



O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 5

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

(Organizadora)

O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 5

Atena Editora
2019

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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Cândido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Gílrene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.ª Dr.ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrâao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.^a Msc. Renata Luciane Poliske Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C749	O conhecimento na competência da teoria e da prática em enfermagem 5 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem; v. 5) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-624-9 DOI 10.22533/at.ed.249191109 1. Enfermagem – Prática profissional. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.
CDD 610.73	
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

A obra “*O Conhecimento na Competência da Teoria e da Prática em Enfermagem 4*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 21 capítulos, o volume 5 aborda diferentes aspectos relacionados à Enfermagem, desde assuntos inerentes à sua evolução enquanto ciência que cuida até os fatores que envolvem os principais enfrentamentos da profissão.

É inquestionável a evolução da Enfermagem enquanto ciência, bem como a importância de sua atuação nos mais diversas vertentes, incluindo gestão, gerenciamento, promoção da saúde, educação, formação profissional e o cuidado clínico propriamente dito. No entanto, mesmo diante da necessidade desse profissional para a qualidade na assistência à saúde e demais vertentes de sua atuação, observa-se o constante adoecimento do profissional de enfermagem, havendo assim, a necessidade de medidas que visem a saúde ocupacional.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular a prática clínica de enfermagem através de pesquisas relevantes envolvendo os aspectos evolutivos de sua essência enquanto ciência que cuida, bem como estimular a sensibilização para observação das necessidades de saúde ocupacional mediante o reconhecimento do profissional e promoção da saúde do profissional de enfermagem.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO DIANTE DOS DESAFIOS ENCONTRADOS NO INCENTIVO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO	
<i>Sylvia Silva do Nascimento Oliveira</i>	
<i>Lara da Silva Lopes</i>	
<i>Ingridy Gomes de Moura Fortes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.2491911091	
CAPÍTULO 2	12
12 ANOS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO CURSO DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA	
<i>Laerson da Silva de Andrade</i>	
<i>Jorge Guimarães de Souza</i>	
<i>Marluce Mechelli de Siqueira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.2491911092	
CAPÍTULO 3	21
A IMPORTÂNCIA DA BIOÉTICA PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA SAÚDE	
<i>Joanderson Nunes Cardoso</i>	
<i>Izadora Soares Pedro Macêdo</i>	
<i>Uilna Natércia Soares Feitosa</i>	
DOI 10.22533/at.ed.2491911093	
CAPÍTULO 4	33
APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SOB A PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM	
<i>Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira</i>	
<i>Eielza Guerreiro Menezes</i>	
<i>Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim</i>	
<i>Vanessa Moreira da Silva Soeiro</i>	
<i>Antônio Sávio Inácio. Enfermeiro</i>	
<i>Rejane Christine de Sousa Queiroz</i>	
<i>Ana Márcia Coelho dos Santos</i>	
<i>Anderson Gomes Nascimento Santana</i>	
<i>Jairo Rodrigues Santana Nascimento</i>	
DOI 10.22533/at.ed.2491911094	
CAPÍTULO 5	45
HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA: CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO	
<i>Alessandra Inajosa Lobato</i>	
<i>Jackson Davi Guimarães de Souza</i>	
<i>Jacqueline da Silva Barbosa</i>	
<i>Laryssa Caroline Silva dos Santos</i>	
<i>Mariane Figueira de Almeida</i>	
DOI 10.22533/at.ed.2491911095	

CAPÍTULO 6 56**O ENFERMEIRO E O PROCESSO GERENCIAR NA CIDADE DE PAU DOS FERROS**

*Andressa de Sousa Barros
Laise Lara Firmo Bandeira
Maria Valéria Chavez de Lima
Thaina Jacome Andrade de Lima
Rodrigo Jácob Moreira de Freitas
Diane Sousa Sales
Palmyra Sayonara Góis
Keylane de Oliveira Cavalcante*

DOI 10.22533/at.ed.2491911096

CAPÍTULO 7 65**O PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL ESTADUAL DO ESPÍRITO SANTO**

*Luciene G. da Costa Zorzel
Fabrício Zorzel dos Santos
Rita de Cássia Ribeiro Vieira
Simone Santos Pinto
Marco Antônio Gomes da Silva
Luciana Chelotti Cardim Perillo
Lucilene de Fátima Rocha Cova
Mariana de Moraes Masiero
Ana Paula da Silva Fonseca
Juliane Daniee de Almeida Umada
Fernanda dos Santos Bon
Alyne Januario dos Reis*

DOI 10.22533/at.ed.2491911097

CAPÍTULO 8 72**PREVENÇÃO DA ARBOVIROSE CHIKUNGUNYA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Elizabeth Brenda Dantas Nascimento
Maria Priscila Oliveira da Silva
Gabriela Souza dos Santos
Laís de Oliveira Silva
Juliana Alencar Moreira Borges
Thais Marques Lima*

DOI 10.22533/at.ed.2491911098

CAPÍTULO 9 78**USO DO LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA ATUAÇÃO DE FUTUROS ENFERMEIROS NA PRÁTICA HOSPITALAR**

*Lívia Guimarães Andrade
Paula Vanessa Peclat Flores
Andréa Gomes da Costa Mohallem
Rodrigo Leite Hipólito
Brunno Lessa Saldanha Xavier*

DOI 10.22533/at.ed.2491911099

CAPÍTULO 10 87

UTILIZAÇÃO DE UM BLOG COMO FERRAMENTA DE ENSINO NO USO CORRETO DE MEDICAMENTOS

*Antônia Adonis Callou Sampaio
Silvana Gomes Nunes Piva
Ailton de Oliveira Dantas
Lais Silva dos Santos*

DOI 10.22533/at.ed.24919110910

CAPÍTULO 11 95

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DURANTE AULA PRÁTICA HOSPITALAR COM BASE NA TEORIA DE PEPLAU

*Vanessa de Oliveira Gomes
Ana Maria Souza da Costa
Rodrigo Silva Marcelino
Elisson Gonçalves da Silva
Deyvylan Araujo Reis*

DOI 10.22533/at.ed.24919110911

CAPÍTULO 12 103

PLANTAS MEDICINAIS PELOS ÍNDIOS PITAGUARY: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM MARACANAÚ- CE

*Dayanne Terra Tenório Nonato
Andréa Cintia Laurindo Porto
Eloisa de Alencar Holanda Costa
Johnatan Alisson de Oliveira Sousa
Victor Tabosa dos Santos Oliveira
Fabrícia da Cunha Jácome Marques
Raquel Magalhães Castelo Branco Craveiro
Edna Maria Camelo Chaves
Patrícia da Silva Pantoja*

DOI 10.22533/at.ed.24919110912

CAPÍTULO 13 108

PRÁTICA DA/O ENFERMEIRA/O NO CUIDADO DE FERIDAS E O USO DO MEL DE MANDAÇAIA

*Mayara Bezerra Machado Gonçalves
Cleuma Sueli Santos Suto
Adelzina Natalina de Paiva Neta
José Renato Santos de Oliveira
Carle Porcino
Andreia Silva Rodrigues*

DOI 10.22533/at.ed.24919110913

CAPÍTULO 14 120

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NO IDOSO

*Damiana Rodrigues
Rita de Cássia de Barcellos Dalri*

DOI 10.22533/at.ed.24919110914

CAPÍTULO 15 132**LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS INTERNADOS**

*Clóris Regina Blanski Grden
Anna Christine Los
Luciane Patricia Andreani Cabral
Péricles Martim Reche
Danielle Bordin
Tais Ivastcheschen
Carla Regina Blanski Rodrigues*

DOI 10.22533/at.ed.24919110915

CAPÍTULO 16 143**LESÕES POR PRESSÃO E A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

*Rubens Vitor Barbosa
Maria Áurea Catarina Passos Lopes
Gilielson Monteiro Pacheco
Mayara Dias Lins de Alencar
Sabrina Ferreira Ângelo
Gleyciane Lima de Castro
Suellen Alves Freire
Tayná Ramos Santiago*

DOI 10.22533/at.ed.24919110916

CAPÍTULO 17 156**A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO**

*Jeanne Vaz Monteiro
Rafael da Conceição dos Anjos
Samara Monteiro do Carmo
Alessandra Inajosa Lobato*

DOI 10.22533/at.ed.24919110917

CAPÍTULO 18 168**ATUAÇÃO DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DE IDOSO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Ana Maria Souza da Costa
Vanessa de Oliveira Gomes
Rodrigo Silva Marcelino
Elisson Gonçalves da Silva
Deyvylan Araujo Reis*

DOI 10.22533/at.ed.24919110918

CAPÍTULO 19 177**DIREITOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

*Fernando Alves Sipaúba
Anderson Araújo Corrêa
Gizelia Araújo Cunha
Adriana Torres dos Santos
Dheydi Wilma Ramos Silva
Francisca Natália Alves Pinheiro
Otoniel Damasceno Sousa*

Jairina Nunes Chaves
Nathallya Castro Monteiro Alves
Rayana Gonçalves de Brito

DOI 10.22533/at.ed.24919110919

CAPÍTULO 20 187

FADIGA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rubianne Monteiro Calçado
Isadora Eufrásio de Brito
Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

DOI 10.22533/at.ed.24919110920

CAPÍTULO 21 199

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO EM ENFERMEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA

Fabrícia Veronesi Batista
Lorena Silveira Cardoso
Wesley Pereira Rogerio

DOI 10.22533/at.ed.24919110921

SOBRE A ORGANIZADORA..... 211

ÍNDICE REMISSIVO 212

A RELEVÂNCIA DO ENFERMEIRO DIANTE DOS DESAFIOS ENCONTRADOS NO INCENTIVO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Sylvia Silva do Nascimento Oliveira

Universidade Estácio de Sá (UNESA). Bacharel em enfermagem.

Niterói – Rio de Janeiro

Lara da Silva Lopes

Universidade Estácio de Sá (UNESA). Bacharel em enfermagem.

Niterói – Rio de Janeiro

Ingridy Gomes de Moura Fortes

Universidade Estácio de Sá (UNESA). Bacharel em fisioterapia, graduanda em enfermagem.

Niterói – Rio de Janeiro

pelo elevado número de morbimortalidade no país decorrente do tabagismo. Estudo de revisão bibliográfica, descritivo e qualitativo. Foi realizado um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual da Saúde, nas bases de dados: SCIELO, LILACS e BDENF. Dos resultados obtidos utilizando-se os descriptores tabagismo, enfermagem, hábito de fumar, selecionou-se 10 artigos com recorte temporal 2009-2016. Análise dos dados: Sob a perspectiva do tabagista o enfermeiro é visto como estimulador de novos hábitos, motivador no processo de cessação do tabagismo, modelo de hábito de vidas saudáveis, educador. Não foram encontrados na literatura disponível os desafios que o enfermeiro terá ao promover a cessação do tabagismo, entretanto é possível identificar estes desafios relacionando-os aos que os tabagistas encontram. Compreender o cenário e a melhor abordagem para lidar com este público tem garantido sucesso nas estratégias de cessação do tabagismo.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, Enfermagem, Hábito de fumar.

THE RELEVANCE OF NURSES AGAINST THE CHALLENGES ENCOUNTERED IN ENCOURAGING CESSATION OF SMOKING

ABSTRACT: The National Tobacco Control Program develops effective actions in smoking cessation. Nurses are an important professional

RESUMO: O Programa Nacional de Controle do Tabagismo desenvolve ações eficazes na cessação de fumar. O enfermeiro é um profissional importante no desenvolvimento e implementação dessas estratégias. O estudo tem como tema a atuação do enfermeiro nos programas antitabagistas, linha de pesquisa Saúde e Sociedade, área predominante Enfermagem no Cuidado a Saúde do Adulto e Idoso, sendo objeto de estudo o enfermeiro em assistência ao tabagista. Objetivos: definir a relevância da atuação do enfermeiro no processo de parar de fumar de acordo com a percepção dos clientes tabagistas disponível na literatura e definir os desafios encontrados pelo enfermeiro na assistência ao tabagista durante a cessação do tabagismo. O estudo se justifica

in the development and implementation of these strategies. The study has as its theme the role of the nurse in the anti-smoking programs, Health and Society research line, predominant area Nursing in Adult and Elderly Health Care, being studied by the nurse in assistance to the smoker. Objectives: to define the relevance of the nurse's performance in the smoking cessation process according to the perception of the smoker clients available in the literature and to define the challenges encountered by the nurse in assisting the smoker during the cessation of smoking. The study is justified by the high number of morbimortality in the country due to smoking. Study of bibliographic, descriptive and qualitative review. A bibliographic survey was performed in the Virtual Health Library, in the databases: SCIELO, LILACS and BDENF. From the results obtained using the descriptors smoking, nursing, smoking, we selected 10 articles with temporal cut 2009-2016. Analysis: From the perspective of the smoker the nurse is seen as stimulator of new habits, motivator in the process of smoking cessation, model of healthy life habits, educator. We did not find in the available literature the challenges that nurses will have in promoting cessation of smoking, however it is possible to identify these challenges by relating them to what smokers find. Understanding the scenario and the best approach to dealing with this audience has ensured success in smoking cessation strategies.

KEYWORDS: Smoking, Nursing, Smoking habit.

1 | INTRODUÇÃO

A proporção do número de usuários de tabaco relacionado ao número de doenças causadas pelo seu consumo é uma realidade que caracteriza um problema de saúde pública que afeta toda a sociedade. O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo, acarretando o desenvolvimento de várias doenças, tanto pelos que fazem uso direto, como pelos que fazem uso indireto desta substância. (NUNES; CASTRO, 2011).

A OMS reconhece o tabagismo como uma doença epidêmica que causa dependência química, psicológica e comportamental. No Brasil, em 1889, o Ministério da Saúde juntamente com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) desenvolve o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que tem como objetivo reduzir o número de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao seu consumo. (INCA, 2012).

Dentro deste programa cabe ao enfermeiro capacitar e treinar a equipe, elaborar materiais, consulta de enfermagem, apoio e acompanhamento aos tabagistas, avaliar o nível de dependência, educação em saúde, entre outras atividades. (CRUZ; GONÇALVES, 2010).

Por esta razão, o tema desse presente estudo é a atuação do enfermeiro nos programas antitabagistas. Uma vez que o enfermeiro é parte fundamental na elaboração e práticas dessas estratégias, este estudo pretende contribuir para a linha

de pesquisa Saúde e Sociedade, tendo como área predominante a Enfermagem no Cuidado à Saúde do Adulto e Idoso, e o enfermeiro em assistência ao tabagista como objeto de estudo.

Diante desse cenário, questionam-se, qual a relevância do enfermeiro para o cliente tabagista na cessação do hábito de fumar? Quais são os desafios encontrados pelo enfermeiro ao elaborar estratégias para a cessação do tabagismo?

Este estudo tem como objetivos definir a relevância da atuação do enfermeiro no processo de parar de fumar de acordo com a percepção dos clientes tabagistas disponíveis na literatura e definir os desafios encontrados pelo enfermeiro na assistência ao tabagista durante a cessação do tabagismo. Assim, pretende compreender as melhores estratégias em relação à cessação do vício ao tabaco, e a melhor forma de proporcionar uma abordagem individualizada e estratégica para o abandono do tabagismo.

Desta forma, o estudo se torna relevante, pois, diante do contexto socioeconômico atual, é importante para a sociedade que estas pessoas recebam um atendimento apropriado a fim de evitar possíveis complicações no futuro, decorrentes do uso do tabaco gerando prejuízo à saúde e gastos financeiros ao país.

2 | METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada uma revisão de literatura com a finalidade de situar e adquirir conhecimento sobre o objeto de estudo da pesquisa. O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, de abordagem descritiva e de natureza qualitativa. Foi realizado um levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), sendo priorizados artigos sobre a temática nas bases de dados: SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe) e BDENF (Base de Dados em Enfermagem), tendo como descritores: Tabagismo, Enfermagem e Hábito de fumar, no período de outubro de 2016.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa utilizando os descritores individualmente, como descritos na tabela 1.

Descritores	SCIELO	LILACS	BDENF
Tabagismo	1.678	4.950	169
Enfermagem	14.933	30.731	20.102
Hábito de fumar	755	4.080	102

Tabela 1: Descritores individuais

Após este levantamento, realizou-se um refinamento inicial utilizando os descritores em dupla, conforme descritos na tabela 2.

Descritores	SCIELO	LILACS	BDENF
Tabagismo + Enfermagem	97	155	66
Enfermagem + Hábito de fumar	25	98	37
Hábito de fumar + Tabagismo	129	3.266	95

Tabela 2: Descritores em pares

Ainda com um grande número de artigos encontrados, visando alcançar um denominador comum, foi feito um novo refinamento utilizando os descritores em trio, conforme descrito na tabela 3.

Descritores	SCIELO	LILACS	BDENF
Tabagismo + Enfermagem + Hábito de fumar	18	84	37

Tabela 3: Descritores em trio

De acordo com os resultados encontrados na Tabela 3, realizou-se uma pré-leitura e a leitura seletiva, na qual foram selecionados os artigos que atendessem o objetivo do estudo, utilizando como critério de inclusão apenas artigos com texto em português, atualizados, disponíveis na íntegra na internet, com recorte temporal de 2009-2016, que estão disponíveis na tabela 4.

Ano	Autor	Título	Base
2016	JESUS, M.C.P.; SILVA, M.H.; CORDEIRO, S.M.; KORCHMAR, E.; ZAMPIER, V.S.B.; MERIGHI, M.A.B.	Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social.	SCIELO
2014	GOYATÁ, S.L.T.; SILVA, M.J.D; PODESTÁ, M.H.M.C.; BEIJO, L.A.	Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do sul de Minas Gerais, Brasil.	LILACS
2012	ILHA, L.H.C.; TEIXEIRA, C.C.; BOAZ, S.K.; ECHE, I.C.	Ações dos enfermeiros em relação ao paciente tabagista hospitalizado.	LILACS
2012	RENNÓ, C.S.N.; LEITE, T.M.C.	Representação social das adversidades sanitárias entre alunos universitários fumantes e não fumantes.	LILACS
2012	SILVA, V.A.; SILVA, D.D.; ALMEIDA, C.S.L.; SILVA, A.G.C.; SALES, C.A.S; MARCON, S.S.	Experiência de pessoas inseridas em um programa antitabaco: estudo descritivo.	BDENF
2011	FERREIRA, S.A.; TEIXEIRA, C.C.; CORRÊA, A.P.A.; LUCENA, A.F.; ECHE, I.C.	Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas.	BDENF

2011	PILLON, S.C., JORA, N.P., AMORIM, G.P., DOMINGOS, J.B.C., SANTOS, R.A.	Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto.	SCIELO
2011	VENY, M.B.; BELTRÁN, J.P.; TORRENTE, S.G.; GONZÁLES, P.S.; PONS, A.A	Tabagismo em enfermeiras de cuidados primários à saúde: um estudo qualitativo.	SCIELO
2010	ECKERDT, N.S.; CORRADI-WEBSTER, C.M.	Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo tabagistas.	SCIELO
2009	MARIM, D.A.; MUCCI, O.N.; MAGAGNINI, M.A.M.; MIOTTO, L.B.	Instituição de ensino superior: formação de enfermeiros frente ao tabagismo.	BDENF

Tabela 4: Artigos selecionados

Os dados obtidos foram observados, analisados e classificados, através da análise de categorias, resultando em duas categorias divididas em I e II.

