do presente estudo, o desenvolvimento da PAV aconteceu como tardia (> 5 dias) com agentes etiológicos de alta infectividade.

## ■ DISCUSSÃO

O resultado no aumento da incidência após a implementação das medidas preventivas não corroborou a literatura, pois houve um aumento das infecções. Em outros estudos foi observada uma redução de 51% na incidência de PAV após adoção de protocolos com medidas preventivas para PAV<sup>(1)</sup>. Nesse estudo em que houve a redução na incidência, a adoção das medidas preventivas ocorreu concomitantemente a um programa educacional, o que não aconteceu no presente estudo, pois tivemos admissão de profissionais (médicos,

enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas) no referido hospital, necessitando, além do treinamento, de um período de adaptação. Sendo os responsáveis pelo cumprimento das medidas contidas no *bundle*, associado ao déficit no treinamento desses profissionais, com ênfase na importância do cumprimento de todas as medidas preventivas, podem ter sido geradas não conformidades nas práticas de prevenção de PAV.

Outro fator relevante que aconteceu nos seis meses pós-implementação do *bundle* (novembro de 2014 a abril de 2015) foi referente à falta de alguns insumos, como o de clorexidina 0,12 % para higiene oral, o que pode ter afetado no aumento da incidência. Uma higienização bucal inadequada concomitante ao uso de fármacos alterará a capacidade de salivação, assim como seu pH, promovendo um aumento da quantidade de bactérias no biofilme bucal, o que — junto com procedimentos como aspiração, alimentação ou qualquer outra manipulação do paciente — pode facilitar a contaminação do trato respiratório inferior e o desenvolvimento da pneumonia<sup>(17)</sup>.

Idade maior que 60 anos também foi referida em outro estudo como uma variável independente associada ao óbito<sup>(18)</sup>. Pesquisas concluíram uma mediana de idade que corrobora o apresentado no presente estudo, justificam como fator responsável a característica demográfica da região na qual o hospital está inserido<sup>(15)</sup>.

Com relação ao sexo de maior prevalência, o estudo não demonstrou uma prevalência significativa, pois obtivemos uma discrepância nos valores quando comparado os dois períodos de estudo.

No que se refere à procedência dos pacientes ser, em sua maioria, de Unidades de pronto Atendimento (UPA), podemos observar que estes pacientes sofreram intervenções e cuidados em unidades que não estão preparadas para o devido cuidado intensivo, unidades de cuidado com estrutura de complexidade intermediária, sem materiais e equipamentos para realização do cuidado ao paciente em estado crítico. Ademais, foram seguidos, de maneira precisa, os critérios classificatórios de PAV de acordo com a ANVISA.

Percebemos, além disso, que uma parcela desses pacientes passou um tempo de permanência importante em tais unidades, o que pode ter relação com o quadro clínico desenvolvido após admissão, devido a condutas despreparadas, levando em consideração que esses pacientes chegaram à Unidade de Terapia Intensiva com suporte ventilatório invasivo. Também pode-se ponderar que este tempo de permanência nas UPAs pode ter relação com a falta de leitos na Unidades de Terapia Intensiva, gerada pela superlotação.

As UPAs fazem parte da política Nacional de Urgência e Emergência, foram criadas com o propósito de atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo, descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade, dar retaguarda às Unidades Básicas de Saúde e diminuir a sobrecarga dos hospitais de



maior complexidade que hoje atendem esta demanda, além do papel ordenador dos fluxos da urgência<sup>(19)</sup>.

No que se refere ao material de realização de cultura, houve prevalência de aspirado traqueal, como na maioria dos hospitais da região. Esse método se justifica como uma forma barata e efetiva no diagnóstico da PAV, demonstrando em outros estudos uma boa acurácia diagnóstica através da cultura quantitativa<sup>(20)</sup>. Em outro estudo, foi observado que a *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* quando identificados como agente etiológicos, encontravam-se além do aspirado traqueal, no tubo do umidificador e/ou no biofilme dental e da língua, destacando a importância da higiene oral e troca de dispositivos na prevenção de pneumonia associada à ventilação<sup>(17)</sup>. Levando em conta que esses patógenos compõem a micro-biota das mãos, poderá haver um déficit de higienização das mãos por parte dos profissionais que compõem a equipe intensivista; além disso, ressaltamos a existência de uma quantidade importante de alunos que se dirigem à unidade durante períodos letivos, pois se trata de um hospital-escola da Universidade Federal do Ceará. Assim, considera-se a existência de uma estrutura local deficiente para a demanda e realização de assistência segura<sup>(16)</sup>.

Vale ressaltar que, em outro estudo realizado neste mesmo hospital escola, foi observado que os microrganismos mantêm o mesmo perfil etiológico para PAV, sendo identificados como os principais causadores a *Pseudomonas aeruginosa* (26%) e o *Acinobacter Balmani* (19%)<sup>(21)</sup>.

### **Limitações do estudo**

Tivemos como limitações do estudo problemas com a adesão de protocolos, devido ao hospital estar passando por um período de mudança no quadro de funcionários, com admissão e transferências. Além disso, obtivemos, durante o período do estudo, falta de alguns insumos essenciais no pacote de medidas, como a ausência de clorexidina, utilizada para higiene oral e, sobretudo, um déficit estrutural para a quantidade de pacientes e quadro de funcionários da unidade, a qual aguarda reforma.

### **Contribuições para a enfermagem**

A enfermagem é a categoria da área da saúde que mantém maior período em contato com o paciente em estado crítico; além disso, o *bundle* de PAV apresenta, em sua maioria, medidas preventivas que são realizadas pela enfermagem. Sendo assim, é bastante relevante o presente estudo para a área. Estudo como este promove uma alerta para o que pode estar afetando o cumprimento do *bundle*, como exemplo na estrutura da unidade, no suprimento de insumos e no cumprimento das medidas, tendo em vista que o pacote de



medidas produz efeito positivo na redução de PAV quando cumpridas em conjunto. Além disso, é uma comprovação de que a educação deve ser permanente, com ênfase nas unidades intensivas, sobretudo quando há mudanças ou implementação de protocolos novos, a fim de sensibilizar a equipe e garantir sistematização das intervenções.

## ■ CONCLUSÃO

Observou-se que, após implementação, houve um aumento na incidência de PAV, observado pelo acréscimo de notificações da infecção. Destacamos alguns fatores que podem ser determinantes observando que os impactos não corroboram a literatura. Este aumento pode ter relação com a idade do paciente, a procedência, o uso indiscriminado de antibióticos, o déficit de higienização oral dos pacientes e das mãos dos profissionais ou de qualquer outro indivíduo que tenha contato com o doente.

Principalmente, a implementação do *bundle* ocorreu em um período de admissão de profissionais novos, percebendo-se uma baixa adesão ao cumprimento das medidas preventivas, justificando-se um déficit de treinamento.

O perfil dos agentes etiológicos manteve-se constante, com os mesmos tipos de bactérias gram-negativas. No entanto, por ser pequena a amostra, não se pode fazer um quantitativo fidedigno. Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de capacitações continuadas, com o propósito de sensibilizar os profissionais para adoção das medidas preventivas e realização de registro dos procedimentos em impressos elaborados pelo serviço de terapia intensiva. Importa também promover o retorno destes indicadores de PAVM de forma periódica pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar de modo a serem traçados planos de melhoria para prevenção desses eventos adversos. Ressaltamos que a pneumonia apresenta forte relação com aumento da mortalidade e agravamento no prognóstico destes pacientes, bem como com elevação dos custos para a instituição.

Conclui-se que a adoção de um protocolo é complexa, pois muitas variáveis atuam diretamente sobre o mesmo, como se pode verificar. A implementação inadequada por treinamento deficitário, a falta de insumos necessários e supervisão contínua para garantia da continuidade do processo levam a falhas relacionadas à aplicação. Muito além de implementar, estão o planejamento, a sensibilização dos profissionais e a garantia de materiais para a execução das medidas preconizadas pelo *bundle*.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Silva LTR, Laus AM, Canini SRMS, Hayashida M. Evaluation of prevention and control measures for ventilator-associated pneumonia. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011[cited 2015 Jan 20];19(6):1329-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/08.pdf>
2. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control* [Internet]. 2008[cited 2015 Jan 25];36(9):655. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18538699/>.
3. ANVISA. Infecções do trato respiratório: Orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde [Internet]. 2009[cited 2015 Jan 20]. Available from: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/manual\\_%20trato\\_respirat%F3rio.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/manual_%20trato_respirat%F3rio.pdf)
4. ANVISA. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 20]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRA Saude.pdf>
5. Sociedade Paulista de Infectologia. Diretrizes sobre Pneumonia associada à Ventilação mecânica (PAV). Office Editora [Internet]. 2006[cited 2015 Jan 20]. Available from: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002333b7Xqvm.pdf>
6. Silva SG, Nascimento ERP, Salles RK. Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012[cited 2015 Jan 20];21(4):837-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/14.pdf>
7. Silva SG, Nascimento ERP, Salles RK. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014[cited 2015 Jan 20];18(2). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/en\\_1414-8145-ean-18-02-0290.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/en_1414-8145-ean-18-02-0290.pdf)
8. Hughes CG, Girard TD, Pandharipande PP. Daily Sedation Interruption Versus Targeted Light Sedation Strategies in ICU Patients. *Crit Care Med* [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 25];41(9):39-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23989094>
9. Institute for Healthcare Improvement. Getting started kit: prevent ventilator-associated pneumonia how-to guide. Cambridge, MA (US): Institute for Healthcare Improvement [Internet]. 2010[cited 2015 Jan 25]. Available from: <http://www.ihc.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventvap.aspx>
10. Miranda ML, Bersot CDA, Villela NR. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular na unidade de terapia intensiva. *Rev HUPE* [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 25];12(3):102-9. Available from: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=425](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=425)
11. Sachetti, A, Rech V, Dias AS, Fontana C, Barbosa GL, Schlichting D. Adesão às medidas de um bundle para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2014[cited 2015 Jan 25];26(4):355-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0355.pdf>
12. Lizy C, Swinnen W, Labeau S, Blot S. Deviations in endotracheal cuff pressure during intensive care. *Am J Crit Care* [Internet]. 2011[cited 2015 Jan 25];20(6):421-2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045130>

13. Lima CMF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2003[cited 2015 Jan 25];12(4):189-201. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>
14. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2005[cited 2015 Jan 20];39(3):507-14. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
15. Rodrigues PMA, Neto EC, Santos LR C, Knibel M F. Pneumonia associada à ventilação mecânica: epidemiologia e impacto na evolução clínica de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2009[cited 2015 Jan 20];35(11):1084-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a05.pdf>
16. Nogueira PSF, Moura ERF, Costa MMF, Monteiro WMS, Brondi L. Perfil da infecção hospitalar em um Hospital Universitário. *Rev Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 20];17(1):96-101. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v17n1/v17n1a18.pdf>
17. Oliveira LCBS, Carneiro PPM, Fischer RG, Tinoco EMB. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2007[cited 2015 Jan 20];19(4):428-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a04v19n4.pdf>
18. Lisboa T, Faria M, Hoher JA, Borges LAA, Gómez J, Schiefelbain L, et al. Prevalência de infecção nosocomial em Unidades de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2007[cited 2015 Jan 20];19(4):414-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a02v19n4.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Urgência e Emergência.[Internet].2000[cited-2015Jan25].Availablefrom: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)
20. Carvalho CE, Berezin EN, Pistelli IP, Mímica L, Cardoso MRA. Monitoramento microbiológico seqüencial da secreção traqueal em pacientes intubados internados em unidade de terapia intensiva pediátrica. *J Pediatr* [Internet]. 2005[cited 2015 Jan 20];81(1):29-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n1/v81n1a07.pdf>
21. Bezerra EL, Lima AIF, Nóbrega ARR, Barroso DN, Donadi HA, Santos JGS, et al. Prevalência de pneumonia em pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital-Escola de Fortaleza – CE. *Rev Bras Prom Saúde* [Internet]. 2012[cited 2015 Jan 25];25(2):20-4. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2240/2467>



20

# Percepções do enfermeiro sobre violência contra criança e adolescente praticada pelo acompanhante na enfermagem pediátrica

| Lindsay Ibacache **Barrenechea**  
UNIRIO

| Camila Camacho **Ribeiro**  
UNIRIO

| Angela Maria **La Cava**  
UNIRIO

| Otilia Pimenta **Azevedo**

Artigo original publicado em: 2020

Rev. Bras. Enferm. - REBEn. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0495.

Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

 10.37885/210203188

# RESUMO

**Objetivos:** conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermagem pediátrica; descrever as ações do enfermeiro nesta situação; analisar essas ações à luz das políticas governamentais; e conhecer a organização e comunicação da equipe multidisciplinar no enfrentamento deste fenômeno. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva, realizada mediante entrevista semiestruturada com enfermeiros. A análise temática identificou três categorias: “A percepção da violência”; “Ações e intervenções realizadas pelo enfermeiro”; e “Organização e Comunicação da equipe multidisciplinar”. **Resultados:** o enfermeiro reconhece os tipos de violência, porém atribui maior gravidade à violência física. As causas relatadas foram: crianças com temperamentos difíceis, violência transgeracional e hospitalização. As ações foram: diálogo, separação acompanhante-criança, registro e notificação ao Conselho Tutelar. Foi relatada comunicação deficiente da equipe multiprofissional e organização medicalocêntrica. **Considerações finais:** as políticas públicas estão direcionadas à violência fora dos ambientes institucionais, conseqüentemente, carecem de diretrizes para abordagem de situações presenciadas.

**Palavras-chave:** Enfermeiros; Violência; Criança; Hospitalização; Cuidadores.

## ■ INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes tem se tornado um grande problema de saúde pública, chamando a atenção dos chefes de Estado e profissionais de saúde no mundo<sup>(1)</sup>. Porém, conceituar a violência tem sido um desafio, já que a “ação regeneradora ou sentimento relativo à violência pode ter significados múltiplos e diferentes dependentes da cultura, momento e condições nas quais elas ocorrem”<sup>(2)</sup>. Assim, em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se pronunciou definindo a violência como:

*Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>(3)</sup>.*

Para consolidar e defender os direitos das crianças e adolescentes, foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo destacado que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público prover todas as oportunidades e facilidades para o pleno desenvolvimento tanto físico, mental, moral, espiritual e social”<sup>(4)</sup>.

Mesmo com todos os avanços legislativos, a violência contra criança e adolescente é um problema que ainda prevalece, sendo permeado pelo silêncio e pela concepção que os castigos corporais e humilhações são recursos educativos, justificados como uma forma de educar e corrigir transgressões de comportamento<sup>(5,6)</sup>. Essa é a razão pela qual, muitas vezes, os agressores são familiares das vítimas.

A doença e o ambiente hospitalar podem causar desequilíbrio na criança e em sua família<sup>(7)</sup>, que pode não estar preparada emocionalmente para enfrentar esses conflitos. Os pais, por não possuírem métodos de enfrentamento positivos, podem utilizar a violência como um meio para restabelecer a dinâmica familiar<sup>(8)</sup>.

A enfermagem possui uma posição privilegiada dentre os demais profissionais da equipe multidisciplinar, já que encontra-se em contato direto, podendo reconhecer os sinais de violência com maior facilidade<sup>(9)</sup>.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de explorar as ações e intervenções realizadas pelo enfermeiro frente à situação de violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica, considerando a dificuldade que os enfermeiros têm ao se posicionar quando presenciam violência contra a criança. A abordagem desta pesquisa visa contribuir para o planejamento do processo de trabalho na saúde, de forma a influenciar na organização do serviço, por meio da criação de fluxos de assistência específicos para o enfrentamento da violência contra a criança e adolescente.

## ■ OBJETIVOS

Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica; descrever as ações do enfermeiro mediante situação de violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica; analisar as ações do enfermeiro para enfrentamento da violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica, à luz das políticas governamentais; e conhecer a organização e comunicação da equipe multidisciplinar para o enfrentamento da violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica.

## ■ MÉTODOS

### Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido a uma análise ética e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e do hospital federal onde ocorreu a coleta de dados (CAAE 07443718.6.3001.5285; CAAE 07443718.6.0000.5252). Cumpriram-se as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 e pela Norma Operacional 001/2013, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa envolvendo os seres humanos.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foi assegurado o sigilo e o anonimato através da utilização de código assim identificado: E (Enfermeiro), acrescido do número correspondente à ordem das participantes.

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. A pesquisa descritiva “visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo<sup>(10)</sup>.”

### Procedimentos metodológicos

#### Cenário do estudo

O estudo foi realizado na enfermaria pediátrica de um hospital federal de grande porte, localizado na cidade do Rio de Janeiro, com 31 leitos.



## Fonte de dados

A escolha dos participantes da pesquisa foi intencional, sendo contemplados a totalidade dos 14 enfermeiros que atuam regularmente na enfermaria pediátrica, porém, devido a afastamentos por férias e licenças médicas durante o período da coleta de dados, só foi possível entrevistar 10 enfermeiros plantonistas.

## Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2019, mediante entrevista semiestruturada, realizada individualmente pelas pesquisadoras em uma sala privada. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos, foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e foram compostas pelas seguintes perguntas: há quanto tempo você trabalha como enfermeiro em uma enfermaria pediátrica? Você já presenciou alguma situação de violência contra a criança praticada pelo acompanhante no cenário hospitalar? Qual? Quais ações você realizou ou realizaria ao presenciar uma violência contra a criança no cenário hospitalar?

## Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através de análise de temática, descrita por Bardin, que “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”<sup>(11)</sup>. Essa análise possibilitou a identificação de três categorias: “A percepção da violência”; “Ações e intervenções realizadas pelo enfermeiro”; e “Organização e Comunicação da equipe multidisciplinar”.

## ■ RESULTADOS

Todos os profissionais eram do sexo feminino, com no mínimo 6 e no máximo 22 anos de trabalho na enfermaria pediátrica, com uma média de 13 anos de atuação em setores pediátricos.

### A percepção da violência

Ao serem indagados sobre terem presenciado algum tipo de violência proveniente do acompanhante contra crianças no ambiente hospitalar, oito enfermeiros relataram que “sim” e dois que “nunca haviam presenciado”.

Para falar de violência, os enfermeiros precisaram classificá-la pela sua natureza, sendo separada, naturalmente, como física, psicológica e abandono/negligência:

*Agressões físicas e agressões verbais, psicológicas, violências psicológicas e o abandono. Essas foram as violências que eu vi, que eu presenciei os acompanhantes realizarem com as crianças (E3).  
Alguma violência, violência, você fala física? Ou psicológica? Que tipo de violência?  
(E5).*

Essas falas nos permitem inferir que os enfermeiros têm a percepção que a violência não se restringe apenas aos aspectos físicos e visíveis, demonstrando um avanço na compreensão do fenômeno da violência. Entretanto, mesmo considerando a existência de outras formas de violência, alguns profissionais pareceram dar maior ênfase à violência física do que a psicológica:

*Nada grave. Só mesmo agressão verbal. Mãe brigando, mas nada de bater ou de chegar a machucar a criança, não (E2).  
A mãe faz algum tipo de ameaça, se ele fizer isso, vai acontecer aquilo com ele, esse tipo de ameaça. Mas, coisa grave, uma coisa que machucasse mesmo, tudo bem que isso machuca, né? Principalmente psicológico, machuca demais. Mas, violência física, alguma coisa que machucasse, eu nunca presenciei (E5).*

A violência física aparece nas falas, associada à sua gravidade e à força nela empregada, dando a concepção de não ser grave, por ser “apenas um tapa”, comparada ao espancamento. Nessas falas, as violências físicas são normalizadas e naturalizadas como um meio de educação socialmente aceito. Dessa forma, corrigir uma criança utilizando de agressões físicas não seria errado, desde que de forma moderada. É importante destacar que a concepção de moderação não é única e é passível a distintas interpretações:

*(...) física, só mesmo tapas, nada de espancamento, de deixar a criança com hematoma, ferida. Isso, nunca vi, não (E5).  
Tapa, né? ‘Não vai, não põe a mão aí, sai daí’. Tapa, normal, mas nada de espancamento, não chega a ser um espancamento (E5).*

Metade dos enfermeiros entrevistados relatou ter presenciado algum tipo de violência psicológica, sendo indicativo de conhecimento sobre a temática, conseguindo perceber este tipo de violência que se apresenta de forma sutil. A violência psicológica foi abordada com especial ênfase na ameaça como um meio de coagir a criança e, desse modo, inibir comportamentos considerados errados, no intuito de educar.

*Geralmente, é uma ameaça que se faz à criança, que se ela fizer aquilo vai perder alguma coisa ou ela vai apanhar ou vai deixar de ter o que ela mais gosta, entendeu? Sempre é esse tipo de ameaça psicológica com a criança (E5).  
Psicológico o tempo todo ameaça, né? ‘Não faz isso, senão vai acontecer aquilo, vou chamar teu pai’. Aí têm as histórias que fulano vai te pegar, essas*

*coisas assim, ameaça psicológica. Fazendo com que a criança fique inibida e não faça o que ela estava fazendo (E5).*

Sobre a negligência e o abandono, chama a atenção a dúvida de um dos enfermeiros sobre a inclusão desse tipo no contexto de violência:

*Não sei se abandono entra (...). Essa questão do abandono eu não sei se entra no contexto de violência (E10).*

As negligências mais relatadas foram relacionadas aos acompanhantes ausentarem-se durante longos períodos de tempo ou não protegerem a criança de algum agravo à saúde:

*Eu vejo muitas situações de negligência, a mãe que interna a criança e a deixa sozinha dias ou muitas horas, com a desculpa de que tem outros filhos (E4). (...) por exemplo, a gente tem paciente aqui de longa internação que a mãe não coloca o oxigênio, deixa a criança fora do leito com risco de queda, ela se ausenta por muito tempo (E10).*

Os entrevistados procuraram entender a violência para poder atribuir um significado a ela. Na busca de causas que justificassem o fenômeno, elas construíram suas explicações sobre três dimensões diferentes: a criança, os pais e a situação/ambiente.

Quando centradas na criança, foram citadas suas atitudes como desencadeantes da violência:

*Geralmente, a criança está fazendo uma birra, alguma coisa que a mãe não quer que ela faça, e ela faz porque criança é assim, né? E, para a criança poder parar, a mãe faz algum tipo de ameaça (E5).*

*A mãe bater, para a criança ficar quieta, para fazer um procedimento (E10).*

Quando centradas nos pais, os enfermeiros constroem suas hipóteses baseadas na educação que os mesmos tiveram, considerando que eles reproduzem com seus filhos aquilo que aprenderam com seus pais. Ou seja, tendem a educá-los da mesma maneira com a qual foram educados:

*(...) na minha concepção, elas não fazem porque elas querem, elas fazem porque elas não são orientadas, elas não sabem a que nível de violência, o que é a violência. Então, quem foi criado assim acaba transmitindo para os seus assim, então educar, pra ela, é agredir (E3).*

*(...) porque eles também amam, eles amam as suas crianças, mas só que a educação que eles tiveram é uma (E3).*

Quando centrados na situação/ambiente, os enfermeiros destacaram duas situações diferentes para tipos de violências distintas, relacionaram a violência física e psicológica ao estresse provocado pela internação hospitalar e o abandono às situações familiares:

*Às vezes, a mãe, por ser a única a ficar o tempo todo com a criança e estar muito nervosa, ansiosa, ansiosa pelo diagnóstico, por não poder ver os outros filhos ou pela situação hospitalar difícil, sem ter o apoio da família, ela entra em crise (E9).*

*E o abandono, quando a gente vai ver o contexto dessa família, essa família tem vários filhos, então não é uma questão do abandono porque quer abandonar, pouquíssimas abandonaram. Essa que foi para o Conselho Tutelar, mas o restante abandona porque também tem outras questões familiares, envolvidas nesse contexto família, nessa instituição família (E3).*

## **Ações e intervenções realizadas pelos enfermeiros**

Os enfermeiros relataram diversas ações e intervenções frente à violência praticada pelo acompanhante no ambiente hospitalar. Porém, as respostas foram divergentes, mostrando não conhecer ou não existir um protocolo sobre como proceder nessa situação:

*Não, não, (não conheço os protocolos) porque nunca me aconteceu assim (E1). Eu acredito que deve existir algum caminho que elas sigam (as chefias), que se acontecer, elas acionem alguém, mas eu, particularmente não sei (E1).*

Os enfermeiros relataram que quando eles presenciavam alguma situação de violência, elas inicialmente conversavam com os acompanhantes, com o objetivo de cessar a violência e orientá-los quanto às práticas educativas não violentas:

*(...) você vai conversar com o pai e com a mãe, você não vai simplesmente virar as costas (...), você conversa ali e ali você tenta, naquele momento, aquilo ali tem que terminar (E1).*

*(...) mas, explicar para ela que aquilo era uma agressão e dentro do hospital isso... numa instituição pública, isso não poderia voltar a acontecer (E3).*

*(...) a gente intervém dizendo que não é daquela maneira que a criança vai parar, entendeu? Talvez ela até fique com mais vontade de fazer, né (...) mas tudo com um diálogo com a mãe e com a criança (E5).*

Um dos enfermeiros entrevistados explicou como realizar a abordagem aos acompanhantes, enfatizando o papel do enfermeiro como educador e ressaltando que o profissional de saúde deve acolher a família e não a julgar:

*(...) conversar com o responsável é uma coisa simples quando você consegue ter uma empatia com aquela família. Então, você faz uma troca com elas, (...) é um papel de você se colocar na posição do outro e sensibiliza-lo (...) a gente precisa ser, nesse momento, um educador (E3).*

*(...) avaliar essa família e não julgar, porque o profissional de saúde gosta de julgar e não é esse nosso papel, nosso papel é de apoiar, proteger, julgar não é nosso papel (E3).*

Foi dada uma importância especial ao registro da violência presenciada no livro de ordem e ocorrências e no prontuário, considerando-o uma forma de garantir o atendimento:

*(...) a gente registra no livro de ordem e ocorrência (E6).*

*Eu costumo escrever no prontuário as vezes que eu vejo. 'Vi a mãe batendo, vi a mãe negligenciando'. (...) e a forma que eu tenho de garantir o atendimento é escrevendo (E10).*

Outra ação relatada pelos entrevistados foi o afastamento momentâneo do acompanhante agressor com a criança como uma medida de interrupção da violência:

*(...) tivemos que tomar posições mais sérias, de separar naquele momento a criança dela, depois ela voltou (E3).*

*Se presenciar, a gente tem que separar essa família neste momento da agressão, levar essa família, quem estiver responsável por essa criança, para a gente conversar (E3).*

A importância da notificação ao Conselho Tutelar também foi relatada, evidenciando que os profissionais compreendem a responsabilidade legal deles em cumprir com a Notificação Compulsória. Porém, não citaram ter informado à família que iriam fazer essa notificação e nem que a notificação foi realizada em três vias: a primeira para o serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município; a segunda para o Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes (Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público); e a terceira para a Unidade de Saúde que notificou o caso de violência:

*(...) violência é violência, seja ela qual for, tem que comunicar o Conselho Tutelar, sim, porque isso é a legislação, isso é uma política e a política foi feita por uma norma para a gente cumprir (...) qualquer profissional que presencie alguma violência, seja ela física, psicológica, ou outras deve fazer por escrito a denúncia para o Conselho Tutelar (E3).*

Foram destacadas as interações com os outros membros da equipe para melhor a resolução da situação de violência, sendo principalmente citados os médicos e assistentes sociais. Também foram contemplados os psicólogos, aos quais foi atribuída a função de avaliar os pais:

*(...) a gente pode tentar conversar com a equipe médica e o serviço social também (E7). Pedi o apoio do serviço social e também já teve vezes de pedir o apoio da saúde mental para a mãe, da psicologia (E9).*

*Conversar com a equipe multiprofissional, com o serviço social, com a psicóloga, pedir um olhar melhor para a situação (E10).*

## **Organização e comunicação da equipe multidisciplinar**

Os enfermeiros demonstraram dificuldade em abordar os casos de violência, pela falta de comunicação entre as diferentes categorias da equipe multidisciplinar, destacando a importância de tal abordagem nesses casos:

*(...) tem que ter muito cuidado na hora de abordar a mãe, justamente porque não há uma conversa com todos da equipe, então pode ser que eu fale uma coisa, o médico fale outra, o assistente social outra, então é muito difícil a gente chegar nessa conversa com a mãe (E4).*

*(...) chefia, os médicos, eu acho que toda equipe tem que decidir o que vai fazer, acho que não é uma coisa privativa do enfermeiro ou privativa do médico ou privativa do serviço social (E1).*

Foi criticada a organização da assistência centrada no médico, relatando que essa organização prejudicava a interação da enfermagem com as demais categorias profissionais:

*(...) tudo aqui gira em torno do médico, então a gente faz a conversa com a equipe médica e a equipe médica é que toma as providências junto com o serviço social. (...) se reúne com os pais para conversar, a própria equipe médica e até o serviço social também entra, mas nunca junto com a enfermagem (E4). Agora, o que eu sinto muita dificuldade aqui é que a gente não tem um acesso direto a um serviço social, (...) o que a gente pode estar fazendo aqui é sinalizar para um médico, sinalizar para nossa chefia, passar de um plantão pro outro a situação (E6).*

Da mesma forma que os enfermeiros relataram terem dificuldades para a comunicação da situação com a equipe multidisciplinar, eles relataram não terem um retorno das medidas adotadas pelo restante da equipe, salvo quando foram implementadas medidas restritivas para algum dos acompanhantes. Dessa forma, as intervenções e encaminhamentos não são implementados de modo integrado por toda equipe:

*Em alguns casos, eles retornam a informação dizendo se algum parente está proibido de visitar, (...) quando tem restrição de acompanhamento, eles passam isso pra a gente. Fora isso, a gente fica sabendo através do próprio acompanhante ou das mães que estão acompanhando outras crianças (E4).*

## ■ DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, todos os participantes eram do sexo feminino, ocorrência que pode ser explicada pela enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina, já que, histórica e culturalmente, o ato de cuidar foi atribuído à mulher e associado a uma pressuposta “essência feminina”<sup>(12)</sup>. A associação entre o cuidado e o gênero feminino deve-se, em parte, ao fato de que, historicamente, as mulheres desempenharam essas atividades no âmbito doméstico, como cuidado com filhos, doentes e idosos<sup>(12)</sup>.

A percepção de um fenômeno está intimamente ligada às experiências vividas, pois é com base nelas que o cérebro interpreta e atribui significado aos eventos e situações<sup>(13)</sup>. Por isso, um mesmo evento pode ser interpretado como violento ou não, dependendo da percepção do profissional, já que sua interpretação da situação não será neutra, será marcada



pelas vivências pessoais que ele teve e carrega consigo. Porém, como a percepção é uma construção de significados, ela é dinâmica, podendo ser modificada por novas experiências<sup>(13)</sup>.

A necessidade de classificação da violência, presente nas falas dos entrevistados, pode prejudicar a percepção do profissional sobre as violências concomitantes, já que ele não considera a possibilidade de uma mesma criança sofrer distintos tipos de violência, fato evidenciado em um estudo em Londrina, que revelou que 72,5% das notificações do ano de 2006 possuíam concomitância de violências<sup>(14)</sup>.

Em concordância com os achados desta pesquisa, estudo no Rio de Janeiro constatou que os profissionais de saúde dividem as violências pela sua graduação e tipologia em: explícito (maus tratos infligidos ao corpo que são visíveis) e sutil (inclui o não visível, os agravos ao desenvolvimento psíquico e à cidadania)<sup>(15)</sup>.

A dúvida apresentada nas falas dos entrevistados quanto à negligência ser ou não um tipo de violência se deve ao fato de que é uma violência sutil e pouco visível, e, também, na construção histórica do conceito, que inicialmente foi considerado como uma modalidade dentro da violência psicológica, e não como um tipo de violência<sup>(16)</sup>.

A violência foi relacionada com a necessidade de os pais em controlar um comportamento não aceitável, considerando-a uma estratégia corretiva educacional, pois a delimitação entre educação e violência se confunde por causa de fatores históricos e culturais arraigados, que consideram a criança como ser em formação e propriedade dos pais, que, por sua vez, possuem o dever de direcioná-las, podendo puni-las, quando necessário, como método para que uma prática inadequada não se repita<sup>(5)</sup>. Esse tipo de relação entre pais e filhos expressado pelos enfermeiros é classificada como parentalidade autoritária, que visa o controle e obediência através de pais autoritários, que punem rigorosa e arbitrariamente os filhos quando eles não se adequam ao padrão estabelecido<sup>(17)</sup>.

É importante ressaltar que, no processo de educar, se faz necessário impor limites. De acordo com a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, deve ser realizado através de diálogo<sup>(3)</sup>.

Em concordância com a linha de cuidado, o Estatuto da Criança e do Adolescente no Artigo 18-A estipula:

*A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los<sup>(4)</sup>.*



A hipótese dos enfermeiros de que os pais são violentos com os filhos, devido ao fato de que eles reproduzem os padrões educacionais aos quais eles foram submetidos, fundamenta-se no modelo transacional da violência, no qual os fatores individuais dos pais (história de maus-tratos) e os fatores culturais (a aprovação cultural do uso da violência) também são considerados como fatores de risco para o fenômeno<sup>(18)</sup>. A reprodução da educação violenta dos pais é um fenômeno chamado de violência transgeracional, na qual as crianças que foram vítimas se tornam agressores, pois tendem a repetir padrões de comportamento e funcionamento familiar vividos na infância, da qual herdam modelos de valores baseados em violência<sup>(8,19)</sup>.

Essas famílias precisam de um trabalho terapêutico que permita a elas se reestruturarem, criando novas dinâmicas de enfrentamento para as situações de conflito, já que desconhecem métodos não violentos. É nesse contexto que se faz necessária a recuperação da integridade psíquica do abusador, sendo de responsabilidade da sociedade, que não foi capaz de protegê-lo quando criança<sup>(8)</sup>.

Os fatores individuais da criança expressados nas falas dos entrevistados também têm sido amplamente discutidos na literatura internacional como fator de risco no modelo transacional da violência, sendo eles considerados características próprias da criança como “problemas físicos ou psicológicos, hiperatividade, temperamento difícil, passividade e enfermidades frequentes e severas”<sup>(18)</sup>. É importante ressaltar que a busca desses fatores de risco não tem como objetivo culpar a criança pela violência, mas determinar quais crianças são mais vulneráveis à violência, permitindo um melhor direcionamento de políticas públicas.

Algumas falas remetem que a doença do filho e o ambiente hospitalar possam ser fatores desencadeantes da violência, pois produzem na mãe a frustração associada ao medo e a incerteza da recuperação total da saúde da criança, o que gera uma profunda sobrecarga emocional e sofrimento psíquico<sup>(7)</sup>. Em famílias que não possuem uma boa rede de apoio, a mãe, que costuma ser quem mais permanece na internação, pode entrar em conflito frente à realidade da hospitalização, já que ao mesmo tempo em que quer se dedicar ao filho doente, se sente dividida entre os cuidados dos filhos que ficaram em casa e o hospitalizado, exigindo de si desempenhar papéis semelhantes em locais geográficos distintos<sup>(7)</sup>. Segundo o modelo transacional, a baixa tolerância à frustração e ao estresse por parte dos pais constitui fator de risco para a violência<sup>(18)</sup>. Em contrapartida, algumas famílias apresentam resiliência, conseguindo superar as adversidades e lidar de forma positiva com a internação hospitalar.

Portanto, o acolhimento dessa família, realizado pela equipe multiprofissional, constitui-se como uma medida preventiva de situações de violência. A Política Nacional de Humanização compreende o acolhimento como uma atitude de inclusão, através da aceitação,

credibilidade e aproximação<sup>(3)</sup>. A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências considera imprescindível evitar julgamentos e acusações, explicitando que durante a entrevista “é fundamental estabelecer uma relação empática, deixando claro que o objetivo maior é a proteção da criança ou do adolescente”<sup>(3)</sup>.

A divergência das ações e intervenções realizadas pelos enfermeiros mostram a falta de um protocolo de assistência aos casos de violência contra criança e adolescente, porém a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência enfatiza que os serviços de saúde precisam elaborar protocolos específicos de atendimentos direcionados à temática da violência e que, independentemente do motivo que levou a criança ou adolescente ao serviço de saúde, os serviços de saúde precisam investigar possíveis situações de conflitos familiares geradores de violência entre seus membros<sup>(3)</sup>.

Cabe ao profissional de saúde a detecção de riscos e vítimas, assim como interagir com os pais, apoiando-os psicologicamente e ajudando-os a desenvolver habilidades relacionais, parentais e sociais para enfrentar situações vulneráveis e conflituosas, de modo a evitar atos violentos<sup>(5,7,20)</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente no Artigo 13 determina que:  
*Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais<sup>(4)</sup>.*

No Código de Ética de Enfermagem, é referido que “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões”<sup>(21)</sup> e que está proibido de “provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência”<sup>(21)</sup>.

Os entrevistados entendem que o registro das situações de violência constitui-se uma obrigação do profissional de enfermagem, porém as dúvidas sobre o local do registro são frequentes. Relacionado a isso, a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças,

Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências determina que o local para registrar os dados referentes ao atendimento é o prontuário do paciente, devendo este ser o mais completo possível, já que pode ser requisitado em processos judiciais que visam à proteção da criança ou adolescente, também indicando que o prontuário deve conter os procedimentos adotados, as providências tomadas e os encaminhamentos<sup>(3)</sup>.

A separação entre os pais e a criança surgiu como uma possível ação diante da violência, porém, mesmo em situações de violência intra-hospitalar, deve-se avaliar, exaustivamente, a necessidade de separar os pais da criança, já que a presença desses no ambiente

hospitalar traz benefícios para ambos. Para a criança, minimiza os traumas psicológicos e emocionais da hospitalização; para os pais, traz sentimentos positivos relacionados a participarem de forma construtiva da recuperação dos filhos<sup>(7)</sup>. Não se encontraram estudos avaliando a privação materna hospitalar em caso de violência.

Diante da complexidade do fenômeno da violência, o trabalho de uma equipe multidisciplinar é imprescindível, pois pode conjugar diferentes conhecimentos, olhares e estratégias. A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências considera fundamental a participação de profissionais da área da saúde mental, desde o início do atendimento<sup>(3)</sup>.

A existência de uma equipe multiprofissional não garante, por si só, a assistência integral das crianças vítimas de violência, como foi indicado pelos entrevistados, sendo necessária a articulação das diferentes categorias profissionais através da comunicação efetiva entre elas<sup>(22)</sup>. Entretanto, diversos fatores podem prejudicar a comunicação, como a diversidade na formação dos profissionais, a tendência de uma categoria profissional se comunicar mais ou menos com outra categoria e o efeito da hierarquia, normalmente centrada no médico. A rigidez hierárquica prejudica a criação de um canal de comunicação, fazendo com que as categorias atuem em paralelo e não de forma integrada e articulada<sup>(22)</sup>.

Tanto as dificuldades de comunicação entre a equipe multidisciplinar, relatada pelos enfermeiros, quanto a organização da assistência criticada por eles devem-se principalmente à falta de protocolos no serviço para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Tal fato também foi destacado em uma pesquisa no município de Cascavel, Paraná. Os autores identificaram como uma necessidade do serviço a criação de protocolos que definam as etapas e atribuições de cada profissional da equipe multidisciplinar<sup>(23)</sup>. Eles consideraram que a criação deste protocolo evitaria a atuação fragmentada, possibilitando uma assistência ampla e de qualidade<sup>(23)</sup>.

De igual forma, em uma pesquisa participante desenvolvida no Paraná, os profissionais de saúde destacaram a falta de comunicação entre todos os membros da equipe multiprofissional como uma das razões da ineficácia das ações de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes; e identificaram a necessidade da construção de um protocolo que os auxilia no atendimento, porém ressaltaram que só funcionaria se fosse elaborado por eles, devido ao fato de eles conhecerem a rotina e os problemas da instituição<sup>(24)</sup>.

### **Limitações do estudo**

A principal limitação deste estudo relaciona-se com a escassez de referencial para comparação, pois não se encontram estudos com abordagem intra-hospitalar da violência

contra criança. Outra limitação se deve ao fato de não poder ser generalizado, pois retrata uma realidade específica de um único hospital.

### **Contribuições para a área da enfermagem**

Acredita-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para que os enfermeiros elaborem estratégias para o enfrentamento da violência intra-hospitalar e, assim, subsidiar ações de prevenção de reincidência. Também se considera que os achados da pesquisa poderão contribuir para o planejamento do processo de trabalho na saúde, de forma a influenciar na organização do serviço, por meio da criação de fluxos de assistência específicos para o enfrentamento da violência contra a criança e adolescente.

## **■ CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo atendeu aos objetivos propostos, mostrando um avanço sobre a concepção de violência na ótica dos enfermeiros, não restringindo apenas a violência física, considerando a importância da violência psicológica e da negligência como agressões causadoras de danos na criança e adolescente. Ainda assim, prevalece nos enfermeiros a ideia de a violência ser uma estratégia corretiva educacional socialmente aceita.

Também foi constatado o entendimento dos enfermeiros sobre a violência como um fenômeno complexo e multicausal, com fatores culturais intergeracionais marcados pela educação mediante a violência. Foram relatados como possíveis causas da violência: crianças com temperamentos difíceis; reprodutibilidade por parte dos pais da violência vivida na infância; e a hospitalização como uma situação de estresse desencadeante da violência.

As principais ações realizadas pelos enfermeiros foram: o diálogo com o acompanhante; a separação deste da criança; o registro e a notificação ao Conselho Tutelar. Mas, os enfermeiros realizavam intervenções diferentes, não existindo uma padronização das ações, mostrando que mesmo com os avanços da percepção da violência por parte dos enfermeiros, o enfrentamento da violência ainda constitui um desafio, sendo necessárias a capacitação dos profissionais de saúde e a criação de protocolos institucionais que determinem as ações a serem implementadas respeitando um plano de cuidados individualizado e centrado na família.

O estudo evidenciou que a comunicação e a articulação entre a equipe multiprofissional continuam sendo conflituosas, mantendo uma organização medicalocêntrica. Apesar disso, os enfermeiros compreendem a necessidade de melhoria da comunicação e participação das equipes envolvidas como estratégia para melhorar a qualidade da assistência.

Destaca-se que as políticas públicas para o enfrentamento da violência estão centradas na ocorrência de eventos fora dos ambientes institucionais e, assim, os profissionais não possuem diretrizes definidas sobre como abordar a situação de violência presenciada. Recomenda-se a realização de mais estudos abordando a temática e a adequação das políticas públicas para o enfrentamento da violência dentro dos ambientes institucionais criando fluxos de assistência em saúde e assim instrumentalizando os profissionais de saúde. Também se destaca a necessidade de fiscalização sobre a existência de protocolos internos nas unidades de saúde, conforme instituído pela Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2a ed. Brasília:MS; 2016. 92 p.
2. Almeida MGB. A violência na sociedade contemporânea. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. 161 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010. 104 p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da criança e do adolescente. 12a ed. Brasília: MS; 2014. 241 p.
5. Bittar DB, Nakano AMS, Silva MAI, Roque EMST. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção de mães agressoras. *Rev. Eletr. Enf.* 2012;14(4):771-8. DOI: [10.5216/ree.v14i4.15739](https://doi.org/10.5216/ree.v14i4.15739).
6. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; 2018. 377 p.
7. Bezerra LFR, Fraga MNO. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *Rev. Bras. Enferm.* 1996;49(4): 611-24. DOI:10.1590/S0034-71671996000400011.
8. Seixas MRD. A violência transgeracional no caso Raul: exemplo de competente trabalho terapêutico em rede. *Rev Bras Psicoter [Internet]*. 2010 [cited 2019 Jun 24];12(2–3):225–37. Available from: [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=33](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=33)
9. Valera IMA, Almeida EC, Baldissera VDA, Jaques AE, Bueno SMV. Nursing team practices in dealing with children and youth violence. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2015;17(3):103-111. DOI: [10.21722/rbps.v17i3.14142](https://doi.org/10.21722/rbps.v17i3.14142).
10. Nunes GC, Nascimento MCD, Alencar MAC. Pesquisa científica: conceitos básicos. ID on line. 2016;10(29):144–51. DOI: [10.14295/online.v10i1.390](https://doi.org/10.14295/online.v10i1.390).

11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70; 2004. 225 p.
12. Lombardi MR, Campos VP. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Rev da ABET*. 2018;17(1):28–46. DOI:[10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162](https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162)
13. Pimentel I. *Noções de psicologia aplicadas à educação*. São Paulo: Melhoramentos; 1978. 232 p.
14. Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2009;18(4):315-34. DOI: [10.5123/S1679-49742009000400002](https://doi.org/10.5123/S1679-49742009000400002).
15. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev latino-am. Enfermagem*. 2006;8(1):91–7. DOI: [10.1590/S0104-11692000000100013](https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000100013).
16. Pasian MS, Faleiros JM, Bazon MR, Lacharité C. Negligência Infantil: A Modalidade Mais Recorrente de Maus-Tratos. *Pensando fam [Internet]*. 2013[cited 2019 Jun 26];17(2):61-70. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2013000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200005)
17. Crolman SR. Crianças com síndrome de Down e problemas de comportamento: Estilos e práticas educativas de seus genitores. Juiz de Fora. *Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade Federal de Juiz de Fora*; 2018. Available from: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/7152>
18. Bringiotti MI. *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós Iberica; 2000. 246 p.
19. Eichherr LM, Cruz LR. Violência contra crianças e adolescentes: (in)visibilidades e problematizações. *PSI UNISC*. 2017;1(1):74–87. DOI: [10.17058/psiunisc.v1i1.9804](https://doi.org/10.17058/psiunisc.v1i1.9804).
20. Santana RP, Santana JSS. Violência contra criança e adolescente na percepção dos profissionais de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*. 2016;24(4): e7070: 1-6. DOI: [10.12957/reuerj.2016.7070](https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.7070).
21. Conselho Regional de Enfermagem. COREN-RJ. Código de ética de enfermagem [Internet]. 2017[cited 2019 Jun 20]. Available from: <http://www.coren-rj.org.br/wp-content/uploads/2017/08/OH-067-16-LIVRO-CODIGO-DE-ETICA-COREN-RJ-FINAL.pdf>
22. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for Patient Safety. *Cogitare Enferm*. 2015;20(3):636-40. DOI:[10.5380/ce.v20i3.40016](https://doi.org/10.5380/ce.v20i3.40016).
23. Thomazine AM, Oliveira BRG, Viera CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;11(4):830– 40. DOI: [10.5216/ree.v11i4.33237](https://doi.org/10.5216/ree.v11i4.33237)
24. Klippel YAM, Camargo D. Processo participativo entre profissionais de saúde para integrar o atendimento à criança vítima de violência. *Pesqui e Práticas Psicossociais [Internet]*. 2015 [cited 2020 May 19];10(2):340–53. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082015000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200011)





21

# Influência das dietas hipercalóricas sobre os parâmetros de obesidade, dislipidemia e hiperglicemia em ratos

| Any de Castro Ruiz **Marques**  
UEM

| Gabrielle Cristine **Gabbiatti**  
UNICESUMAR

| Ângela Andréia França **Gravena**  
UEM

| Valéria do **Amaral**  
UNICESUMAR



# RESUMO

**Objetivo:** Induzir dietas hipercalóricas em ratos para promover a obesidade e verificar seus níveis bioquímicos, relacionando-os com ratos alimentados por dieta padrão. **Métodos:** Foram utilizados 30 ratos, pesando entre 250 e 300 g. Os ratos foram divididos em dois grupos: Dieta Padrão (SD) e Dieta Cafeteria (CD). Após 30 dias, os grupos foram divididos em: SD, Dieta Plus (PD) e CD. Em 30 e 60 dias, realizaram-se as dosagens bioquímicas. Os animais foram pesados, medidos e realizaram-se os Índices de Lee e a análise macroscópica da gordura visceral. **Resultados:** Os valores de peso, circunferência, tamanho e Índice de Lee, aumentaram nos animais da PD em 30 e 60 dias de dieta. Os parâmetros bioquímicos em 30 dias aumentaram os níveis de colesterol total e HDL do grupo SD em relação à PD e CD. Em 60 dias o colesterol total e HDL sofreram uma diminuição. Os níveis de glicose em 30 dias aumentaram em relação aos grupos da PD e CD. Na análise macroscópica da gordura visceral, o grupo PD apresentou alteração visível em relação à SD. **Conclusão:** Ao induzir dietas em animais, estes apresentaram respostas diferentes através do metabolismo e do tempo de indução da dieta.

**Palavras-chave:** Dislipidemias, Hiperglicemia, Obesidade, Ratos.

## ■ INTRODUÇÃO

A obesidade tem se tornado um problema de saúde pública e é, atualmente, considerada como uma epidemia mundial (ZAMBON et al., 2009; PEREIRA; FRANCISCHI; LANCHA JUNIOR, 2003). Sua etiologia em seres humanos pode decorrer da interação complexa entre inúmeros fatores, como gênero, idade, predisposição genética, características psicológicas e socioculturais, como também por hábitos modernos, como o consumo de alimentos altamente calóricos e sedentarismo (TOU; WADE, 2002; DINIZ et al., 2008).

O excesso de despesas médicas resultantes para o tratamento de doenças relacionadas com a obesidade mostra que os gastos médicos anuais são de US\$ 395 nos EUA, significando 36% a mais de custos com a saúde, quando relacionados aos indivíduos de peso normal. No Brasil, as despesas com as comorbidades de obesidade e sobrepeso em 2001 foram equivalentes a 3,02% para homens e 5,83% para mulheres, dos custos totais de hospitalização (FINKELSTEIN; FIEBELKORN; WANG, 2003; RIBEIRO; COLUGNATI; TADDEI, 2009). Segundo o Ministério da Saúde os gastos decorrentes de ações, procedimentos e serviços de saúde apresentam estimativas de R\$ 3,8 bilhões em gastos ambulatoriais e R\$ 3,7 bilhões em gastos com internação, totalizando em aproximadamente R\$ 7,5 bilhões/ano em gastos com doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

O risco da obesidade está relacionado, em parte, com níveis anormais de lipídios e glicose no sangue, consistindo no aumento de colesterol total, em especial ao aumento da lipoproteína de baixa densidade (LDL), triacilgliceróis elevados (TAG), diminuição do colesterol de lipoproteínas de baixa densidade (HDL-C) e níveis elevados de glicose. A hiperinsulinemia, por sua vez, aumentam as lipoproteínas de densidade muito baixa (VLDL), assim como a elevação da síntese de triglicerídeos (ZHU et al., 2002; RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002; REAVEN, 2005; BRAY, 2004).

Além da relação obesidade e dislipidemia, o aumento dos níveis de glicose sanguínea pode levar o indivíduo ao diabetes mellitus tipo 2, sendo que até 65% dos casos desta patologia podem ser atribuídos ao excesso de peso e pela distribuição da gordura corporal (BRAY, 2004).

Com isso, as dislipidemias e a hiperglicemia, causadas pela obesidade e pela inatividade física, estão fortemente associadas com o risco de maior probabilidade para desenvolver doenças cardiovasculares, sendo que as gorduras viscerais estão associadas com efeitos negativos à saúde, independentemente da quantidade de gordura corporal, isto é, mesmo o indivíduo apresentando um Índice de Massa Corporal (IMC) normal, ainda há riscos de arteriosclerose (CASTRO et al., 2004; COSTA et al., 2007; ANJANA et al., 2004).

Por isso, há necessidade da mudança de hábitos alimentares, com dietas menos calóricas, e a prática de atividades físicas de maneira regular, para promover a boa saúde,

melhorando o controle da glicose, reduzindo a gordura abdominal e visceral, como também diminuindo os riscos de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006; HAENNEL; LEMIRE, 2002).

No entanto, devido ao maior consumo de dietas altamente energéticas e palatáveis e da diminuição no gasto energético, utiliza-se a indução da obesidade em roedores a partir de dietas hipercalóricas, pretendendo reproduzir o comportamento nutricional humano, utilizando-os como modelos de experimentação para o estudo das consequências dessa patologia, assim como em estudos de análise da eficácia de terapias farmacológicas (TOU; WADE, 2002; DINIZ et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2008).

## ■ OBJETIVO

Induzir dietas hipercalóricas em ratos adultos da linhagem *Wistar* para promover a obesidade e verificar seus níveis bioquímicos de colesterol total, triglicerídeos, colesterol HDL, VLDL e glicose, relacionando-os com ratos alimentados por dieta padrão, para se observar o melhor modelo a ser utilizado na indução da obesidade como evolução cronológica de desenvolvimento das dietas, visando sua importância em estudos de tratamentos farmacológicos para esses distúrbios.

## ■ MÉTODOS

Os sujeitos utilizados para este estudo foram 30 ratos da linhagem *Wistar*, machos, com aproximadamente 85 dias de vida e pesando entre 250 e 300 g no início do experimento. Estes animais foram adquiridos no Biotério da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, Paraná e foram submetidos a um período prévio de adaptação por 5 dias, em ambiente climatizado ( $21 \pm 2^\circ\text{C}$ ), com períodos de claro e escuro de 12 horas e ração e água ad libitum, antes de iniciarem os tratamentos.

O número de animais por gaiola de contenção foi de três ratos, como objetivo de restringir o espaço habitado e simular o hábito de sedentarismo. Em todo o período de estudo, as gaiolas foram limpas diariamente e para minimizar as variações devido às técnicas, os experimentos foram realizados sempre no mesmo horário e por um único experimentador.

Antes de se iniciar os experimentos, foram adquiridos animais piloto para se realizar uma estimativa da quantidade de ração e água ingerida e, a partir disso, oferecer as quantidades suficientes para os grupos a serem estudados, para que não sofressem carência ou desperdício de alimentos, podendo acarretar na deterioração destes e contaminação do ambiente de estudos.