3 | ANÁLISE DE DADOS

A fim de alcançar o objetivo proposto, foram selecionados 10 artigos que atendessem aos propósitos desse estudo, sendo a seguir apresentados os resultados encontrados, através da categoria de análise.

Categoria I: A relevância da atuação do enfermeiro no processo de parar de fumar na percepção do cliente tabagista

O enfermeiro é responsável por estabelecer um vínculo entre o cliente tabagista e o PNCT, onde suas atitudes influenciarão de forma positiva ou negativa o sucesso do tratamento proposto.

A decisão de parar de fumar implicará em mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais na vida do tabagista. (SILVA et al., 2012). Após a análise dos artigos selecionados, foi encontrada a relevância do enfermeiro neste processo de cessação de fumar na percepção do cliente tabagista, que estão listados na tabela abaixo.

Atuação do enfermeiro	Número de artigos.	Autores
Estimulador de mudanças de novos hábitos.	6	MARIM et al., 2009. FERREIRA et al., 2011. VENY et al., 2011. RENNÓ; LEITE, 2012. GOYATÁ et al., 2014. JESUS et al., 2016.
Motivador no processo de cessação do tabagismo.	5	VENY et al., 2011. ILHA et al., 2012. PILLON et al., 2012. SILVA et al., 2012. JESUS et al., 2016.

Modelo de hábitos de vida saudáveis.	4	VENY et al., 2011 RENNÓ; LEITE, 2012. ILHA et al., 2012. MARIM et al., 2009.
Promovedor de ações terapêuticas.	3	VENY et al., 2011. PILLON et al., 2012. RENNÓ e LEITE, 2012.
Educador capaz de auxiliá-los a mudar o comportamento em relação ao tabaco.	2	VENY et al., 2011. RENNÓ; LEITE, 2012.

Tabela 1: Relevância da atuação do enfermeiro no processo da cessação de fumar na percepção do cliente tabagista entre os 10 artigos selecionados.

Fonte: De própria autoria.

A forma como o cliente tabagista perceberá as ações desempenhadas pelo enfermeiro influenciará em todo o processo do tratamento. Ou seja, tanto a forma que ele acredita que o enfermeiro deve ser, como a forma que o enfermeiro desempenha o seu trabalho, gerará consequências para o processo de cessação de fumar desse cliente.

Para Venny et al., 2011, os enfermeiros são considerados os profissionais ideais para ajudar a abandonar o tabagismo. Isto porque eles são capazes de exercer influência sobre o estilo de vida das outras pessoas. Além de possuírem capacidade de mobilização social.

Uma vez que o enfermeiro tem conhecimento sobre os benefícios que a cessação do tabagismo traz para o fumante, ele consegue estabelecer uma abordagem positiva a este usuário, que por sua vez, passa a perceber este profissional como alguém que o incentiva a repensar em suas atitudes e a desenvolver estratégias para lidar com o vício. Ferreira et al., 2011, afirmam que o enfermeiro exerce um importante papel motivacional, capaz de auxiliar esses clientes a mudar o comportamento em relação ao tabaco.

Para a população em geral, os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, são considerados como modelos de hábitos de vidas saudáveis a serem seguidos. Ilha et al., 2012, ressaltam que o enfermeiro é visto como modelo de exemplo para os clientes e familiares. Por este motivo, suas atitudes afetam de forma positiva ou negativa, direta ou indiretamente, o sucesso do tratamento desse usuário.

Para Rennó e Leite, 2012, os enfermeiros são profissionais sensíveis aos problemas e direitos humanos, por este motivo são capazes de compreender a complexidade do tratamento. Sendo assim, são considerados pelos tabagistas em processo de parar de fumar como profissionais capazes de promover ações terapêuticas.

Venny et al., 2011, ressaltam que o enfermeiro é visto como um educador que ensina a prevenir os hábitos nocivos. Desta forma, na percepção do fumante, o enfermeiro que atua no PNCT será capaz de ajudá-lo a lidar com as dificuldades que ele enfrenta. Este será o seu professor, que o ensinará como substituir os hábitos

destrutivos, como o cigarro, por hábitos saudáveis, como o exercício físico, a boa alimentação, entre outros.

Categoria II: Os desafios encontrados pelo enfermeiro na assistência ao tabagista durante a cessação do tabagismo

Após leitura criteriosa e seletiva, não foram encontrados na literatura disponível os desafios que o enfermeiro terá ao lidar com a promoção da cessação do tabagismo. Entretanto, é possível identificar os desafios que se apresentam ao cliente tabagista durante o processo de cessação do hábito de fumar, desta forma, torna-se possível realizar uma associação, relacionando os desafios que o cliente tabagista enfrenta com o que o enfermeiro estará sujeito.

Na tabela 2, foram listados os principais desafios que o fumante enfrenta ao iniciar o processo de cessação do tabagismo, de acordo com os autores consultados.

Desafios	Número de artigos	Autores
Renunciar a crença de que o cigarro proporciona benefícios no dia-a-dia, incluindo o alívio ao estresse.	6	JESUS et al., 2016.; GOYATÁ et al., 2014.; RENNÓ; LEITE, 2012.; SILVA et al., 2012.; FERREIRA et al., 2011; ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010.
Alta dependência à nicotina.	5	JESUS et al., 2016.; SILVA et al., 2012.; FERREIRA et al., 2011.; PILLON et al., 2011.; VENY et al. 2011.
Dependência psicológica e comportamental.	4	JESUS et al., 2016.; SILVA et al., 2012.; FERREIRA et al., 2011.; PILLON et al., 2011.
Estabelecer uma motivação pessoal de querer abandonar o tabagismo.	4	GOYATÁ et al., 2014.; SILVA et al., 2012; FERREIRA et al., 2011.; VENY et al., 2011.
Compreender que o cigarro é prejudicial à saúde e que ele pode ser afetado por isto.	4	RENNÓ; LEITE, 2012.; SILVA et al., 2012.; FERREIRA et al., 2011.; VENY et al., 2011.
Relacionar-se com outros fumantes e/ou ambientes que promovem o consumo de cigarro.	4	GOYATÁ et al., 2014.; SILVA et al., 2012. FERREIRA et al., 2011.; ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010.
Dificuldade em lidar com a abstinência.	3	JESUS et al., 2016.; SILVA et al., 2012.; PILLON et al., 2011.
Sentir-se descriminado pela sociedade e pessoas próximas sobre o hábito de fumar.	2	SILVA et al., 2012.; VENY et al., 2011.
Dificuldade em participar das reuniões em grupo de apoio a cessação do tabagista.	1	SILVA et al., 2012.
Recaídas e/ou insucesso nas tentativas anteriores de cessação do tabagismo.	1	GOYATÁ et al., 2014.

Tabela 2: Principais desafios enfrentados pelo fumante durante o processo de cessação do tabagismo relatados nos 10 artigos selecionados.

Fonte: De própria autoria.

A decisão do cliente em iniciar o tratamento para a cessação do tabagismo

engloba. O incentivo é o fator determinante no processo de cessação do tabagismo, porém, é necessário que a iniciativa de parar de fumar parte do próprio cliente, e que seja uma decisão pessoal. (SILVA et al., 2012). É necessário estimular o usuário a compreensão do impacto da interrupção que o uso do cigarro ocasionará em sua autoestima, saúde, qualidade de vida, desafiando-se a estabelecer um compromisso individual.

No passado o cigarro estava associado ao glamour, era visto como sinal de independência e sofisticação. Entretanto, atualmente o cenário é outro. O cigarro é visto como um vilão, que causa malefícios à saúde, desta forma os fumantes perante a sociedade acabam sendo discriminados pelo seu consumo, tentando em certas ocasiões por vergonha esconder o vício. (VENY et al., 2011). Quando trata-se de uma questão tão complexa como o tabagismo, percebe-se que há uma linha tênue entre incentivo e julgamento, onde estímulos mal expressados e/ou exagerados podem ser interpretados pelos tabagistas como um parecer pessoal a sua conduta, descriminalizando-os, os excluindo de seus vínculos sociais, por conta do seu vício à nicotina.

Estudos demonstraram através do teste de Fagerström, que os tabagistas com altos níveis dependência à nicotina começaram a fumar na passagem da infância para adolescência. Por este motivo são passíveis de maior dependência a esta substância dificultando o abandono do cigarro. A necessidade de controlar os sintomas da abstinência torna-se prioridade para o fumante, mais do que o prazer proporcionado no início dos primeiros contatos com o cigarro. (PILLON et al., 2011).

Silva et al., 2012 demonstram que a interação social entre tabagistas e locais que propiciem o estímulo do hábito de fumar, podem contrapor o método de abandono do tabagismo, uma vez que estar no mesmo ambiente que outros fumantes pode vir a comprometer o êxito do tratamento.

Os encontros de apoio à cessação do tabagismo têm demonstrado bons resultados, onde os participantes são influenciados a compartilhar suas experiências, inseguranças, medos e sucessos no processo de cessação de abandono do vício à nicotina. (GAYOTÁ et al., 2014). Porém, a incompatibilidade de horários entre o serviço oferecido e os clientes dificulta a perpetuação da assiduidade nos grupos de apoio, impossibilitando o melhor desenvolvimento das estratégias oferecidas pela equipe de saúde. (SILVA et al., 2012).

A decepção, o medo e a insegurança são sentimentos demonstrados pelos clientes que já tentaram parar de fumar mais de uma vez, pois evidenciam o receio de falhar novamente constituindo uma cadeia de frequentes fracassos levando-os a novas recaídas. (GOYATÁ et al., 2014).

A partir dos dados encontrados na tabela 2, foi possível elaborar a tabela 3, desta forma percebe-se que os desafios que o tabagista enfrenta irão influenciar diretamente e indiretamente nos desafios enfrentados pelo enfermeiro.

Desafios enfrentados pelo enfermeiro.

Adesão do fumante à proposta terapêutica de cessação do tabagismo.

Compreender cada indivíduo em sua totalidade, como um ser único, capacitado de opiniões, motivações e crenças diferentes.

Compreender o cliente tabagista nos aspectos físicos, psicológicos e comportamentais.

Elaborar estratégias para o grupo de tabagismo que possam atender individualmente a cada membro participante.

Desenvolver junto ao grupo de apoio estratégias que promovam a cessação do tabagismo.

Capacitar a equipe de saúde para atender de forma adequada este cliente.

Conciliar o tempo disponível da equipe de saúde e do tabagista incluso no grupo de apoio.

Buscar o apoio e participação da família do tabagista.

Tabela 3: Principais desafios enfrentados pelo enfermeiro ao promover a cessação do tabagismo.

Fonte: De própria autoria.

De acordo com os dados estabelecidos na tabela 3, conclui-se que o enfermeiro a partir das funções que desempenha no seu trabalho, encontra a possibilidade de abordagem ao cliente tabagista, orientando este a adesão ao tratamento para cessação do fumo. Contudo, sua abordagem deve ser adequada a fim de que possa desenvolver o interesse do cliente, orientando-o a manutenção e promoção da sua saúde. Este por sua vez, pode apresentar resistência e cabe ao enfermeiro influenciá-lo a desenvolver uma motivação pessoal para iniciar o tratamento.

Para que essa adesão ocorra de forma adequada se faz necessário uma equipe capacitada e treinada, que compreenda os desafios a serem enfrentados durante o tratamento, tanto por parte do usuário, como por parte da equipe de saúde. O enfermeiro é responsável por desenvolver junto à equipe, estratégias que possibilitem a adesão e a continuidade do tabagista neste processo de reabilitação, compreendendo que o grupo é constituído por diferentes pessoas, consequentemente diferentes histórias, opiniões e experiências de vida. Sendo assim, é necessário que o atendimento a esse público seja feito de forma holística, considerando os fatores físicos, psicológicos e comportamentais.

Tudo isso só é possível se houver uma conciliação de horários entre a equipe de saúde e os usuários, uma vez que os locais onde são oferecidos este serviço possuem expediente específico, que coincidem com horários de trabalho, escola, curso, entre outros, dificultando a participação dos mesmos. É necessário incentivar o cliente a criar suas próprias estratégias e a compreender a necessidade do amparo de sua família, criando assim uma rede de apoio.

Apesar dos desafios citados acima, percebe-se que através de iniciativas adequadas é possível transpor barreiras e ajudar o cliente a superar a dependência do tabaco, sendo o enfermeiro primordial nesta etapa.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários estudos demonstram que o processo de parar de fumar é complexo, dotado de diversos desafios, com o qual o cliente tabagista que deseja iniciar o processo de cessação, terá que lidar. O atendimento realizado a este cliente deve considerar que cada indivíduo enfrenta e reage a determinadas situações de maneiras diferentes. O enfermeiro, deve fornecer a este usuário apoio emocional e psicológico, através de ações terapêuticas e comportamentais, fundamentadas cientificamente.

Para uma abordagem de sucesso no tratamento de dependência ao tabagismo é preciso reconhecer que os profissionais a frente do programa devem ser capacitados de conhecimento sobre o assunto. É necessário que as instituições de ensino formem profissionais de saúde que compreendam o cliente em todos os seus níveis de complexidade e que tenha contato durante a graduação com disciplinas direcionadas aos problemas de saúde pública, como o tabagismo.

Não se pode induzir o cliente a parar de fumar sem proporcionar a ele, métodos e estratégias para lidar com a abstinência a nicotina, mudanças comportamentais e sociais que ocorrerão em sua vida e apoio psicológico para enfrentamento dos obstáculos que surgirão. Desta forma, compreender o cenário e a melhor abordagem para lidar com este público é o que tem garantido sucesso nas estratégias de cessação do hábito de fumar.

REFERÊNCIAS

- CRUZ, M.S.; GONÇALVES, M.J.F. **O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** Revista Brasileira de Cancerologia; 56(1): 35-42, Set, 2010.
- ECKERDT, N.S.; CORRADI-WEBSTER, C.M. **Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo tabagistas.** Revista Latino-Am. Enfermagem. São Paulo, 2010 May-Jun; 18(Spec):641-7.
- FERREIRA, S.A.; TEIXEIRA, C.C.; CORRÊA, A.P.A.; LUCENA, A.F.; ECHER, I.C. **Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas.** Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2011. jun;32(2):287-93.
- GOYATÁ, S.L.T.; SILVA, M.J.D; PODESTÁ, M.H.M.C.; BEIJO, L.A. **Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do sul de Minas Gerais, Brasil.** Ciencia y enfermeria XX (1), Janeiro, 2014.
- ILHA, L.H.C.; TEIXEIRA, C.C.; BOAZ, S.K.; ECHER, I.C. **Ações dos enfermeiros em relação ao paciente tabagista hospitalizado.** Revista HCPA, Ribeirão Preto, July/Aug. 2012;32(4).
- INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo.** 2012.
- JESUS, M.C.P.; SILVA, M.H.; CORDEIRO, S.M.; KORCHMAR, E.; ZAMPIER, V.S.B; MERIGHI, M.A.B. **Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social.** Phenomenology approach. Revista Escola de Enfermagem. USP. 2016;50(1):71-8.

MARIM, D.A.; MUCCI, O.N.; MAGAGNINI, M.A.M.; MIOTTO, L.B. **Instituição de ensino superior: formação de enfermeiros frente ao tabagismo.** CuidArte Enfermagem/ Faculdades Integradas Padre Albino, Curso de Graduação em Enfermagem. Catanduva, São Paulo, Vol. 3 N.2 (Jul/Dez 2009).

NUNES, S.O.V.; CASTRO, M.R.P.; orgs. **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento.** Londrina: EDUEL, 224p., 2011.

PILLON, S.C., JORA, N.P., AMORIM, G.P., DOMINGOS, J.B.C., SANTOS, R.A. **Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto.** Acta Paul Enferm, São Paulo, SP, Novembro, 2011;24(3):313-9.

RENNÓ, C.S.N.; LEITE, T.M.C. **Representação social das advertências sanitárias entre alunos universitários fumantes e não fumantes.** Rev Rene. v.13, n.04, 2012; 13(4):909-1.

SILVA, L.C.C. **Tratamento do tabagismo.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (2): 232-239, abr.-jun. 2010.

VENY, M.B.; BELTRÁN, J.P.; TORRENTE, S.G.; GONZÁLES, P.S.; PONS, A.A. **Tabagismo em enfermeiras de cuidados primários à saúde: um estudo qualitativo.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, São Paulo, nov.-dez. 2011;19(6):[09 telas]

12 ANOS DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO CURSO DE ENFERMAGEM DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Laerson da Silva de Andrade

Universidade Federal do Espírito Santo.

Vitória- Espírito Santo.

Jorge Guimarães de Souza

Universidade Federal do Espírito Santo,
Departamento de Enfermagem.

Vitória- Espírito Santo.

Marluce Mechelli de Siqueira

Universidade Federal do Espírito Santo, Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Vitória- Espírito Santo.

consolidação das atividades de pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Educação
em Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem.

**12 YEARS OF SCIENTIFIC PRODUCTION
OF THE NURSING COURSE OF A PUBLIC
UNIVERSITY**

ABSTRACT: This is an experience report from the academic production of the Completion Works of the Graduation Course in Nursing at the Federal University of Espírito Santo. The objective was to identify the production trends of the Monographs of the Nursing Course. Documentary and descriptive study of the production of monographic works from 2005 to 2016. Data were collected between July and December of 2016, with the help of a form and later grouping. The results indicated that the care area was the most explored, followed by the Organizational area. In relation to the thematic axes of research in Nursing, the subjects most covered were: Health in the Life Cycle and Collective Health. It is hoped that our findings will contribute to the expansion and consolidation of research activities.

KEYWORDS: Nursing; Education, Nursing, Nursing Research.

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência a partir da produção acadêmica dos Trabalhos de Conclusão de Curso da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Objetivou-se identificar as tendências da produção das Monografias do Curso Enfermagem. Estudo documental e descritivo da produção dos trabalhos monográficos no período de 2005 á 2016. Os dados foram coletados entre julho a dezembro de 2016, com auxílio de formulário e, posterior agrupamento. Os resultados indicaram que a área Assistencial foi a mais explorada, seguida pela área Organizacional. Em relação aos eixos temáticos de pesquisa em Enfermagem, os temas mais abordados foram: Saúde no Ciclo Vital e Saúde Coletiva. Espera-se que nossos achados, contribuam para ampliação e

1 | INTRODUÇÃO

O Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), campus Maruípe é pioneiro na Universidade. Atualmente encontra-se na 4^a versão curricular (2005 até o presente), aprovada pela Resol. nº 33/05 do CEPE/UFES de 04/08/05, sendo ofertado em 8 períodos (ou 4 anos), com carga horária de 3495 horas, currículo integrado e baseado em habilidades e competências (Ensino, Assistência, Pesquisa e Gestão). Os eixos temáticos específicos no ciclo vital são: Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto, Enfermagem na Saúde do Adulto; Enfermagem na Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e Estágios Curriculares I (Unidades Básicas de Saúde) e II (Unidades de Internação Hospitalar) (Universidade Federal do Espírito Santo, 2005a)

Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da Enfermagem, definiu no seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC), em 2005, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como parte integrante e obrigatória de suas atividades curriculares, o qual é desenvolvido nas seguintes disciplinas: Orientação a Monografia I e Orientação a Monografia II, respectivamente no 7º e 8º períodos do curso (Universidade Federal do Espírito Santo, 2005a).