Diariamente, os alimentos sólidos eram pesados em balança Toledo® modelo 9094 e a água e o refrigerante medidos em proveta. As dietas que porventura não tinham sido ingeridas pelos animais também eram pesadas e os dados eram anotados.

Inicialmente os ratos foram divididos em dois grupos, conforme o uso ou não da dieta hipercalórica. Os grupos foram denominados de 1) grupo Dieta Padrão e 2) grupo Dieta Cafeteria, as quais foram oferecidas sem restrições. Após 30 dias de dieta, o grupo padrão se subdividiu devido à introdução de elementos calóricos à ração em um dos grupos, constituindo então em: 1) grupo Dieta Padrão; 2) grupo Dieta Plus; e 3) grupo Dieta Cafeteria, que continuaram a alimentação sem restrições.

Ao grupo Dieta Padrão foi oferecida somente a ração Labina (Purina®) e água. A Dieta Plus foi preparada por uma mistura de dieta normocalórica e alimentos industrializados, através dos ingredientes: ração Labina Purina® (355 g), amendoim torrado (176 g), caseína (123 g), óleo de milho (82 g), achocolatado (88 g) e bolacha maisena (176 g) (NASCIMENTO, 2006). Os ingredientes foram pesados em balança Digipeso® - modelo DP 3000/0301 e, após este processo, sofreram trituração e secagem em temperatura média de 180°C por 40 minutos. Por fim, o produto foi embalado e mantido em geladeira com temperatura entre 2°C a 8°C para sua conservação.

A Dieta Cafeteria é baseada em produtos encontrados em uma típica cafeteria americana, as quais industrializam produtos com alto valor calórico. Esta foi baseada na dieta descrita por Almeida (2008) e composta pela sequência de 5 dietas. No primeiro dia, os ratos foram alimentados com mortadela, biscoito água e sal, chips de bacon, bolacha waffer de chocolate e guaraná. No segundo dia com pão francês, salsicha, chips queijo, bolacha recheada de chocolate e refrigerante de cola. No terceiro dia foram alimentados com pão francês, salsicha, chips queijo e guaraná. No quarto dia com mortadela, biscoito de água e sal, chips bacon, bolacha waffer de chocolate e refrigerante de cola e no quinto dia com pão francês, salsicha, chips de queijo, bolacha recheada de chocolate e refrigerante de cola. Ao final da quinta dieta, os dias foram retomados ao início do ciclo.

Nos intervalos de tempo de 30 e 60 dias de experimento os ratos foram submetidos ao jejum de 8 horas e fez-se a coleta de sangue, realizando uma incisão na extremidade caudal dos animais, com imobilização em contêntores adequados, para se realizar as análises bioquímicas. Após a incisão e a coleta da amostra, o local exposto foi cauterizado para acelerar o processo de coagulação.

Após a retração do coágulo, as amostras de sangue sofreram centrifugação a 3000 rpm por 10 minutos para a obtenção do soro. A partir das amostras de soro, realizou-se as dosagens de colesterol total, triglicérides, colesterol HDL e glicose, mediante testes bioquímicos, seguindo os métodos do kit de dosagem enzimática da Gold Analisa® e dosados

em espectrofotômetro Bio 2000®. Os valores de VLDL foram calculados pelo método de Friedwald, a partir dos valores de triglicérides/5 (ASHWOOD; BRUNS; BURTIS, 2008).

Os animais foram pesados em balança Toledo® modelo 9094, tiveram a sua circunferência medida na região abdominal e sua estatura por medida nasoanal através de fita métrica, duas vezes por semana até o final dos experimentos e os dados foram anotados. Realizou-se os cálculos de Índice de Lee (raiz cúbica do peso corporal/estatura x 1000), como parâmetros para determinar a obesidade nos animais (SOUZA et al., 2001; BERNARDIS, 1970).

No prazo total de 60 dias de dieta, foi realizada uma nova coleta de sangue e os testes bioquímicos já citados anteriormente foram repetidos. Por fim, os animais foram abatidos com o emprego de dose letal de tiopental, por via intraperitoneal, na concentração de 100 mg/kg (MEYER et al., 2005). Após este procedimento, fez-se a análise macroscópica da concentração de gordura visceral dos animais e realizou-se o registro fotográfico dos mesmos, com câmara digital Sony® - modelo DSC-H2.

O trabalho teve aprovação do COBAC (Comitê de Ética e Pesquisa do CESUMAR), através do protocolo de número 008/2010 e parecer 008A/2010.

## **Análise Estatística**

Com base nos dados obtidos, foram calculados as médias e os erros padrões das médias, para cada medida e grupos estudados. Realizou-se os testes ANOVA, seguido de Tukey, para a análise da relação de três grupos e Teste T não pareado para análises de dois grupos. Foram considerados significativos aqueles resultados que apresentaram valores de  $p < 0,05$ .

## **■ RESULTADOS**

Utilizando os animais pilotos, realizou-se a média de água e ração ingerida, resultando em aproximadamente 37 ml de água e 23,5 g de ração/animal. Com isso, estipulou-se uma quantidade média de 60 ml de água e 33 g de ração para cada animal do grupo Dieta Padrão. Para o grupo Dieta Plus, foi padronizado 60 ml de água e 40 g de dieta plus. Por fim, para o grupo da Dieta Cafeteria, estipulou-se as quantidades de 100 ml de refrigerante e 40 g de alimentos sólidos e 60 ml de água, desde que esses alimentavam-se com mais frequência e avidez.

Diante do período total das dietas, pode-se comparar o consumo médio de ingestão de água, ração, dieta plus e cafeteria. Os animais que receberam a Dieta Padrão apresentaram em média a ingestão de 44 ml de água e consumo de 26,6 g de ração. Os ratos induzidos com a Dieta Plus ingeriram aproximadamente 28,8 ml de água e 29,8 g da própria dieta. Já aqueles

tratados com a Dieta Cafeteria, constituíram em uma média de 22,8 ml de água, 55 ml de refrigerante e 29,3 g da dieta que a constitui. Diante dos valores apresentados, percebe-se que a Dieta Padrão ingeriu maior volume de água e menor quantidade de ração.

A composição da Dieta Padrão apresenta 23% de proteína, 4% de lipídio e 17% de outras substâncias, perfazendo um total de calorias de aproximadamente 3,5 kcal. A Dieta Plus se constitui de 27% de proteína, 43% de carboidrato, 20% de lipídio e 10% de outras substâncias, apresentando 4,6 kcal (SILVA et al., 2008; NASCIMENTO, 2006). A Dieta Cafeteria, no entanto, tem-se a proposta de 13% de proteínas, 68% de carboidratos e 18% de lipídios, computando valores calóricos de 4,875 kcal, 3,975 kcal, 3,6 kcal, 5,075 kcal e 3,8 kcal, como segue a sequência dos cinco dias das dietas cafeterias (CHRISTOFFOLETE; MORISCOT, 2004).

Em relação aos valores de peso, circunferência, tamanhos e Índice de Lee entre os grupos Dieta Padrão, Dieta Plus e Dieta Cafeteria em 30 dias de tratamento (Figura 1 e Tabela 1), pode-se observar que houve um aumento das médias em todos os parâmetros para os animais alimentados com a Dieta Plus.

Ao relacionar os grupos Dieta Padrão e Dieta Cafeteria ao final de 60 dias de indução da alimentação (Figura 1), pode-se observar que o peso, a circunferência abdominal, o tamanho e o Índice de Lee obtiveram um aumento significativo em relação à dieta oferecida. Por isso, pode-se demonstrar que em 8 semanas e meia, a Dieta Cafeteria promoveu a indução maior da obesidade em ratos, quando comparados a uma dieta padrão.

Ao analisar os parâmetros bioquímicos em 30 dias de indução das dietas, observa-se que os níveis de colesterol total e HDL do grupo Dieta Padrão sobressaem em relação às Dietas Plus e Cafeteria (Figura 2 e Tabela 2). Níveis de glicose em 30 dias encontra-se aumentados nas Dietas Plus e Cafeteria em comparação à Dieta Padrão e ao final de 60 dias ou aumento não muito considerável. Já os níveis de triglicerídeos não houve alteração significativa entre todas as dietas, tanto em 30 quanto em 60 dias de tratamento.

Observando a gordura visceral dos animais, em apenas 30 dias de tratamento, o grupo tratado com Dieta Plus apresentou aumento da gordura quando comparada à Dieta Padrão ao final de 60 dias (Figura 3).



Figura 1. Peso, Circunferência, Tamanho e Índice de Lee em 30 e 60 dias de dieta.

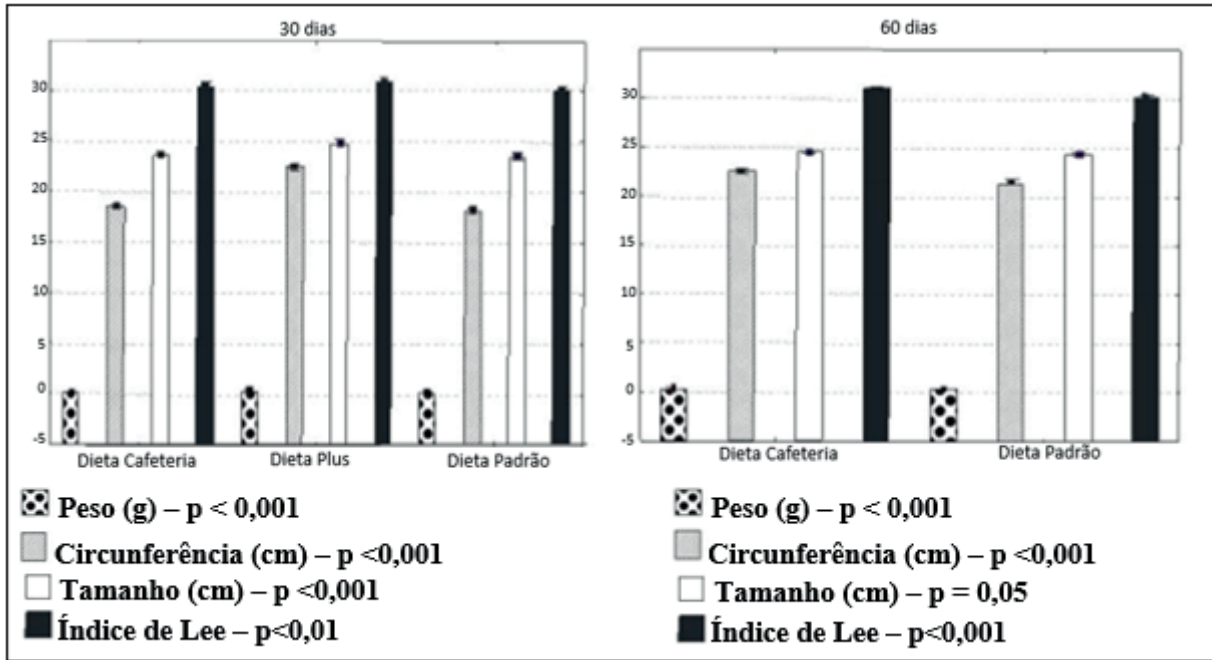
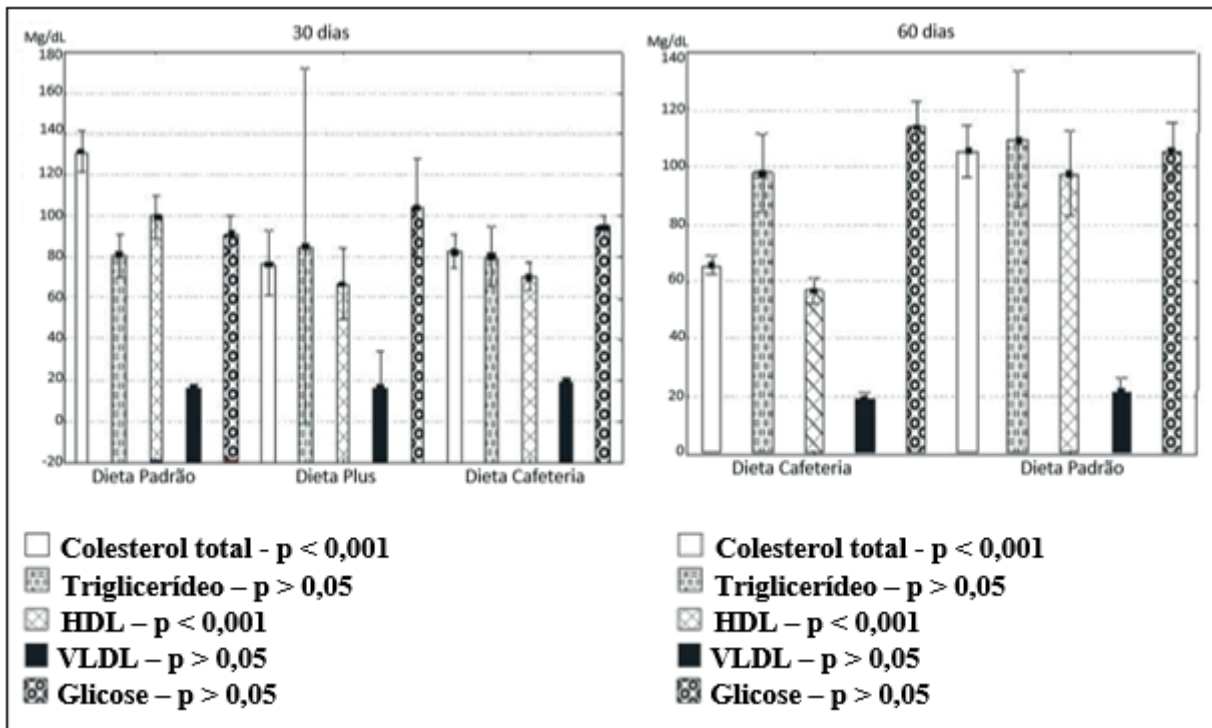
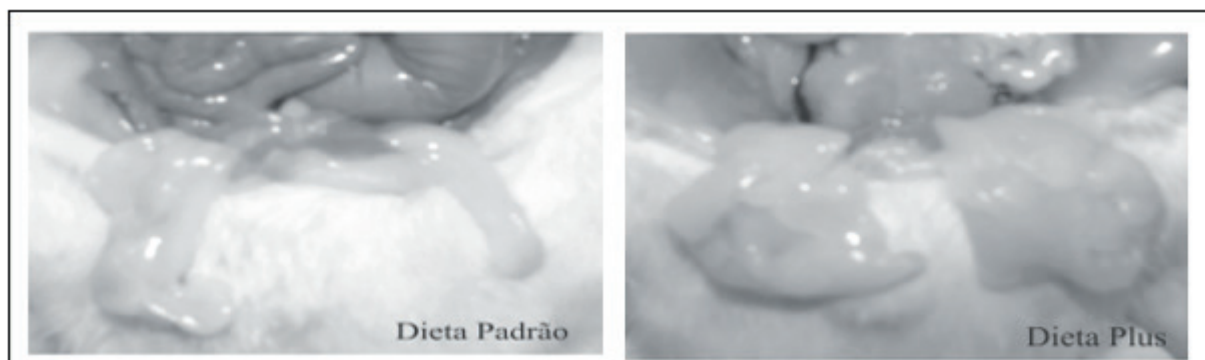


Figura 2. Dosagens de colesterol, triglicerídeo, HDL, VLDL e Glicose em 30 e 60 dias de dieta.





**Figura 3.** Gordura visceral do animal alimentado com a Dieta Padrão em 60 dias de dieta. Gordura visceral do animal alimentado com a Dieta Plus em 30 dias de tratamento.



**Tabela 1.** Teste de Tukey para Peso, Circunferência, Tamanho e Índice de Lee em 30 dias de dieta.

Teste de Tukey					
Peso (g)			Tamanho (cm)		
Grupo	Média	Tratamento	Grupo	Média	Tratamento
A	0,47	Dieta Plus	A	24,93	Dieta Plus
B	0,33	Dieta Cafeteria	A	23,72	Dieta Cafeteria
B	0,32	Dieta Padrão	B	23,61	Dieta Padrão
Circunferência (cm)			Índice de Lee		
Grupo	Média	Tratamento	Grupo	Média	Tratamento
A	22,50	Dieta Plus	A	31,01	Dieta Plus
B	18,57	Dieta Cafeteria	B	30,52	Dieta Cafeteria
B	18,24	Dieta Padrão	B	30,25	Dieta Padrão
Letras diferentes diferem ao nível de 5%					

**Tabela 2.** Teste de Tukey para dosagens de colesterol total e HDL em 30 dias de dieta.

Teste de Tukey					
Colesterol total (mg/dL)			HDL (mg/dL)		
Grupo	Média	Tratamento	Grupo	Média	Tratamento
A	131,11	Dieta Padrão	A	99,71	Dieta Padrão
B	82,87	Dieta Cafeteria	A	70,56	Dieta Cafeteria
B	77,00	Dieta Plus	B	67,00	Dieta Plus
Letras diferentes diferem ao nível de 5%					

## ■ DISCUSSÃO

Para induzir dietas hipercalóricas em ratos para promover a obesidade, foi necessário avaliar o padrão alimentar dos animais que seguiam as Dietas Padrão, Plus ou Cafeteria, e observar o melhor modelo a ser utilizado na indução da obesidade como evolução cronológica de desenvolvimento das dietas. Em nosso estudo, os animais que se alimentavam de Dieta Padrão ingeriu maior volume de água e menor quantidade de ração, confirmando esses dados com o trabalho de Thomazi (2008), obtendo-se, portanto, a mesma conclusão.

Comparando a composição entre as dietas, verifica-se que a Dieta Padrão tem sua predominância em proteínas, pouco lipídio e com valor calórico diminuído em relação às outras dietas. A Dieta Plus e a Dieta Cafeteria são ricas em carboidratos e gorduras e possuem valor calórico aumentado. Enquanto essas dietas apresentam tal composição, uma dieta normocalórica apresenta teor de 80% de carboidratos, 19% de proteína e menos de 1% de lipídios (CHRISTOFFOLETE; MARISCOT, 2004). Devido a esta variação de composição e calorias, os animais apresentam respostas metabólicas diferentes dependendo da alimentação oferecida. Segundo Nascimento (2006), as dietas hipercalóricas em estudos experimentais são obtidas às custas de alimentos ricos em gorduras e/ou carboidratos. Com relação à dieta Cafeteria, através das características dos alimentos, densamente energéticos e palatáveis, e da sua forma rotativa de apresentação, é a que mais se aproxima do perfil da alimentação humana.

Em 30 dias de tratamento, observou-se um aumento das médias dos valores de peso, circunferência, tamanhos e Índice de Lee para os animais alimentados com a Dieta Plus. Isso pode ser explicado devido à adição de substâncias hiperlipídicas à ração, a qual já estavam adaptados, induzindo aos animais uma maior sobrecarga de lipídios e levando a formação de triacilgliceróis. A falta de alteração entre as médias dos animais alimentados pela Dieta Padrão e Dieta Cafeteria em 30 dias pode sugerir um período necessário para a adaptação metabólica dos animais tratados com a dieta hipercalórica, sendo que todos os artigos pesquisados para este estudo demonstram ser importante um intervalo mínimo de 8 semanas de tratamento para que se possa observar alterações significativas dos parâmetros analisados. Contudo, não há uma padronização em relação ao tempo necessário de dieta para tais protocolos experimentais. Também podemos conceituar que, como a ingestão da ração nos ratos inicia-se logo após o desmame, e não há diferenças na composição delas em relação à idade dos animais, isso poderia, em parte, provocar mecanismos adaptativos aos nutrientes desta ração e, assim, ser necessário um tempo de adaptação à inserção de novos ingredientes da dieta hipercalórica.

Ao final de 60 dias de tratamento, Dieta Cafeteria promoveu a indução maior da obesidade em ratos, quando comparados a uma Dieta Padrão. Sugere-se que houve a adaptação metabólica dos animais tratados com a dieta hipercalórica e rica em carboidratos. Em relação ao estudo de Thomazi (2005), a dieta em ratos suplementada com aspartame também foi capaz de provocar aumento do peso nos animais dos demais grupos.

Os parâmetros bioquímicos de colesterol total e HDL em 30 dias de Dieta Padrão estão significativamente acima quando comparadas às Dietas Plus e Cafeteria (Figura 2 e Tabela 2). Com isso, pode-se deduzir que o tempo de 30 dias de tratamento não foi suficiente para alterar o metabolismo dos animais. No trabalho de Tomanari (2003), é relatado que as

mudanças metabólicas podem ser revertidas após 5 semanas, ao se induzir a dieta. No entanto, ao se observar as dosagens de colesterol total e HDL ao final de 60 dias (Gráfico 2), pode-se observar que houve uma diminuição destes, podendo estimar que o metabolismo ainda estava em atividade alterada, e caso houvesse um prolongamento do período das dietas, que esses níveis poderiam entrar em equilíbrio e conseguir valores com menores variações metabólicas devido ao uso recente da ração padronizada em ratos desmamados.

Quando analisamos os níveis de glicose em 30 dias de tratamento com os grupos da Dieta Plus e Cafeteria, estima-se que seus níveis aumentados, em relação à Dieta Padrão, estão baseados na oferta de alimentos hipercalóricos, ricos em carboidratos, que induzem a um maior aumento dos níveis de glicose. Com a finalização de 60 dias de dieta, pode-se deduzir que o aumento desses níveis, embora não muito considerável, esteja em processo de evolução para o aumento significativo, já que as dietas foram induzidas por um curto período de 8 semanas e meia.

Apesar de haver variação considerável de peso e colesterol total nas dietas Padrão, Plus e Cafeteria, os níveis de triglicerídeos, tanto em 30 como em 60 dias de tratamento, demonstram uma não variação das médias entre elas. No estudo de Thomazi (2008) também não foram encontradas diferenças significativas de triglicerídeos durante os 30 dias da análise demonstrada seu trabalho.

De acordo com o estudo de Nascimento (2006), em 14 semanas de tratamento com a dieta hipercalórica, acarretou na elevação do peso e gordura corporal, da glicemia, triglicerídeo, da VLDL e diminuição da HDL. Relacionando-os com este trabalho, pode-se considerar que alguns parâmetros, como a glicemia, triglicerídeos e VLDL ainda não obtiveram uma alteração significativa, devido à relação de tempo inferior a este trabalho citado.

A partir da análise macroscópica da gordura visceral dos animais, o grupo alimentado com Dieta Plus apresentou uma alteração visível em quantidade desta gordura em somente 30 dias de tratamento, em relação à Dieta Padrão, que foi oferecida em um período maior de 60 dias (Figura 3). Esse acúmulo de gordura visceral pode ter sido desencadeado a partir da síntese de gorduras induzida por um excesso de carboidratos, resultando no aumento direto nos estoques de triglicerídeos do tecido adiposo (TOMAZI et al., 2008). Embora mesmo estes grupos da Dieta Padrão e Plus apresentando relativamente pouca diferença de peso, houve uma diferença significativa da gordura visceral, sendo que estudos mostram que o aumento desta gordura, mesmo sem alteração do peso corporal normal, pode aumentar a prevalência de doenças cardiovasculares (PASTORE et al., 2010).

## ■ CONCLUSÃO

Ao induzir dietas em animais, estes apresentam respostas relacionadas com a composição e ingestão da dieta, como também através do seu metabolismo, respondendo de formas distintas dependendo do tempo de indução da dieta realizada. Observou-se diferenças entre as dietas em relação aos parâmetros de peso corporal, circunferência, Índice de Lee, colesterol total, HDL e gordura visceral em um período de 8 semanas e meia. Os parâmetros não significativos podem ser devido ao curto período de tempo ou devido às respostas diferentes entre os metabolismos dos animais, já que mesmo realizando experimentos em condições laboratoriais e com animais da mesma cepa, ainda assim podem apresentar respostas diferentes.

## ■ FINANCIAMENTO (OPCIONAL)

Programa de Bolsas de Iniciação Científica do CESUMAR (PROBIC).

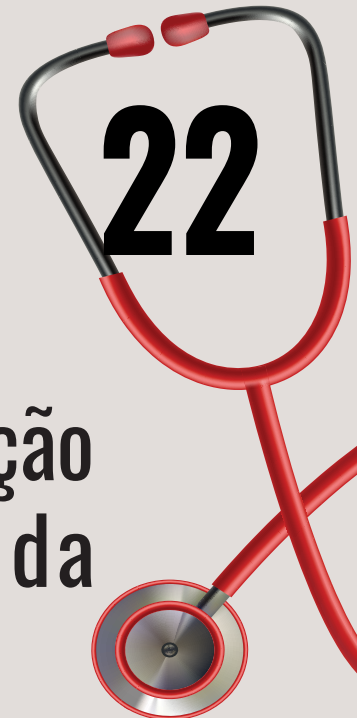
## ■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, F. N.; ALMEIDA, K. N.; MASI, L. N. et al. A resposta do peso e da composição corporal à inclusão da dieta de cafeteria e treinamento físico aeróbio em diferentes fases do desenvolvimento. **Cienc Cuid Saúde**, Maringá (PR), v. 7, sup. 1, p. 39-44, 2008.
2. ANJANA, M.; SANDEEP, S.; DEEPA, R. et al. Visceral and central abdominal fat and anthropometry in relation to diabetes in Asian Indians. **Diabetes Care**, v. 27, n. 12, 2004.
3. ASHWOOD, E. R.; BRUNS, D. E.; BURTIS, C. A. In: STEIN, E. A.; MYERS, G. L. Tietz: **Fundamentos de química clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
4. BERNARDIS, L. L. Prediction of carcass fat, water and lean body mass from Lee's 'nutritive ratio' in rats with hypothalamic obesity. **Cell Mol Life Sci.**, v. 26, n. 7, p. 789-790, 1970.
5. BRASIL. **Ministério da Saúde**. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2006.
6. BRAY, G. A. Medical Consequences of Obesity. **JCEM**, v. 89, n. 6, p. 2583-2589, 2004.
7. CASTRO, L. C. V.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev Nutr.**, v. 17, n. 3, 2004.
8. CHRISTOFFOLETE, M. A.; MORISCOT, A. S. Hypercaloric cafeteria-like diet induced UCP3 gene expression in skeletal muscle is impaired by hypothyroidism. **Braz J of Med Biol Res.**, v. 37, p. 923-927, 2004.
9. COSTA, C. A. S.; ALVES, E. G.; GONZALEZ, G. P. et al. Tomografia computadorizada na avaliação da distribuição do tecido adiposo abdominal de ratos alimentados com rações hiperlipídicas após desnutrição Neonatal. **Radiol Bras.**, v. 40, n. 5, p. 337-340, 2007.

10. DINI, Y. S.; BURNEIKO, R. M.; SEIVA, F. R. F. et al. Diet compounds, glycemic index and obesity-related cardiac effects. **Intern Journal of Cardiology**, v. 124, p. 92-99, 2008.
11. FINKELSTEIN, E. A.; FIEBELKORN, I. C.; WANG, G. National medical spending attributable to overweight and obesity: how much, and who's paying? **Health Affairs**, Supl Web Exclusives, p. 219-226, 2003.
12. HAENNEL, R. G.; LEMIRE, F. Physical activity to prevent cardiovascular disease. How much is enough? **Can Fam Physician**, v. 48, p. 65-71, 2002.
13. MEYER, F.; IOSHII, S. O.; PATRIANI, A. H. et al. Nefrectomia Parcial Videolaparoscópica: Modelo Experimental em Ratos. **Braz J Video-Sur.**, v. 3, n. 4, p. 183-190, 2005.
14. NASCIMENTO, A. F. **Influência das dietas padrão e hipercalórica sobre o comportamento corporal e bioquímico de ratos wistar**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu.
15. NASCIMENTO, A. F.; SUGIZAKI, M. M.; LEOPOL, A. S. et al. A hypercaloric pellet-diet cycle induces obesity and comorbidities in wistar rats. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 52, n. 6, p. 52-56, 2008.
16. PASTORE, A. P.; CESARETTI, M. L. R.; GINOZA, M. et al. Efeito da associação entre obesidade neuroendócrina e exócrina experimental sobre a pressão arterial de cauda e o metabolismo de glicose de ratos Wistar. **J Bras Nefrol.**, v. 32, n. 2, p. 195-200, 2010.
17. PEREIRA, L. O.; FRANCISCHI, R. P.; LANCHÁ JUNIOR, A. H. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 47, n. 2, p. 111-127, 2003.
18. REAVEN, G. M. Compensatory Hyperinsulinemia and the Development of an Atherogenic. **Endocrinol Metab Clin N Am.**, v. 34, p. 49-62, 2005.
19. RIBEIRO, I. C.; COLUGNATI, F. A. B.; TADDEI, J. A. A. C. Fatores de risco para sobrepeso entre adolescentes: análise de três cidades brasileiras. **Rev Nutr.**, v. 22, n. 4, 2009.
20. RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Rev Bras Med Esporte**, v. 8, n. 6, 2002. SILVA, M. A. F.; ATAIDE, T. R.;
21. OLIVEIRA, S. L. et al. Efeito hepatoprotetor do consumo crônico de dieptanoína e trieptanoína contra a esteatose em ratos. **Arqu Bras de Endocrinol Metab.**, v. 52, n. 7, 2008. SOUZA, F.;
22. MARCHESINI, J. B.; CAMPOS, A. C. L. et al. Efeito da vagotomia troncular em ratos injetados na fase neonatal com glutamato monossódico: estudo biométrico. **Acta Cir Bras.**, v. 16, n. 1, 2001.
23. THOMAZI, F.; RIBAS, A.; SERPA, E. et al. Avaliação dos componentes séricos e do ganho de peso de ratos submetidos à dieta com sacarose e à dieta com aspartame. **RUBS**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 37-43, 2008.
24. TOMANARI, G. Y.; PINE, A. S.; SILVA, M. T. A. Ratos wistar sob regimes rotineiros de restrição hídrica e alimentar. **RBTCC**, v. 5, n. 1, p. 57-71, 2003.
25. TOU, J. C. L.; WADE, C. E. Determinants Affecting Physical Activity Levels In Animal Models. **Exp Biol Med.**, Maywood, v. 227, n. 8, p. 587-600, 2002.

26. ZAMBON, L.; DUARTE, F. O.; FREITAS, L. F. et al. Efeitos de dois tipos de treinamento de natação sobre a adiposidade e o perfil lipídico de ratos obesos exógenos. **Rev Nutr.**, v. 22, n. 5, 2009.
27. ZHU, S.; WANG, Z.; HESHKA, S. et al. Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. **Am J Clin Nutr.**, v. 76, p. 743- 749, 2002.

# Alteração na autoimagem: a percepção do paciente amputado diante da mudança na imagem corporal



| Karine Costa **Melo**  
UNIFACEMA

| Bruna Monteiro da **Silva**  
UNIFACEMA

| Francisca Tatiana Dourado **Gonçalves**  
ULBRA

| Berenice Ferreira **Araújo**  
UNIFACEMA

| Alanna Nunes **Soares**  
UNIFACEMA

| Mayra Ramalho de Sousa **Rêgo**  
UNIFACEMA

| Maria Cristina Natasha Lima **Cruz**  
UNIFACEMA

| Rogério Cruz **Mendes**  
UNIFACEMA

| Rayssa Patrícia Damasceno **Rodrigues**  
UNIFACEMA

| Ana Tereza Santos Dias de **Almeida**  
UNIFACEMA



# RESUMO

**Objetivo:** avaliar a percepção do paciente amputado diante da mudança na imagem corporal. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo exploratória, transversal, com abordagem qualitativa, realizada em um hospital geral de um município do Maranhão, contando com uma amostragem de 09 participantes, de ambos os sexos. **Resultados:** Observou-se que há mudanças na percepção dos indivíduos acerca da imagem corporal após o processo de amputação, onde os principais sentimentos vivenciados pelos entrevistados foram tristeza, saudade do membro perdido, desesperança, insatisfação com a imagem corporal e intensa fragilização da mesma. Houve também diminuição do convívio social. Foi evidenciado ainda, que apenas três indivíduos apresentam resiliência quanto a sua situação atual, destacando a família como pilar para a superação de obstáculos enfrentados por eles. **Conclusão:** Diante desses problemas, fica claro que assistência prestada a estes indivíduos deve ser focada em aspectos físicos e emocionais. Nesse caso, a equipe de saúde deve entrar em ação lidando diretamente com o sujeito e prestando esclarecimentos acerca do procedimento realizado por ele, além de incentivar o uso de estratégias que busquem estimular o desenvolvimento de atividades voltadas para a reabilitação física e mental.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Amputação, Sentimentos, Percepção.

## ■ INTRODUÇÃO

A amputação é definida como a retirada total ou parcial de um membro, que pode ocorrer devido a trauma ou realizada cirurgicamente, com um caráter reparador, devendo ser vista como continuação de um tratamento e não isoladamente, sendo utilizada para tratar complicações de várias doenças. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente, o cirurgião realiza uma estratégia cirúrgica que antecipa um regime de reabilitação, porém, para isso o cliente necessita ter um acompanhamento efetivo da equipe multiprofissional (BRASIL, 2014).

Somente em dezembro de 2017 foram realizadas 87.128,28 cirurgias para amputação de membros superiores em todo o território nacional (BRASIL, 2018) e um total de 2.680.811,20 internações hospitalares em 2017, incluindo internações para realizar amputações de membros no Estado do Maranhão (BRASIL, 2019). É sabido, ainda, que pacientes acometidos pelo diabetes têm risco aumentado para a realização do procedimento, pois estudos realizados mostram que as principais causas de amputações se relacionam a doenças vasculares, processos infecciosos, e complicações decorrentes do diabetes (MARQUES et al. 2014).

Observa-se que, após a amputação, os pacientes passam a apresentar um conjunto de mudanças não só físicas, como psicológicas e sociais. É notado o impacto do procedimento ao nível da imagem corporal que, geralmente, modifica a forma como o indivíduo olha para o próprio corpo. E ainda interfere, de forma acentuada, no ajustamento psicossocial do cliente, que se relaciona com uma baixa na sua autoestima, podendo ocasionar o surgimento de uma sintomatologia psicopatológica e prejudicar seu funcionamento social (SILVA, 2013).

Diante do exposto, apresenta-se a necessidade de avaliar a percepção do cliente diante da mudança corporal por ele sofrida, dando ênfase aos sentimentos relatados por ele e identificando os principais impactos físicos e psicológicos causados pelo procedimento em sua vida. Desta forma, a escolha da temática teve início a partir da necessidade de se compreender a percepção do paciente diante das mudanças provocadas pela amputação e suas consequências, os sentimentos relatados por eles e os principais impactos causados pelo procedimento em sua vida.

Este estudo teve como problemática “Qual a percepção do paciente amputado diante da mudança na imagem corporal?”. Para tal, objetivou-se avaliar a percepção do paciente amputado diante da mudança na imagem corporal, mais especificamente, relatar a representação mental que o paciente tem do próprio corpo após o processo de amputação; descrever os principais sentimentos relatados pelo paciente em relação à imagem corporal após o processo de retirada de um membro e identificar os impactos sociais relacionados à amputação.

## ■ MÉTODOS

O estudo refere-se a uma pesquisa de campo, do tipo descritivo exploratória, transversal, com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada em um hospital geral de um município do Maranhão, onde este foi escolhido por se tratar de um hospital que atende pacientes com diversas patologias, e oferece atendimentos especializados em diferentes áreas como: clínica cirúrgica geral, cardiologia, enfermagem, fisioterapia, entre outros, que o tornam referência em atendimentos para a população da cidade, recebendo um grande fluxo de pacientes e se caracterizando como um local muito apropriado para coletar dados sobre pacientes e casos clínicos diferenciados, possibilitando o desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas.

O estudo foi realizado em um hospital geral de um município do Maranhão, onde este forneceu dados sobre os pacientes que passaram por amputações nos últimos seis anos, e os dados foram utilizados para contatá-los. Assim, estiveram aptos para participar da pesquisa, pacientes com excisão de qualquer componente corporal.

Como critérios de inclusão para participação na pesquisa foram selecionados indivíduos com idade entre 18 e 82 anos, que realizaram amputação em até seis anos, e que receberam assistência hospitalar no município. Quanto aos critérios de exclusão, não estiveram aptos para o estudo pessoas com idade inferior a 18 anos, ou que apresentaram distúrbios mentais que as impeça de responder por si mesmas, e ainda, indivíduos que não tiveram disponibilidade de tempo para responder as perguntas da entrevista.

Foram selecionados 15 pacientes que se enquadravam no perfil, dos quais, três não quiseram participar, dois não foram localizados, e um desistiu de realizar a entrevista. Ao final, a pesquisa contou com a amostragem de nove participantes do sexo feminino e masculino e usou critério de saturação. Estes foram selecionados com a amostragem aleatória simples sem reposição.

O recurso utilizado para coletar os dados foi a aplicação de um questionário formado por duas partes, de modo que a primeira compunha um questionário com informações socio-demográficas do indivíduo, e a segunda caracterizava uma entrevista com perguntas abertas acerca do tema proposto, permitindo que o paciente se expressasse mais livremente. Para isso, o questionário e a entrevista foram realizados individualmente, e as respostas foram anotadas e gravadas (com a autorização prévia do paciente) para posterior reprodução, análise qualitativa e interpretação. Outro ponto importante foi a observação das expressões e comportamentos dos clientes durante o encontro.

Depois do processo de seleção, os pacientes foram procurados e receberam um convite verbal para participar da pesquisa. A seguir, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi disponibilizado e assinado por aqueles que se dispuseram a participar

do estudo. O termo seguiu as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre as pesquisas que envolvem seres humanos. Ressalta-se, aliás, que a identidade do paciente foi mantida em sigilo profissional.

O período da coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e abril de 2019, e as entrevistas tiveram duração média de 30 a 40 minutos. Quanto às perguntas do questionário, estas serviram como norteadoras para guiar a entrevista, servindo como base para avaliar a percepção dos pacientes diante da sua nova imagem corporal, e promovendo a avaliação dos principais sentimentos relatados por eles.

Este projeto de pesquisa foi submetido à plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA. Tendo visto que, os pesquisadores foram os responsáveis por cumprir todas as normas que são preestabelecidas na Resolução CNS nº 466/12, que dispõe sobre a proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, sob o nº de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 09463019.4.0000.8007.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e discussão foi estruturada em duas etapas: Onde a primeira refere-se à caracterização dos sujeitos que participaram da pesquisa, e a segunda diz respeito ao cumprimento dos objetivos do estudo mediante a exposição e análise dos depoimentos dos participantes.

A aplicação do instrumento de coleta de dados possibilitou a caracterização dos participantes da pesquisa, abordando variáveis sociodemográficas que incluíram sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, profissão e situação socioeconômica.

A amostra foi constituída por nove participantes que passaram pelo processo de amputação nos últimos seis anos, onde destes, seis (67%) eram do sexo masculino e três (33%) eram do sexo feminino. No que diz respeito à faixa etária dos participantes, a idade variou entre 28 e 82 anos, destes, três (33%) apresentaram idades entre 28 e 55 anos e seis (67%) possuíam idades entre 59 e 82 anos.

Em relação ao estado civil, quatro (45%) entrevistados eram casados, três (33%) viúvos e dois (22%) solteiros. No que concerne à religião, dois (22%) participantes eram protestantes e sete (78%) eram católicos. Já na escolaridade quatro (45%) pessoas possuíam ensino fundamental, três (33%) ensino médio, uma (11%) pessoa possuía ensino superior e uma (11%) nunca frequentou a escola.

Quando perguntados sobre a profissão houve predominância de indivíduos aposentados, onde quatro (45%) sujeitos relataram receber a aposentadoria, três (33%) lavradores, uma (11%) professora e um (11%) mecânico. No que diz respeito às condições

socioeconômicas, quatro (45%) indivíduos disseram que as suas condições são regulares, três (33%) pessoas relatam ter boas condições, e dois (22%) sujeitos caracterizaram suas condições socioeconômicas como ruins.

## ■ AS CLASSES E SUAS DESCRIÇÕES

As informações foram adquiridas por meio de entrevistas com pacientes que passaram pelo processo de amputação de um componente corporal nos últimos seis anos, onde os dados pertinentes ao estudo foram expostos mediante as falas dos indivíduos, com total garantia de anonimato, para isso, os sujeitos foram identificados apenas com o nome “Participante” e por números que designaram a ordem na qual as entrevistas foram realizadas (Participante 1, Participante 2, Participante 3...).

Para atingir os objetivos propostos pela pesquisa, a análise dos dados foi constituída de quatro classes: Classe 1 - A representação mental do próprio corpo após o processo de amputação; Classe 2 - Os principais sentimentos relatados após a amputação em relação à imagem corporal; Classe 3 - Impactos sociais relacionados à amputação; Classe 4 - Estratégias para aumentar a autoestima após o processo de amputação. As classes estão expostas a seguir descrevendo os principais resultados da pesquisa.

### **Classe 1. A representação mental do próprio corpo após o processo de amputação**

Sobre a representação mental do próprio corpo após o processo de amputação, dos nove indivíduos entrevistados, quatro sujeitos se mostraram tristes, descontentes e insatisfeitos com a imagem que têm de si mesmo, sendo evidenciados por choro fácil, expressões faciais de angústia e lamentação em relação à perda do membro. Em relação a esta perda, dois participantes exprimiram intensa fragilização quanto à sua imagem corporal, outros dois se mostram à margem da resiliência, e uma participante se descreve completa, negando a ausência do membro amputado, como revela as falas dos depoentes.

*Na minha mente eu tenho uma imagem muito feia, só uma perna, diabetes é uma merda [...] não durmo a noite [...] (PARTICIPANTE 5).*

*Eu imagino tristeza, quando me lembro que eu era tão forte, jogava bola, fazia vôlei, hoje só tristeza, eu não posso nem falar que já fico emocionado, pois é, só tristeza (choro) [...] (PARTICIPANTE 6).*

*Eu de primeiro me sentia saudável hoje em dia eu não sinto, depois que tirou minhas pernas eu fiquei triste comigo mesmo. Eu lembro do corpo de antes porque eu andava pra tudo que é lugar (choro) [...]. (PARTICIPANTE 7).*

Após o processo de amputação muitos pacientes enfrentam dificuldades para se adaptar ao novo corpo, e sofrem uma intensificação dos seus sentimentos em relação ao membro perdido, dessa forma a imagem corporal é distorcida e o indivíduo se prende às lembranças do corpo completo, negando a sua realidade atual, como evidencia a fala da entrevistada:

*Me vejo completa, eu vivi 60 anos completa, no ano passado perdi meus dedos, depois meu pé e agora corro risco de perda a perna (choro) [...]*  
(PARTICIPANTE 2).

Enfrentar o processo de reabilitação após a amputação de um membro é um grande desafio para os sujeitos, pois a adaptação ao novo corpo provoca profundas alterações na autoimagem, fazendo com que o indivíduo, muitas vezes, vivencie sentimentos como tristeza e angústia, que pode se intensificar ainda mais, dependendo do tipo de estímulo que recebe das pessoas de seu ciclo social, onde sua percepção de autoimagem pode se tornar mais comprometida diante de opiniões negativas, ou ainda, se negar a ver o corpo de acordo com a nova realidade.

Frente a esses achados, estudos realizados por Bello et al. (2014) afirmam que a experiência de amputar um membro é para a maioria dos pacientes, um processo triste e doloroso, no qual é vivenciado um sentimento de culpa por estar passando por aquela situação, medo e angústia. Porém, a intensidade dos sentimentos vivenciados varia de acordo com os valores individuais dos sujeitos, revelando ainda, que muitos indivíduos se sentem excluídos do convívio social por não conseguirem se locomover e não lidam de forma positiva com a dependência física que apresentam, tornando-se mais solitários e aumentando o desejo pelo membro perdido. Gerando uma visão distorcida do novo corpo, surge a baixa autoestima e sofrimento (REIS; SCHWAB; NEUFELD, 2014).

Corroboram com a afirmativa, nos estudos de Friggi et al. (2018) afirmam que o processo de amputação ocasiona uma perda que não se restringe apenas ao corpo físico. As limitações que são impostas aos indivíduos provocam uma fragilização da imagem de si mesmo e redução do narcisismo, ou seja, do amor por si próprio, provocando consecutivos confrontos internos para o indivíduo, pois ele tenta se adaptar à nova realidade, mas o corpo de antes sempre vem à tona e se traduz nas atividades que o sujeito não pode dar continuidade ou não pode mais iniciar. Esta ausência faz com que o sujeito muitas vezes, não consiga se ver diante do espelho e não enfrente o luto pelo membro perdido adequadamente (SANTOS et al., 2018).

A falta que o indivíduo sente do membro perdido e o sentimento de impotência diante da situação, muitas vezes domina o sujeito, fazendo com que ele sinta desesperança e possa desenvolver episódios de choro, tristeza ou isolamento social, que podem ser comuns no início da fase de adaptação, porém, estes não podem ser vistos como algo normal e os



indivíduos devem ser acompanhados por profissionais, a fim de evitar um agravamento do quadro e possível evolução para patologias.

*Tá faltando uma perna né (choro) [...] (PARTICIPANTE 1).*

*Tirou um pedaço, tem que faltar, faz falta e não tem jeito mesmo [...] (PARTICIPANTE 4).*

Outro achado importante e que faz oposição a esta afirmativa, é a fala dos participantes que demonstraram resiliência em relação à situação atual, mostrando que existe divergência do significado do processo de amputação de acordo com a vivência de cada pessoa, e que muitas vezes o indivíduo enxerga a cirurgia como uma nova chance para viver de forma saudável.

*Tá bom, porque eu não tô sentindo dor, tinha dias que eu via anoitecer e amanhecer, hoje estou sem minha mão, mas tou satisfeita sempre, antes os anéis ir e os dedos ficar, a gente com saúde é o melhor a base de Deus e nossa Senhora (PARTICIPANTE 3).*

*Tá sem meu pé, ficar com a perninha pequena, mas pra saúde da gente é o que importa né? A gente sem a perna da gente é ruim, mas Deus dar o jeito pra gente caminhar (PARTICIPANTE 8).*

Segundo estudos de Santos et al. (2018) a retirada do membro é um processo único e individual que muda drasticamente a vida do indivíduo e ocasiona o surgimento de muitos sentimentos que podem prejudicar o sujeito. Neste aspecto, o apoio da família e a religião influenciaram positivamente na adaptação do paciente, que demonstrou uma nova percepção da sua realidade e buscou adaptar-se à situação, retomando hábitos e atitudes. Há muitas vezes em que o indivíduo apresenta resiliência por compreender que o processo de retirada do membro foi a melhor opção para reestabelecer sua (MARQUES, 2014).

## **Classe 2. Sentimentos relatados após a amputação em relação à imagem corporal**

Nesta classe, ficou evidenciado que após o processo de amputação, os pacientes experimentam sentimentos variados, no qual percorre as margens da resiliência e da negação, como culpa e arrependimento por não ter conseguido evitar o procedimento, ou ainda, forças para recomeçar, por estarem muitas vezes livres de dores, infecções, ou por não correr risco de vida no momento. Dentre os aspectos que envolvem a amputação, os indivíduos vivenciam sentimentos negativos em relação à sua imagem corporal, se manifestando principalmente em baixa autoestima, tristeza e saudade, como são evidenciados pela fala dos entrevistados:

*Tive sentimento muito ruim, muito traumatizada, eu nunca pensei que eu ia*



*ficar de cadeira de rodas, e simplesmente aconteceu [...]. Na minha mente eu tenho uma imagem muito feia [...] eu acho assim, a pessoa fica deficiente e muitas pessoas não dar mais valor, não presta atenção, tem até assim nojo [...]* (PARTICIPANTE 5).

*Meu pensamento é que tô vivendo só porque Deus quer mesmo, se fosse por mim eu já tinha ido embora [...] Eu lembro do corpo de antes porque eu andava pra tudo que é lugar* (PARTICIPANTE 7)

Frente a esses achados, o estudo realizado por Fernandes e Barbosa (2016) afirma que deformidades, amputações e defeitos físicos são formadores de corpos periféricos para os indivíduos, ou seja, o físico passa ser visto e sentido como oposto à beleza e aos padrões aceitos pela sociedade. Já que a imagem corporal é definida a partir das percepções físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais, e se relacionam a fatores internos e externos, o impacto do processo de amputação resulta em profunda perturbação psicológica, pois o indivíduo precisa lidar com seus próprios sentimentos e as normas da sociedade na qual está inserido, provocando traumas e frustrações (MATOS; NAVES; ARAÚJO, 2019).

O sujeito, muitas vezes, precisa de ajuda de outras pessoas para prover seu próprio cuidado e isso faz com que ele sinta que perdeu sua autonomia, sentindo vergonha do seu corpo, que não é mais considerado por ele como útil, completo, e ainda carrega cicatrizes da cirurgia. Isso faz com que o indivíduo perca a vontade de se ver no espelho e passe a evitar pensar na sua imagem física, pois esse pensamento muitas vezes lhe provoca tristeza.

Em um estudo realizado por Freysteinson et al. (2017) em duas organizações de amputações na cidade de Houston, com amostragem de 22 indivíduos de ambos os sexos, mostrou que os sentimentos do indivíduo sobre o próprio corpo, ao se ver no espelho sem o membro amputado, geram uma grande angústia e seus sentimentos variam entre tristeza, medo, repulsão sobre o próprio corpo, ou ainda, desesperança e desânimo. Pois mesmo sabendo que a perda de um membro não é o fim da vida, muitos sujeitos acabam se tornando tristes e isolados, e como consequência podem desenvolver transtorno de ansiedade e depressão (SOUSA; MORAIS; RÊGO, 2013).

Embora seja evidente que após o processo de amputação os sujeitos enfrentem muitas dificuldades, e relatem problemas com sua imagem corporal, observou-se também que muitas pessoas apresentam uma boa aceitação do novo corpo e assumem sua condição com resiliência, se apoiando na família e amigos para seguir em frente, vendo sua nova condição como um recomeço, e não o fim da vida. Neste aspecto, as falas dos pacientes evidenciam que diante da perda de um membro, os sujeitos usam sua fé para explicar o fato ocorrido e ganhar forças para enfrentar as novas dificuldades e obstáculos, buscando formas de se distrair e evitando sentimentos de revolta.

*Tô me distraindo mais porque eu sei que ela não vem mais, estou satisfei-*

*ta, fiquei sem a mão, mas tô com saúde, a mão foi embora, mas a dor foi embora também, tá tudo bem graças a Deus [...] graças a Deus e Nossa Senhora tem pessoas que cuidam de mim e o povo me ajudando, pro modo de melhorar minha saúde. Se tiver oportunidade tem muitas lá que ajudam [...] (PARTICIPANTE 3).*

*Fiquei conformado porque graças a Deus que sarou. Não fiquei triste porque não tem jeito mesmo [...] (PARTICIPANTE 4).*

*Eu não tive sentimento, não tô triste, porque é mais antes tirar e ficar cuidando do que ficar daquele jeito. Foi Deus que conseguiu isso, é a vontade dele [...] (PARTICIPANTE 8)*

*Meu psicológico, graças a Deus eu mantive [...] (PARTICIPANTE 9).*

Um estudo realizado em um centro de reabilitação de uma faculdade particular, com amostragem de doze pessoas por encontro, mostrou que estimular os pacientes a reforçar pensamentos positivos, os ajuda a diminuir a rejeição ao próprio corpo (REIS; SCHWAB; NEUFELD, 2014). Como afirmam Pereira et al. (2018) em um estudo realizado em um departamento de Medicina Física e Reabilitação e um Centro de Reabilitação no norte de Portugal, com amostragem de sessenta e três sujeitos, a reabilitação física e psicológica dos pacientes está intimamente ligada à religião, aceitação, e humor, onde deve-se sempre levar em consideração o ambiente no qual o sujeito está inserido.

### **Classe 3. Impactos sociais relacionados à amputação**

Esta classe discorre sobre os impactos sociais vivenciados pelos participantes da pesquisa após o processo de amputação, no qual quatro participantes relataram ter bom convívio social, comentando terem muitos amigos, e que gostam de conversar, além de terem uma boa relação familiar, o que influencia positivamente na recuperação da sua rotina e, conseqüentemente, traz menos riscos de desenvolverem transtornos psicológicos.

*Tenho muitos amigos, gosto de conversar [...] (PARTICIPANTE 1).*

*Tenho muitos amigos, recebo muita ajuda e estou satisfeita [...] Minha relação com meus filhos é boa porque mãe não tem carreira pro filho [...] (PARTICIPANTE 3).*

Corroborando com esses achados, a pesquisa de Hawkins et al. (2014) em um estudo realizado nos Estados Unidos, com 63 participantes que passaram pela cirurgia de amputação dos membros inferiores, na qual foi evidenciado que quanto maior o nível de interação social, maior é o nível de reabilitação do paciente, de modo que os indivíduos que tinham uma vida social ativa mostraram um aumento da qualidade de vida, pois o apoio de pessoas próximas promove uma maior aceitação da nova realidade do paciente. Diante disso, as falas

e expressões faciais dos indivíduos não demonstraram raiva ou tristeza, mas sim, expressões suaves e bom humor, chegando a fazer piadas com o fato ocorrido.

Dos indivíduos entrevistados, cinco indivíduos declararam ter diminuído seu convívio social após o processo de amputação ou ainda, que os amigos deixaram de aparecer devido a sentimentos de asco em relação a eles, ou por conta de não exercerem mais nenhuma atividade, o que evidencia os pensamentos que eles próprios têm em relação a si mesmos.