O TCC é uma atividade acadêmica obrigatória que consiste na sistematização, registro e apresentação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos, produzidos na área do curso, como resultado do trabalho de pesquisa, investigação científica e extensão. Além disso, o TCC tem por finalidade estimular a curiosidade e o espírito questionador do acadêmico, fundamentais para o desenvolvimento da ciência. Sendo ainda, utilizado como indicador na avaliação da qualidade institucional e, ainda, quanto contribuição social (Universidade Federal do Espírito Santo, 2005a).

Assim, a pesquisa é ferramenta fundamental no processo de trabalho do enfermeiro. Integra as habilidades e competências (ensino, assistência, pesquisa e gestão) a serem desenvolvidas durante a graduação e deve tornar-se a base da prática profissional vinculada à realidade local e ao contexto histórico em que é realizada (PALMEIRA; RODRIGUÉZ, 2008).

Constitui-se também, estratégia para a construção do conhecimento, ancorada nas teorias de Enfermagem, gerando saberes que contribuem para sua base científica, e, consequentemente, qualifica tanto o profissional como o seu desempenho em diferentes cenários de prática (CABRAL; TYRREL, 2010).

Somado a isso, a atividade de pesquisa é um instrumento importante na avaliação das tendências dos Cursos de Enfermagem. E, claro, a capacitação do iniciante em pesquisa é necessária para garantir o crescimento, a qualidade, a continuidade e a valorização da produção de conhecimento na área Enfermagem. É com a pesquisa que o estudante aprende a utilizar a metodologia científica para detectar, conhecer, resolver situações e propor ações que necessitam de intervenção; incentivando o estudante a prosseguir em sua formação acadêmica (SILVA et al., 2009).

Entretanto, a educação profissional coíbe a criatividade e a individualidade dos estudantes, por oferecer-lhes, como alternativa formal, a aquisição passiva de conhecimentos, pois o processo de formação e capacitação de recursos humanos necessita estar ligado ao desenvolvimento da criticidade do educando para a habilitação de um profissional ativo e capaz de articular seus pensamentos e ideias (BRASIL, 2007).

No processo de consolidação do Curso Graduação em Enfermagem da UFES, campus Maruípe, foi criado em 2011, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) o que corroborou com a implantação de 07 Grupos de Pesquisa em Enfermagem (Centro de Estudo e Pesquisas Sobre o Álcool e Outras Drogas (CEPAD); Cuidar: Ensino e Pesquisa em Enfermagem; Ansiedade, Depressão, Estresse e Enfrentamento no Ciclo Vital: Avaliações, Intervenções e Correlações – (ADEE); Laboratório de Estudos sobre Violência e Saúde (LAVISA); Envelhecimento, Gênero e Raça; Rizoma: Saúde Coletiva e Instituições; Grupo de Estudos em Câncer (GEC).

Sabe-se que os grupos possibilitam condições para que a pesquisa seja incorporada à prática dos docentes e dos discentes, considerando-se as habilidades e competências inerentes ao processo formativo. Assim, o Programa de pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) desenvolve suas ações por meio de duas linhas de pesquisa: 1) O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano e 2) Organização e Avaliação dos sistemas de cuidados à saúde (Universidade Federal do Espírito Santo, 2011b).

Observa-se que na produção de conhecimento da área enfermagem, há uma tendência para utilização da abordagem qualitativa, reflexo da enfermagem como profissão desde a modernidade com Florence Nightingale, voltando-se muito mais para influências filosóficas como o humanismo e a fenomenologia e, muito menos, para o positivismo, o qual se mostrou inadequado à busca de compreensão e explicação dos fenômenos sociais, fazendo emergir novas abordagens metodológicas nas investigações científicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001)

Ressalta-se também, a necessidade de que o enfermeiro tenha uma visão holística, destacando a subjetividade e a singularidade do usuário, bem como a apreensão de termos como vínculo, acolhimento, afetividade e respeito para superar as consequências de um ensino fragmentado e reducionista (SANTOS et al., 2012).

Entretanto, para o Ministério da Saúde (2007), o espectro da Pesquisa em Saúde é amplo e deve incluir pesquisa biomédica; pesquisa em saúde pública; pesquisa em sistemas e políticas de saúde; pesquisa em saúde ambiental; pesquisa em ciências sociais e comportamentais; pesquisa operacional e pesquisa em saúde como parte da pesquisa geral em “ciência e tecnologia”, necessitando, dessa forma, de uma diversificação dos sujeitos das pesquisas a serem realizadas, a fim de contemplar os diferentes campos da pesquisa em saúde para preencher os inúmeros vazios observados na produção científica.

Face ao exposto, nosso objetivo é identificar as tendências dos Trabalhos de

Conclusão do Curso de Enfermagem da UFES, campus Maruípe, buscando ainda, uma adequação desta produção, às linhas de pesquisas vigentes na Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, cuja fonte de coleta de dados refere-se a documentos de fonte secundária (banco de dados da disciplina Orientação a Monografia II (TCC) do Curso Graduação de Enfermagem. Optou-se pela abordagem quantitativa, de caráter descritivo, uma vez que os fenômenos ou fatos são observados, registrados e analisados, sem serem manipulados (POLIT, HUNGLER, 1995).

A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2018 na Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFES), onde estão indexadas as Monografias do Curso de Enfermagem. O estudo contemplou todos os estudos produzidos de 2005 a 2016 (12 anos). Destes, foram resgatados todos os trabalhos para análise.

Todas as monografias foram submetidas e avaliadas por uma banca examinadora, quando apresentados no 8º período do Curso de Enfermagem. Todo o processo relativo à construção do estudo monográfico está no Manual de Orientações para a Elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da disciplina Orientação a Monografia II (TCC) da UFES, seguido pelos orientadores e orientandos na trajetória de elaboração das monografias.

O estudo foi realizado mediante autorização do Departamento de Enfermagem, coordenação da disciplina Orientação a Monografia I e II e direção da Biblioteca Setorial, que assinaram um Termo Consentimento Institucional (TCI), conforme recomendações do Conselho Nacional de Saúde (2012).

Os registros dos dados coletados a partir das monografias foram efetuados em um formulário que contempla a área de conhecimento da monografia, segundo as categorias da produção de conhecimento na enfermagem, estabelecidas no 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem cujo tema foi “*A pesquisa no espaço da enfermagem: multiplicidade e complexidade*”: 1) Profissional, que envolve os Fundamentos do cuidar na saúde e na enfermagem, Concepções teórico filosóficas na saúde e enfermagem, tecnologia em saúde e enfermagem, Ética na saúde e enfermagem e História da enfermagem; 2) Assistencial, que envolve o Processo de cuidar em Enfermagem, Cuidar em Enfermagem no processo saúde-doença, Determinantes da qualidade de vida e saúde-doença; 3) Organizacional, envolve Políticas e práticas de saúde e enfermagem, Políticas e práticas de educação e enfermagem, Produção de trabalho e saúde em Enfermagem, Gerenciamento de serviços de saúde e enfermagem e Informação/comunicação em saúde e enfermagem.

Essa definição de áreas e linhas de pesquisa é a que está atualmente em vigor na Associação Brasileira de Enfermagem (2001).

A partir das temáticas trabalhadas pelos estudantes, em suas monografias, foi realizado um agrupamento dessas em acordo com as orientações do Artigo 1º da Resolução nº 290/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata das Especialidades de Enfermagem (BRASIL, 2004).

E, na análise dos dados, foi empregada uma análise quantitativa descritiva por meio de frequência absoluta e frequência relativa e, uma qualitativa considerando-se as categorias anteriormente mencionadas à luz da literatura geral (Pesquisa na Saúde) e especializada (Pesquisa em Enfermagem).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados serão apresentados segundo as categorias: 1) Conhecimento (profissional, assistencial e organizacional) e 2) Eixos temáticos - Saúde no Ciclo Vital (criança, adolescente, adulto e idoso); Saúde Coletiva; Gestão em Enfermagem; Educação em Enfermagem; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador e Outras.

A análise dos 388 trabalhos monográficos possibilitou sua classificação nas seguintes categorias do conhecimento: assistencial, organizacional e profissional, em conformidade com as propostas de Linhas de Pesquisa em Enfermagem consolidadas no 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem (2001) (Quadro1).

Período	Áreas		Assistencial		Organizacional		Profissional		Outro		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2005 - 2009	88	46,3	59	31,1	30	15,8	13	6,8	190	49,0		
2010 - 2014	64	50,8	30	24,0	23	18,2	9	7,0	126	32,5		
2015 - 2016	29	40,3	20	27,7	11	15,3	12	16,7	72	18,5		
Total	181	46,6	109	28,1	64	16,5	34	8,8	388	100		

Quadro 1 – Áreas de Conhecimento dos Trabalhos de Conclusão do Curso Enfermagem UFES. Vitória-ES, 2019.

Fonte: O próprio autor (2019).

O Quadro 1 mostra as áreas contempladas nas monografias do Curso de Graduação em Enfermagem (Ufes), no período de 2005 até 2016, sendo a maioria na área Assistencial com 181 (46,6%), seguida pela Organizacional com 109 (28,1%), corroborando com os achados de Silva et al. (2009).

Os nossos achados mostram ainda, a presença quantitativa e qualitativa da

enfermagem Assistencial, em torno do cuidado do ser doente e não da doença, assim, não se reduzindo as lógicas médico-centradas (CORBELLINI et al., 2010). Observa-se também, as produções caracterizadas em outros, tal fato se deve a inserção de docentes em Programas de Pós-Graduação em Fisiologia e Patologia, o que reflete num desempenho profissional centrado tanto na saúde individual como coletiva, com base no território, estímulo à autonomia e na lógica da atenção em rede, preconizada pelo Sistema Único de Saúde, vigente em nosso país.

Dessa forma, a pesquisa é uma dimensão da prática social da enfermagem e deve estar inter-relacionada ao assistir, ao cuidar, ao ensinar e ao gerenciar. A área assistencial oferece vasto campo para a pesquisa e faz avançar o processo de construção do conhecimento em Enfermagem, devendo ser a prática objeto de pesquisa (ERDMANN; SCHLINDWEIN; SOUSA, 2006; MARTIN, 2009).

A partir das temáticas escolhidas pelos discentes em suas monografias, agrupamos os mesmos de acordo com as orientações da Resol. n° 290/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata das Especialidades de Enfermagem (Art. 1º) (BRASIL, 2004) (Quadro 2).

Período Eixo	2005-2009		2010-2014		2015-2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Saúde Ciclo Vital	46	25,3	38	26,0	22	36,7	106	27,3
Saúde Coletiva	37	20,3	17	11,7	9	15,0	63	16,2
Gestão em Enfermagem	34	18,7	19	13,0	8	13,3	61	15,7
Saúde Mental	27	14,8	30	20,5	4	6,7	61	15,7
Saúde do Trabalhador	14	7,7	17	11,7	4	6,7	35	9,2
Educação em Enfermagem	10	5,5	15	10,3	5	8,3	30	7,7
Outras	14	7,7	10	6,8	8	13,3	32	8,2
Total	182	100	146	100	60	100	388	100

Quadro 2 – Áreas Temáticas dos Trabalhos de Conclusão do Curso Enfermagem UFES.
Vitória-ES, 2019.

Fonte: O próprio autor (2019).

Nota-se que as temáticas mais contempladas nas monografias foram: Saúde no Ciclo Vital, 106 (27,3%); Saúde Coletiva, 63 (16,2%); Gestão em Enfermagem, 61(15,7%); Saúde Mental, 61 (15,7%); Saúde do Trabalhador, 35 (9,2%); Educação em Enfermagem, 30 (7,7%); e Outras 32 (8,2%), conforme mostra o Quadro 2.

Como demonstra o Quadro 2, há uma diversidade de temas explorados: as ações de promoção e proteção à saúde; de prevenção às doenças; ações curativas e de reabilitação, isso se deve a organização curricular, sendo que, as disciplinas Atenção na Saúde do Adulto, Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e, Enfermagem na Saúde do Adulto concentram maior proporção de docentes e grupos de estudos e pesquisa.

Destaca-se a produção de estudos na área de Saúde Coletiva, que a princípio não pertence propriamente a enfermagem, isso é consequência da criação do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, indicando a inserção de discentes e docentes neste campo da pesquisa. Assim, vislumbram-se novas metodologias de pesquisa, objetos de estudos e referenciais teóricos, levando novas perspectivas em enfermagem (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001). A produção de conhecimentos que resultam em impactos significativos para a sociedade requer competências de toda ordem: política, gerencial, técnica e teórica (ERDMANN; SCHLINDWEIN; SOUSA, 2006; MATUMOTO; MISHIMA; PINTO, 2001; OLIVEIRA, 2010).

Entretanto, as baixas produções em Educação em Enfermagem merecem atenção, pois as pesquisas desenvolvidas nessa vertente direcionam a reformulação de currículos integrados para a formação dos futuros profissionais e contribuem com a formação de recursos humanos qualificados (CANEVER, 2016; CAMPISTA, 2019).

Faz-se necessário destacar, que é importante uma reorientação das produções acadêmicas e científicas, na modalidade monografias, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFES, buscando contemplar diferentes e novos objetos, como por exemplo, tecnologias, gestão do trabalho e articulações político-sociais, que privilegiem o cuidar ético e humano, na produção dos serviços de saúde, incorporando as modificações do mundo do trabalho, das relações sociais e dos padrões culturais que trazem implicações para a prática de Enfermagem (LEITE; XIMENES NETO; CUNHA, 2007; FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, 2013).

4 | CONCLUSÕES

Apesar do currículo vigente na formação do Enfermeiro da UFES, *campus* Maruípe fomentar a produção do conhecimento nas áreas: assistencial, organizacional e profissional, bem como a implementação de habilidades e competências nos eixos - ensino, assistência, pesquisa e gestão, nossos achados mostram uma tendência do processo formativo centrado na “área assistencial”, com foco na subárea Enfermagem na Saúde da Mulher.

Em sua maioria, as monografias constituíram-se em estudos de abordagem qualitativa centrados nas áreas temáticas – Saúde no Ciclo Vital; Saúde Coletiva; Gestão em Enfermagem; Educação em Enfermagem; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador e Outras.

Destaca-se a necessidade das monografias explorarem outras temáticas, como o ensino, a organização dos serviços, as novas modalidades assistenciais, o processo de trabalho em saúde, a sistematização da assistência, a atenção e internação domiciliar, entre outras.

Recomenda-se que haja um alinhamento entre a produção acadêmica e científica, na modalidade monografia e os grupos existentes no PPGENF da UFES, para uma maior integração ensino-serviço e Graduação e Pós-Graduação, especialmente, no caso do PPGENF tratar-se de um Mestrado Profissional.

Concluindo, nossa sugestão é que as disciplinas Orientação a Monografia I e II (TCC) devem ser introduzidas após o estudante iniciar as disciplinas que compõem o tronco profissionalizante do curso, de forma que a pesquisa faça parte da sua trajetória acadêmica e, não apenas um trabalho final de conclusão de curso, enquanto instrumento para o desenvolvimento de habilidades e competências.

E, a ampliação do ato de pesquisar e das ferramentas utilizadas para os diferentes campos de pesquisa em saúde, auxiliará nas lacunas existentes, relacionadas ao Sistema Único de Saúde, às necessidades e demandas de saúde da população, especialmente, do estado do Espírito Santo.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Enfermagem. **Consolidação das Propostas de Linhas de Pesquisa em Enfermagem.** In: Anais do 11º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Belém, São Paulo, Brasil. 2001 [acesso em: 9 de mar de 2019]. Disponível em:< http://www.abennacional.org.br/download/linhapesq_11senpe.doc>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 290/2004. **Fixa as Especialidades de Enfermagem.** Rio de Janeiro (Brasil) COFEN, 2004.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Ministério da Saúde. **Por que pesquisa em saúde? Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pesquisa para Saúde: Textos para Tomada de Decisão** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 09 Mar 2019]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pq_pesquisa_em_saude.pdf.

CABRAL, I. E.; TYRREL, M. A. R. **Pesquisa em enfermagem nas Américas.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 63, n. 1, p.104-10, 2010.

CAMPISTA, T. M. N. et al. **Panorama do campo da Educação Superior em Enfermagem no estado do Espírito Santo.** Esc. Anna Nery., Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.256-264, 2019.

CANEVER, P. B. et al. **Tendências temáticas dos grupos de pesquisa em educação em enfermagem do estado de São Paulo.** Revista Inova Saúde, Santa Catarina, v. 5, n. 2, p.124-141, 2016.

Conselho Nacional de Saúde. **Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário da União. 12 dez 2012.

CORBELLINI, V. L. et al. **Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 63, n. 4, p.555-560, 2010.

ERDMANN, A. L.; SCHLINDWEIN, B. H.; SOUSA, F. G. M. **A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 59, n. 4, p.560-564, 2006.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. **Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 66(esp), p.95-101, 2013.

LEITE, J. L.; XIMENES NETO, F. R. G.; CUNHA, I. C. K. O. **Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn): uma trajetória de 36 anos.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 60, n. 6, p.621-626, 2007.

MARTINI, J. G. **Produção científica da enfermagem.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 62, n. 6, p.807-813, 2009.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; PINTO, I. C. **Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.233-241, 2001.

OLIVEIRA, A. C. **A trajetória do pesquisador em enfermagem.** REME – Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p.9-10, 2010.

PALMEIRA, I. P.; RODRIGUÉZ, M. B. **A investigação científica no curso de enfermagem: uma análise crítica.** Anna Nery Rev. Enferm., Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 68-75, 2008.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 1.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

SANTOS, I. et al. **Cuidar na integralidade do ser: perspectiva estética/ sociopoética de avanço no domínio da enfermagem.** Rev. Enferm. UERJ., Rio de Janeiro, v. 20, p. 9-14, 2012.

SILVA, V. et al. **Análise dos trabalhos de conclusão de curso da graduação em enfermagem da UNIMONTES.** Rev. Eletr. Enf., Goiás, v. 11, n. 1, p.133-43, 2009.

Universidade Federal do Espírito Santo. Enfermagem. Graduação. **Histórico e Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFES.** 2005a. Disponível em: <<http://www.enfermagem.vitoria.ufes.br/hist%C3%B3rico>>. Acesso em: 21 de março. 2017.

Universidade Federal do Espírito Santo. **Pós-Graduação em Enfermagem. Histórico.** 2011b. [Acesso em: 2 de maio 2019]. Disponível em: <http://www.enfermagem.vitoria.ufes.br/hist%C3%B3rico>.