*Eu só da cama para a cadeira de roda, da cadeira de roda para a cama, e pronto! eu não sento em uma cadeira, nem no sofá da casa [...] eu encosto na sala, quando encostam comigo e só foi umas duas vezes, aliás, no Natal, Ano Novo, e a uns vinte dias, eu pedi e me colocaram [...] (PARTICIPANTE 2).*

*Meu número de amigos diminuiu, eu não sei porque, eu acho assim, a pessoa fica deficiente e muitas pessoas não dar mais valor, não presta atenção, tem até assim nojo, não gosta de ficar perto, mas eu sou uma pessoa lavadinha, eu me lavo e me banho direitinho e tudo [...] (PARTICIPANTE 5).*

*De começo tinha muitos amigos, hoje em dia não aparece um pra mim dar um pão. É porque eu não tô mais trabalhando, eu não tenho atividade, eu não saio, só fico aqui [...] (PARTICIPANTE 7).*

Diante da fala dos pacientes, é observado que eles muitas vezes são esquecidos pelos amigos, ou ainda que, a família preocupa-se apenas em prover cuidados físicos, o que contribui para o isolamento destes indivíduos, que muitas vezes sentem não serem mais úteis e necessários, e os leva a crer que suas limitações provocam nojo e afastamento das pessoas.

Corroborando com esses achados, o estudo de Santos et al. (2018) realizado com dez usuários dos serviços de reabilitação do município de Bagé (RS), onde estes afirmaram ser tristes, ressentidos e nervosos, vivenciando principalmente um sentimento de abandono por não terem conseguido manter suas amizades em decorrência da mudança em suas rotinas. Neste aspecto, torna-se claro que a adaptação do sujeito ao processo de amputação pode ser influenciada, de forma positiva ou negativa, a depender dos estímulos sociais que lhe são ofertados (MATOS; NAVES; ARAÚJO, 2019).

#### **Classe 4. Estratégias para desenvolver a autoestima após o processo de amputação**

Sobre a autoestima dos entrevistados e estratégias realizadas por eles para aumentá-la, foi observado que após o processo de amputação de um membro, os indivíduos têm sua autoestima rebaixada em menor ou maior grau. Diante disso, as falas dos entrevistados demonstram que eles, independentemente de serem tristes ou resilientes, não praticam atividades que visem manter ou aumentar sua autoestima. Apesar de quatro indivíduos afirmarem ter convívio social ativo, somente dois deles consideraram que praticam estratégias para aumentar sua autoestima, o que torna os que não praticam, ainda mais

desgostosos e, conseqüentemente, reflete na sua autoimagem e gera uma diminuição da autoestima dos mesmos.

*A minha estratégia é ter muitos amigos, gosto de conversar [...] (PARTICIPANTE 1).*

*Só mesmo estudando a bíblia, orando 3 horas da madrugada e ao meio dia, para Deus tem que agradecer, estou esperando uma perna, ou uma cadeira de rodas para voltar a frequentar a igreja [...] (PARTICIPANTE 5).*

Estratégias para manter ou aumentar a autoestima são fundamentais para a recuperação do indivíduo que passou pelo processo de amputação de um componente corporal, se fazendo necessário o apoio da família e amigos, além de um acompanhamento profissional. Neste aspecto é notado que dois dos sujeitos da pesquisa adotaram métodos que influenciam positivamente na sua saúde, porém, essas estratégias estão sendo utilizados isoladamente e eles não são acompanhados por psicólogos nem outros profissionais, o que diminui a eficácia das mesmas, onde apesar de os entrevistados declararem ter estratégias para aumentar sua autoestima, os mesmos se mostraram tristes, preocupados e desmotivados.

Corroborando com a afirmativa, o estudo de Mata, Souza e Rodrigues (2018), no qual foi observado que, quanto o maior grau de conhecimento e de acompanhamento multidisciplinar ao paciente, maior a eficácia das estratégias de cuidados com a saúde, onde a prática de esportes ganhou destaque, tanto na reabilitação física dos indivíduos quanto na melhora da percepção da autoimagem e aumento da autoestima. Os estímulos físicos fazem os pacientes perceberem que são capazes de superar suas limitações e até mesmo desenvolver novas atividades. Neste sentido, outra estratégia que mostrou resultados, foi a dançaterapia, onde a interação social dos sujeitos aumentou, além de mostrarem aumento da autoestima, provocando efeitos positivos na reabilitação dos indivíduos (VIRIATO et al., 2014).

*Eu fico em cima da cama, quando muito eu sento e assisto televisão, que não assisto, só ouço, e hoje em dia eu tô aqui, esse trapinho [...] (PARTICIPANTE 2).*

*Vivo emocionado, tem umas pessoas que chega e fala que eu estou muito magro, pergunta o que tá acontecendo, quer dizer, tá me derrubando mais [...] (PARTICIPANTE 6).*

*Não tenho como, não faço nada, mas eu tenho vontade de ocupar minha mente em alguma coisa [...] (PARTICIPANTE 7).*

A sensação de abandono é expressa pelos entrevistados tanto nas suas falas quanto nas suas expressões corporais e faciais, de forma que, a todo o momento, os indivíduos se mostravam cabisbaixos, tiveram choro fácil, estavam tristes e desanimados. Outro ponto

importante relatado foi o desejo de realizar alguma atividade, porém eles se sentiam incapazes porque apresentavam dependência física de outras pessoas. Com todos esses sentimentos negativos, a autoestima dos sujeitos se mostrou comprometida, já que eles muitas vezes não têm uma imagem positiva em relação ao seu corpo, se consideram inaptos para exercer atividades físicas e ainda tem que lidar com comentários negativos acerca da sua aparência.

Corroborando com essa afirmativa, o estudo realizado por Pereira e Braga (2016), com quatro pacientes que foram submetidas ao processo de amputação, onde os mesmos foram entrevistados e constatou-se que a autoimagem é influenciada pela opinião das outras pessoas, portanto, a autoestima pode ser diminuída de acordo com os estímulos que outras pessoas dão ao sujeito. Frequentemente, os sujeitos que passam pela adaptação ao novo corpo têm sentimentos de autopiedade, tristeza e autoestima diminuída (BARBOSA et al., 2016).

Diante disso, fica claro que fatores individuais são suportes para evidenciar a atitude dos sujeitos perante novas situações, portanto, não se pode prever o posicionamento do paciente após o processo de amputação de um membro corporal, no entanto, a assistência prestada a estes sujeitos deve ter em vista manter e/ou aumentar sua autoestima e reduzir estresses desnecessários, a fim de minimizar o risco de psicopatologias relacionadas à autoestima e autoimagem (BERGO; PREBIANCHI, 2018).

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu observar a percepção dos indivíduos acerca das mudanças na imagem corporal após o processo de amputação, onde os principais sentimentos vivenciados pelos entrevistados foi tristeza, saudade do membro perdido, desesperança, insatisfação com a imagem corporal e intensa fragilização. Houve também diminuição do convívio social, pois os sujeitos relataram que o número de amigos diminuiu. Foi evidenciado ainda, que apenas três indivíduos apresentam resiliência quanto a sua situação atual.

Diante dos problemas encontrados, fica claro que assistência prestada a estes indivíduos deve ser focada em aspectos físicos e emocionais. Nesse caso, a equipe de saúde deve entrar em ação lidando diretamente com o sujeito e prestando esclarecimentos acerca do procedimento realizado por ele, além de incentivar o uso de estratégias que busquem estimular o desenvolvimento de atividades voltadas para a reabilitação física e mental, sempre priorizando as queixas dos pacientes.

Já que a enfermagem exerce importante papel para a reabilitação dos pacientes amputados, e é um elo direto entre o sujeito e os demais profissionais de saúde, os enfermeiros devem avaliar a qualidade da assistência prestada, estendendo o tratamento além do âmbito hospitalar, encaminhando o paciente a outros profissionais (psicólogo, fisioterapeuta,

nutricionista, etc.) sempre que houver necessidade, e monitorando o grau de conhecimento do indivíduo e da família acerca do seu tratamento.

Por fim, o estudo possibilitou expandir os conhecimentos acerca do processo de amputação e os sentimentos que são vivenciados pelos indivíduos diante da mudança na imagem corporal e na adaptação ao novo corpo. Dessa forma, considera-se que novas pesquisas devem ser realizadas nesta linha de investigação, a fim de provar a importância de cuidados multidisciplinares para uma completa readaptação do sujeito ao novo corpo.

## ■ REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, L. B. A. et al. Sentimentos e expectativas do ser-amputado: um olhar fenomenológico. **Revista da universidade Vale do Rio Verde**. v.14, n.2, p.62-72, 2016.
2. BELLO, E. F. et al. Vivência do idoso institucionalizado com membros inferiores amputados decorrentes de complicações do diabetes mellitus. **Rev. Enfermagem UFPE**, v.8, n.1, p44-51. 2014.
3. BERGO, M. F. C.; PREBIANCHI, H. B. Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. v.20, n.1, p.33-46, 2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação (2018). <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>. Acesso em 12 set 2018.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS por causas externas (2019). <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiMA.def>. Acesso em 11 jun 2019.
7. FERNANDES, L.; BARBOSA, R. A construção social dos corpos periféricos. **Saúde soc**. v.25, n.1, p.70-82. 2016.
8. FREYSTEINSON, W. N. et al. Um estudo da experiência do amputado de ver o eu no espelho. **Rev. Enfermagem de Reabilitação**. v.42, n.1, p.22-32. 2017.
9. FRIGGI, P. F. et al. A reconstrução dos contornos do eu: um olhar psicanalítico sobre a amputação. **Psicologia em Pesquisa**. v.12, n.1, p. 63-72. 2018.
10. HAWKINS, A. T. et al. O efeito da integração social nos resultados após a amputação de membros inferiores. **Journal of Vascular Surgery**. v.63, n.1, p.154-162. 2016.
11. MARQUES, A.M.F.B. et al. O cuidado à saúde à pessoa com amputação: análise na perspectiva da bioética. **Texto contexto- enferm**. v. 23, n.4, p.898-906. 2014.
12. MATA, M. S.; SOUZA, A. A. F.; RODRIGUES, D. S. Percepção da imagem corporal e da autoestima de atletas amputados. **Rev. Científica UMC**. v.3, n.3, p.1-4. 2018.



13. MATOS, D. R.; NAVES, J. F.; ARAUJO, T. C. C. F. Ajustamento psicossocial de pessoas com amputação. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. v.29, n.3, p. 288-292. 2019.
14. PEREIRA, D.; BRAGA, A. A. M. A mastectomia e a resignificação do corpo no feminino. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. v.5, n.1, p.47-64. 2016.
15. PERREIRA, G. M. et al. Satisfação com a vida em indivíduos com amputação de membros inferiores: a importância do enfrentamento e aceitação ativos. **Scandinavian Journal of Psychology**. v.59, n.4, p. 414-421. 2018.
16. REIS, A. H.; SCHWAB, J. A.; NEUFELD, C.B. Relato de experiência de Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo com pacientes amputados. **Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v. 15, n.2, p.148-164, 21. 2014.
17. SANTOS, C. P. et al. Reconstrução da identidade da pessoa amputada. Rev. Da jornada de Pós-Graduação e pesquisa. v.15, p. 523-534. 2018.
18. SILVA, M.S. **A imagem corporal na amputação: Relação com a depressão, a ansiedade, a satisfação com o suporte social e a autoestima global**. Tese (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Portugal, 92p. 2013.
19. SOUSA, A. C.; MORAIS, J. C.; RÊGO, L. T. A. O processo do constructo da estrutura psicológica e dos mecanismos de enfrentamento do indivíduo que é acometido pela amputação de um membro e conquista a superação. **Rev. Psicólogo**. 2014.
20. VIRIATO, R. H. Et al. Contribuições da dança terapia no aspecto emocional de pessoas com deficiência física durante programa de reabilitação. **Acta Fisiátrica**. v.21, n.2, p.66-70. 2014.





23

# Assistência de enfermagem às crianças em cuidados paliativos

| Vanessa **Puhl**  
FSG

| Rossano Sartori **Dal-Molin**  
PUCRS

# RESUMO

Esse artigo buscou descrever o papel do enfermeiro na assistência às crianças, com idade entre 0 e 10 anos, em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, de caráter analítico, sobre o papel do enfermeiro na assistência às crianças em cuidados paliativos, na qual a coleta de dados foi realizada nas bases de dados PUBMED, BDNF e SCIELO, no mês de outubro de 2020. As informações obtidas foram divididas em três categorias analíticas: o brincar como método alternativo para aliviar o sofrimento, a comunicação verbal e não verbal com a criança e a família e a criação de vínculos com a criança e a família. Através deste estudo pode se observar o papel fundamental da enfermagem no cuidado às crianças com doenças sem possibilidade de cura e que ameaçam a continuidade da vida, a importância da criação de vínculos com elas e as famílias, e da utilização do brincar durante o atendimento para tranquilizar, aliviar o sofrimento e se comunicar e o valor de uma boa comunicação no decorrer do cuidado para o entendimento deles sobre tudo o que é feito e as consequências.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Pediatria, Enfermagem.

## ■ INTRODUÇÃO

Crianças remetem a ideia de saúde e longevidade, entretanto, pode ser observado um aumento das doenças crônicas não transmissíveis e casos de anomalias congênitas, decorrentes de fatores como urbanização e mudanças culturais (BRASIL, 2018). Com os avanços tecnológicos e a descoberta de novos métodos diagnósticos e medicamentos mais eficientes há uma maior possibilidade de cura para essas patologias. No entanto, existem diversas condições crônicas que não respondem a esses tratamentos, o que faz a equipe de saúde se direcionar a uma nova perspectiva de cuidado, denominado cuidado paliativo (GUIMARÃES et al., 2017).

O cuidado paliativo iniciou na Inglaterra, em 1967, com a criação do St Christopher Hospice, pela enfermeira, médica e assistente social Cicely Saunders e é definido como uma conduta humanizada que proporciona aos pacientes e seus familiares qualidade de vida mediante a prevenção e alívio do sofrimento. Os cuidados paliativos não impedem a morte, mas proporcionam alívio da dor e do sofrimento (MATSUMOTO, 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo pediátrico é uma categoria assistencial multiprofissional que envolvem temas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico e simultaneamente ao tratamento curativo, priorizando o alívio do sofrimento e o controle da dor e preservando a autonomia do paciente e da família (MARTINS e HORA, 2017).

Tendo em vista que o objetivo principal é proporcionar melhor qualidade de vida para as crianças e seus familiares, requer da equipe de enfermagem habilidade com as questões de gerenciamento de cuidado como: contato físico por meio do toque, permitir que a mãe e os familiares possam segurar a criança no colo, manter a criança em uma posição confortável, conservar uma boa temperatura ambiente, utilizar linguagem e tom de voz adequados e evitar manuseios desnecessários (SOUZA et al., 2018).

O objetivo da pesquisa é descrever o papel do enfermeiro na assistência às crianças, com idade entre 0 e 10 anos, em cuidados paliativos, identificar as principais doenças crônicas que levam as crianças aos cuidados paliativos e medidas não farmacológicas de controle da dor e alívio do sofrimento físico, psicológico e social e verificar o apoio prestado à família das crianças em cuidados paliativos.

## ■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, de caráter analítico, sobre o papel do enfermeiro na assistência às crianças em cuidados paliativos. Este método de

pesquisa permite a síntese de conhecimentos provenientes de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, seguindo seis etapas bem definidas (BOTELHO et al., 2011).

Na coleta de dados, as bases de dados pesquisadas foram: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Biblioteca Científica Eletrônica Online (SCIELO), no mês de outubro de 2020, com os seguintes descritores: cuidados paliativos, pediatria e enfermagem. Os critérios de inclusão foram artigos originais disponíveis em português, inglês e espanhol, que abordem o assunto da pesquisa, disponíveis de forma online e gratuita e publicados a partir de 2013. E os critérios de exclusão foram artigos de revisão, estudos que tratam dos cuidados paliativos de crianças que não tenham idade entre 0 e 10 anos, que não estejam disponíveis em português, inglês ou espanhol e com mais de sete anos de publicação.

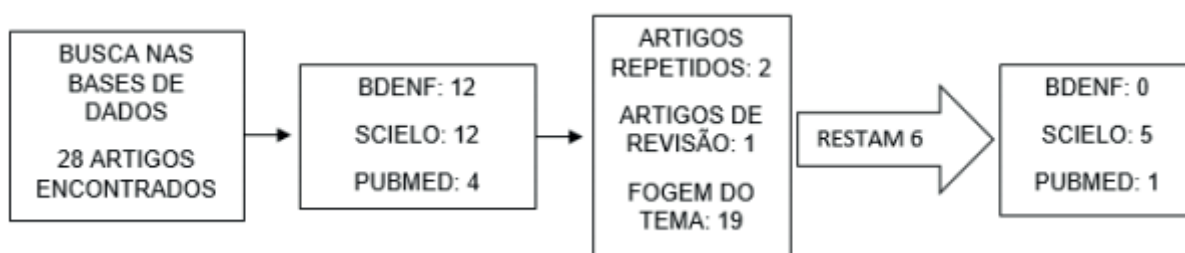
Na avaliação dos dados, todas as informações foram criticamente avaliadas através de um quadro sinóptico preenchido com as informações dos artigos encontrados. E, na análise de dados, todos os dados obtidos foram sintetizados e analisados, através de uma matriz de análise com categorias para facilitar a organização dos resultados, a fim de compreender o conteúdo e encontrar as respostas da questão norteadora (BOTELHO et al., 2011).

Este estudo não tem a necessidade de ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma revisão de literatura. No entanto, todas as informações utilizadas na pesquisa tiveram os autores devidamente referenciados, respeitando todos os preceitos éticos.

## ■ RESULTADOS

Realizou-se a busca dos artigos nas bases de dados selecionadas com os descritores cuidados paliativos, pediatria e enfermagem na qual resultou 28 artigos, após realizado a análise, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão, restaram 6 artigos, a baixa quantidade de artigos encontrados mostra a escassez de estudos sobre os cuidados paliativos em crianças. Abaixo, encontra-se o fluxograma do processo de busca dos artigos nas bases de dados.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de busca dos artigos



Fonte: Acadêmica pesquisadora, 2020

Após realizado a leitura dos 6 artigos, na íntegra, foi preenchido um quadro sinóptico com as principais ideias destes artigos. No quadro abaixo, encontram-se os artigos analisados.

Quadro 1. Artigos analisados

Artigo	Título	Autores	Ano
1	O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer	Vanessa Albuquerque Soares, Lilliane Faria da Silva, Emília Gallindo Cursino, Fernanda Garcia Bezerra Goes	2014
2	Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional	Adriana Ferreira da Silva, Helena Becker Issi, Maria da Graça Corso da Mota e Daisy Zanchi de Abreu Botene	2015
3	No fio da navalha: a dimensão intersubjetiva do cuidado aos bebês com condições crônicas complexas	Creuza da Silva Azevedo e Natália Vodopives Pfeil	2019
4	Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na teoria humanística de enfermagem	Jael Rubia Figueiredo de Sá França, Solange Fátima Geraldo da Costa, Maria Emília Limeira Lopes, Maria Miriam Lima de Nóbrega e Inácio Sátiro Xavier de França	2013
5	Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada	Thamiza L. da Rosa dos Reis, Cristiane Cardoso de Paula, Tassiana Potrich, Cintia Flores Mutti, Stela Maris de Mello Padoin e Renata de Moura Bubadué	2014
6	The Family Communication Study: A randomized trial of prospective pediatric palliative care consultation, study methodology and perceptions of participation burden (O estudo da comunicação familiar: Um estudo randomizado de consulta prospectiva de cuidados paliativos pediátricos, metodologia de estudo e percepções da carga de participação)	Helene Starks, Ardith Doorenbos, Taryn Lindhorst, Erica Bourget, Eugene Aisenberg, Natalie Oman, Tessa Rue, Randall Curtis, e Ross Hays	2016

Fonte: Acadêmica pesquisadora, 2020

## ■ DISCUSSÃO

As informações obtidas foram divididas em três categorias analíticas: o brincar como método alternativo para aliviar o sofrimento, a comunicação verbal e não verbal com a criança e a família e a criação de vínculos com a criança e a família.

### O brincar como método alternativo para aliviar o sofrimento

A hospitalização representa uma mudança na rotina em que a criança está familiarizada, porque ela é afastada do convívio familiar e de todas suas atividades diárias, o que causa grande sofrimento (DEPIANTI et al., 2018). Além do processo de hospitalização, ela precisa enfrentar as consequências do tratamento, que requer uma reorganização da rotina, em razão das internações frequentes e efeitos colaterais das medicações (SPOSITO et al., 2018).

O brincar é um atributo benéfico para a enfermagem, pois através dele a criança exhibe seus sentimentos, é possível ajudá-la a entender os procedimentos que são realizados, tranquilizando e desenvolvendo a aceitação do tratamento. Há diversos estudos que comprovam os inúmeros benefícios da utilização da brincadeira durante a assistência, pois permite que

a criança exteriorize seus sentimentos, medos, ansiedades e preocupações, além de estabelecer uma relação de confiança com o cuidador. Assim, os profissionais de saúde que estão envolvidos no cuidado, não podem privá-la dessa atividade (DEPIANTI et al., 2018).

A utilização de brinquedos na atenção às crianças em cuidados paliativos deixa elas mais tranquilas, além de facilitar a comunicação e o trabalho da equipe de enfermagem. O brinquedo pode ser utilizado tanto para distrair quanto para explicar, na linguagem delas, os procedimentos realizados e tudo o que está acontecendo com elas. No entanto, conforme as condições físicas e a gravidade da doença destas crianças, a brincadeira deixa de ser relevante e elas querem apenas a presença dos pais (SOARES et al., 2014). Importante levar em consideração que cada criança é única e a brincadeira deve ser apropriada para cada condição física e idade. Além de integrar a família neste entretenimento.

### **A comunicação verbal e não verbal com a criança e a família**

Para que estadia hospitalar seja menos traumática para a criança, é importante que ela saiba do seu estado de saúde, o tratamento que será realizado e expresse sua escolha. Embora a família seja a principal fonte de informação sobre a saúde dos filhos com doenças crônicas, uma vez que, é comum haver dificuldade na comunicação com as crianças, a enfermagem deve pensar em estratégias atrativas às crianças na hora da comunicação e procurar saber quais são as preferências e dúvidas delas favorecendo a aproximação e a interação entre a equipe e a criança (LEITE et al., 2019).

A comunicação é importante para um bom relacionamento interpessoal e é uma estratégia fundamental para um cuidado humanizado. A comunicação não é feita apenas com palavras, mas também com gestos e olhares. Por mais que as crianças, dependendo da idade, não entendam tudo o que está sendo dito, elas percebem que alguma coisa pode estar errada com elas se o profissional chegar no leito mais sério ou demonstrando tristeza. Sendo assim, transmitir confiança e não demonstrar sofrimento são essenciais (FRANÇA et al., 2013).

É muito importante observar os sinais que a criança transmite através da expressão corporal, uma vez que esta é a principal maneira delas exteriorizarem seus sentimentos, independentemente da idade. Mas, para entender o que elas querem dizer, é preciso ter uma certa convivência e uma boa relação com a família, dado que eles podem facilitar o entendimento do profissional que está ali no momento (AZEVEDO e PFEIL, 2019).

A equipe deve desenvolver a habilidade de comunicação em virtude das diferentes capacidades de compreensão das crianças e familiares e crenças e valores distintos (STARKS et al., 2016). O profissional de enfermagem que trabalha com esse perfil de paciente, também, deve estar sempre atento aos sinais e saber equilibrar o emocional, em determinadas situações, para se expressar e agir da melhor forma possível.

## A criação de vínculos com a criança e a família

Cuidar de crianças com doenças avançadas e sem possibilidade de cura, faz com que os profissionais se envolvam emocionalmente e criem uma relação afetiva com elas e com as famílias. É necessário criar maneiras de separar a vida profissional da vida pessoal para não levar o sofrimento do dia a dia cuidando de crianças no final da vida para casa e acabar adoecendo psicologicamente (REIS et al., 2014).

A criação de vínculos facilita o processo de cuidar, pois gera confiança em ambas as partes, torna a convivência mais tranquila e, depois de conhecer mais a criança e a família, o profissional de enfermagem consegue perceber melhor o que eles estão sentindo, conseguem dar mais apoio e intervir da melhor forma possível. As internações frequentes são um facilitador para a criação de vínculos com a família (SILVA et al., 2015).

Trabalhar com crianças em cuidados paliativos requer, tanto da equipe de enfermagem, quanto dos outros profissionais, muita dedicação e amor pelo que faz, paciência, um estado emocional equilibrado, empatia, saber escutar e observar. Não é uma tarefa fácil pois, no pensamento humano, não é normal uma criança estar vivenciando a terminalidade.

Outra questão importante para os profissionais de enfermagem que trabalham com cuidados paliativos pediátricos é a busca por conhecimentos específicos, conhecer as patologias que levam as crianças a esses cuidados, principais tratamentos, consequências e saber lidar com a finitude. Conhecer meios alternativos de alívio do sofrimento, ter habilidade de comunicação, criar vínculos e saber amparar a família nos momentos difíceis.

Alguns questionamentos não foram esclarecidos com esta pesquisa. Dos seis artigos, cinco relacionavam o cuidado paliativo com crianças oncológicas e um com bebês cronicamente doentes, sem especificar as doenças. Faltam estudos sobre os cuidados paliativos relacionados com outras doenças, visto que existem muitas outras doenças graves e incuráveis.

Em relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor e sofrimento, apenas um artigo tratou deste assunto e nele estava abordado apenas o brincar, mas existem outros meios, como as massagens terapêuticas, que podem auxiliar nos cuidados, diminuir o sofrimento e, assim, melhorar a qualidade de vida.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo pode se observar o papel fundamental da enfermagem no cuidado às crianças com doenças sem possibilidade de cura e que ameacem a continuidade da vida, a importância da criação de vínculos com elas e as famílias, e da utilização do brincar durante o atendimento para tranquilizar, aliviar o sofrimento e se comunicar e o valor de uma boa comunicação no decorrer do cuidado para o entendimento deles sobre tudo o que é feito e



as consequências. Pode-se observar, também, que nenhum artigo discutiu sobre estimular a autonomia da família e sobre ouvir a opinião deles, e da criança, sobre outras questões que não sejam os tratamentos e cuidados em geral, como por exemplo, horários das rotinas do hospital e outros quesitos simples, mas que passam despercebidos. Como limitações do estudo pode se destacar a falta de artigos atuais, que abordem as principais doenças que levam essas crianças aos cuidados paliativos, pois não é só o câncer que ameaça a vida, e medidas não farmacológicas para alívio do sofrimento físico, psicológico e social.