A IMPORTÂNCIA DA BIOÉTICA PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ÂMBITO DA SAÚDE

Joanderson Nunes Cardoso

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Izadora Soares Pedro Macêdo

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

Uilna Natércia Soares Feitosa

Faculdade Estácio de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte – Ceará

2009 a 2019. Critérios de exclusão: Duplicata, Editorial, carta-resposta, estudos de revisão narrativa de literatura/revisão tradicional e métodos de revisão. Sendo selecionado através dos critérios, 16 artigos. Observa-se entre os autores a percepção que a bioética tem em sua totalidade a diversidade de escolhas e direitos perante os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes, principalmente em estado terminal. A graduação é um ponto chave para que o enfermeiro compreenda a melhor sua melhor atuação profissional, garantindo o direito dos pacientes mediante as questões bioéticas. Apesar de tanto se falar sobre a temática abordada neste trabalho, ainda se percebe-se que alguns enfermeiros não conseguem lidar com a bioética no seu contexto da totalidade, tornando-se assim um ponto importante a ser discutido na graduação e no campo profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Cuidados de enfermagem. Educação em enfermagem.

THE IMPORTANCE OF BIOETHICS FOR THE NURSE'S ROLE IN HEALTH

ABSTRACT: Bioethics is a fundamental factor for nurses to offer their services in an empathic and confidential way, always ensuring the quality of care and recognizing their rights and duties. To identify the relevance of the understanding of bioethics by nurses to guarantee a humanized

care with the patients. Integrative review, where we searched for articles in the Virtual Health Library (VHL) indexed in the bases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The data collection took place between January and February 2019. Descriptors: "Bioethics" and "nursing care", for union of the same was used of the boolean operator "AND". Inclusion factors: Original articles, published in Portuguese language and between the years 2009 to 2019. Exclusion criteria: Duplicate, Editorial, letter-response, literature review / traditional review studies and review methods. Being selected through the criteria, 16 articles. It is observed among the authors the perception that bioethics has in its totality the diversity of choices and rights before the nursing care provided to the patients, mainly in the terminal state. Graduation is a key point for nurses to understand the best of their best professional performance, guaranteeing patients' rights through bioethical questions. Although there is so much talk about the topic addressed in this study, it is still perceived that some nurses can not deal with bioethics in its context of totality, thus becoming an important point to be discussed in undergraduate and professional field.

KEYWORDS: Bioethics. Nursing care. Nursing education.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e avanço das tecnologias voltadas para o tratamento das doenças que acometem os seres humanos, está pautado sobre o conhecimento da bioética, estimulando que os profissionais da área de saúde possuam um pensamento crítico reflexivo sobre suas ações, que sejam assim correta na forma profissional e humana, sem violar os direitos humanos (PIRÔPO et al., 2018).

Alguns direitos são fundamentais e garantidos perante a constituição de 1988 para que a vida do indivíduo seja garantida dentro de sua plenitude, principalmente quando se trata da decisão do ser, em não mais querer existir, optando pela morte, quando mediante a impossibilidade de tratamentos que possibilitem a manutenção de sua vitalidade. Dentro de tantos outros fatos referentes a vida, o reconhecimento do término da vida, é importante para garantir uma morte digna para o paciente (GIACOMOLLI, 2015).

A morte é tida como o último estágio pós vida do ser humano, o processo da morte pode ser feito dentro de um ciclo rápido que pode-se assim se considerar o mal súbito, ou um processo mais prolongado quando envolve questões patológicas que chegam a serem irreversíveis, este fato se dar a partir do momento que o indivíduo já não mais consegue responder as medidas terapêuticas lhe oferecidas, evoluindo assim para o fim de sua vida terrena (PIRÔPO et al., 2018).

Ao longo dos anos o homem vem desenvolvendo técnicas cada vez mais avançadas para garantir a continuidade da vida dos indivíduos acometidos com algum tipo de patologia, assumindo assim uma forma de pensar a respeito dos limites

de levar a vida adiante em casos específicos (FORTES, 2011). Deste modo, na maioria das vezes as questões bioéticas que envolvem a área da saúde estão diante deste avanço tecnológico, levantando alguns questionamentos, até que ponto estas tecnologias podem ajudar ou interferir no processo de decisão de viver ou não do ser naturalmente passível de decisões (MOURA; NEIVA; GOMES, 2015).

É fundamental que o profissional enfermeiro dentro de sua forma de pensar, tenha em mente o sentido de refletir teoricamente sobre a ética e bioética dentro de sua atuação profissional, resguardando um pensamento crítico sobre suas habilidades, construindo um novo conhecimento científico, aplicado a sua estruturação da consciência moral (FILHO et al., 2013).

No momento da graduação o enfermeiro deve ter a oportunidade de amadurecer seus pensamentos críticos e reflexivos, neste tipo de linha pedagógica, possibilita que os alunos de graduação, tornem-se profissionais hábitos atuar dentro da sociedade frente as diversas singularidades de cada cultura, presando sempre pelo o respeito a vida (ARAÚJO et al., 2009).

É preciso ver o paciente como um todo, um ser passível de tomar decisões quando está em seu estado de consciência normal, deste modo na prática assistencial a enfermagem deve ter consciência que o ser humano está acima de tudo e que as tecnologias destinadas a manutenção da vida devem se tornar uma aliada e não ao contrário. Frente a sua equipe e familiares dos pacientes, o enfermeiros deve agir de maneira ética e responsável, proporcionando a sua equipe uma educação continuada em relação a bioética para que possam estar respaldados em casos de algo que venha a ser questionada, de ser ou não ético (OUCHI et al., 2018).

É de fundamental importância que a identidade do paciente e familiares, assim como suas informações pessoais sejam mantidas em sigilos e revelados apenas em casos específicos, por exemplo judicial. O estudo da bioética é de fundamental importância durante a graduação de enfermagem, favorecendo aos alunos que conheçam seus direitos e deveres perante sua atuação no campo profissional. Assim sendo surgi o seguinte questionamento: Como o enfermeiro lida com as questões bioéticas dentro de seu campo de atuação afim de garantir os direitos de seus pacientes?

2 | METODOLOGIA

O tipo de método escolhido para este estudo, trata-se de uma revisão integrativa, esta que tem como principal intenção integrar assuntos pertinentes a uma mesma temática com foco, em sintetizar os resultados, visando dar subsídio a novas pesquisas que venham a abordar o tema proposto dentro da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para um melhor levantamento de dados que contemplassem a pesquisa optou-

se por utilizar a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), ao qual possui indexada na sua plataforma as seguintes bases de dados utilizadas na pesquisa Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), além da procura seletiva também na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Após o acesso da página virtual dos Descritores (DeCS), foram selecionados os seguintes descritores: “Bioética” e “cuidados de enfermagem”, estes que seriam utilizados posteriormente como chave de busca nas bases de dados para facilitar a pesquisa. O operador booleano utilizado para realização da congruência entre os descritores foi o “AND”. Finalizando desta forma uma ferramenta básica para coleta dos artigos para a pesquisa: “Bioética” AND “cuidados de enfermagem”.

Através desta chave/ferramenta, após sua aplicação foram localizados 341 artigos que dentro de sua estrutura possuíam um ou mais descritor combinado entre título, assunto e resumo. Os critérios de inclusão utilizados para tornar a pesquisa elegível foram os seguintes: Artigos originais, publicados na língua portuguesa e entre os anos 2009 a 2019. Para descarte dos trabalhos que não contemplavam a temática optou-se pelos os seguinte critérios de exclusão: Duplicata, Editorial, carta-resposta, estudos de revisão narrativa de literatura/revisão tradicional e métodos de revisão. Com a aplicação dos critérios mencionados acima restaram-se 73 artigos, que mediante uma leitura minuciosa e criteriosa pôde-se identificar entre estes artigos, somente 16 que contemplavam a temática abordada dentro do trabalho.

Vale salientar que mesmo tratando-se de uma revisão integrativa, todos os dezesseis artigos incluídos neste trabalho seguiram rigorosamente as determinações da resolução 510/16, o que implica dizer que este artigo por sua vez também respeita as mesmas determinações estabelecidas dentro da resolução citada acima.

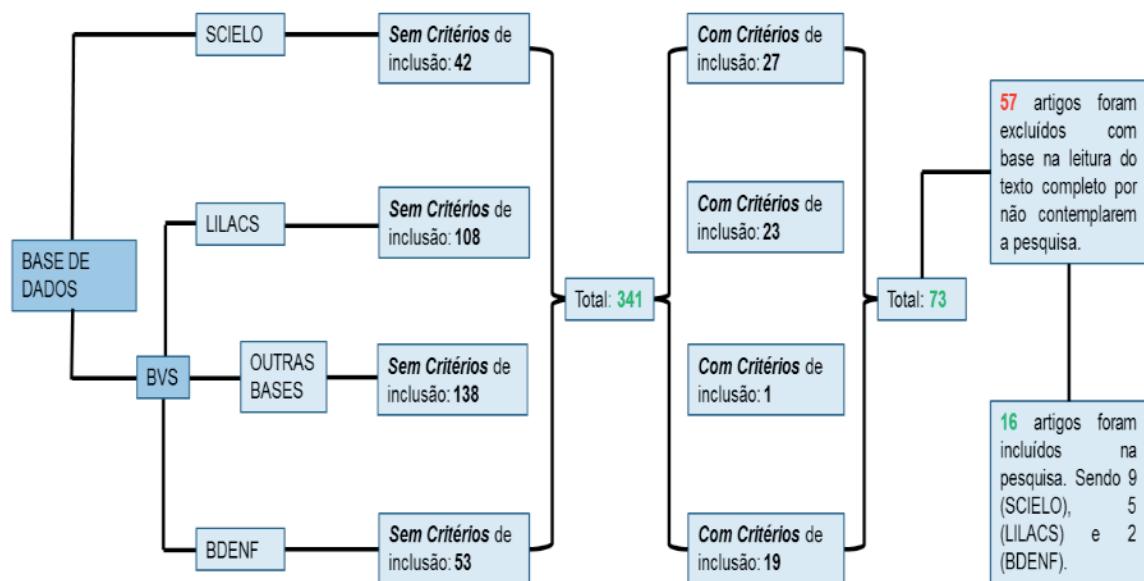


Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos nas bases de dados, através dos descritores: “Bioética” AND “cuidados de enfermagem”.

3 | RESULTADOS

Para a coleta foi utilizado o instrumento adaptado de Ursi (2005) que contém o título do estudo, o ano, os principais resultados e as conclusões para a coleta de dados dos artigos selecionados, sendo organizado e categorizado as informações de forma precisa. Os resultados estão organizados em tabelas de acordo com título, autor/ano, objetivos, principais resultados, conclusão. Sendo apresentados de forma detalhada e analisados por meio de uma literatura minuciosa com ênfase ao tema em abordado.

Titulo	Autor /Ano	Objetivos	Principais resultados	Conclusão
Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica	SOUZA; C O N - CEIÇÃO, 2018	Discutir como os profissionais de enfermagem lidam com o processo de morte e morrer, e identificar os impactos causados na assistência durante esse processo nas unidades de cuidados intensivos pediátrica.	Existem algumas lacunas importantes no processo da enfermagem ao lidar com a morte e o morrer na pediatria.	Lidar com essas questões é extremamente doloroso e requer busca por educação permanente em saúde.
Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros	MENIN; PETTE- N O N , 2015.	Compreender as percepções e sentimentos do profissional enfermeiro diante do processo de morte e morrer infantil.	Além da difícil aceitação, enfrentamento e assimilação da finitude da vida infantil por parte dos enfermeiros, observou-se que o cuidado de enfermagem é fundamental nesse momento.	Os resultados evidenciam o despreparo emocional dos enfermeiros e a insuficiência de subsídio, seja em sua formação acadêmica, seja em sua educação continuada, bem como a falta de suporte terapêutico nas instituições de saúde para lidar com a situação.
Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas	SOUZA et al., 2015	Identificar casos de usuários, a fim de inventariar os problemas éticos que a equipe vivencia.	Identificaram-se dois casos que revelaram, como problemas éticos, a “responsabilidade da APS para com os cuidadores e famílias” e a “dificuldade de comunicação franca e honesta entre a equipe e a família”.	A formação de recursos humanos com competência técnica e que a continuidade da assistência na transição do tratamento curativo para o paliativo são fatores propícios à integralidade e à obtenção de respostas mais adequadas aos desafios éticos que as equipes vivenciam.
O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética	FELIX et al., 2014	Investigar a observância dos princípios da bioética por enfermeiros ao cuidar de pacientes na terminalidade.	Princípios da autonomia, beneficência, não maleficiência e justiça ao cuidar do paciente na terminalidade. Os enfermeiros participantes do estudo valorizaram tais princípios ao cuidar de pacientes em fase terminal, o que reflete o compromisso ético desses profissionais na prática do cuidar em enfermagem.	Ressalte-se que os princípios da bioética devem nortear a assistência de enfermagem ao ser humano em todo o seu ciclo vital.
Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros	V A S - CONCE- LOS et al., 2013	Investigar os princípios da Bioética considerados pelos enfermeiros inseridos na pesquisa ao assistir o paciente com HIV/Aids sob cuidados paliativos.	Os participantes da pesquisa reconhecem a importância dos princípios da Bioética na assistência ao paciente com HIV/Aids sob cuidados paliativos.	O trabalho traz uma reflexão e suscita a realização de novos estudos que possam contribuir para melhorar a qualidade de vidas desses pacientes com uma prática pautada em princípios éticos.

Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida	WITT-MANN-VIEIRA; GOL-DIM, 2012.	Avaliar o processo de tomada de decisão e a qualidade de vida de pacientes adultos, oncológicos, internados em unidade de cuidados paliativos.	Na avaliação do Desenvolvimento Psicológico-Moral, os pacientes demonstraram ter capacidade para tomar decisões em seu melhor interesse.	Os pacientes demonstraram-se satisfeitos com a capacidade de estabelecer relações sociais, pessoais e íntimas, mesmo estando internados.
Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos	COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010.	Analizar, a partir dos referenciais da bioética, a postura dos enfermeiros diante de ocorrência de erros em procedimentos de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI).	Os resultados evidenciados foram: reconhecendo ser falível, reconhecendo e comunicando o erro, e omitindo o erro.	Este estudo propicia repensar a prática de enfermagem pautada na bioética, recorrendo à análise do erro focada nas relações entre os envolvidos.
Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde	O L I - VIEIRA; SILVA, 2010.	Analizar o conceito que a equipe de saúde inserida no contexto de cuidados paliativos tem da autonomia do doente sem possibilidades de cura e identificar qual é a atitude desses profissionais diante da manifestação dessa autonomia.	Foram obtidas três categorias distintas para cada grupo de profissionais (Grupos I e II). Elas evidenciaram a compreensão da autonomia dos doentes sem possibilidades de cura no contexto dos cuidados paliativos, as reações desses profissionais no cotidiano assistencial e suas limitações nessa relação (autonomia vs cuidados paliativos).	A autonomia é um elemento essencial à filosofia dos cuidados paliativos e capaz de conferir sustentabilidade ética ao projeto terapêutico desses doentes.
Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica	NUNES, 2015.	Analisa as questões éticas identificadas por enfermeiros perante usuários em situação crítica, de risco iminente de morte.	As principais preocupações éticas dizem respeito à informação ao cliente, ao acompanhamento em fim de vida, à responsabilidade profissional em intervenções interdependentes; as temáticas reportam à decisão da pessoa (consentimento/recusa de proposta terapêutica), dilemas na informação, atuação nos processos de morrer e decisão de não tentar reanimar, respeito pelos direitos humanos em contextos desfavoráveis.	Destacamos as dimensões do sentido de responsabilidade, da influência da consciência moral nas decisões, da deliberação de proteger o Outro em risco e da vivência de episódios profissionais de superação; finalmente, identificamos fatores mediadores na gestão das dificuldades éticas.
O cuidar da criança na perspectiva da bioética	C O E - L H O ; RODRIGUES, 2009.	Apreender a ação do enfermeiro frente à participação da criança na realização de cuidados.	A entrevista fenomenológica permitiu apreender dos 17 Enfermeiros, sujeitos do estudo, que o típico na sua ação frente à participação da criança na realização de cuidados se dá como falar para a criança sobre o cuidado objetivando a aceitação.	A assistência de enfermagem à criança encontra na bioética um caminho reflexivo onde o enfermeiro possa repensar suas ações numa nova perspectiva, eliminando a atitude paternalista que não permite ao ser cuidado participar de decisões sobre sua saúde, não esquecendo que para esta construção é necessário um trabalho junto à família.

A ética no cuidar em enfermagem: contribuições da Fenomenologia sociológica de alfred schütz	RODRIGUES et al., 2011.	Apreender o típico da dimensão ética do cuidar promovido por enfermeiros, em diferentes contextos de adoecimento, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde.	Os resultados evidenciaram as categorias: respeitar o paciente sem causar dano; ver o que está além da doença; priorizar as necessidades dos pacientes; e realizar o cuidado na perspectiva ética.	Conclui-se que o enfermeiro age de forma prescritiva, orientado pelo senso comum e sua visão de mundo, requerendo aprofundar o estudo e as reflexões sobre o tema.
Boas práticas de maternança na perspectiva bioética: uma contribuição para a enfermagem pediátrica	RODRIGUES; PERES; PACHECO, 2015.	Promover a reflexão acerca das boas práticas de maternança no cotidiano dos profissionais que lidam diariamente com a mãe, o filho, incluindo o pai e, necessariamente, a família na ação de cuidar, com vistas ao seu conforto e bem-estar.	O cuidar na sua realidade concreta, naquilo que é a sua característica essencial, um modo de ser humano que cuida e quer ser cuidado; portanto, numa perspectiva que envolve o caráter ético e bioético.	Maternança, nesse sentido, compreende um cuidado humanizado que requer mais do que a ação sobre o outro, ou para o outro; respeita a autonomia dos sujeitos – cuidador, criança e sua família –, permitindo a todos os envolvidos que se coloquem na condição de agente, numa relação de reciprocidade.
(Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas	SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015	Investigação dirigida ao delineamento dos principais problemas (bio)éticos identificados pelos membros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Viçosa (MG).	Observou-se que grande parte dos entrevistados tinha dificuldade para identificar problemas de cunho (bio)ético em seu processo de trabalho	Mesmo que aparentemente mais sutis – se comparados às questões (bio)éticas que se passam nas instituições hospitalares –, existem situações de conflitos morais atinentes ao âmbito da atenção primária à saúde que corroem o processo de trabalho e o alcance da promoção da integralidade do cuidado.
O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética	ALMEIDA ; AGUIAR, 2011.	Compreender como enfermeiros de hospital público de Feira de Santana/BA percebem a dimensão bioética do cuidado ao idoso hospitalizado.	Os enfermeiros reconhecem a importância dos valores no cuidado como respeito e responsabilidade, identificam problemas bioéticos, como violação dos direitos do paciente e do idoso, conflitos nas relações de cuidado e na seleção de pacientes para UTI.	Faz-se necessário que esse tema seja trabalhado nos serviços de saúde; que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem seja mais difundido entre os profissionais da área; que os direitos do paciente idoso sejam divulgados entre pacientes e familiares, a fim de garantir que os envolvidos no cuidado conheçam e exercitem seus direitos e deveres.
Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem	PERES; BARBOSA; SILVA, 2011.	Verificar aspectos da rotina hospitalar, nos quais o aprimorando em enfermagem percebe os princípios bioéticos (PB) no Atendimento.	Verificou-se que os aprimorando percebem que os PB auxiliam em sua rotina; que o conceito de respeito aplica-se em todas as situações com o paciente; que a sobrecarga de trabalho dificulta a ancoragem desse conceito.	Os aprimorando apresentaram mais dificuldade que os enfermeiros com maior experiência profissional para superar a rotina de trabalho e identificar formas de ancoragem desse conceito.
Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde	BERTI, 2011	Apreender como os enfermeiros participantes do estudo interpretam a realidade da sua prática perante a observância da justiça. Utilizou-se a técnica de “grupo focal” para coleta de dados e, para análise, a Grounded Theory.	Foram identificados três fenômenos: conceituando senso de justiça; sentindo-se impotente em conviver com iniquidades/ injustiças; movendo-se em direção às lutas por justiça.	A estratégia de grupo focal mostrou-se muito adequada à consecução dos objetivos propostos, e a Grounded Theory permitiu a compreensão do movimento empreendido pelos enfermeiros nessa experiência.