## ■ REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, Creuza S.; PFEIL, Natália V. No fio da navalha: a dimensão intersubjetiva do cuidado aos bebês com condições crônicas complexas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29(4), e290406, 2019.
2. BOTELHO, Louise L. R.; CUNHA, Cristiano C. A.; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio-ago, 2011.
3. BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação. **Ministério da Saúde**, 2018.
4. DEPIANTI, Jéssica R. B.; MELO, Luciana L.; RIBEIRO, Circéa A. Brincando para continuar a ser criança e libertar-se do confinamento da hospitalização em precaução. **Esc. Anna Nery**, 2018;22(2):e20170313.
5. FRANÇA, Jael R.F.S; COSTA, Solange F. G.; LOPES, Maria E.L.; NOBREGA, Maria M. L.;
6. FRANÇA, Inacia S. X. Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na teoria humanística em enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, 21(3):[07 telas] maio-jun, 2013.
7. GUIMARÃES, Tuani M.; SILVA, Liliane F.; SANTOS, Fatima H. E.; MORAES, Juliana R.
8. M. M.; PACHECO, Sandra T. A. Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2017 mar;38(1):e65409.
9. LEITE, Ana C. A. B., et al. Crianças em seguimento ambulatorial: perspectivas do atendimento evidenciadas por entrevistas com fantoche. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2019;40:e20180103.
10. MARTINS, Gabrieli B.: HORA, Senir S. Desafios à integralidade da assistência em cuidados paliativos na pediatria oncológica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2017; 63(1); 29-37.
11. MATSUMOTO, Dalva Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. CARVALHO, Ricardo T.; PARSONS, Henrique A. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª edição. 2012

12. REIS, Thamiza L. R.; PAULA, Cristiane C.; POTRICH, Tassiana; PADOIN, Stela M. M.; BIN, Aline; MUTTI, Cintia F.; BUBADUE, Renata M. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. **Aquichan**, 2014; 14(4); 496-508.
13. SILVA, Adriana F.; ISSI, Helena B.; MOTTA, Maria G. C.; BOTENE, Daisy Z. A. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2015 jun; 36(2):56-62.
14. SOARES, Vanessa A.; SILVA, Liliane F.; CURSINO, Emília G.; GOES, Fernanda G. B. O uso do brincar pela equipe de enfermagem no cuidado paliativo de crianças com câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2014 set; 35(3):111-116.
15. SOUZA, Amanda D. R. S.; SILVA, Liliane F.; PAIVA, Eny D. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018;72(2):531-40.
16. SPOSITO, Amanda M. P., et al. O melhor da hospitalização: contribuições do brincar para o enfrentamento da quimioterapia. **Av Enferm**. 2018;36(3): 328-337.
17. STARKS Helene, et al. O estudo da comunicação familiar: Um estudo randomizado de consulta prospectiva de cuidados paliativos pediátricos, metodologia de estudo e percepções da carga de participação. **Contemp Clin Trials**. 2016 Jul; 49:15–20.



24

# Decline of mortality from cervical cancer

Suelayne Gonçalves do **Nascimento**

Cleonice Patrícia Andrade Lima de **Carvalho**

Ricarlly Soares da **Silva**

Conceição Maria de **Oliveira**

Cristine Vieira do **Bonfim**

Artigo original publicado em: 2018

Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn - ISSN 2016-0530.

Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

 10.37885/210102897

# ABSTRACT

**Objective:** To describe occurrences of mortality due to cervical cancer in Recife (PE), in northeastern Brazil. **Method:** This was a time-series ecological study using data from the Mortality Information System (SIM) regarding the total number of deaths due to cervical cancer (C53 ICD10) that occurred between 2000 and 2012. **Results:** It was observed that the risk of death due to this form of cancer was higher among women over 60 years of age, those of mixed skin color (53.24%), those who only worked at home (63.16%) and those who did not have a partner (44.32%). **Conclusion:** Additional efforts towards maintaining early detection and health education programs and towards using therapeutic strategies of greater efficiency are needed, given that mortality due to this form of cancer is considered avoidable when diagnosed early.

**Descriptors:** Uterine Cervical Neoplasms; Mortality; Information Systems; Oncology Nursing; Vital Statistics.

## ■ INTRODUCTION

Cancer is the leading cause of morbidity and mortality worldwide. According to the International Agency for Research on Cancer (IARC) in 2012, 14 million new cases and eight million deaths were reported, out of which 60% happened in Africa, Asia, Central and South America<sup>(1)</sup>. Among women, cervical cancer is the second most common and the third leading cause of death<sup>(2)</sup>. It is estimated at more than 270,000 the number of deaths from this cancer and over 85% of them are concentrated in developing countries<sup>(1)</sup>.

In Brazil, this neoplasia is the fourth most common type<sup>(3)</sup>. In 2012, 5,264 deaths from this cancer were registered, of these, 1,678 (31.87%) in the Northeast. In the state of Pernambuco, 277 deaths were registered, of which 57 (20.57%) were residents in the city of Recife<sup>(4)</sup>. For the year 2015, 15,000 new cases of cervical cancer were estimated in the country<sup>(3)</sup>.

Infection by oncogenic types of Human Papilloma Virus (HPV) is the leading cause of cancer in the cervix<sup>(5-6)</sup>. Types 16 and 18 are responsible for 70% of invasive cervical cancers<sup>(7)</sup>. Although HPV infection is a necessary cause for the occurrence of this cancer, it is not enough for it to develop. Persistent infections with this virus cause more than 500,000 cases of invasive cervical cancer worldwide every year<sup>(8)</sup>.

Decreases in incidence and mortality rates observed in developed countries can be attributed to organized cytology screening programs<sup>(9-10)</sup>. The Pap smear is the primary screening strategy for cervical cancer recommended by the Department of Health in Brazil<sup>(11)</sup>.

In spite of presenting a decrease in standardized mortality rates, this particular cancer still has a relevant role as a cause of death<sup>(12)</sup>. The mortality rate allows the analysis of the impact of prevention programs, access to health services, quality of diagnosis and treatment and women's adherence to screening programs. In Brazil, achieving lower mortality rates means to achieve effective tracking and increased survival.

## ■ OBJECTIVE

Describe the occurrence of death from cervical cancer in Recife (PE), in the northeast region of Brazil, from 2000 to 2012.

## ■ METHOD

### Ethical aspects

The project was approved by the Research Ethics Committees (CEP) of Centro Universitário Maurício de Nassau. The study met national and international ethical guidelines for research involving human beings.

### Study design, site and period

An ecological time-series study was conducted using data from the Mortality Information System (*Sistema de Informações sobre Mortalidade*, SIM) of the Brazilian Ministry of Health, state of Pernambuco, in the 2000–2012 period.

### Population, inclusion and exclusion criteria

The study population consisted of all deaths caused by cervical cancer (ICD10, C53) among women living in Recife, state of Pernambuco, in the 2000–2012 period.

Based on the information obtained from SIM after being granted authorization to access the data, variables including age, race/color, marital status, and occupation were analyzed. The variable “level of education” was not analyzed because 55.1% of the records were blank or had been filled out as “not known”.

### Study protocol

The data used were provided by the Secretariat of Health of Recife, after the signing of a consent term by the general manager of Health Surveillance.

### Analysis of the results and statistics

For data analysis, descriptive statistics, including the distribution of frequency (absolute and relative) and measures of central tendency, were performed using the programs EpiInfo version 7 and Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 15 for Windows, in which the mortality rates were calculated (number of deaths by cervical cancer/female population x 100,000).

## ■ RESULTS

During the study period, there were 695 deaths from cervical cancer. The mortality rate declined from 7.62 in 2000 to 6.81/100,000 women in 2012, representing a decrease of 10.62%, and an average annual reduction of 0.89% (Table 1).

**Table 1.** Number of deaths, female population, relative frequency and cervical cancer mortality rate (per 100,000)

Year	population	deaths	%	mortality
2000	761,215	58	8.35	7.62
2001	768,857	55	7.91	7.15
2002	775,247	50	7.20	6.45
2003	781,766	58	8.35	7.42
2004	788,263	41	5.90	5.20
2005	803,000	54	7.77	6.72
2006	810,508	58	8.35	7.16
2007	818,878	45	6.47	5.50
2008	830,397	57	8.20	6.86
2009	836,951	55	7.91	6.57
2010	827,885	52	7.48	6.28
2011	832,629	55	7.91	6.61
2012	837,217	57	8.20	6.81
Total	10,472,813	695	100.00	6.64

The minimum age was 19 years old and the maximum was 98 years old, with a total range of 79 years old and an average age of 56.8 years. Approximately 60% of deaths happened in women under 60 years old, highlighting the range of 50-59 years old (21.87%). There was a statistically significant difference ( $p < 0.05$ ) between the age groups (Table 2).

**Table 2.** Deaths from cervical cancer, according to sociodemographic variables

Variables	n (%)
<b>Age Group</b>	
15-19	1(0.14)
20-29	25(3.60)
30-39	79(11.37)
40-49	141(20.29)
50-59	152(21.87)
60-69	125(17.99)
70-79	104(14.96)
80 or +	67(9.64)
Ignored	
<b>Ethnicity/Color</b>	
White	213(30.64)
Brown	370(53.24)
Black	66(9.50)
Yellow	6(0.86)
Indian	-
Ignored	40(5.76)
<b>Marital status</b>	



Variables	n (%)
Single	308(44.32)
Married	187(26.91)
Widowed	144(20.72)
Other	25(3.60)
Ignored	31(4.46)
<b>Occupation</b>	
Housewife	439(63.16)
Housekeeper	55(7.91)
Retired	24(3.45)
Businesswoman	29(4.17)
Ignored	37(5.32)
Other	111(15.97)
Total	695(100.00)

The nonparametric Chi-square test was performed to compare whether observed frequencies (number of deaths) were different from expected frequencies for the socio-demographic variable “Age Group”. The value calculated for statistical test  $\chi^2$  with 7 degrees of freedom was 661.5. For any level of significance, the value tabulated is lower than the one calculated, i.e., the null hypothesis stating that observed frequencies are not different from expected frequencies is rejected. Therefore, there is a difference between frequencies and so, there is an association between the variables ‘Age Group’ and ‘Ethnicity/Color’. There was a predominance of mixed race/color (53.24%), single (44.32%) and housewives (63.16%) (Table 2).

Table 3 shows that most age groups showed a decrease in mortality rates, except for the age groups 30-39 and 80 and over, which increased by 0.76 and 5.34 respectively, the latter being strongly affected. In the age group up to 19 years old, one death was detected in 2009, whose coefficient was 1.50/100,000 women.

## ■ DISCUSSION

The results of this study show that mortality rates from cervical cancer had a steady decline, with a stable trend. During the period of 2006-2012, 830,565 cervicovaginal cytology tests in the public health system of Recife (PE) were performed, the year 2007 had the highest number of examinations (136,569), and this was the year with the lowest mortality rate (5.5 per 100,000)<sup>(13)</sup>.

Despite the decrease, the average rate found in the study was higher than that of Brazil<sup>(4)</sup>. There is a consensus in the literature that population screening for cervical cancer is the most important public health strategy because it reduces the incidence and, subsequently, mortality by identifying pre-invasive and invasive lesions in early stages, enabling a more effective treatment<sup>(14-15)</sup>.

Over the past years, screening programs using cervical cytology (Pap smear) have greatly reduced cancer rates in the cervix<sup>(9)</sup>. In Canada, a survey described the relationship

among incidence, mortality, and tracking, and showed a decrease in the indicators and that it was probably related to the advancement of cancer detection, which allows early treatment<sup>(16)</sup>.

**Table 3.** Mortality rate from cervical cancer, according to age group

Age group	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Δ%
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.50	-	-	-	-
20-29	0.72	0.00	1.41	0.70	0.69	1.36	1.35	0.66	1.99	2.66	2.05	3.39	-	-100
30-39	6.56	6.50	0.12	7.19	3.96	3.11	3.85	2.27	5.17	4.36	4.46	5.91	6.61	0.76
40-49	12.60	12.48	13.41	6.14	12.17	16.92	9.86	8.81	6.04	10.22	10.10	7.53	8.32	-33.96
50-59	15.75	17.15	20.11	23.01	9.13	20.90	19.23	13.50	15.39	14.94	14.19	8.68	12.95	-17.77
60-69	33.75	24.51	22.10	15.34	15.21	17.07	31.70	15.56	20.64	12.72	11.91	16.91	15.14	-55.14
70-79	25.38	28.72	17.80	52.97	21.01	20.63	27.25	28.71	24.84	24.30	16.71	24.91	22.03	-13.19
80 or +	41.53	41.12	48.93	40.43	32.08	23.62	39.00	20.68	52.87	25.57	24.58	29.33	43.75	5.34

A study conducted in Serbia, created a risk index for predicting an abnormal result in Pap smear using the information on the age of first sexual intercourse, multiple partners, STD history and multiparity, to identify women at high risk of cervical cancer who should be submitted to further examination<sup>(17)</sup>. However, the performance of Pap smear shows great variability among studies<sup>(18)</sup>. The significantly higher sensitivity of HPV testing raises the need for innovation in prevention strategies, with a recommendation for the inclusion of this test<sup>(18-19)</sup>. The presence of the DNA of HPV in the cervix is detected by two efficient methods, i.e., Hybrid Capture II test and polymerase chain reaction (PCR), these tests are used to identify the presence of hazardous HPV viral infections that are associated with the origin of cancer<sup>(5)</sup>. In Brazil, there is no availability of these tests in the routine of the Brazilian Unified Health System (SUS) due to their cost. Considering the comparison of cervical cytology and its cost with the HPV test, the latter can be used as an auxiliary method in cases with ambiguous diagnosis<sup>(20)</sup>. A study conducted in India proposes a two-step screening model: combining a low-cost highly sensitive test as Acetic acid (VIA) for the primary screening, followed by a more specific DNA of HPV test, as a positive screening. This can be a low-cost cervical screening strategy for countries with limited resources<sup>(21)</sup>.

The HPV vaccine has become a tool used by many countries to prevent cervical cancer and HPV<sup>(22)</sup>. The inclusion of the HPV vaccine in the Brazilian National Immunization Program by the Department of Health was a breakthrough, becoming one of the instruments to control this cancer in Brazil, especially among young women<sup>(23)</sup>.

French scholars, when researching the efficiency of the vaccine against HPV as a prophylactic measure, found that increasing vaccination coverage in the female population, or vaccinating girls before the age of 14, revealed to have a great impact on the incidence of this cancer<sup>(7)</sup>.

Results showed the majority of deaths occurred among women of mixed race/color, single and housewives. Possibly, socioeconomic factors contribute to a higher occurrence of the disease in this population; these findings come in line with previous studies<sup>(11,24-25)</sup>.

More and more women have been and should be seen as protagonists in prevention actions, while flexible schedules at health facilities allow for their conduction, so as to reduce inequalities in access, thus bringing more participation, regardless of their labor and occupational status<sup>(26)</sup>.

In this study, the age group above 80 years old had the highest mortality rates. In elderly women, the end of the fertile period seems to result in the reduction of gynecological consultations, leading to a break of prevention habits at a time in life in which the severity and incidence of neoplasms are higher<sup>(27)</sup>. The Brazilian Department of Health recommends the first examination at the age of 25 in women who already started sexual activity and should be done until they reach 64 years old and, thereafter, be discontinued when they have two negative tests in the course of five years<sup>(24)</sup>.

National and international research shows a decrease in mortality rates following the implementation of the screening program, nevertheless the positive effects of the program were not seen in elderly women<sup>(28-29)</sup>.

### **Study limitations**

Limitations of this study are incomplete records, leading to loss of information regarding the epidemiological aspects of cervical cancer deaths.

### **Contributions to the fields of nursing, health or public policy**

This research is of relevance to public health, since it can subsidize government agencies in the planning and development of programs and public policies aimed at reducing mortality, since cancer in the cervix is considered a cause of preventable death when diagnosed early.

## **■ CONCLUSION**

Cervical cancer mortality proves to be a key indicator of the living conditions of the population and the standard of care to women's health. Despite the declining tendency of mortality from cervical cancer in Recife, the risk of death is still high, remaining as an important public health problem. The development of educational activities and the introduction of HPV testing as a primary screening tool are recommended to ensure the reduction of incidence and mortality from cervical cancer.

## ■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Globocan [Internet]. 2013[cited 2015 Feb 21]. Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/684345>
2. Haworth RJ, Margalit R, Ross C, Nepal T, Soliman AS. Knowledge, attitudes, and practices for cervical cancer screening among the Bhutanese refugee community in Omaha, Nebraska. *J Community Health* [Internet]. 2014[cited 2015 Feb 21];39(5):872-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175018/>
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
4. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. INCA. Atlas da Mortalidade, Brasil [Internet]. 2014[cited 2014 Dec 22]. Available from: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb>
5. Nalliah S, Karikalan B, Kademane K. Multifaceted usage of HPV related tests and products in the management of cervical cancer: a review. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2015[cited 2016 Sep 22];16(6):2145-50. Available from: [http://journal.waocp.org/article\\_30734\\_6027df-658dc425d6dfbacc96e85aa0ad.pdf](http://journal.waocp.org/article_30734_6027df-658dc425d6dfbacc96e85aa0ad.pdf)
6. Félix A, Alemany L, Tous S, Sanjosé S, Bosch FX. HPV distribution in cervical cancer in Portugal: a retrospective study from 1928 to 2005. *Papillomavirus Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 23];2:41-5. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405-8521\(15\)30002-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2405-8521(15)30002-1)
7. Ribassin-Majed L, Lounes R, Clemencon S. Efficacy of vaccination against HPV infections to prevent cervical cancer in France: present assessment and pathways to improve vaccination policies. *PLoS One* [Internet]. 2012[cited 2015 May 14];7(3):e32251. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3299653/pdf/pone.0032251.pdf>
8. Schiffman M, Wentzensen N, Wacholder S, Kinney W, Gage JC, Castle PE. Human papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2011[cited 2015 May 14];103(5):368-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3046952/>
9. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 2013; 185(1): 35-45.
10. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 18];2:[aprox.14 telas]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681632/pdf/2046-4053-2-35.pdf>
11. Veloso LC, Silva AC, Silva CLLB. HPV: perception of the carriers in the diagnosis of disease. *Rev Interd* [Internet]. 2013[cited 2015 Jan 18];6(4):1-10. Available from: [https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/187/pdf\\_61](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/187/pdf_61)
12. Reis GV, Justina GC, Gulnar AS. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2015 Jan 18];48(3):459-67. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/0034-8910-rsp-48-3-0459.pdf>
13. Brasil. Datasus. Siscolo [Internet]. 2015[cited 2015 Jan 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/ver4/DEF/uf/PECCOLO4.def>

14. Faruk MK, Murat MN. Cervical premalignant lesion and their management. *Asian Pac Cancer Prev* [Internet]. 2014[cited 2015 Jan 18];15(5):2245-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4072548/>
15. Sanjosé S, Ibanez R, Rodríguez-Salés V, Peris M, Roura E, Diaz M. et al. Screening of cervical cancer in Catalônia: 2006- 2012. *Ecancermedicalscience* [Internet]. 2015[cited 2016 Jun 18];9:532. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25987901>
16. Dickinson JA, Stankiewicz A, Popadiuk C, Pogany L, Onysko J, Miller AB. Reduced cervical cancer incidence and mortality in Canada: national data from 1932 to 2006. *BMC Public Health* [Internet]. 2012[cited 2016 Jun 18];12:992. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3562530/>
17. Vukovic D, Antic L, Vasiljevic M, Antic D, Matejic B. Development of a Risk Index for Prediction of Abnormal Pap Test Results in Serbia. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2015[cited 2016 Jun 18];16(8):3527-31. Available from: [http://journal.waocp.org/article\\_30948\\_b5c8894862c-938ce4680e8af651422eb.pdf](http://journal.waocp.org/article_30948_b5c8894862c-938ce4680e8af651422eb.pdf)
18. Terrazas S, Ibáñez C, Lagos M, Poggi H, Branäs J, Barriga MI, et al. Human papillomavirus testing in cervical cancer screening at a public health service of Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2015[cited 2016 Jun 18];143:56-62. Available from: <https://dx.doi.org/10.1002/ijc.27662>
19. Moyer VA, LeFevre ML, Siu AL, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Ebell M. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 2012[cited 2016 Jun 18];15(2):120-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711081>
20. Othman N, Othman NH. Detection of human papillomavirus DNA in routine cervical scraping samples: use for a national cervical cancer screening program in a developing nation. *Asian Pac Cancer Prev* [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 18];15(5):2245-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24716964>
21. Pimple S, Shastri SS. Comparative evaluation of human papilloma virus–DNA test verses colposcopy as secondary cervical cancer screening test triage screen positive women inspection with 5% Acetic acid. *Indian J Cancer* [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 18];51(2):117-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-509X.138165>
22. Kok IM, Rosmalen J, Rozemeijer K, Penning C, Ballgöoijen M. How many cervical cancer cases can potentially be prevented using a more sensitive screening test at young age? *Int J Cancer* [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 18];134(2):460–6. Available from: <https://dx.doi.org/10.1002/ijc.28366>
23. Silva DSM, Silva AMN, Brito LMO, Gomes SRL, Nascimento MDSB, Chein MBC. Cervical cancer screening in the State of Maranhão, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 18];19(4):1163-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01163.pdf>
24. Thuler LCS, Bergmann A, Casado L. Profile of the Patients with Cervical Cancer in Brazil, 2000-2009: secondary base study. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2012[cited 2016 Jun 18];58(3):351-7. Available from: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v03/pdf/04\\_artigo\\_perfil\\_pacientes\\_cancer\\_colo\\_uterio\\_brasil\\_2000\\_2009\\_estudo\\_base\\_secundaria.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/04_artigo_perfil_pacientes_cancer_colo_uterio_brasil_2000_2009_estudo_base_secundaria.pdf)

25. Batista, RPB, Mastroeni, MF. Factors associated with poor adherence to colposcological examination in adolescent mothers. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2012[cited 2016 Jun 18];25(6):879-88. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en\\_v25n6a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/en_v25n6a09.pdf)
26. Brischiliari SCR, Dell'Agnolo CM, Gil LM, Romeiro TC, Gravena AAF, Carvalho MDB, et al. Factors associated with lack of Pap smear screening in a group of postmenopausal Brazilian women. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012[cited 2016 Jun 18];28(10):1976-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n10/15.pdf>
27. Borges MF, Dotto LM, Koifman RJ, Cunha MA, Muniz PT. Prevalence of uterine cervical cancer testing in Rio Branco, Acre State, Brazil, and factors associated with non-participation in screening. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012[cited 2016 Jun 18];28(6):1156-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/14.pdf>
28. Almeida FM, Oliveira JC, Martins E, Curado MP, Freitas R, Moreira MAR. Monitoring the profile of cervical cancer in a developing city. *BMC Public Health* [Internet]. 2013[cited 2016 Jun 18];13:563. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691764/>
29. Lee NC, Wong FL, Jamison PM, Jones SF, Galaska L, Brady KT, et al. Implementation of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program: the beginning. *Cancer* [Internet]. 2014[cited 2016 Jun 18];120(16-Suppl):2540-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/25099896/>





25

# Perfil epidemiológico do nascimento de crianças diagnosticadas com asma em idade escolar e a relação com o aleitamento materno

| Carine **Pellizzaro**

| Rossano Sartori **Dal Molin**



# RESUMO

A asma é uma condição em que as vias aéreas ficam inflamadas, estreitas e inchadas, além de produzirem muco extra, o que dificulta a respiração. Com o objetivo de analisar o perfil do nascimento de crianças asmáticas em idades escolar e a relação com o aleitamento materno. É um estudo quantitativo, retrospectivo e exploratório com crianças de 07 a 17 anos de idade, com diagnóstico de asma através do critério de análise e classificação ISAAC. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário clínico próprio para o estudo em uma escola do município de Caxias do Sul. Apesar das pesquisas sobre o tema, não se pode concluir se o aleitamento materno ajudará a prevenir a asma. No entanto, por todas as suas conhecidas vantagens, o aleitamento materno exclusivo deve ser encorajado nos primeiros meses de vida.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Asma, Asma Infantil.

## ■ INTRODUÇÃO

As alergias respiratórias caracterizam-se por uma reação de hipersensibilidade, pois resultam da interação de alérgenos ambientais com anticorpos específicos do tipo imunoglobulina E (IgE). A asma é uma doença respiratória crônica, caracterizada por um processo inflamatório das vias aéreas resultando no estreitamento brônquico com diminuição do fluxo de ar e hiper-responsividade brônquica, levando a episódios recorrentes de sibilância, dispneia e tosse (RONCADA et al., 2016).

O Brasil é o 8º país em prevalência de asma. Estima-se que 250.000 pessoas morrem de asma por ano no mundo. Dentre as alergias respiratórias a asma é uma das doenças inflamatórias crônicas de vias aéreas mais relevantes, na qual diversas células e seus produtos estão envolvidos. Sendo um importante problema de saúde pública, o qual tem um elevado custo socioeconômico e contribui significativamente para o aumento das taxas de morbimortalidade infantil CARDOSO, et al., 2017).

Em relação à asma infantil, pode-se dizer que é uma doença multifatorial, tendo sido associada a fatores genéticos, ambientais, gestacionais, socioeconômicos e outros. Neste contexto, hábitos dietéticos são reconhecidos como fatores importantes na prevenção da asma, sendo o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, um dos agentes em discussão para a redução da probabilidade do desenvolvimento da asma por possui baixo teor de alérgenos, propriedades anti-inflamatórias, imunomoduladoras, nutrientes, anticorpos, hormônios e antioxidantes WANDALSEN et al., 2009; SORIO e ALMEIDA, 2016).

O aleitamento materno propicia à criança uma respiração correta, a sucção e deglutição, funções primárias do bebê, além de favorecer um desenvolvimento biológico precoce. A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) preconizam o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade e complementada até os dois anos ou mais. Assim, o incentivo ao aleitamento materno é uma ação de saúde pública que deve ser implementado a fim diminuir a incidência de doenças de cunho infeccioso e alérgico (ARAÚJO, et al., 2006; ZENI, 2006).

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil do nascimento de crianças asmáticas em idades escolar e a relação com o aleitamento materno.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo e exploratório, de um subprojeto de uma pesquisa em andamento, onde a primeira etapa se deu através da coleta de dados através do questionário ISAAC adaptado e nesse momento realizado a coleta de dados através de um questionário clínico para a análise do perfil epidemiológico do nascimento das crianças.

Para isso foram contatados pais/familiares via telefone e convidados a responder perguntas do questionário clínico, referente ao nascimento das crianças diagnosticadas com asma.

O local do estudo foi uma escola da rede municipal de ensino da cidade de Caxias do Sul/RS. A escolha da escola ocorreu de acordo com indicações e informações da Secretaria Municipal de Educação (SMED) do Município de Caxias do Sul/RS. A amostra foi por conveniência e os participantes da pesquisa foram crianças de 07 a 17 anos de idade, com diagnóstico de asma através do critério de análise e classificação ISAAC.

A escola selecionada e os alunos da amostra leram e assinaram o TCLE, através de seus pais/ responsáveis, consentindo a participação na pesquisa. Para análise estatística descritiva, os dados encontrados estão apresentados por frequência absoluta e relativa e expressos em formato de gráficos e tabelas.