Tabela 1 - Resultados da pesquisa, de acordo com: Título, autor/ano, objetivos, principais resultados.

Fonte: Elaboração própria (2019).

Percebeu-se um maior número de trabalhos nos anos de 2011 e 2015, sendo quatro e cinco artigos respectivamente. Em relação aos tipos de estudos, destacou-se o tipo qualitativo sendo doze artigos. O estado com maior predominância dentre os artigos analisados foi o de São Paulo com o total de cinco artigos. A região nordeste e sudeste, representaram uma totalidade de cinco e nove artigos respectivamente, entretanto dois artigos não puderam ser identificada nem local ou região que foi realizada a pesquisa.

4 | DISCUSSÃO

O Ensino da bioética durante a graduação de enfermagem como fator primordial para o tratamento humanizado

A formação acadêmica do profissional de enfermagem é fundamental para que deste modo reconheçam seus direitos e deveres, deste modo a bioética deve ser incorporada as disciplinas das instituições superiores, para que desta forma evitar-se uma postura desrespeitosa por parte destes profissionais quando diante de algumas situações no seu ambiente de trabalho (SOUZA; CONCEIÇÃO, 2018; MENIN; PETTENON, 2015).

Preparar os enfermeiros para o mercado de trabalho é algo bem comum e essencial em cada graduação de enfermagem, entretanto nem sempre a bioética é abordada durante a graduação o que implica dizer que muitos profissionais possuem dificuldades de diferenciar a ética da bioética (SOUZA et al., 2015).

A saúde do ser humano deve ser vista pelo o enfermeiro em sua totalidade, desta forma deve ser analisado o processo de saúde e doença, deste modo estes profissionais devem sempre manterem uma postura ética de acordo com o Código de ética de enfermagem, ao qual é lhes apresentado durante a graduação, a bioética tema tão relevante, atualmente tem sido difundida entre os universitários da área de saúde, favorecendo assim a sua tomada de decisão em momentos propícios de sua carreira (VASCONCELOS et al., 2013; NUNES, 2015; ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

No caso dos pacientes em estado terminal, a bioética é algo essencial para a melhor iniciativa por parte do enfermeiro, pois por vezes a ignorância a falta de reflexão sobre o caso do paciente, ou até mesmo o conhecimento teórico e científico ineficaz sobre as opções terapêuticas de acordo com as vontade do paciente e de seus familiares, pode prejudicar a assistência, neste modo a educação continuada favorece para que situações como estas sejam resolvidas da melhor maneira possível (OLIVEIRA; SILVA, 2010; BERTI, 2011).

Um achado bem relevante é o fato de que enfermeiros recém-formados, possuem uma visão mais ampla acerca da bioética em relação aos cuidados, principalmente quando se tratam dos pacientes idosos (ALMEIDA; AGUIAR, 2011; PERES; BARBOSA; SILVA, 2011), o que implica dizer que a bioética atualmente vem

sendo difundida entre os universitários.

Fatores internos e externos que influenciam nas questões éticas enfrentadas pelos os profissionais de enfermagem

Alguns fatores terminam por contribuir a difícil aceitação de lhe dar com o processo de morte, principalmente quando o paciente é uma criança que possuiu um maior vínculo com o profissional pelo o tempo de estadia na are hospitalar, assim o enfermeiro necessita contemplar os aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que cercam os familiares parentes da criança que veio a óbito, cabendo a enfermagem oferecer ajuda e suporte para que os pais possam enfrentar o processo de perda do filho (SOUZA; CONCEIÇÃO, 2018; MENIN; PETTENON, 2015).

Um desafio que surgi diante dos cuidados paliativos na atenção primaria da saúde é o fato da proximidade que os enfermeiros e sua equipe possuem do paciente e de seus familiares, cabendo o mesmo está empático e de prontidão a oferecer ajuda aos familiares que neste momento expressam explicitamente em suas feições sobrecarga física e emocional que são claramente percebida pela a equipe de saúde (SOUZA et al., 2015).

Atualmente os pacientes e familiares possuem autonomia na decisão do tratamento terapêutico que será ofertado ao doente, onde muitas vezes a bioética entra em questão pelo o profissional enfermeiro, estes devem ter conhecimento sobre a importância desta autonomia, beneficência, não maleficência e justiça nas questões que venham a inferir sobre a terminalidade da vida, garantindo assim uma assistência qualificada (FELIX et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2013; WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012).

A vulnerabilidade a erros, coloca o enfermeiro em uma situação refletiva, diante de suas ações perante o paciente, o primeiro passo é reconhecer a existência do erro (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010). É imprescindível que mesmo diante de uma criança ou recém-nascido, o enfermeiro deve reconhecer estes seres como indivíduos de direitos, quebrando um tabu onde construído historicamente que estes não possuem opinião ou vez sobre sua vida, então diante dos preceitos bioéticos o homem é um ser racional e deve ser tratado como tal (RODRIGUES; PERES; PACHECO, 2015).

Na atenção primaria as tensões entre os membros da equipe, além dos conflitos entre a equipe e os usuários do serviço, terminam gerando deste modo alguns problemas significativos acerca da bioética, entre eles a falta de credibilidade que não é depositada pelos os pacientes para os profissionais de enfermagem em relação a manutenção do sigilo do que é lhe confidenciado (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015).

A bioética como princípio estrutural para a melhor prestação da assistência de enfermagem diante de conflitos éticos

O enfermeiro além de promover conforto ao paciente, deve possuir um pensamento crítico reflexivo a respeito dos procedimentos desnecessários que

tão somente irão prolongar o sofrimento do mesmo, esta preocupação apresenta um modo de cuidado humanizado tanto nos que estão envolvidos nesta situação como os demais familiares e pacientes, importante saber que estes cuidados com os pacientes em estado terminal proporciona uma melhor qualidade à vida que lhe resta, lhe oferecendo uma morte digna (SOUZA; CONCEIÇÃO, 2018; FELIX et al., 2014; MENIN; PETTENON, 2015).

Vale salientar que a bioética em sua totalidade tem fundamental importância para nortear a assistência de enfermagem ao indivíduo em todo seu ciclo de vida, e não somente em seu estado terminal de vida (FELIX et al., 2014), é o que precisamente é necessário ser visto em casos de tratamento dos pacientes portadores de HIV/Aids ao longo de suas vidas e também sob cuidados paliativos que poderão serem prestados alguns destes (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010; VASCONCELOS et al., 2013).

Em casos de erros realizados pela enfermagem a bioética pode ser vista como a melhor maneira de lhe dar com esses equívocos, o primeiro passo é aceitar o erro demonstrando a autonomia do indivíduo na maneira de agir de forma responsável e prudente, entretanto na maioria das vezes quando o erro não apresenta consequências leves ou graves os sujeitos tendem a omitir o mesmo (COLI; ANJOS; PEREIRA, 2010).

A comunicação verbal e não verbal possibilita que a equipe possa tomar as suas decisões adaptando o projeto terapêutico de cada paciente, atendendo suas necessidades individuais (OLIVEIRA; SILVA, 2010). Por exemplo na assistência pediátrica o enfermeiro necessita inserir na sua prática o respeito aos direitos da criança em expressar seus sentimentos e emoções, além de ouvir atentamente seus representantes legais, repensando seus conceitos e extinguindo o preconceito (COELHO; RODRIGUES, 2009).

Um fato relevante a se pensar a respeito da bioética, é que o cuidado diante das boas práticas da enfermagem, tendo uma atuação profissional sem priori ou marginalizar o indivíduo, oferecendo uma relação respeitosa incluindo o indivíduo neste processo de tratamento, desta forma é necessário que a bioética seja um tema sempre abordado no cotidiano das equipes, valorizando a prática de valores éticos (ALMEIDA; AGUIAR, 2011; PERES; BARBOSA; SILVA, 2011; RODRIGUES; PERES; PACHECO, 2015).

5 | CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a compreensão da Bioética, como fator fundamental para uma atuação respeitosa da enfermagem junto aos pacientes e familiares. Entretanto percebe-se que ainda, existem alguns pontos que precisam serem explanados dès do começo da graduação até ao campo profissional, são discussões que sempre serão levantados, quando se tiver casos que envolvam decisões da equipe e de pessoas externas a ela, optando sempre pela a melhor decisão que

favoreça os direitos fundamentais humanos.

Houveram uma amostra significativa compondo este trabalho, entretanto, ainda há a necessidade de se abordar mais esta temática no meio científico, para que assim torne-se melhor difundido entre os profissionais de enfermagem e sua equipe a relevância do pensamento crítico e reflexivo, afim de atender as necessidades do paciente, anseios e desejos dos familiares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Aline Branco Amorim de; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética, **Revista Bioética**, v.19, n.1, p.197-217, 2011.
- ARAÚJO, Janieiry Lima de et al. O ensino da ética e da bioética no processo de formação do enfermeiro frente às diretrizes curriculares nacionais, **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 3, p. 559-563, 2009.
- BERTI, Heloisa Wey. Da percepção de impotência à luta por justiça na assistência à saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p.2271-2278, 2011.
- COELHO, Linéa Pereira; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. O cuidar da criança na perspectiva da bioética, **Revista de enfermagem UERJ**, v.17, n.2, p.188-193, 2009.
- COLI, Rita de Cássia Pires; ANJOS, Marcio Fabri dos; PEREIRA, Luciane Lucio. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos, **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 18, n. 3, p.27-33, 2010.
- FELIX, Zirleide Carlos et al. O cuidar de enfermagem na terminalidade: observância dos princípios da bioética, **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.35, n.3, p.97-102, 2014.
- FILHO, José Carlos Ferreira Couto et al. Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras, **Revista bioética (Impr.)**, v. 21, n. 1, p. 179-185, 2013.
- FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. A bioética em um mundo em transformação, **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 319-327, 2011.
- GIACOMOLLI, Lucas. **DIREITO À MORTE DIGNA**. 2015. 75 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Direito, Centro Universitário Univates, Lajeado, 2015.
- MENIN, Gisele Elise; PETTENON, Marinez Koller. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros, **Revista Bioética**, v.23, n.3, p. 608-614, 2015.
- MOURA, Paula Fernanda Silva; NEIVA, Maria de Jesus Lopes Mousinho; GOMES, Raimundo Nonato Silva. A bioética no contexto da enfermagem: Aspectos éticos e legais, **Revista Ciência & Saberes**, v. 1, n. 1, p. 75-80, 2015.
- NUNES, Lucília. Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica, **Revista Bioética**, v.23, n.1, p.187-199, 2015.
- OLIVEIRA, Aline Cristine de; SILVA, Maria Júlia Paes da. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde, **Acta Paul Enfermagem**, v. 23, n.2, p.212-217, 2010.
- PERES, Emilia Cristina; BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes da. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de enfermagem, **Acta Paul Enferma**, v.24, n.3, p.334-340, 2011.

PIRÔPO, Uanderson Silva et al. Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente, **Revista Salud Pública**, v. 20, n. 4, p. 505-510, 2018.

RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará et al. A ética no cuidar em enfermagem: contribuições da fenomenologia sociológica de alfred schütz, **Revista enfermagem UERJ**, v.19, n.2, p.236-241, 2011.

RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará; PERES, Patrícia Lima Pereira; PACHECO, Sandra Teixeira de Araújo. Boas práticas de maternança na perspectiva bioética: uma contribuição para a enfermagem pediátrica, **Revista enfermagem UERJ**, v.23, n.4, p.567-571, 2015.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas, **Saúde Soc.**, v.24, n.1, p.113-128, 2015.

SOUZA, Hieda Ludugério de et al. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas, **Revista Bioética**, v.23, n.2, p. 349-359, 2015.

SOUZA, Priscila dos Santos Neris de; CONCEIÇÃO, Alexandra de Oliveira Fernandes. Processo de morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica, **Revista Bioética**, v.16, n.1, p. 127-134, 2018.

VASCONCELOS, Monica Ferreira de et al. Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p. 2559-2566, 2013.

WITTMANN-VIEIRA, Rosmari; GOLDIM, José Roberto. Bioética e cuidados paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida, **Acta Paul Enfermagem**, v.25, n.3 p.334-339, 2012.

OUCHI, Janaina Daniel et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde, **Revista Saúde em Foco**, n. 10, p. 412-428, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria; Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem, **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.758-764, 2008.

URSI, Elizabeth Silva. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2005.

CAPÍTULO 4

APLICABILIDADE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM SOB A PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Yara Nayá Lopes de Andrade Goiabeira

Universidade Federal do Maranhão - UFMA,
Departamento de Enfermagem. Imperatriz – MA.

Elielza Guerreiro Menezes

Universidade do Estado do Amazonas - UEA,
Departamento de Enfermagem. Manaus – AM.

Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Universidade Federal do Maranhão – UFMA,
Departamento de Enfermagem. São Luís – MA.

Vanessa Moreira da Silva Soeiro

Universidade Federa do Maranhão – UFMA,
Departamento de Enfermagem. São Luís – MA.

Antônio Sávio Inácio. Enfermeiro

Universidade de Pernambuco. Faculdade de
Enfermagem Nossa Senhora das Graças –
FENSG. Recife – PE.

Rejane Christine de Sousa Queiroz

Universidade Federal do Maranhão – UFMA,
Departamento de Saúde Pública. São Luís – MA.

Ana Márcia Coelho dos Santos

Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
Departamento de Atenção Básica – DAB.
Imperatriz – MA.

Anderson Gomes Nascimento Santana

Universidade Federal do Maranhão – UFMA.
Departamento de Medicina. Imperatriz – MA.

Jairo Rodrigues Santana Nascimento

Faculdade de Imperatriz – FACIMP/WYDEN.
Imperatriz – MA.

aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem a partir do processo ensino-aprendizagem sob a percepção dos acadêmicos de Enfermagem. **Métodos:**

Estudo qualitativo, do tipo descritivo e exploratório, com abordagem teórica, desenvolvido com 111 discentes de um curso de graduação em Enfermagem. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: O conhecimento teórico-prático da Sistematização da Assistência de Enfermagem foi relacionado ao exercício profissional de maior qualidade e visibilidade, no entanto, os discentes apresentaram dificuldades na aplicabilidade do método decorrente, na maioria das vezes, do déficit de conhecimento interdisciplinar dos mesmos e da divergência metodológica apresentada pelos docentes em sala de aula.

Conclusão: Os acadêmicos reconhecem a relevância e as vantagens da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a assistência ao cliente e para o processo de trabalho do enfermeiro, porém apresentam dificuldades na sua operacionalização, realidade sugestiva das lacunas encontradas no processo ensino-aprendizagem do curso de graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Ensino.

APPLICABILITY OF SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE UNDER THE PERCEPTION OF NURSING ACADEMICS

RESUMO: **Objetivo:** Compreender a

ABSTRACT: **Objective:** To understand the applicability of the Systematization of Nursing Care from the teaching-learning process under the perception of nursing students. **Methods:** Qualitative, descriptive and exploratory study, with theoretical approach, developed with 111 students of a nursing undergraduate course. The Bardin content analysis technique was used. **Results:** Theoretical-practical knowledge of Systematization of Nursing Care was related to the professional practice of greater quality and visibility, however, the students presented difficulties in the method's applicability, due in most cases to their lack of interdisciplinary knowledge and of the methodological divergence presented by the professors in the classroom. **Conclusion:** Academicians recognize the relevance and advantages of the Systematization of Nursing Care for the client's assistance and the nurses' work process, but they present difficulties in its operationalization, a reality suggestive of the gaps found in the teaching-learning process of the undergraduate course.

KEYWORDS: Nursing; Nursing Process; Teaching.

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, na qual se organiza o trabalho da equipe de Enfermagem, objetivando tornar o cuidado ao paciente mais seguro e sistematizado. A aplicabilidade da SAE no cuidado ao paciente deve ser direcionada pelo Processo de Enfermagem (PE), de modo a alcançar a qualidade da assistência integralizada e holística e, consequentemente, maior visibilidade da profissão (CHARLES, 2015).

É por meio da operacionalização do PE que o conhecimento teórico da SAE deve ser aplicado à prática, devendo ser direcionado por uma teoria de enfermagem escolhida a critério do enfermeiro, de acordo com o perfil da clientela, realizando intervenções satisfatórias para garantir a qualidade da assistência prestada dentro dos serviços de saúde, quer sejam estes públicos ou privados (CHARLES, 2015; SILVA; GARANHANI;GUARIENTE, 2014).

O PE tem como propósito oferecer um atendimento capaz de suprir as necessidades humanas básicas de forma integral e individualizada para cada cliente, família e comunidade, devendo ser priorizada a relação entre o cliente e o enfermeiro. O mesmo se organiza em cinco fases com suas respectivas complexidades: histórico de enfermagem (anamnese e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação dos cuidados e avaliação de enfermagem. Além disso, possui as seguintes propriedades: propositado, metódico ou sistemático, ativo ou dinâmico, interativo, flexível e baseia-se em teorias, também conhecidas como Teorias de Enfermagem (SANTOS et al., 2015).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 358/2009 reforça a importância e necessidade da SAE ao determinar que sua implementação deva ocorrer obrigatoriamente em todas as instituições de saúde brasileiras, tanto públicas

quanto privadas, sendo registrada formalmente no prontuário do cliente, contendo todas as etapas do PE (NECO; COSTA; FEIJÃO, 2016; ROSENSTOCK et al., 2017).

Dessa forma, Moreira et al (2016) afirma que para o conhecimento teórico da SAE ser associado à realidade prática profissional, é necessário que o acadêmico de enfermagem desenvolva competências e habilidades que permitam a execução das cinco etapas que constituem o instrumento de trabalho, ou seja, o PE.

No entanto, tem-se observado o não desenvolvimento da SAE e do PE na prática clínica cotidiana da maioria dos acadêmicos de enfermagem, os quais realizam atendimentos assistenciais nas instituições de saúde durante as atividades práticas obrigatórias exigidas pelos cursos apenas como um cumprimento de tarefa institucional obrigatória (MOREIRA et al., 2016)

Conceição et al (2017) acredita que tais alegações evidenciam que as dificuldades na aplicabilidade da SAE e do PE podem surgir desde o início da graduação, quando há divergência metodológica, por parte dos docentes, na padronização do ensino repassado.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou compreender a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem a partir do processo ensino-aprendizagem sob a percepção dos acadêmicos de enfermagem, considerando ser justificável a investigação dessa problemática dentro do contexto local, com o intuito de preencher as lacunas metodológicas relacionadas ao ensino teórico-prático da enfermagem.

2 | MÉTODOS

O presente estudo é resultado de um trabalho de conclusão de curso de graduação, intitulado Percepção dos acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas sobre o processo ensino-aprendizagem da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Minayo (2008) afirma que tal abordagem não se preocupa com amostragem numérica, mas está relacionada à opinião grupal de uma determinada população onde o pesquisador não pode interferir ou fazer julgamentos, tendo como foco principal a compreensão das visões populacionais permitindo captar o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

O cenário dessa pesquisa foi a Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, localizada na cidade de Manaus, Amazonas. Participaram do estudo os acadêmicos do 4º ao 8º período letivo curricular do curso de graduação em Enfermagem, da referida universidade. A delimitação de períodos deu-se em decorrência do momento inicial e final do ensino teórico da SAE e do PE,

pois, a partir do 9º período os mesmos se encontram apenas em campos práticos de atuação.

A amostra final totalizou 111 acadêmicos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos e que cursavam regularmente do 4º ao 8º período letivo. O instrumento utilizado para a coleta de dados, realizado no período março a junho de 2014, foi o formulário semiestruturado, composto por duas etapas: a primeira referente à caracterização dos acadêmicos participantes do estudo e a segunda, por questões norteadoras redigidas por meio de perguntas abertas sobre o tema em questão.

Para organização dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bandin, seguindo as etapas metodológicas da técnica, até a formação das categorias, prosseguindo com a análise dos discursos, correlacionando teoricamente os resultados com a solidez dos estudos que dão suporte à realização desta pesquisa (BARDIN, 2010).

A presente pesquisa obedeceu às exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, norteadas pela Resolução N° 466/2012. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP/UEA), recebeu, analisou e emitiu o parecer consubstanciado de aprovação por meio do número 557.288.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecendo os participantes do estudo

Dentre os estudantes entrevistados, 70% eram do sexo feminino e 30% do sexo masculino, sendo essa predominância de mulheres uma realidade peculiar ao curso de enfermagem (BRASIL, 2015). Em relação a faixa etária, 45,5% encontravam-se entre 18 e 23 anos, representando a maior parte da população academicamente ativa inserida no universo acadêmico, 32,7% dos entrevistados apresentavam entre 24 e 29 anos, e apenas 0,9% na faixa etária acima de 45 anos.

Observou-se ainda que em relação ao período cursado, a distribuição de acadêmicos entre os 4º, 5º, 7º e 8º período do Curso de Enfermagem ocorreu de maneira proporcional (17,3% até 20%), havendo uma discrepância apenas no 6º período que representou a maioria dos alunos respondentes (24,5%). Os últimos períodos analisados obtiveram as menores participações, fato este que pode ser explicado pelas desistências que acontecem no decorrer do curso ou ainda pelo cumprimento das atividades curriculares obrigatórias (estágio), o que justificou a ausência de muitos acadêmicos no momento da pesquisa.

A partir da análise dos discursos dos acadêmicos, sustentada na análise de conteúdo de Bardin (2010), emergiram quatro categorias temáticas que traçam as percepções dos entrevistados: A SAE como instrumento de implementação do conhecimento teórico-prático, aspectos distintos entre a SAE e o PE, divergências

metodológicas no ensino da operacionalização da SAE, déficit de conhecimento interdisciplinar do corpo discente.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem como instrumento de implementação do conhecimento teórico-prático

Diante dos relatos dos participantes, ficou perceptível a conceitualização da SAE como meio indispensável à prática das informações compartilhadas em sala de aula. As narrativas possibilitaram interpretar que os acadêmicos compreendem o conhecimento teórico-prático como uma relação fundamental para o exercício profissional de qualidade, como pode ser observado a seguir:

Metodologia que respalda o atendimento do enfermeiro com conjunto de teorias que valorizam a arte de cuidar. (A4).

Onde prestamos a assistência ao paciente, temos que seguir as cinco etapas para que ocorra uma sistematização compreendida, tanto na teoria quanto na prática. (A29).

Ferramenta que organiza e facilita o trabalho/serviço prestado pelo enfermeiro que é baseado em aspectos científicos, teóricos e práticos que permite melhor atendimento ao cliente. (A81).

Em contrapartida, a cultura contemporânea pauta-se em atividades simplificadas e focadas em ações que obtenham resultados em curto prazo, e essa tendência influenciou diretamente o ensino, promovendo a dicotomia entre teoria e prática, baseado em uma formação pedagógica tradicional de um modelo tecnicista (BUSABELLO et al., 2016)

Um estudo de Conceição et al (2017) realizado na Universidade Federal do Pará mostrou que os estudantes de enfermagem entrevistados compreendem a SAE somente sob um ponto de vista teórico, o que reflete a sua visão acadêmica, uma vez que os relatos constroem uma imagem metodológica do processo de enfermagem sem grande vivência com os resultados que essa sistematização pode proporcionar. Esses dados alertam para a grande importância do desenvolvimento das atividades práticas dentro dos cursos de graduação.

Arealização do ensino teórico-prático contribui para o processo de reconhecimento da dinâmica e organização das instituições de saúde e, consequentemente, para a adaptação à rotina da equipe e clientela (MOREIRA et al., 2016) Portanto, as ações e estágios realizados para além das instituições do ensino teórico, podem favorecer relações de trabalho satisfatórias entre a equipe multidisciplinar e os profissionais atuantes nos seus futuros postos de trabalho.

Nesse sentido, pode-se inferir que a SAE se apresenta como um importante instrumento técnico-científico capaz de assegurar a qualidade e a continuidade da assistência de enfermagem, por meio da vivência do aluno nos campos de prática e do estímulo ao raciocínio crítico-reflexivo do mesmo.

Aspectos distintos entre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem

No que se refere ao processo de operacionalização, existe uma dificuldade de diferenciação entre SAE e PE. Ao serem indagados sobre o conceito de SAE, foram feitos os seguintes relatos:

Sistematização composta de cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. (A3).

Conjunto de informações subtraídas do cliente deve-se checar o diagnóstico de enfermagem e posteriormente os cuidados e, se possível, a cura. (A58).

Assistência prestada pelo enfermeiro aos pacientes com as seguintes etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução. (A61).

É possível perceber nos discursos que as definições não estão muito bem esclarecidas no cotidiano da maioria dos estudantes, uma vez que a SAE presume a organização em um sistema que requer um conjunto de elementos, dinamicamente inter-relacionados que organizam o trabalho profissional e torna possível a operacionalização do PE (COMISAE, 2017).

Em contrapartida, Barros et al (2017) acredita que o PE é uma das várias formas de sistematizar a assistência, formado por uma sequência de cinco etapas interdependentes, sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implementação do plano de cuidados e avaliação de enfermagem. Além disso, os mesmos autores afirmam que o PE contribui para a obtenção de informações multidimensionais sobre o estado de saúde e identificação das necessidades humanas básicas afetadas que requerem intervenções de enfermagem, de maneira singular e estendida.

Portanto, apenas conhecer o PE não é suficiente ao profissional de enfermagem. Ele necessita, além do saber teórico, ter a habilidade crítica-reflexiva que o permita criar um conjunto de valores, símbolos e ações a serem executadas, face ao julgamento das informações que foram coletadas e dos protocolos e normas institucionais, para que se possa atuar com qualidade na assistência ao cliente.

Por meio dos relatos, pode-se inferir também que os discentes atribuem à SAE aspectos positivos, como processo de otimização e qualificação do trabalho profissional, concedendo mais visibilidade e autonomia ao enfermeiro, por meio do papel de coordenador do plano de cuidados, como pode ser visto abaixo:

Método que organiza tanto o trabalho profissional quanto pessoal e instrumental, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem, fazendo com que o cuidado prestado seja de qualidade. (A20).

Processo no qual [...] ajudará beneficiando o enfermeiro. (A25).

Uma ferramenta que dá autonomia para a assistência de enfermagem e para o enfermeiro. (A69).

Atividade privativa do enfermeiro que faz com que nossa profissão seja reconhecida

cientificamente e nos ajuda a planejar nossos cuidados. (A83).

Esses dados estão em consonância com uma pesquisa de Carvalho; Barcelos (2017) realizada com enfermeiros que trabalham na unidade de terapia intensiva, os quais relataram que a SAE representa um respaldo assistencial e gerencial, além de ser um instrumento que contribui para a padronização da assistência e, consequentemente, proporciona visibilidade e credibilidade à profissão de enfermagem.

Faz-se necessário destacar a diferença existente entre a SAE e o PE, de modo a esclarecer o papel fundamental do enfermeiro na execução e organização da assistência. De acordo com Soares et al (2015) é notório que a SAE comprehende-se como um método facilitador para a continuidade do cuidado ao cliente, promovendo ainda ao profissional maior autonomia e responsabilização durante a prestação de cuidados, enquanto o PE caracteriza-se como um instrumento norteador da prática profissional de enfermagem.

Divergências metodológicas no ensino da operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem

O desenvolvimento falho da SAE remonta um cenário o qual demonstra que ela é um método, científico, sistemático, cílico e filosófico no cuidado prestado, porém sua falha pode proporcionar um cuidar fragmentado, mecanizado, reducionista e despersonalizado. Acredita-se que um dos motivos da falha no desenvolvimento da sistematização seja o ensino, promovendo uma tradição na reprodução de lacunas educativas e, por vezes, descompromissado com a realidade (CONCEIÇÃO, et al., 2017).

Quando indagados sobre as lacunas do processo ensino-aprendizagem materializadas nas dificuldades enfrentadas na aplicabilidade da SAE e do PE, os acadêmicos relataram o que se segue:

Está na metodologia de ensino, a cada semestre é utilizada uma metodologia diferente de cada professor, causando um conflito e um prolongamento do entendimento e compreensão por parte do acadêmico. (A4).

Em relação à metodologia aplicada para o ensino, infelizmente não se segue uma linha de ensino entre os docentes, ou seja, já nos deparamos como acadêmicos com varias formas diferentes na aplicação da SAE, o que em vez de trazer clareza, produz grande confusão. (A5).

Os professores não falam a mesma linguagem no que diz respeito a SAE, cada um ensina de uma forma diferente, não aceitando a forma ensinada pelo colega. (A7).

Na maioria das vezes os docentes ensinam de uma forma e não chegam a uma única conclusão de ensino gerando um conflito nos alunos de qual forma aplicar na prática. (A8).

Observa-se que as falas dos acadêmicos retratam algumas divergências na metodologia utilizada pelo docente em sala de aula, refletindo a não padronização dos

conhecimentos transmitidos e resultando em um conflito de ideias para os discentes. Essa dificuldade no aprendizado das disciplinas ministradas influencia diretamente o não desenvolvimento da SAE na prática.

Em outro estudo realizado, os acadêmicos disseram encontrar dificuldades na aplicação da SAE e do PE, devido principalmente, à falta de uniformidades de linguagens dos professores e a não utilização do método pelos enfermeiros nos campos de prática. Pode-se dizer que o ensino da SAE, predominantemente é abordado em disciplinas isoladas, e que essa metodologia não favorece a relação em tempo real entre a teoria da sistematização da assistência e a prática interdisciplinar da assistência de enfermagem desenvolvida pelo aluno (MOREIRA et al., 2016).

Os relatos dos discentes sobre os hiatos existentes no ensino da SAE e do PE demonstram exatamente o distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem, percebendo-se a necessidade de mudanças de estratégias e metodologias utilizadas por docentes e instituições de ensino. Além disso, segundo Garcia (2016) só se adere a uma metodologia, quando se reconhece a sua importância, sendo isso fundamental para promover a adesão à sistematização no processo ensino-aprendizagem da assistência de enfermagem.

Algumas possibilidades como o desenvolvimento de projeto de educação permanente para profissionais docentes, a utilização de estratégias que permitam a visualização dos processos cognitivos desenvolvidos pelo aluno e o uso de modelos de raciocínios hipotéticos (simulação, estudos de casos, problematizações, etc.) podem contribuir para a redução das dificuldades existentes nesse processo de ensino (CONCEIÇÃO et al., 2017).

Porém, é notório que para a mudança desta realidade é necessário não somente uma reformulação das práticas docentes, mas que exista um compromisso mútuo dos docentes e das instituições dos campos de prática, para o desenvolvimento de estratégias de ensino e aprendizagem críticas-reflexivas e transformadoras (BUSANELLO et al., 2015)

Déficit de conhecimento interdisciplinar do corpo discente

No que se refere às lacunas existentes no ensino da SAE e do PE, apontaram-se ainda o déficit de conhecimento interdisciplinar por parte dos próprios discentes, como pode ser visto a seguir:

Pouco interesse por parte dos alunos em dominar disciplinas importantes como fisiologia, patologia, bioquímica são fatores contundentes na má aplicação da SAE. (A6).

Por conta da grande quantidade de conteúdos atrelados, algumas deficiências das disciplinas de base com a anatomia humana [...] semiologia e semiotécnica da enfermagem. (A11).

Na insegurança e na falta de conhecimento científico. (A33).

Deficiência da relação das matérias básicas com as matérias clínicas e aplicabilidade

dessas na SAE. (A41).

Domínio de outras disciplinas, interesse dos alunos, dinâmica dos professores. (A51).

Tomando por base os discursos acima, percebe-se que uma das dificuldades dos discentes encontra-se no conhecimento das disciplinas relacionadas à fundamentação teórica para a execução da sistematização. Dessa forma, parece quase impossível a aplicabilidade efetiva da SAE e do PE ocorrer na prática sem que os acadêmicos de enfermagem estejam devidamente preparados, sob o ponto de vista do conhecimento científico e da habilidade prática.

Outros estudos corroboram com os achados, ao mostrarem que os desafios que implicam diretamente no desenvolvimento e concretização da sistematização nas instituições baseiam-se no conhecimento teórico científico insatisfatório, na falta de associação teórica com a prática nos campos institucionais, na quantidade mínima de enfermeiros nos serviços de saúde, o que influencia no não desenvolvimento uniformizado e organizado das etapas do processo, gerando conflito de papéis, falta de domínio teórico para a elaboração da SAE e do PE ou mesmo pouca familiaridade e envolvimento com o mesmo (MOREIRA et al., 2016; ANDRADE; TORRES, 2015).

O déficit de conhecimento científico sobre os aspectos que envolvem o ensino da SAE é o motivo que alicerça a sua operacionalização descompromissada ou a não implementação no futuro mercado de trabalho, ao passo que esse mesmo desconhecimento gera desinteresse e dificulta o desenvolvimento de processos mais flexíveis e dialógicos na perspectiva da interdisciplinaridade na graduação (ANDRADE; TORRES, 2015; GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017)

De posse dessas informações, fazem-se necessários o aprimoramento e o fortalecimento do ensino da SAE e do PE de maneira contínua e organizada, havendo reformulações precisamente básicas, como a realização da capacitação dos docentes, visando adequação de metodologias uniformes entre as disciplinas em todos os períodos da graduação, evitando a segregação do conhecimento e a dispersão do interesse dos acadêmicos (SILVA; GARANHANI; GUARIENTE, 2018; BERLIM et al., 2018).

Portanto, as dificuldades enfrentadas nas disciplinas bases curriculares pelos acadêmicos entrevistados demonstram exatamente o distanciamento entre a teoria e a prática de enfermagem, de modo que as instituições de ensino de graduação são os elementos que devem favorecer a aproximação dos diferentes modos de cuidar, cujos métodos de trabalho devem facilitar a compreensão dos discentes de enfermagem sobre a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem ao longo de sua vida acadêmica e no futuro exercício profissional.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se por meio dessa pesquisa que os acadêmicos reconhecem a importância do ensino e aplicabilidade da SAE e do PE, relacionando-o com o conhecimento teórico-prático durante a graduação para o futuro exercício profissional de qualidade. No entanto, infere-se ainda que existe uma dificuldade de diferenciação, por parte dos discentes, entre a conceitualização e operacionalização da SAE e do PE, o que pode advir das inúmeras falhas na metodologia de ensino utilizada pelos docentes.

Os discentes destacam ainda, alguns aspectos positivos na aplicabilidade da SAE, como a ferramenta que aperfeiçoa e qualifica o trabalho do enfermeiro, concedendo-lhe mais visibilidade, credibilidade e autonomia na prática do cuidado.

Sobre as lacunas existentes no processo ensino-aprendizagem da aplicação da SAE e do PE, evidenciou-se que os conhecimentos transmitidos pelos docentes em sala de aula apresentam falta de uniformidades quanto à metodologia, o que geralmente resulta em conflitos de ideias para os discentes, dificultando o aprendizado e desenvolvimento da prática profissional.

No entanto, também foram apontados os déficits de conhecimento interdisciplinar por parte dos próprios discentes, os quais são expressos na dificuldade de aprendizagem das disciplinas bases fundamentais para a construção e operacionalização da SAE e do PE.

A partir da análise e discussão dos dados, pode-se inferir que os acadêmicos de enfermagem apesar de conhecerem a relevância e as vantagens da aplicabilidade da SAE e do PE para a assistência ao cliente e para o trabalho do enfermeiro, ainda apresentam dificuldades na sua operacionalização devido às lacunas apresentadas no processo ensino-aprendizagem das instituições de cursos de graduação.

Essas lacunas demonstram a necessidade dos docentes de apresentar percepção e observação na execução do processo de ensino, permitindo a construção do saber dos acadêmicos centrado no desenvolvimento de competências e habilidades e na importância da execução e desempenho do método de qualidade dos futuros profissionais de enfermagem.

Pode-se concluir que a participação efetiva dos docentes com domínio teórico e instrumental facilitaria a construção do conhecimento e da aplicabilidade durante o percurso da graduação. Portanto, considera-se urgente a necessidade de adaptação e aprimoramento das técnicas de ensino propostas pelos docentes e pelas instituições, como estratégias fundamentais para a efetiva aplicabilidade da SAE e do PE.

REFERÊNCIAS

CHAVES, L.D. **SAE: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari; 2015.

SILVA, J.P.; GARANHANI, M.L.; GUARIENTE, M.H.D.M. **Sistematização da assistência de**

enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. Rev Gaúcha Enferm. 2014; 35(2):128-34.

SANTOS, A.D.B.; et al. Strategies for teaching learning process in nursing graduate and postgraduate nursing. J Res Fundam Care online [Internet]. 2015 [citado em 20 Mar. 2016]; 6(3):1212- 20. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1604/pdf_1380.

NECO, K.K.S.; COSTA, R.A.; FEIJÃO, A.R. Systematization of nursing care in health institutions in brazil: an integrative review. Rev Enferm UFPE on line [Internet] 2016 [citado em 20 Mar. 2016];9(1):193-200. Disponível em:<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6602>.

ROSENSTOCK, K.I.V.; et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm. 2017; 16(4):727-33.

MOREIRA, V.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: desafios na sua implantação. Revista InterScientia. 2016; 1(3): 60-79.

CONCEIÇÃO, V.M.; et al. Percepções culturais de acadêmicos e enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM. 2017; 4(2):378-388.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

Ministério da Saúde (BR). Sinopses Resultados 2014 Educação Superior- Graduação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>.

BUSANELLO, J.; et al. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. Rev Enferm UFSM. 2016; 3(1):175-84.

Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas, Diretoria de Enfermagem – Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). **Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante).** Curitiba: Hospital de Clínicas; 2017.

BARROS, A.L.B.L.; et al. Processo de enfermagem: guia para a prática. São Paulo: COREN-SP; 2017.