Esse projeto atende a um dos objetivos específicos do projeto de pesquisa Prevalência e impacto da asma em crianças escolares da Zona urbana industrializada da Serra Gaúcha, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 40734514.6.0000.5341.

## ■ RESULTADOS

O número total de questionários entregues na primeira fase foram 967, desses 728 retornaram ou 75,3% sendo 517 aceites (53,5%) e 211 não aceites (21,8%). Total de asmáticos pelo critério ISSAC 77 alunos ou 14,9%. Para a segunda fase, foram contatados 44 participantes ou 57,1%, dos 77 alunos diagnosticados com asma na primeira fase, desses apenas 30 ou 68,1% concordaram em responder o questionário clínico, os outros 14 (31,9%) foram excluídos automaticamente por não se disponibilizarem a responder ou por não serem localizados.

Foram realizados 44 contatos telefônicos, sendo 30 desses considerados para as estatísticas. Mesmo com o cuidado na busca por informações com maior precisão sobre o perfil do nascimento, em momentos distintos alguns questionários foram excluídos, devido a não adesão dos participantes em responder ou pelo problema do contato telefônico não existir ou não atender.

A partir do objetivo estabelecido, analisar o perfil do nascimento de crianças asmáticas em idades escolar e a relação com o aleitamento materno, foi obtido os dados a seguir descritos.

A maioria das crianças contatadas é do sexo feminino (60%), nasceram com idade gestacional (IG) acima de 37 semanas (73,3%), com peso ao nascimento igual ou maior que 3000g (63,3%), sem necessidade de internação após nascimento (86,7%), são recém-nascidos saudáveis via parto cesárea (80%) com mais de seis consultas pré-natal durante

a gestação (83,4%), e frequentam ou foram para creches, conforme apresentado na Tabela 1, considerando a amostra de 30 crianças.

**Tabela 1.** Caracterização do perfil das crianças

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	18	60
	Masculino	12	40
Tipo de parto	Cesárea	24	80
	Normal/vaginal	6	20
Idade Gestacional (IG)	< 37 semanas	8	26,7
	>37 semanas	27	73,3
Peso ao nascer	< 2000mg	1	3,3
	2000-3000mg	10	33,3
	>3000mg	19	63,3
Internação após o nascimento	Sim	4	13,3
	Não	26	86,7
Nº consulta pré-natal	Menos 6	4	13,3
	Igual a 6	1	3,3
	Mais que 6	25	83,4
Frequentou creche	Sim	24	80
	Não	6	20

Fonte: Elaborado pelos autores

Dados sobre a saúde respiratória dos pais dessas crianças estão disponíveis na Tabela 2. Que mostra a idade das mães no período do nascimento das crianças era em média 20-30 anos (53,4%), 20% dessas mães possuía o hábito de fumar no período da gestação e 45,4% possuem alguma doença respiratória, com prevalência para a asma com 45,4%. Em relação aos pais, 23,3% possui doença respiratória sendo a rinite 57,1% a mais frequente.

**Tabela 2.** Caracterização dos genitores

Variáveis		N	%
Idade da mãe no nascimento da criança	Menos 19 anos	4	13,3
	20-30 anos	16	53,4
	30-40 anos	10	33,3
Hábitos - mãe	Tabagismo	6	20
	Bebida/alcóolica	0	0
	Não possui	24	80
Doença respiratória - mãe	Sim	11	36,7
	Não	19	63,3
Qual doença respiratória - mãe	Asma	5	45,4
	Rinite	3	27,3
	Bronquite	3	27,3
Doença respiratória - pai	sim	7	23,3
	Não	23	76,7
	Asma	3	42,9
	Rinite	4	57,1
	Bronquite	0	0

Fonte: Elaborado pelos autores

Na Tabela 3, encontramos dados sobre a amamentação/alimentação das crianças asmáticas no seu nascimento. Dos entrevistados, 83,3% diz ter amamentado seu filho alguma vez no seio materno. A duração média do AME relatado neste estudo foi de menos de seis meses na maioria dos questionários, totalizando 73,3%. E para os que amamentaram no seio materno com a introdução de complementos 63,4% com tempo inferior a seis meses.

**Tabela 3.** Características do aleitamento materno

Variáveis		N	%
Amamentou alguma vez no seio materno	Sim	25	83,3
	Não	5	16,7
Aleitamento materno exclusivo	Menos 6 meses	22	73,3
	Entre 6-12	8	26,7
	Mais 12 meses	0	0
Tempo de amamentação no seio materno	enos 6 meses	19	63,4
	Entre 6-12	7	23,3
	Maior 12 meses	4	13,3

Fonte: Elaborado pelos autores

## ■ DISCUSSÃO

Diversos fatores de risco têm sido apontados na tentativa de justificar a prevalência de asma. Fatores ambientais, genéticos, gestacionais e socioeconômicos parecem ter forte influência na fisiopatogenia da asma. Um dos fatores que vem despertando interesse como possível variável de risco para a asma é o que está relacionado a aspectos de nutrição, especialmente nos primeiros anos de vida. A OMS, o UNICEF e o MS preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e complementada até os dois anos ou mais (SILVA, 2009).

A identificação do perfil do nascimento das crianças diagnosticadas com asma mostra que não foram estatisticamente significativos os dados obtidos com relação ao sexo pela amostrar ser aleatória, porém estudos apontam que a asma na infância é mais comum entre os meninos provavelmente devido a diferenças na anatomia do trato respiratório inferior, pois eles tendem a possuir vias aéreas menores que as meninas para um dado volume pulmonar, entretanto, a persistência da asma da infância para a vida adulta é mais comum nas meninas (BOECHAT, et al., 2005).

No Brasil, a OMS considera epidêmica a elevação das taxas de cesárea, com valores que superam os 15% preconizados e traz como objetivo a assistência ao nascimento, promovendo o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudáveis (BOECHAT, et al., 2005 ; OLIVEIRA, et al., 2016; VELHO, SANTOS E COLLAÇO, 2014). Os resultados observados neste estudo corroboram as evidências divulgadas na

literatura, OMS e MS, visto que a amostra mesmo que aleatória mostra uma incidência alta para o parto cesáreo em relação ao vaginal.

A partir dos dados relacionados à idade gestacional (IG) podemos encontrar no estudo que a maioria das crianças teve o tempo adequado para o nascimento, com IG maior que 37 semanas sendo assim, considerada gestação termo. O MS definiu gestação termo, aquela em que o parto foi feito no tempo certo e que o recém-nascido terá menos probabilidade de sofrer com problemas respiratórios e de outros sistemas, além de ter mais facilidade em se desenvolver nos primeiros dias de vida (VELHO, SANTOS E COLLAÇO, 2014; RAMOS E CUMAN, 2009; TAVARES, SILVA E FERRAZ, 2017).

O peso ao nascer é um parâmetro que é usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. Ele reflete as condições nutricionais da gestante e do neonato e tem influência direta no crescimento e desenvolvimento da criança e nas condições de saúde do indivíduo na vida adulta ((VELHO, SANTOS E COLLAÇO, 2014; RAMOS E CUMAN, 2009; TAVARES, SILVA E FERRAZ, 2017; BRASIL, 2000). No presente estudo, encontramos a maioria dos nascidos como adequado para idade gestacional (AIG), sendo mais de 63% da amostra dentro dessa classificação, que pode ser confirmada segundo o MS, que caracteriza peso abaixo ou pequeno para idade gestacional (PIG) inferior a 2.500g, considerado fator de risco para complicações neonatais, e caso pese mais de 4.000g classificado como grande para idade gestacional (GIG), nascidos com o peso certo, ou adequados para idade gestacional são chamadas de AIG (BRASIL, 2000; FERRAZ E NEVES, 2011).

A gestação é uma fase que envolve diversas mudanças na vida de uma mulher, sejam elas biológicas, sociais, psicológicas, familiares e somáticas. Um acompanhamento pré-natal efetivo por uma equipe interdisciplinar pode auxiliar no controle das variáveis que influenciam esse parâmetro, reduzindo os riscos para o binômio mãe-filho e os custos para a saúde pública (BRASIL, 2000; NUNES et al., 2016; CUNHA, et al., 2009).

O MS recomenda o número mínimo de seis consultas para uma gestação a termo, dados coletados no presente estudo, revelam que a maioria dos entrevistados realizou mais consultas do que o MS preconiza, sendo as consultas do pré-natal um dos mais significativos neste contexto, pois representa fator protetor e preventivo do baixo peso e prematuridade, o que é confirmado nos dados coletas (BRASIL, 2012).

Verifica-se na literatura um acelerado crescimento na inserção de crianças em instituição de cuidado coletivo, devido ao término da licença maternidade e a necessidade da mãe voltar ao trabalho. Essas afirmativas condizem com o encontrado no presente estudo, 80% das crianças entrevistadas frequentaram essas instituições. As creches são um espaço cada vez mais presente na vida das crianças de zero a seis anos, e são diversos os estudos que apontam a frequência à creche como um importante fator de risco para desenvolvimento de

doenças respiratórias, devido à maior exposição das crianças aos agentes infecciosos pelo confinamento e aglomeração (VERISSIMO, 2006; PRATO, et al., 2014).

De acordo com a literatura, a idade materna é considerada como um fator gerador de risco para a gestação. Para o Ministério da Saúde, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolver complicações durante a gravidez, o que torna a gestação de alto risco (ALDRIGHI et al., 2016). No presente estudo, a caracterização dos pais sugere algumas limitações dos resultados já que não abordamos dados mais específicos como escolaridade, estado civil, número de filhos, complicações na gravidez, entre outras, dos genitores nesse momento, por não estarem diretamente ligados ao perfil do nascimento de crianças diagnosticadas com asma em idade escolar e a relação com o aleitamento materno. De acordo com o coletado, observamos que a maioria das mães dos alunos estudados, estava na faixa etária entre 20-30 anos 53.4% e apenas 33.3% entre 30-40 anos.

A asma infantil é uma doença multifatorial, tendo sido associada a fatores genéticos, ambientais, gestacionais, socioeconômicos e outros. Diversas literaturas trazem o leite materno como potencial fator na prevenção dessa atopia (SORIO e ALMEIDA, 2016; CHATKIN, MENEZES, 2005). A maioria das revisões sobre fatores de risco para asma recomenda aleitamento estendido para reduzir a probabilidade de desenvolvimento de asma na infância, não há controvérsias em relação ao leite materno ser o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento adequado de crianças (SILVA, SCHENEIDER, STEIN, 2009). A OMS, UNICEF e o MS, preconizam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, depois, que os lactentes recebam alimentos complementares, mas continuem com o leite materno até dois anos (SORIO e ALMEIDA, 2016; CHATKIN, MENEZES, 2005; SILVA, SCHENEIDER, STEIN, 2009).

Nossa mostra foi constituída por crianças já diagnosticadas com asma e buscou-se relacionar o perfil do nascimento com o aleitamento materno, a partir dos dados coletados notou-se que as mães, na grande maioria, alguma vez amamentaram seu filho no peito, apenas 16,7% por algum motivo não pode realiza-lo. Parece evidente que o aleitamento materno protege contra desenvolvimento de asma, visto que o outro dado relevante sobre o aleitamento materno exclusivo foi que o AME aconteceu por um curto período, 73,3% com tempo inferior ao preconizado pela OMS, UNICEF e MS.

## ■ CONCLUSÃO

Algumas limitações foram pertinentes para o estudo, apesar de muitas pesquisas abordarem esse tema, ainda encontramos na literatura publicações antigas, sendo necessárias mais pesquisas sobre o assunto, principalmente porque a incidência dessa doença vem



aumentando. Apesar das pesquisas sobre o tema, não se pode concluir se o aleitamento materno ajudará a prevenir a asma. No entanto, por todas as suas conhecidas vantagens, o aleitamento materno exclusivo deve ser encorajado nos primeiros meses de vida devido seu efeito protetor, pois sabe-se que as crianças que recebem leite materno adoecem menos e necessitam de menos internação hospitalares.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALDRIGHI, J.D; WAL, M.L; SOUZA, S.R.R.K; CANCELA, F.Z.V. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Ver. Esc. Enferm USP**. 2016; 50(3):512-521.
2. ARAÚJO, M.F.M.; ARAÚJO, T.M.; BESERRA, E.P.et al. O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 91-97, set./dez.2006.
3. BOECHAT, JL, et al. Prevalência e gravidade de sintomas relacionados à asma em escolares e adolescentes no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 31(2) - Mar/Abr de 2005.
4. BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Assistência Pré-Natal – Manual Técnico. 3ª ed. – 2000. Brasília: **Secretaria de Políticas de Saúde –SPS / Ministério da Saúde**, 66p.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il., n°32)
6. CARDOSO, T.A., RONCADA, C., SILVA, E.R., PINTO, L.A., JONES, M.H., STEIN, R.T., PIREZ, P.M. Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro. **J. Bras. Pneumol**. 2017; 43 (3): 163-168.
7. CHATKIN, M.N., MENEZES, A.M.B. Prevalência e fatores de risco para asma em escolares de uma coorte no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**- vol.81, nº5, 2005.
8. CUNHA, M.A; MAMEDE, M.V; DOTTO, L.M.G; MAMEDE, F.V. Assistência pré-natal: Competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc Anna Nery Rev. Enferm**. 2009 jan-mar; 13 (1): 00-00.
9. FERRAZ, T.R; NEVES, E.T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. **Rev Gaúcha Enferm**. 2011 mar; 32 (1):86-92.
10. NUNES, J.T; GOMES, K.R.O; RODRIGUES, M.T.P; MASCARENHAS, M.D.M. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (2): 252-261.
11. OLIVEIRA, R.R; MELO, E.C, NOVAES, E.S; FERRACIOLI, P.L.R.V; MATHIAS, T.A.F. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**. 2016;50(5):733-740.
12. PRATO, M.I.C; SILVEIRA, A.S; NEVES, A.S; BUBOLTZ, F.L. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** | v.14, n.1, p 33-9 | Julho 2014.

13. RAMOS, H.A.C., CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.
14. RONCADA, C., OLIVEIRA, S.G., CIDADE, S.F., RAFAEL, J.G., OJEDA, B.S., SANTOS, B.R.L., GUSTAVO, A.S., PITREZ, P.M. Mitos populares e características do tratamento da asma em crianças e adolescentes de zona urbano do sul do Brasil. **J. Bras. Pneumol.** 2016; 42 (2):136-142.
15. SILVA, D.R.N; SCHNEIDER, A.P; STEIN, R.T. O papel do aleitamento materno no desenvolvimento de alergias respiratórias. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.35-42, jan./mar.2009.
16. SILVA, E.C.F. Alergia Respiratória: Asma Brônquica. **Rev. Hospital Universitário Pedro Ernerto**. Vol. 7, N. 2, 2008.
17. SORIO, G.N., ALMEIDA, J.M. O Aleitamento Materno e o Desenvolvimento da Asma Infantil. **Rev. Bras. Iniciação Científica**, São Paulo. Itapetininga, v. 3, n. 5, 2016.
18. TAVARES, F.M.; SILVA, M.L., FERRAZ, H.T. Perfil gestacional, obstétrico e neonatal na unidade de terapia intensiva de um hospital público do interior da Bahia. **Rev. Saúde.Com** 2017; 13(3): 920-926.
19. VELHO, M.B; SANTOS, E.K.A; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm.** 2014 mar-abr; 67(2): 282-9.
20. VERÍSSIMO, M.D.L.Ó.R. Conhecimentos e práticas de trabalhadores de creches universitárias relativos às infecções respiratórias agudas na infância. **Rev. Esc. Enferm.** USP 2006; 40 (1):78-85.
21. WANDALSEN, N.F., GONZALES, C., WANDALSEN, G.F., SOLÉ, D. Avaliação de critérios para o diagnóstico de asma através de um questionário epidemiológico. **J. Bras. Pneumol.** 2009; 35(3):199-205.
22. ZENI, S. Efeito do aleitamento materno no desenvolvimento de asma e atopia, 2006.



26

# Concepções teóricas, mensuração e perspectivas terapêuticas no enfrentamento da dor

| Layz Alves Ferreira **Souza**  
HC/UFG/EBSERH

| Lilian Varanda **Pereira**  
FEN/UFG

| Joyce Rutyelle da **Serra**  
HC/UFG/EBSERH

| Bruna da Silva Ferreira **Tatagiba**  
FEN/UFG

| Diná de Almeida Lopes Monteiro da **Cruz**  
EE/USP

# RESUMO

O objetivo desse estudo foi discutir as principais teorias, instrumentos e intervenções para o enfrentamento da dor como possibilidades de qualificação e ampliação da atuação do enfermeiro. Trata-se de um estudo teórico que discute os principais conceitos que permeiam o cuidado em saúde no enfrentamento da dor. A teoria cognitivo-comportamental é a principal base teórica do modelo de enfrentamento da dor. Cinco instrumentos estão disponíveis para avaliação desse fenômeno, sendo o *Coping Strategies Questionnaire* e o *Chronic Pain Coping Inventory* os mais utilizados. O treinamento de habilidades de enfrentamento da dor é uma possibilidade terapêutica com evidências de efetividade e inclui estratégias cognitivo-comportamentais para a autogestão da experiência dolorosa. As concepções teóricas sobre enfrentamento da dor apoiam possibilidades de intervenções de enfermagem no manejo dessa experiência, favorecem o trabalho multidisciplinar e a consolidação de um cuidado integral aos pacientes com dor crônica.

**Palavras-chave:** Adaptação Psicológica, Dor Crônica, Medição da dor, Manejo da dor.

## ■ INTRODUÇÃO

A significação da dor enquanto fenômeno subjetivo contribui para o surgimento de estratégias compensatórias diante dessa experiência, ou seja, o seu enfrentamento (NICHOLAS, 2015; EDWARDS *et al.*, 2016).

A apropriação do conhecimento referente ao enfrentamento da dor crônica por profissionais de saúde é urgente, pelas evidências de que pessoas com dor crônica se beneficiam com o treinamento de habilidades de enfrentamento ministradas por profissionais de saúde não-psicólogos, desde que tenham sido treinados (ABBASI, 2012; NICHOLAS, 2015).

Neste cenário está inserido o enfermeiro, cuja profissão se caracteriza pelo cuidado a saúde humana, e a qual tem no manejo da dor, uma atividade que permeia suas ações, também pelo fato de a experiência dolorosa acompanhar o processo saúde-doença. Nesse sentido, a *American Society of Pain Management Nurses* (ASPMN) propõe que o conhecimento e a atuação de enfermeiros em técnicas cognitivo-comportamentais, incluindo a identificação de estratégias de enfrentamento e a administração de terapêuticas baseadas no treinamento de habilidades de enfrentamento, seja pré-requisito básico para a certificação da qualidade do cuidado em enfermagem às pessoas que sofrem dor (PELLINO *et al.*, 2002).

Diante disso, esse estudo visa apresentar as teorias que embasam a compreensão e avaliação do enfrentamento da dor enquanto fenômeno de interesse para o estudo e intervenção em saúde e enfermagem. O entendimento e atuação do enfermeiro nesse construto pode ampliar o campo de atuação profissional, além de qualificar o cuidado integral em saúde nas pessoas que sofrem de dor, especialmente a crônica. Isso posto, este artigo tem por objetivo discutir as principais teorias, instrumentos de medida e intervenções para o enfrentamento da dor, que têm o potencial de fundamentar as práticas de cuidado em dor.

### **Teorias e conceitos acerca do enfrentamento da dor**

O enfrentamento é um processo orientado que se reflete na ideia de constantes mudanças a demandas específicas, sendo conceituado como “esforços cognitivos e comportamentais utilizados para manejar uma demanda específica, interna ou externa, que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo aos recursos pessoais (LAZARUS e FOLKMAN, 1984)”. Esses esforços incluem tudo que a pessoa faça ou pense, mesmo que haja bons ou maus resultados. O manejo das demandas não implica em sucesso; pode ser minimizar, negar, tolerar ou aceitar as condições estressantes (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

A forma com que cada pessoa enfrenta o estresse depende dos recursos pessoais e contextos específicos: saúde/energia, engajamento em compromissos, crenças existenciais,

crenças sobre controle, habilidades para resolver problemas, habilidades sociais, suporte social, recursos materiais/financeiros, dentre outros (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

O estresse surge do desajuste entre o indivíduo e a identidade social, visto que a própria sociedade cria demandas e recursos para o indivíduo. Essas demandas influenciam sentimentos, pensamentos e ações, mas não são, necessariamente, fontes de estresse, pois o estresse surgirá quando houver conflito entre essas demandas e os recursos. Assim, acredita-se que melhores resultados de adaptação existirão caso o indivíduo receba o suporte social necessário (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

A dor pode ser considerada um estressor, pois normalmente é percebida como danosa, aversiva, além de causar impactos na vida diária do indivíduo e gerar mudanças que demandam enfrentamento (reajuste ou adaptação) (LAZARUS e FOLKMAN, 1984; JENSEN *et al.*, 1991; EDWARDS *et al.*, 2016)

Há diversos conceitos e medidas de enfrentamento da dor. Mas uma observação universal pelos pesquisadores da área é que há adaptações diferentes em relação às disfunções geradas pela dor; para algumas pessoas a dor é sinônimo de incapacidade e depressão, para outras não (JENSEN *et al.*, 1991; EDWARDS *et al.*, 2016; MISCHKOWSKI *et al.*, 2019). Assim, o estudo do enfrentamento e do estresse pode explicar as diferenças no ajuste de pessoas à experiência dolorosa e nos seus impactos, como a funcionalidade física e psicológica (JENSEN *et al.*, 1991; KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009; TURK *et al.*, 2016).

Destacam-se cinco modelos de enfrentamento da dor (KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009).

1. Modelo cognitivo-comportamental: influenciado pela teoria cognitivo-comportamental de Beck (2013) e a teoria de estresse, avaliação e enfrentamento de Lazarus e Folkman, (1984). Nesse modelo as crenças desempenham papel fundamental na avaliação da dor e no seu enfrentamento (NICHOLAS, 2015). Os estudos focam nas estratégias de enfrentamento como preditoras para disfunção relacionada à dor crônica. Destacam-se dois instrumentos de medida de enfrentamento baseados nesse modelo, o *Coping Strategies Questionnaire (CSQ)* (ROSENSTIEL e KEEFE, 2009) e o *Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)* (JENSEN *et al.*, 1995).
2. Modelo focado no problema e emoção: baseia-se exclusivamente na teoria de estresse, avaliação e enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984). Esses autores desenvolveram o *Ways of Coping Checklist (WCCL)* que, apesar de ser direcionado para qualquer evento estressor, pode aplicar-se, ainda que de maneira genérica, aos esforços de enfrentamento da dor.
3. Modelo passivo e ativo: considera que o enfrentamento deve ser classificado baseado nos resultados psicológicos e funcionais gerados, ou seja, adaptação ou não-

-adaptação. Assim, há duas categorias, o enfrentamento passivo, caracterizado por comportamentos de rendição à dor (falta de controle) e que seria intrinsecamente não adaptativo, e o enfrentamento ativo, que é a ação de assumir o controle sobre a dor, caracterizando um tipo adaptativo (KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009). Para a medida do fenômeno propuseram o *Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI)*. Esse modelo recebeu críticas, visto que o uso de medicamentos para dor, por exemplo, em algumas situações pode ser considerado como uma estratégia passiva, e em outras, ativa (JENSEN *et al.*, 1991; KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009).

4. Modelo de evitação e medo: essa abordagem não foi proposta para tratar enfrentamento da dor (VLAEYEN, CROMBEZ, LINTON, 2016), mas ao longo de seu desenvolvimento, alguns estudiosos consideram-no como um modelo adequado para tal (KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009; ZALE e DITRE, 2015). Nesse modelo há um foco no componente emocional, em que o medo da dor leva a escolha de estratégias confrontativas ou de evitação (VLAEYEN, CROMBEZ, LINTON, 2016). O medo da dor pode representar o medo da sensação dolorosa, das atividades que podem desencadear dor, medo do movimento ou do prejuízo advindo desse, entre outras formas (ZALE e DITRE, 2015). Uma escala amplamente utilizada com base nesse modelo é a *Tampa Scale of Kinesiophobia* (KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009).
5. Modelo de aceitação: nessa perspectiva a luta para controlar a dor é vista como mal adaptativa, assim, a aceitação da dor e a disposição para engajar em atividades que tragam significado para a vida podem ser mais adaptativas (MCCRACKEN e VOWLES, 2014; VLAEYEN, CROMBEZ, LINTON, 2016). Como medida proposta tem-se o *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (MCCRACKEN e VOWLES, 2014).

O modelo cognitivo-comportamental de enfrentamento da dor tem sido um dos mais utilizados, pois intervenções fundamentadas na teoria cognitivo-comportamental tem evidências de bons resultados no manejo da dor (AL SARAIHEH *et al.*, 2018). Nesse sentido, a compreensão dos conceitos de estresse, crença, enfrentamento e ajuste é necessária para o modelo teórico proposto. Aqui, o estresse é um evento que requer adaptação, sendo a dor apontada como um dos maiores estressores na vida das pessoas (JENSEN *et al.*, 1991). Como exemplo disso, estudo realizado pela Universidade de Washington (n=85) identificou que 45% da amostra de pessoas com dor lombar referiram saúde como o estressor primário a ser enfrentado, e desses, 79% referiram que o maior estressor era a dor (TURNER, CLANCY, VITALIANO, 1987).



A dor, como estresse fisiológico, elicia a secreção de catecolaminas no Sistema Nervoso Simpático (adrenalina e noradrenalina) e hormônios neuroendócrinos (ex. cortisol). Mesmo pequenas exposições ao estresse, seguidas de respostas mal adaptativas, podem perpetuar uma disfunção na liberação de cortisol e percepção de dor (LI e HU, 2016), reforçando a cronificação da experiência. No contexto da dor crônica (JENSEN *et al.*, 1991) normalmente adota-se o conceito de estresse proposto por Lazarus e Folkman (1984) que o considera como uma relação transacional entre o indivíduo e o ambiente, avaliada como além dos recursos disponíveis na pessoa e que coloca em risco o seu bem-estar.