CARVALHO, F.S.; BARCELOS, K.L. Sistematização da assistência de enfermagem: vivências e desafios de enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva adulto. Revista Brasileira de Ciências da Vida. 2017; 5(2): 1-25.

SOARES, M.I.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Esc. Anna Nery. 2015; 19(1): 47-53.

GARCIA, T.R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Esc. Anna Nery. 2016; 20(1): 5-10.

BUSANELLO, J.; et al. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. Rev Enferm UFSM. 2015; 3(1): 175-84.

ANDRADE, D.S.; TORRES, V.P.S. Perspectivas do enfermeiro frente aos cuidados para alívio da dor no paciente terminal oncológico. Persp. online: biol. e saúde. 2015; 19(5): 63-77.

GUTIÉRREZ, M.G.R.; MORAIS, S.C.R.V. **Systematization of nursing care and the formation of professional identity.** Rev Bras Enferm. 2017; 70(2): 436-41.

SILVA, J.P.; GARANHANI, M.L.; GUARIENTE, M.H.D.M. **Systematization of nursing care in undergraduate training: the perspective of complex thinking.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2018; 23(1): 59-66.

BARLEM, J.G.T.; et al. **Burnout syndrome among undergraduate nursing students at a public university.** Rev Latino-Am Enfermagem. 2018; 22(6): 934-41.

CAPÍTULO 5

HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA: CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO

Alessandra Inajosa Lobato

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Jackson Davi Guimarães de Souza

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Jacqueline da Silva Barbosa

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Laryssa Caroline Silva dos Santos

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Mariane Figueira de Almeida

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Amapá. O estudo foi realizado no período de 24 de outubro à 17 de novembro de 2018, e contou com a participação de 18 profissionais distribuídos entre as equipes de enfermagem e limpeza. Parecer de autorização nº 2.952.245.

Resultados: Durante a pesquisa constatou-se que o processo de limpeza e desinfecção da sala operatória foi considerado deficiente devido à vícios adquiridos e falta de orientação aos profissionais envolvidos, resultado este de erros mínimos que poderiam ser evitados através do oferecimento de capacitação por parte dos gestores. **Conclusão:** A limpeza e desinfecção de materiais e dependências da sala operatória é uma das principais medidas para controle e prevenção de infecção no centro cirúrgico. Quando esta é feita de forma inadequada, esses erros acometem riscos e agravos à saúde dos usuários, aumentando a proliferação de microrganismos.

PALAVRAS-CHAVE: Limpeza. Centro cirúrgico. Equipamento de proteção individual. Infecção. Prevenção.

**OPERATING ROOM HYGIENIZATION:
CONTROL AND PREVENTION OF
INFECTION**

ABSTRACT: Background and Objectives: Several factors contribute to the pathogenesis of surgical site infection, including the surgical team, which may be responsible for intraoperative

RESUMO: Justificativa e Objetivos: Vários fatores contribuem para a patogênese da infecção do sítio cirúrgico, entre eles a equipe cirúrgica, que podem ser responsáveis pela contaminação intra-operatória e a forma com que a limpeza da sala é realizada, o que pode resultar em infecção cruzada. O objetivo foi descrever os fatores relacionados à higienização da sala operatória como contribuinte de infecção. **Métodos:** Pesquisa de campo de caráter observacional com abordagem quantitativa e descritiva realizada no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, situado na cidade de Macapá, Estado do

contamination and the way in which the room is cleaned, what can result in cross infection. The objective was to describe the factors related to operative room hygiene as a contributor to infection. **Methods:** Observational field study with a quantitative and descriptive approach performed at the Dr. Alberto Lima Clinical Hospital, located in the city of Macapá, Amapá State. The study was conducted from October 24 to November 17, 2018, and was attended by 18 professionals distributed among the nursing and cleaning teams. Authorization Opinion no 2.952.245. **Results:** During the research, it was found that the process of cleaning and disinfecting the operating room was considered deficient due to the acquired vices and lack of orientation to the professionals involved, resulting in minimal errors that could be avoided through the provision of training by the managers. **Conclusion:** The cleaning and disinfection of materials and dependencies of the operating room is one of the main measures for the control and prevention of infection in the surgical center. When this is done improperly, these errors involve risks and harms to users' health, increasing the proliferation of microorganisms.

KEYWORDS: cleaning. Surgery center. Personal protective equipment . Infection. Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A pesquisa de campo teve caráter observacional com abordagem quantitativa e descritiva utilizada para a construção do presente artigo foi realizada no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (HCAL), situado na cidade de Macapá, Estado do Amapá e aborda os métodos de controle e prevenção de infecção no centro cirúrgico do referido hospital. A sala operatória (SO) do hospital é uma unidade especial que requer um ambiente relativamente limpo. A concentração microbiana de uma SO interna influencia extrinsecamente as taxas de infecção do sítio cirúrgico. (SHAW, et al, 2018, p. 1).

Por se tratar de um setor crítico, é necessária a atenção ao realizar a higienização da sala operatória com técnicas e normas preconizadas, pois a infecção do sítio cirúrgico é a principal causa de complicações pós-operatórias no paciente. Desta forma surgiu a questão problema da pesquisa. A higienização deficiente da sala operatória contribui de que forma para uma infecção cirúrgica?

Observamos que vários são os fatores que contribuem para a infecção do sítio cirúrgico (SC), entre eles a equipe cirúrgica, que podem ser responsáveis pela contaminação intra-operatória e a forma com que a limpeza da sala é realizada, o que pode resultar em infecção cruzada. Esses fatores, se não combatidos com a higienização das dependências da sala, fluxo de pessoas na SO, sistema de ventilação e paramentação da equipe, torna os clientes dos serviços de saúde mais vulneráveis a adquirir infecção.

O manejo da SO do hospital inquestionavelmente influencia a taxa de infecções

da incisão cirúrgica, e um bom programa de gerenciamento de enfermagem reduz com sucesso a taxa de infecção hospitalar adquirida. (YUANYUAN, et al, 2017, p. 55).

Levando em consideração o exposto, como relevância social, esta pesquisa visa contribuir para que a sociedade tenha acesso a um serviço de saúde de alta complexidade sem complicações relacionadas a infecções. Como relevância acadêmica visa ampliar o conhecimento dos enfermeiros em formação sobre formas de prevenção de infecção e os conscientizar em relação ao uso de métodos e equipamentos de proteção individual (EPI's). E em âmbito de relevância científica visa servir como base de dados em relação à execução de técnicas de limpeza no HCAL e o conhecimento dos profissionais sobre a importância das mesmas, enriquecendo futuras pesquisas científicas sobre a temática abordada.

De acordo com estas informações, o presente artigo tem como objetivo descrever os fatores relacionados à higienização da sala operatória como contribuinte de infecção destacando suas deficiências e os riscos que a equipe oferece para a incidência de infecção, relacionando as técnicas preconizadas pela Anvisa com a conduta dos profissionais.

2 | METODOLOGIA

Este manuscrito foi redigido baseado na pesquisa de campo de caráter observacional com abordagem quantitativa e descritiva realizada no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, situado na cidade de Macapá, Estado do Amapá realizado no período de 24 de outubro à 17 de novembro de 2018 onde foram observados os métodos utilizados pela equipe de higienização da sala operatória, composta por 29 profissionais distribuídos entre vinte e três técnicos e cinco agentes de limpeza e a observação dos cinco profissionais enfermeiros. A pesquisa obedeceu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, não recebeu financiamento para a sua realização e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Do Amapá (UNIFAP) através do parecer nº 2.952.245.

O setor é composto por cinco salas de cirurgia que comportam as classificações de cirurgias de pequeno, médio e grande porte, realizando atendimento cirúrgico 24h por dia e durante os sete dias na semana. Participaram do estudo quatorze profissionais da equipe de enfermagem, dentre estes três enfermeiros e onze técnicos de enfermagem, e quatro profissionais da equipe de limpeza. A desinfecção dos materiais e equipamentos da sala é feita por técnicos de enfermagem e a higienização das dependências é realizada pela equipe de limpeza.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram dois questionários estruturados construídos pelos pesquisadores. Os questionários desenvolvidos foram utilizados para a obtenção de dados com participantes da pesquisa, o primeiro

direcionado aos profissionais da equipe de enfermagem composto por quatorze questões fechadas e o segundo direcionado à equipe de limpeza da sala operatória compostas por quatorze questões fechadas.

A etapa observacional que foi realizada através da observação feita pelos pesquisadores antes, durante e após procedimentos cirúrgicos e de limpeza, com intuito de confirmar as informações relatadas nos dois questionários descritos anteriormente.

Os dados coletados foram analisados através do Microsoft Excel 2010, o conhecido aplicativo padrão de planilha eletrônica que permite realizar facilmente cálculos e recálculos de dados usando várias funções e fórmulas integradas, pois o mesmo permite uma boa análise de informações obtidas através de questionários estruturados. (MORIARTY; HELD; RICHARDSON, 2018, p. 9).

3 | RESULTADOS

O estudo foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2018, e contou com a participação de dezoito profissionais, dentre estes três enfermeiros, onze técnicos de enfermagem e quatro profissionais da equipe de limpeza.

Foram observados oito procedimentos cirúrgicos com seus respectivos procedimentos de higienização durante os turnos matutino e vespertino e duas limpezas terminais que, no setor, são realizadas semanalmente aos sábados. Obtiveram-se dezoito questionários preenchidos pelos participantes, que serão apresentados e discutidos a seguir de acordo com o observado pelos pesquisadores: Os gráficos 1 e 2 estão relacionados às informações obtidas com o questionário destinado à Equipe de Enfermagem.

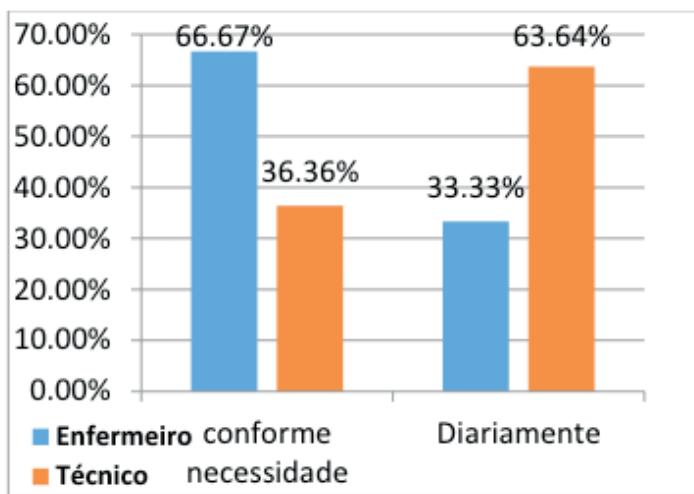


Gráfico 1 – Processo de limpeza e descontaminação de materiais.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Com relação ao processo de limpeza e descontaminação em materiais

presentes na SO, resultou-se que 66,67% dos enfermeiros consideram que estes materiais devem ser descontaminados conforme necessidade, ressaltando que a referida necessidade é conforme cada procedimento cirúrgico realizado, e 63,64% dos técnicos consideram que este processo deve ser realizado diariamente.

Quando questionados sobre seu conhecimento relacionado as dependências do setor 66,67% dos enfermeiros afirmaram comportar apenas cirurgias de grande porte e 54,55% dos técnicos de enfermagem concordam que o setor tem capacidade para todos os portes de cirurgia.

Apesar do resultado obtido, observou-se que o setor comporta salas para todas as complexidades cirúrgicas, evidenciando falta de atenção ou conhecimento da parte dos profissionais enfermeiros, diante da tarefa de preenchimento do questionário utilizado.

No questionamento referente ao acompanhamento do processo de limpeza da SO, a resposta foi unânime, 100% dos profissionais da equipe alegaram acompanhar o processo de limpeza e desinfecção da SO e participar dos quatro tipos de cirurgia (limpa, contaminada, potencialmente contaminada, e infectada) durante sua prática profissional, realizando a limpeza concorrente a cada procedimento cirúrgico utilizando o material recomendado para a atividade.

No que se refere à supervisão de profissionais enfermeiros durante o processo de higienização da SO, não foi constatada sua presença em nenhum momento durante o período observational da pesquisa.

A limpeza concorrente foi observada pelos pesquisadores apenas após 75% dos procedimentos cirúrgicos realizados, os 25% não observados justifica-se por relato dos profissionais do setor presentes após o ato cirúrgico alegando não ser necessária, visto que o procedimento realizado não produziu “sujidade o suficiente”.

Para a realização da limpeza concorrente observou-se que os profissionais utilizam materiais preconizados pela Anvisa, sendo estes álcool 70% e compressas estéreis, que são descartadas juntamente com materiais infectantes da cirurgia realizada anteriormente.

Quando questionados ao tempo necessário para o processo de higienização da sala operatória, o resultado foi unânime por parte dos enfermeiros, onde 100% apontaram ser necessário um tempo menor que 30 minutos para sua realização. Já 54,55% dos técnicos de enfermagem concordaram a necessidade de até trinta minutos para tal procedimento.

Através da observação feita pelos pesquisadores no quesito higienizações da SO entre cirurgias por técnicos de enfermagem, 100% foram performadas em tempo inferior a 30 minutos com uma média compreendida entre 5-15 minutos, porém identificou que sua eficácia fica comprometida por não executarem a higienização de materiais importantes que eventualmente foram contaminados com material biológico, como o foco cirúrgico ou até mesmo a mesa de cirurgias, tal observação foi identificada em 25% das higienizações realizadas.

Ao serem questionados quanto a composição da equipe de limpeza da SO, identificou-se que 54,55% dos enfermeiros e técnicos de enfermagem visam ser apenas dois profissionais que realizam a limpeza da SO e 45,45% distribuem-se entre três ou mais profissionais.

Evidencia-se através da resposta que houve uma dificuldade de interpretação ou falta de interação entre as equipes de enfermagem e limpeza, pois o que ficou claro é que o quantitativo de profissionais nesta atividade está preenchido apenas por membros da equipe de enfermagem. Suprimindo assim a necessidade da equipe de limpeza durante este processo.

Conforme a observação dos pesquisadores, a limpeza e desinfecção da sala operatória foram em sua totalidade, realizada por dois técnicos de enfermagem e um agente da equipe de limpeza. A remoção de materiais utilizados na cirurgia e a desinfecção de equipamentos da sala é responsabilidade dos membros da equipe de enfermagem, já a limpeza das dependências do local é realizada por agentes da equipe de limpeza.

No que diz respeito ao conhecimento de materiais e equipamentos utilizados pela equipe de limpeza para o processo de higienização da SO, o percentual de conhecimento obtido foi alto 100% dos enfermeiros e 72,73% dos técnicos de enfermagem afirmam conhecer, porém 27,27% dos técnicos referem não ter conhecimento sobre o material utilizado pelos agentes de limpeza.

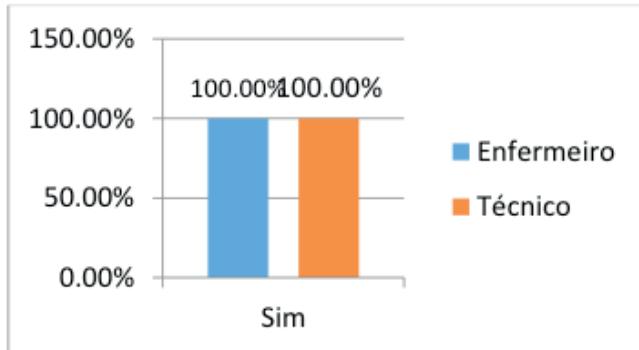


Gráfico 2 – Utilização de EPIs recomendados pela ANVISA.

Fonte: elaborado pelos autores.

No que concerne à utilização de EPIs recomendados, 100% dos profissionais alegaram utilizá-los de forma correta e relacionado à frequência com que é realizada lavagem das mãos, houve um resultado positivo por parte dos entrevistados que afirmaram realizá-la a cada procedimento, tendo em vista que esta técnica junto com a utilização dos EPIs é uma das mais importantes na proteção e prevenção de contaminação.

Porém, em 100% dos procedimentos observados, os profissionais que assumiram o papel de circulante não possuem o hábito de utilizar luvas ao puncionar pacientes, manusear materiais estéreis e equipamentos, e durante o auxílio de

procedimentos importantes como a anestesia. Ressaltando que os mesmos mantêm contato constante com aparelhos eletrônicos de uso pessoal.

Quando questionados sobre a capacitação destinada ao processo de limpeza realizado na SO, 66,67% dos enfermeiros e 54,55% dos técnicos de enfermagem relatam não ter participado de tal atividade em seu tempo de atuação no setor.

Quanto ao curso relacionado às normas e rotinas do setor, 100% dos enfermeiros e 63,64% dos técnicos referem ter participado antes de iniciar sua atividade no local de pesquisa.

Com relação ao conhecimento do índice de infecção gerado no setor 66,67% dos enfermeiros e 90,91% dos técnicos denotam nunca ter recebido qualquer informação relacionada a esta pauta.

Os gráficos 3 e 4 estão relacionados às informações obtidas com o questionário destinado à Equipe de limpeza.

Para analisar o conhecimento dos agentes de limpeza em relação à classificação de áreas hospitalares e tipos de limpeza realizadas no setor, foi solicitado que fizessem a correlação de colunas com relação à temática, alcançando um resultado satisfatório no qual 70% dos agentes de limpeza demonstraram conhecimento.

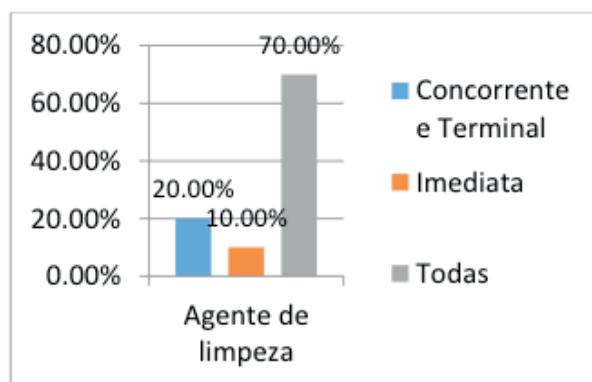


Gráfico 3 – Tipos de limpeza realizadas no HCAL

Fonte: elaborado pelos autores.

Salienta-se que, na percepção de 70% dos agentes de limpeza, todos os tipos de limpeza são realizados no setor, 20% alegam que são realizadas apenas as limpezas concorrente e terminal e 10% afirmam que apenas a limpeza imediata é realizada. Quando questionados sobre a frequência da limpeza terminal, 70% dos agentes referiram que é realizada semanalmente e 30% que é realizada diariamente após o término da programação de cirurgias, alegando ainda que 60% dos agentes deixam o carrinho de limpeza na entrada da sala operatória e 40% dos técnicos o posicionam no corredor.

Já sobre a frequência ou definição de horário da limpeza de áreas semicríticas, 80% alegaram que as limpezas têm horário definido e 20% afirmaram que não há horário específico para sua realização.

As limpezas terminais observadas foram executadas aos sábados no período matutino, com a participação de 4 agentes de limpeza e 3 técnicos de enfermagem, tendo como tempo de execução 5 horas distribuídas entre todas as dependências do bloco cirúrgico, utilizando materiais e técnicas recomendadas pela ANVISA.