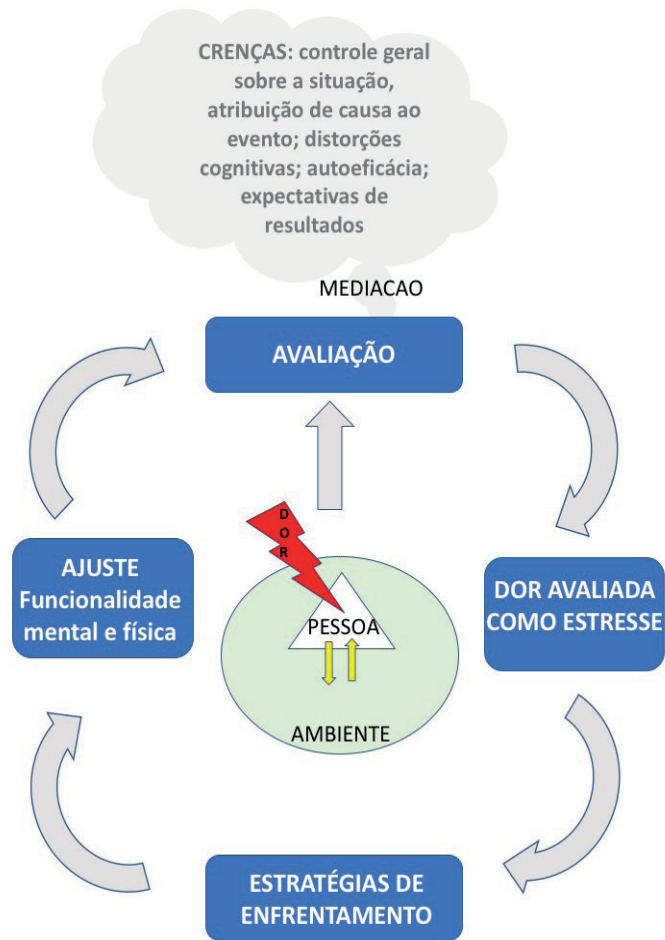
A ideia de crença refere-se aos pensamentos (cognições) que as pessoas têm sobre o problema dor (JENSEN *et al.*, 1991). Como já proposto pela teoria cognitivo-comportamental de Beck (2013), as cognições influenciam a avaliação das consequências do evento doloroso e as possíveis habilidades de enfrentamento a serem utilizadas, que juntos, no final do processo, determinam o ajuste à dor (LAZARUS e FOLKMAN, 1984; JENSEN *et al.*, 1991; KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009). As crenças mediam a avaliação da dor como estressor (LAZARUS e FOLKMAN, 1984), destacando-se a de *locus* de controle, controle da dor, estilo pessoal de atribuição, distorções cognitivas, crença de autoeficácia, expectativa de resultados, dentre outras (JENSEN *et al.*, 1991).

Já o enfrentamento da dor pode ser entendido como os “esforços propositais para manejar ou minimizar o impacto negativo do estresse (JENSEN *et al.*, 1991)”. Assim, respostas automáticas e sem esforço não são consideradas como enfrentamento.

Por fim, o ajuste é entendido como um componente multidimensional que se refere ao bem-estar psicológico e físico, sendo esse o resultado final do uso de estratégias de enfrentamento. Na dor crônica, esse conceito pode ser estendido para aspectos que abordem o comportamento de dor, nível de atividade, força física, mobilidade, adesão ao uso de medicamentos e terapias, utilização dos serviços de saúde, depressão, entre outros (JENSEN *et al.*, 1991; KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009). As estratégias de enfrentamento têm relação com o ajuste, sustentando um modelo teórico no qual alterações no enfrentamento interferem nos resultados diante da dor (JENSEN *et al.*, 1991; KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009).

A relação entre as variáveis anteriormente citadas, segundo o modelo de enfrentamento de dor proposto por Jensen *et al.*, (1991) pode ser observado na figura 1.

Figura 1. Modelo teórico de enfrentamento da dor crônica, baseado em Jensen et. al (1991).



Fonte: próprio autor

### Mensuração do enfrentamento de dor

A medida do enfrentamento refere-se a pensamentos, sentimentos e ações concretas e não àquelas que poderiam ou deveriam ser realizadas, pensadas ou sentidas (LAZARUS e FOLKMAN, 1984). Essa deve ser realizada em um contexto específico (dor, internação, perda de emprego, por exemplo) e ser estudada de forma temporal para que possíveis mudanças possam ser observadas no pensamento, sentimento e ação conforme as avaliações e demais requisitos da transação entre a pessoa e ambiente; e deve referir-se a um esforço e não a um pensamento ou comportamento automático. Com base nesses princípios, o primeiro instrumento criado para avaliação de enfrentamento foi o WCCL, amplamente utilizado para medida de enfrentamento do estresse de forma genérica (LAZARUS e FOLKMAN, 1984; KATO, 2015).

Em revisão sistemática da literatura, publicada em 2015, foram identificados cinco instrumentos específicos para a mensuração do enfrentamento da dor (KATO, 2015):

1. *Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI)* - criado em uma perspectiva dualista (enfrentamento ativo x passivo) (BROWN e NICASSIO, 1987), inviabilizando considerar que, uma estratégia passiva pode ser considerada adaptativa num determinado contexto ou mal adaptativa em outro. Por exemplo: a solicitação por ajuda em uma tarefa, um tipo de enfrentamento considerado como passivo e, portanto, mal adaptativo, pode ser avaliado como adaptativo, em situações em que há uma injúria instalada, dadas as limitações físicas da pessoa em experiência dolorosa.
2. *Pain Coping Questionnaire (PCQ)* - elaborado especificamente para avaliação do enfrentamento de dor em crianças e adolescentes (REID, GILBERT, MACGRAT, 1998).
3. *Coping Strategies Questionnaire (CSQ)* - em sua versão original foram identificados os seguintes domínios de enfrentamento da dor: distração da atenção (pensar em coisas diferentes para não pensar na dor), reinterpretação das sensações dolorosas (imaginar que a dor é outra sensação ou que se encontra fora do corpo), autoafirmações de enfrentamento (afirmar para si mesmo que é capaz de controlar e superar a dor), ignorar as sensações dolorosas (não pensar na dor ou fingir que ela não existe), rezar/orar e esperar (imaginar a vida sem dor e manter a esperança), catastrofização (elaborar pensamentos negativos de que a dor é insuportável e que não vale a pena viver com ela) e aumento das atividades comportamentais (envolver-se na execução de tarefas para não pensar na dor) (ROSENSTIEL e KEEFE, 2009) . Está adaptado para a cultura brasileira (PORTNOI, NOGUEIRA, MAEDA, 2008), no entanto ainda não há estudos de validação que atestem suas características psicométricas no Brasil.
4. *Chronic Pain Coping Inventory (CPCI)* – foi elaborado pelo Programa de Tratamento Multidisciplinar da Universidade de Washington a fim de focar em estratégias que são utilizadas em programas de tratamento da dor (JENSEN *et al.*, 1995). Sua versão inicial contava com 64 itens sobre o uso de estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais, mas uma revisão em 2001 excluiu a escala de “Uso de medicação” e incluiu a escala “Regulação do ritmo”, passando o CPCI a ser constituído por 70 itens e com seus direitos autorais repassados para uma empresa de testes em saúde, a *Psychological Assessment Resources (PAR)* (JENSEN *et al.*, 2008). A necessidade de outro instrumento para medir enfrentamento na dor surgiu pelo fato de aqueles já existentes confundirem a medida alvo com outros construtos que não refletiam o enfrentamento em si. Um exemplo é a medida da catastrofização no CSQ. Para os autores do CPCI, a inclusão desse construto contradiz o modelo cognitivo-comportamental que considera a catastrofização como

uma distorção do pensamento. Apesar de a catastrofização mediar o processo de enfrentamento e ser um importante preditor de disfunção psicológica e física, ela não é um esforço pessoal para manejar o estresse (JENSEN *et al.*, 1991). Além disso, os demais instrumentos de medida de enfrentamento de dor não avaliam importantes estratégias para a dor como descanso, exercício, relaxamento, ações para se proteger e processos sociais (JENSEN *et al.*, 1991). Esse instrumento já se encontra adaptado para uso entre brasileiros (SOUZA, CRUZ, PEREIRA, 2018).

5. *Pain Coping Inventory (PCI)* - criado com o propósito de equilibrar o quantitativo de itens entre o enfrentamento cognitivo e comportamental. Os autores desse instrumento criticam os o CSQ e CPCI, com o argumento de que são muito voltados para as dores osteomusculares (KRAAIMAAT e EVERS, 2003). O PCI considera as atividades físicas como formas de distração para enfrentamento e não como maneiras de minimizar a dor do ponto de vista sensitivo, indicando que esse instrumento não derivou de uma teoria consistente (KRAAIMAAT e EVERS, 2003).

### **Desenvolvimento de habilidades de enfrentamento – possibilidades terapêuticas**

A partir das concepções teóricas acerca do enfrentamento da dor, surgiram propostas terapêuticas não farmacológicas para o manejo da dor por meio de manipulação das variáveis relacionadas ao enfrentamento, sendo o Treinamento de Habilidades de Enfrentamento da Dor (THED) a maneira mais utilizada para operacionalizar intervenções em saúde específicas para o fenômeno em questão (NICHOLAS, 2015).

O THED abrange o ensino e estímulo ao uso de estratégias cognitivas e comportamentais para a autogestão da sensação dolorosa (RIDDLE *et al.*, 2011; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016) e melhoria na percepção de controle sobre a própria dor (BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016). Trata-se de uma terapia baseada no modelo cognitivo-comportamental, um dos métodos não-farmacológicos mais eficazes no tratamento da dor crônica (RICHARDSON e POOLE, 2001; RIDDLE *et al.*, 2011; NICHOLAS, 2015).

A maior parte dos estudos desenvolvidos com aplicação do THED envolve psicólogos ou uma equipe multidisciplinar (RICHARDSON e POOLE, 2001; RIDDLE *et al.*, 2011; ABASSI *et al.*, 2012; NICHOLAS, 2015; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016). Entretanto, em virtude da relevância da dor crônica para a saúde pública, a restrição da aplicação do THED apenas pelo psicólogo pode ser um empecilho ao seu tratamento o que ocasionou o estímulo da utilização da terapia por outros profissionais da saúde, inclusive enfermeiros. Tal fato tem o potencial de ampliar o tratamento da dor crônica (NICHOLAS, 2015), resultando em menor sofrimento para o indivíduo e a família.

Estudos evidenciam que o THED pode ser realizado com êxito por enfermeiros e outros profissionais de saúde desde que sua atuação seja precedida por treinamento e credenciamento teórico-prático (BRYANT *et al.*, 2014; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016). É recomendável que o treinamento seja conduzido por um psicólogo experiente no manejo da dor, sendo ele o responsável por qualificar a equipe multidisciplinar, por meio de metodologias ativas (BRYANT *et al.*, 2014; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016). O treinamento de enfermeiros e outros profissionais de saúde para a aplicação do THED pode dar-se por oficinas, distribuição e divulgação de manual de orientações para a certificação, tutoriais sobre a avaliação pré-intervenção, a identificação de potenciais suicidas entre as pessoas com dor crônica, a aplicação da técnica de THED e a avaliação pós-intervenção. Durante esse processo devem ser abordados conceitos-chaves relacionados ao manejo da dor e o ensino sistemático do THED. Para confirmação do credenciamento do profissional é indicado a apresentação de um áudio da primeira sessão de intervenção a fim de que o profissional já experiente em THED avalie a condução da sessão pelo profissional não-psicólogo (BRYANT *et al.*, 2014; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016).

Para a condução de THED, em geral, são indicadas dez sessões individuais ou em grupo, com duração de aproximadamente 60 minutos, com os seguintes objetivos: diminuir a ocorrência de pensamentos catastróficos, ensinar e estimular estratégias para o autocontrole da dor (distração, relaxamento, regulação do ritmo das atividades e a alternância entre ciclos de atividade e de repouso), estabelecer um plano conjunto com o indivíduo ou grupo para a execução de atividades prazerosas e/ou solução de problemas e auxiliar a pessoa com dor crônica na reestruturação cognitiva por meio do reconhecimento das relações entre pensamentos, sentimentos e comportamentos (BRYANT *et al.*, 2014; NICHOLAS, 2015; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016).

Ao executar a THED, o enfermeiro precisará estar atento à avaliação global do paciente, incluindo a história de dor crônica, os fatores biológicos, psicológicos e sociais relacionados à experiência dolorosa (NICHOLAS, 2015). A avaliação profissional deve ser compartilhada com o paciente, a fim de incluí-lo na proposta de tratamento aumentando suas chances de adesão. Em colaboração com o profissional, a pessoa que vivencia a dor deve estabelecer os objetivos desejados para as funções executadas em casa, no trabalho e socialmente (NICHOLAS, 2015). O enfermeiro que está desenvolvendo o THED deve incentivar a participação ativa das pessoas em tratamento, por meio de divisão das metas globais em objetivos específicos. Pode-se ensinar a pessoa com dor a regular os seus ciclos de atividade e repouso, além de encorajá-la na elaboração de um plano próprio de atividades que auxiliarão no alcance de metas e objetivos (NICHOLAS, 2015).



No THED o enfermeiro age como um facilitador, ao conduzir reflexões sobre as atitudes relacionadas à dor, ao incentivar a mudança de pensamentos que não contribuem para o controle da dor (geralmente pensamentos catastróficos) e ao ensinar estratégias que favorecem o controle da dor, como o relaxamento progressivo, por exemplo (NICHOLAS, 2015). Cada uma dessas atividades deve ser ensinada e estimulada em cada sessão, assim como o encorajamento para a superação de dificuldades enfrentadas. O tratamento finaliza quando os objetivos forem alcançados e o paciente apresentar-se autoconfiante para gerenciar seu plano de enfrentamento de dor (NICHOLAS, 2015).

O enfermeiro é habilitado em seu exercício profissional a influenciar de forma positiva e terapêutica um bom prognóstico do paciente com dor crônica (RICHARDSON e POOLE, 2001; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016), pois é preparado desde sua formação para liderar os aspectos de implementação e modelagem do autocuidado e educação em saúde para uma assistência integral aos pacientes com doenças crônicas (RICHARDSON e POOLE, 2001; BRUCKENTHAL e BRODERICK, 2016).

O enfermeiro deve se instrumentalizar para ofertar tais terapias fundamentadas no modelo teórico cognitivo-comportamental. A aplicação e treinamento a partir de técnicas provenientes dessa teoria no tratamento da dor crônica agregaria às competências desse profissional (RICHARDSON e POOLE, 2001). Como intervenções utilizadas pela enfermagem e que são baseadas no modelo cognitivo-comportamental apontam-se a educação e prestação de informação, reafirmação e redução da ansiedade, promoção de medidas de conforto biopsicossocial, o treinamento de estratégias de enfrentamento, o gerenciamento de estresse, relaxamento, distração, auxílio em solução de problemas, estímulo e orientação para atividade física e definição de metas de acordo com o ritmo e limitações do paciente (RICHARDSON e POOLE, 2001; KEEFE, SOMERS, KOTHADIA, 2009; NICHOLAS, 2015).

A atuação do enfermeiro, caracterizada pelo cuidado a saúde humana, deve manejar a dor de seus clientes de forma global, não apenas administrando analgésicos prescritos por médicos. Assim, o conhecimento e a atuação de enfermeiros em técnicas cognitivo-comportamentais, incluindo a THED (PELLINO *et al.*, 2002) potencializa a efetividade da assistência bem como contribui para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria cognitivo-comportamental é apontada como o principal fundamento para compreensão do enfrentamento da dor e para orientar o cuidado à pessoa com dor crônica. Esse fenômeno pode ser medido por meio de cinco tipos de instrumentos. Os mais utilizados são o *Coping Strategies Questionnaire* e o *Chronic Pain Coping Inventory*. O uso dessas

ferramentas de medida oferece subsídios para intervenções moduladoras do enfrentamento, como o Treinamento de Habilidades de Enfrentamento de Dor (THED).

É necessário um despertar dos pesquisadores brasileiros para o estudo do enfrentamento da dor e por isso uma ampla divulgação das principais concepções e aplicações práticas sobre a temática faz-se necessária. A limitação desse estudo consiste no fato de não possuir procedimentos de pesquisa passíveis de reprodução e nem respostas quantitativas a questões específicas. Ademais são escassas as pesquisas publicadas sobre o enfrentamento da dor, sobretudo na enfermagem, limitando o aprofundamento da temática, que também se constitui em limitações.

Apesar de tal limitação, a discussão sobre o enfrentamento da dor poderá subsidiar inquietações para novas investigações nesse promissor campo de atuação para a enfermagem por meio da aplicação do THED, terapêutica que contrapõe o modelo biomédico assistencial, estimula o trabalho multidisciplinar em dor e contribui para uma atenção integral às necessidades de saúde das pessoas que sofrem dor crônica. Estudos futuros realizados no contexto brasileiro, com delineamentos robustos de pesquisa são necessários para que a utilização do modelo cognitivo-comportamental e a implantação de programas de THED pelo enfermeiro amplie a cobertura e o acesso ao tratamento da dor crônica, visto que esses profissionais estão presentes nos diversos espaços da rede em saúde.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ABBASI, M. et al. Spouse-assisted training in pain coping skills and the outcome of multidisciplinary pain management for chronic low back pain treatment: a 1-year randomized controlled trial. **European Journal of Pain**, Brussels, v. 16, n. 7, p. 1033-1043, 2012.
2. AL SARAIREH, F. A. et al. The effectiveness of cognitive behavioral therapy versus psychoeducation in the management of depression among patients undergoing haemodialysis. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 39, n. 6, p. 514-518, 2018.
3. ALLEN, K. D. et al. Pain coping skills training for African Americans with osteoarthritis: results of a randomized controlled trial. **Pain**, v. 160, n. 6, p. 1297-1307, 2019.
4. BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. BROWN, G. K.; NICASSIO, P. M. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. **Pain**, v. 31, n. 1, p. 53-64, 1987.
6. BRYANT, C. et al. Can physical therapists deliver a pain coping skills program? An examination of training processes and outcomes. **Physycal Therapy & Rehabilitation Journal**, v. 94, n. 10, p. 1443-1454, 2014.
7. BRUCKENTHAL, P.; BRODERICK, J. Nurse Practitioners can effectively deliver coping skills training to patients with osteoarthritis. **Pain Management Nursing**, v. 17, n. 2, p. 96, 2016.



8. EDWARDS, R. R. et al. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. **The Journal of Pain**, n. 17, p. 70-92, 2016. Supplement 9.
9. JENSEN, M. P. et al. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. **Pain**, v. 47, n. 3, p. 249-283, 1991.
10. JENSEN, M. P. et al. The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. **Pain**, v. 60, n. 2, p. 203-216, 1995.
11. JENSEN, M. et al. **Chronic Pain Coping Inventory: professional manual**. Lutz, Psychological Assessment Resources Inc, 2008.
12. KATO, T. Frequently Used Coping Scales: A Meta-Analysis. **Stress Health**, v. 31, n. 4, p. 315-323, 2015.
13. KEEFE, F. J.; SOMERS, T.; KOTHADIA, S. Coping with pain. **Pain Clinical Updates**, v.17, n. 5, p. 1-6, 2009.
14. KRAAIMAAT, F. W.; EVERS, A. W. M. Pain-coping strategies in chronic pain patients: psychometric characteristics of the Pain-Coping Inventory (PCI). **International Journal of Behavioral Medicine**, v. 10, n. 4, p. 343-363, 2019.
15. LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer US, 1984.
16. LI, X.; HU, L. The Role of Stress Regulation on Neural Plasticity in Pain Chronification. **Neural Plasticity**, p.1-9, 2016. Special Issue.
17. MCCRACKEN, L. M.; VOWLES, K. E. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain. **American Psychologist**, v. 69, n.2, p.178-187, 2014.
18. MISCHKOWSKI, D. et al. Pain or nociception? Subjective experience mediates the effects of acute noxious heat on autonomic responses - corrected and republished. **Pain**, v. 160, n.6, 2019.
19. NICHOLAS, M. Expanding patients' access to help in managing their chronic pain. **Pain Clinical Updates**, v. 23, n. 1, p. 1-8, 2015.
20. PELLINO, T. A. et al. The American Society of Pain Management Nurses practice analysis: role delineation study. **Pain Management Nursing**, n. 3, v. 1, p. 2-15, 2002.
21. PORTNOI, A.; NOGUEIRA, M.; MAEDA, F. O enfrentamento da dor crônica. In: ONOFRE, A. ( editor). **Dor: Princípios e Práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 294–301.
22. REID, G. J.; GILBERT, C. A.; MCGRATH, P. J. The Pain Coping Questionnaire: preliminary validation. **Pain**, v. 76, n. 1, p. 83-96, 1998.
23. RICHARDSON, C.; POOLE, H. Chronic pain and coping : a proposed role for nurses and nursing models. **Jornal of Advanced Nursing**, v. 34, n. 5, p.659-667, 2001.
24. RIDDLE, D. L. et al. Pain coping skills training for patients with elevated pain catastrophizing who are scheduled for knee arthroplasty: a quasi-experimental study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 96, n. 6, p. 859-865, 2011.
25. ROSENSTIEL, A. K.; KEEFE, F. J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. **Pain**, v. 17, n. 1, p. 33-44, 1983.

26. SOUZA, L. A. F.; CRUZ, D. A., PEREIRA, L. V. Cross-cultural adaptation of Chronic Pain Coping Inventoy- Brazilian version. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, 2018.
27. TURK, D. C. D. et al. Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. **Journal of Pain**, v. 17, n. 9, p. 21-49, 2016. Supplement.
28. TURNER, J. A.; CLANCY, S.; VITALIANO, P. P. Relationships of stress, appraisal and coping, to chronic low back pain. **Behaviour Research and Therapy**, v. 25, n. 4, p. 281-288, 1987.
29. VLAEYEN, J. W. S.; CROMBEZ, G.; LINTON, S. J. The fear-avoidance model of pain. **Pain**, v. 157, n. 8, p. 1588-1589, 2016.
30. ZALE, E. L.; DITRE, J. W. Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. **Current Opinion in Psychology**, v. 5, p. 24-30, 2015.

# SOBRE O ORGANIZADOR

## **Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin**

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade de Caxias do Sul, Especialização em Enfermagem Obstétrica, Especialização em Gestão do Trabalho Pedagógico, Especialização em Anatomia Funcional e MBA em Gestão de Instituições de Ensino Superior, sendo esse último com estágio na University of Turku na Finlândia, onde desenvolveu estudos acerca da pedagogia da inovação e o uso de indicadores na gestão universitária. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, na linha de pesquisa intitulada Estudos e Práticas da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Doutor em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, onde desenvolveu pesquisas na temática da asma infantil. Têm experiência em enfermagem, especialmente na área da saúde da mulher, recém-nascido, criança, fundamentos de enfermagem, saúde coletiva e gestão. Ainda, experiência em gestão pedagógica, assim como processos educacionais, construção de currículos e projetos de cursos, nos diferentes níveis de formação profissional. Atualmente é professor da FSG Centro Universitário, na área da Saúde da Mulher e da Criança e Coordenador de Ensino e Pesquisa do Hospital Pompéia de Caxias do Sul. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2340234461009114>

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

**Acidentes:** 112, 148, 156

**Adaptação:** 251, 255, 365

**Aleitamento:** 355, 359, 363

**Assistência:** 48, 71, 92, 94, 158, 174, 190, 230, 276, 286, 334, 362

**Atividades:** 132, 178, 179

**Avaliação:** 16, 49, 72, 129, 156, 213, 215, 230, 317, 363

## C

**Classificação:** 208, 209, 212, 232, 245, 246, 249, 257

**Comunicação:** 23, 92, 94, 95, 101, 112, 255, 289, 292

**Criança:** 289, 290, 298, 300, 303

**Cuidado:** 71, 72, 158, 215, 254, 298, 300, 301, 303, 341

**Cuidados:** 23, 35, 37, 217, 245, 335, 338, 341, 342

**Cultura:** 145, 190

## D

**Diagnóstico:** 245, 248

**Doença:** 227, 235, 236, 245, 252, 254, 276, 358

**Dor:** 50, 53, 54, 57, 58, 59, 250, 365, 372, 375, 376

## E

**Educação:** 5, 6, 7, 9, 40, 52, 117, 120, 131, 144, 174, 178, 184, 185, 207, 333, 357

**Emergências:** 260

**Enfermagem:** 16, 18, 22, 33, 34, 37, 39, 40, 41, 48, 50, 59, 65, 71, 72, 74, 92, 93, 94, 96, 101,

104, 107, 118, 129, 130, 131, 143, 145, 147, 148, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 170, 189, 190, 202, 207, 214, 227, 243, 245, 246, 248, 249, 256, 257, 260, 271, 272, 274, 286, 300, 304, 320, 332, 335, 337, 341, 342, 343, 362

**Enfermeiros:** 22, 57, 271, 289

**Ensino:** 7, 59, 137, 158, 207, 278

**Estratégia:** 49, 51, 52, 58, 79, 163, 192, 199, 202, 203, 215

**Estresse:** 143, 144, 250, 252, 260, 271

## F

**Família:** 49, 50, 51, 52, 58, 163, 192, 199, 202, 203, 205, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 227, 230, 254, 255

## G

**Gerenciamento:** 104, 119, 202, 204, 205, 208, 211, 212, 213, 214, 215

## H

**Health:** 33, 71, 72, 88, 90, 122, 123, 124, 129, 156, 172, 186, 187, 188, 241, 263, 264, 269, 273, 317, 318, 345, 346, 349, 350, 351, 352, 353, 375, 376

**Hospitalização:** 130, 230, 289

## L

**Lesão:** 37, 39, 43, 44, 48, 66, 252

## M

**Morte:** 217, 227

## P

**Paciente:** 39, 61, 63, 71, 92, 94, 249, 253, 254, 255, 275, 286

**Pediatria:** 38, 40, 42, 47, 107, 335, 362

**Percepção:** 45, 146, 147, 152, 213, 251, 320, 332

**Prática:** 16, 19, 144, 145, 246, 249, 257, 332

**Prevenção:** 39, 40, 42, 47, 148, 174, 195, 254, 275

## Q

**Qualidade:** 59, 92, 94, 129, 132, 133, 137, 138, 143, 144, 145, 146, 230, 252, 255, 286, 362

## R

**Reabilitação:** 22, 245, 248, 252, 254, 256, 328, 332

**Resíduos:** 202, 203, 204, 205, 208, 213, 214, 215

## S

**Saúde:** 22, 23, 33, 39, 49, 50, 51, 52, 55, 58, 59, 62, 64, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 88, 89, 90, 92, 94, 101, 102, 104, 106, 114, 115, 118, 123, 128, 129, 130, 132, 133, 144, 145, 151, 152, 155, 156, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 171, 172, 176, 178, 179, 186, 187, 191, 192, 193, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 225, 228, 230, 231, 232, 239, 241, 242, 243, 254, 257, 263, 271, 276, 278, 283, 286, 287, 290, 291, 296, 298, 300, 301, 303, 304, 307, 316, 323, 332, 333, 336, 341, 351, 352, 353, 356, 361, 362, 363

**Segurança:** 39, 61, 63, 71, 72, 104, 137, 252, 254, 255, 275, 286

## T

**Tabagismo:** 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 358

**Teoria:** 145, 156, 158, 159, 162, 164, 170, 332

**Terapia:** 40, 63, 71, 107, 130, 260, 275, 276, 278, 283, 287, 333, 375

## V

**Violência:** 289, 300, 303, 304





follow us



[www.editoracientifica.org](http://www.editoracientifica.org)

[contato@editoracientifica.org](mailto:contato@editoracientifica.org)



ISBN 978-658982608-8



9

786589

826088

VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS



editora científica