Sobre a limpeza de áreas críticas 100% dos agentes relataram que sua frequência é realizada conforme necessidade, considerando como a necessidade os intervalos entre cada procedimento cirúrgico realizado, sendo que destes, 80% alegam haver horário definido e 20% afirmam não haver horário específico para a referida limpeza. Durante a pesquisa não se observou a definição de horário referida pelos profissionais.

Em relação ao consumo de alimentos dentro da sala operatória 100% dos agentes de limpeza referem nunca haver presenciado tal situação, visto que poderia comprometer negativamente a esterilidade do ambiente.

Quando questionados em relação ao protocolo de higienização, 30% dos agentes de limpeza alegaram não saber da existência do mesmo e 70% afirmaram que o setor possui protocolo de higienização.

Porém, durante o período da pesquisa, os pesquisadores não tiveram qualquer acesso ou informações consistentes sobre o uso do mesmo na rotina do setor.

No que diz respeito à capacitação antes de serem alocados para desempenhar atividades no setor, 70% dos agentes de limpeza disseram que foram capacitados e 30% disseram que não foram capacitados e desenvolveram seu conhecimento em relação a higienização da sala operatória na sua prática profissional.

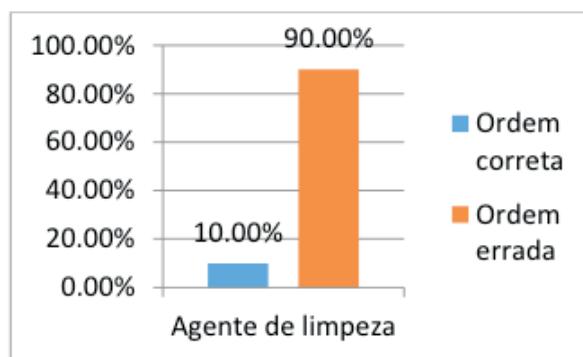


Gráfico 4 – Ordem em que se realiza a limpeza.

Fonte: elaborado pelos autores.

Quando solicitado que ordenassem o processo de limpeza realizado na SO, 90% dos agentes de limpeza enumeraram a ordem de forma incorreta e apenas 10% conseguiram ordenar de forma correta. Foi alegado pelos agentes o desconhecimento da ordem de limpeza utilizada por membros da equipe de enfermagem.

4 | DISCUSSÕES

Para Carvalho; Bianchi (2016) “O Centro cirúrgico (CC) é apontado como reservatório de microrganismo nos serviços de saúde, especialmente dos multirresistentes; portanto, processos inadequados de limpeza e desinfecção de superfícies podem disseminar os mesmos, colocando em risco a segurança dos pacientes e dos profissionais”.

Estudos evidenciam que o ambiente, entre outros fatores, desempenha um papel importante na cadeia de transmissão, uma vez que agentes microbiológicos têm a capacidade de sobreviver por períodos prolongados em superfícies inanimadas. (VÉLIZ, et al, 2018, p 89).

Corroborando com Gráfico 1 de resultados obtidos com a pesquisa, o autor a seguir descreve que a limpeza e desinfecção são elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções e mantém a segurança do ambiente, pois se bem executadas reduzem o número de microrganismos patogênicos existentes. Logo, é necessário analisar o combate das infecções hospitalares por um novo aspecto, considerando o ambiente como causador e as equipes que executam a higienização como responsáveis para um controle efetivo das infecções no serviço hospitalar. (CARNEIRO; DE ANDRADE, 2017, p. 5).

Segundo OSHINO; HERING; CARVALHO (2015) “O CC, por ser uma área crítica do hospital, requer tipos específicos de limpeza relacionados ao instante de funcionamento das SO. Dessa forma, a limpeza preparatória, ou de manutenção, é realizada antes do início da primeira cirurgia do dia; a limpeza imediata é feita no ato cirúrgico; a limpeza concorrente é executada ao final de cada procedimento cirúrgico; e por fim, a limpeza terminal, que acontece diariamente ou semanalmente, dependendo da rotina hospitalar”.

Diante disto, a equipe responsável por esta função deve ser capacitada, a fim de obter conhecimento sobre os tipos e portes cirúrgicos para realização de um trabalho eficaz e de qualidade, pois o tempo de limpeza e preparo da sala (TLPS), como ressalta um estudo realizado no CC do Hospital Escola no interior de São Paulo, onde constatou-se que a média do TLPS foi menor nas cirurgias de porte 1, aumentando progressivamente nos portes 2, 3 e 4. (AVILA, et al, 2014, p. 135).

Os dados obtidos na pesquisa com relação à quantidade de profissionais e conhecimento de materiais utilizados para limpeza da SO foi negativo, pois observou-se que não há uma interação entre as equipes de enfermagem e limpeza que devem trabalhar em conjunto, cabendo aos enfermeiros estabelecer vínculo entre as referidas equipes, levando informações acerca dos procedimentos e comportamentos adotados pelas mesmas para que não haja riscos de infecção por falta de informação ou conhecimento.

Como explica os autores: Silva (2017); Santo, et al (2015) do estudo acerca dos

saberes e práticas dos profissionais do centro cirúrgico, afirmando que:

A atuação da equipe de enfermagem, nesse cenário, é muito importante, por ser a classe profissional que geralmente acompanha o paciente em todo o período perioperatório, sendo responsável pela correta higienização da SO e pelo serviço de vigilância epidemiológica e comissão de controle de infecções relacionadas à assistência de saúde (IRAS). Os enfermeiros, em particular, desempenham um papel significativo neste âmbito, uma vez que são os profissionais que permanecem em contato com membros das equipes do CC e supervisionando a prestação de cuidados à pacientes, assim como o bom funcionamento do setor, coordenando outros profissionais.

Indubitavelmente, outro ponto a ser ressaltado em relação à pesquisa é o conhecimento dos participantes em relação ao índice de infecção do setor, pois a maioria dos entrevistados da equipe de enfermagem declara não ter conhecimento acerca destes dados. Como afirma o autor a seguir sobre a necessidade da implantação de medidas eficazes para prevenção e promoção de infecções, começando pela necessidade da estimativa de dados.

Para Santos, et al, (2015) “Grande parte das infecções de sítio cirúrgico podem ser evitadas através de intervenções mínimas; sendo a vigilância e empenho multidisciplinar um ponto importante, pois quanto mais conhecidos, estudados e divulgados os fatores de risco e de proteção, maiores as chances de redução dos índices de infecção do sítio cirúrgico”.

Uma destas intervenções seria a utilização correta dos EPI's, tais como luvas e gorros, visto que, durante o estudo, várias oportunidades de usá-los não foram aproveitadas por alguns participantes, que manuseavam materiais e realizavam procedimentos invasivos nos pacientes sem estes equipamentos de proteção.

Como afirma o autor do estudo realizado na cidade de Gwalior, na Índia, evidenciando que a maioria dos problemas relacionados com a saúde deve-se ao estilo de trabalho dos funcionários. Embora diferentes doenças possam ser evitadas pelo uso adequado de EPI's, apenas 20,48% dos funcionários estavam usando EPI's e nenhuma medida de proteção é adotada para minimizar tais incidentes. (MANZOOR; SHARMA, 2018, p. 1124).

De acordo com os objetivos propostos pela pesquisa, destaca-se o risco que a equipe oferece para o paciente durante o processo de higienização da SO diante de erros mínimos e cruciais, como a utilização deficiente dos EPI's em algumas partes do processo e a falta de execução da limpeza imediata, visto que material biológico disperso no piso durante o ato cirúrgico contribui para a disseminação de microrganismos e, consequentemente, aumenta o risco de infecção.

Diante dos resultados obtidos, observou-se a necessidade de a instituição prestar uma atualização e capacitação destinada aos profissionais em relação à limpeza, normas e rotinas do setor. Assim como supervisão do processo de higienização por parte do profissional enfermeiro, que não foi observada durante o período de pesquisa, apesar de ser de conhecimento comum como algo imprescindível para o

bom funcionamento da atividade e eliminação de erros cometidos, em sua maioria, por vícios adquiridos durante o tempo de atuação no setor.

REFERÊNCIAS

AVILA, Marla Andréia Garcia de et al. Tempo de limpeza e preparo de sala: relação com o porte cirúrgico e perspectivas profissionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p. 131-139, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42525>

Carvalho R, Bianchi ERF. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação** 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2016. Capítulo.6, Precauções para controle e prevenção de infecção no Centro Cirúrgico e limpeza do ambiente; p 115.

CARNEIRO, Jéssica Teixeira; DE ANDRADE, Robinson Moresca. ANÁLISE DO PROCESSO DE LIMPEZA UTILIZADO PELA EQUIPE DE HIGIENIZAÇÃO PARA O CONTROLE DA INFECÇÃO HOSPITALAR. **Revista de Inovação, Tecnologia e Ciências**, v. 1, n. 1, 2017.

MANZOOR, Javid; SHARMA, Manoj. Health Risk Factors and Working Conditions among Employes of Hospitals and Nursing Homes: A Case Study of Gwalior. **Iranian Journal of Health, Safety and Environment**, v. 5, n. 4, p. 1122-1127, 2018

MORIARTY, Brian; HELD, Bernd; RICHARDSON, Theodor. **Microsoft Excel Functions and Formulas**. Stylus Publishing, LLC, 2018. Introdução,p.21

SILVA, Cidália Maria de Sousa. **Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infecção por microrganismos multirresistentes**. 2017. Dissertação de Mestrado.

SANTOS, Gabriela do Carmo et al. Incidência e fatores de risco de infecção de sítio cirúrgico: revisão integrativa. 2015.

SHAW, Ling Fu et al. Factors influencing microbial colonies in the air of operating rooms. **BMC infectious diseases**, v. 18, n. 1, p. 4, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2928-1>

VÉLIZ, Elena et al. Importancia del proceso de limpieza y desinfección de superficies críticas en un servicio dental. Impacto de un programa de intervención. **Revista chilena de infectología**, v. 35, n. 1, p. 88-90, 2018. <http://dx.doi.org/10.4067/s071610182018000100088>

YUANYUAN, C. H. E. N. et al. Nursing project management to reduce the operating room infection. **Iranian journal of public health**, v. 46, n. 2, p. 192, 2017.

YOSHINO, Sandra Terumi; HERING, Ana Cristina Cardoso; CARVALHO, Rachel de. Implantação de um serviço de limpeza terminal a vapor em salas operatórias. **Rev. SOBECC**, v. 20, n. 2, 2015. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201500020008>

CAPÍTULO 6

O ENFERMEIRO E O PROCESSO GERENCIAR NA CIDADE DE PAU DOS FERROS

Andressa de Sousa Barros

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Laise Lara Firmo Bandeira

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Maria Valéria Chavez de Lima

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Thaina Jacome Andrade de Lima

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Rodrigo Jácob Moreira de Freitas

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Diane Sousa Sales

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Palmyra Sayonara Góis

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

Keylane de Oliveira Cavalcante

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Departamento de Enfermagem – DEN, Pau dos Ferros – Rio Grande do Norte

RESUMO: **Introdução:** O trabalho de enfermagem baseia-se predominantemente na assistência e na gerência. Diante disso o enfermeiro necessita desenvolver habilidades e competências para realizar as funções gerenciais. É inegável a importância desses enfermeiros habilidosos e competentes em Unidades Básicas de Saúde e em cargos de coordenação de planejamento de atenção básica. **Objetivo:** No presente artigo propõe-se demonstrar como o enfermeiro se apropria do processo de gerenciar, no seu processo de trabalho, assim como identificar como esses se articulam com os instrumentos da gerência em seu serviço. **Métodos:** Trata-se de um artigo descritivo-analítico, que foi desenvolvido a partir da articulação de saberes adquiridos por uso de referenciais bibliográficos, captações de realidade e uso de entrevistas semiestruturadas.

Resultados: Os gerentes analisados admitem ter dificuldades em atividades de gerência, e afirmam fazer uso de instrumentos como, planejamento, organização, coordenação e controle. **Considerações Finais:** Evidenciou-se a relevância da gerência no serviço de assistência em saúde, e a importância da preparação dos enfermeiros para atuarem como gerentes, destacando a necessidade de expansão de especializações na área na região.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Gestão em saúde; Atenção primária à saúde; Instrumentos

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde, se diferencia dos demais, pois não gera um produto ou bem de consumo, assim como a maioria dos demais trabalhos. Devido à isso, é necessário uma busca pela excelência na qualidade do serviço prestado, pois uma vez que o produto não sai como desejado, não se pode substituí-lo, como por exemplo em fábricas, pois ao mesmo tempo que o trabalho está sendo produzido, esse está sendo consumido (FELLI, PEDUZZI, 2005).

Dessa forma com o intuito de minimizar os erros, a enfermagem faz uso do seu processo de trabalho, e busca a partir dele a excelência no trabalho. O processo de trabalho em enfermagem é composto por quatro pilares, o assistir/intervir, o ensinar/aprender, o investigar e o gerenciar. Todos esses processos são fundamentais para a execução da força de trabalho em enfermagem, e fazer uso de um deles não despreza os demais, pois esses se articulam e alguns são indissociáveis (SPAGNOL, 2005).

Diante disso Almeida (2014) defende que o trabalho do enfermeiro se baseia predominantemente na assistência e no processo de gerenciar, e este precisa ter conhecimentos sobre as competências e habilidades necessárias para desenvolver as funções gerenciais. Além disso o autor destaca que para que os resultados sejam positivos na gerência, deve-se fazer uso dos instrumentos gerenciais, que são: Planejamento, organização, coordenação e controle.

Os instrumentos e ferramentas do processo de gerenciar se fazem necessários pois a partir do planejamento, organização, coordenação e controle, por exemplo, aumentam as chances de alcançar metas, auxilia o processo de tomada de decisões, e oferece subsídio para fazer a gestão de pessoas (PERES; CIAMPONE, 2006).

Além dos instrumentos citados, os enfermeiros também podem fazer uso de outros meios como a comunicação, a liderança, a gerência de conflitos, negociação, gerenciamento de equipe, motivação da equipe, administração do tempo, a força de trabalho, equipamentos, materiais, instalações e os demais conhecimentos administrativos como ferramentas gerenciais (FELLI, PEDUZZI, 2005).

O autor Greco (2004), conceitua a função gerencial como um instrumento capaz de técnica e politicamente, organizar o processo de trabalho, objetivando torná-lo produtivo e mais qualificado na assistência de enfermagem integral, igualitária e universal.

Devido as competências e habilidades, e seu histórico de formação, o enfermeiro torna-se o profissional mais adequado para realização de funções gerenciais, em unidades de saúde. Portanto, a função gerencial desenvolvida pelos enfermeiros, torna-se de extrema relevância no serviço, no que diz respeito a sua organização, sendo instrumento para concretização de políticas de saúde (AGUIAR, 2013).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) define que a função gerencial

está contida no trabalho do enfermeiro, e caracteriza como sendo uma ferramenta indispensável que auxilia na rotina dos serviços, e no alcance das expectativas do mercado de trabalho, majoritariamente adentrando as perspectivas para consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL 2001).

Além desses instrumentos e meios, a gerência também se apropria das teorias administrativas científica, clássica, das relações humanas, e burocrática. A teoria científica relacionada a divisão do trabalho e de tarefas; a clássica evidenciando a organização, o controle e a supervisão do processo de trabalho. Já a das relações humanas relacionada a habilidade de liderança e da comunicação informal; e a burocrática associada a comunicação formal, especialização, rigidez de normas e regras (CHIAVENATO, 1987).

Fica evidente, empiricamente, a presença das características de todas essas teorias administrativas na prática do trabalho da enfermagem, como um meio para gerência e a organização dos serviços de saúde, e ambas apresentam pontos positivos de acordo com a realidade e a necessidade dos serviços.

Considerando que o trabalho do enfermeiro, em sua maior parte, necessita do desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a gerência, é inegável a necessidade dos enfermeiros compreenderem como esse processo se dá e qual a sua importância, trazendo reflexões que reverberam na prática assistencial e também administrativa.

Desse modo, o estudo objetiva descrever como o enfermeiro se apropria do processo de gerenciar, no seu processo de trabalho na atenção básica. Como objetivos específicos: Descrever como os enfermeiros se articulam com os instrumentos da gerência em seu serviço; Identificar a aplicação das teorias administrativas nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo, é um artigo descritivo-analítico, que foi desenvolvido a partir da articulação de saberes adquiridos por uso de referenciais bibliográficos, captações de realidade e uso de entrevistas semiestruturadas.

As pesquisas descritivas permitem observações objetivas e diretas, apresentando descrição analítica. Diante disso o uso de entrevista semiestruturada é a técnica de coleta de informações, permitindo colher opiniões dos entrevistados para posterior análise (TOMAS; NELSON, 1996).

Foram realizadas duas captações de realidade na cidade de Pau dos Ferros no Rio Grande do Norte, sendo uma em uma Unidade Básica de Saúde, e outra na Secretaria Municipal de Saúde. Ambas foram realizadas com enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada com dois enfermeiros, uma do sexo feminino, que estava responsável por uma Unidade Básica de Saúde, e por um enfermeiro responsável pela gestão de planejamento da atenção básica do município, na

SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde). As informações foram coletadas, com uso de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros.

Foram usados quatorze referenciais bibliográficos, encontrados a partir de bases de dados com *Scielo*, *Pubmed*, BVS e LILACS, no período do mês de abril de 2019, com uso dos descritores: Enfermagem, Gestão em saúde, Atenção primária à saúde, Instrumentos Gerenciais.

RESULTADOS

Realidade Da UBS

A primeira captação realizada foi em uma unidade básica de saúde na cidade de Pau dos Ferros-RN, uma do interior do Rio Grande do Norte que tem aproximadamente 31.000 mil habitantes, mas considerada de grande importância para o estado do RN devido a prestação de serviços do setor saúde e educação superior (DANTAS, 2015).

A unidade é dirigida por um diretor, e possui uma equipe da Estratégia da Saúde da Família. A UBS Possui organogramas para os serviços que são prestados na unidade que fica exposto no quadro de avisos e possui todos os horários de atendimentos dos diversos profissionais que atuam no serviço. De acordo com o organograma, alguns profissionais atendem por livre demanda e outros necessitam de pré-agendamento, como é o caso da enfermeira que tanto atende agendamento quanto por livre demanda.

Com relação ao fluxo dos usuários dentro da UBS, inicialmente os usuários direcionam-se para a recepcionista, sendo um atendimento que já foi pré agendado ela verificará no sistema seus dados e incluirá/ confirmará no atendimento do dia, o encaminhará ao setor do atendimento e então é só aguardar para ser atendido pelo profissional, que já agendará o próximo atendimento.

Mesmo contando com um organograma pré estabelecido e trabalhando com pré-agendamento na maioria dos atendimentos, foi relatado que com a falta de algum dos usuários agendados é realizado o atendimento por demanda espontânea mesmo que ultrapasse o total de consultas previamente estabelecidas com o intuito de aproveitar a vinda desse usuário ao serviço, entendendo que em caso de negativa de atendimento o mesmo não compareça mais ao serviço.

Com relação ao uso de protocolos, a enfermeira relatou que na UBS se faz uso de vários protocolos e citou alguns como o protocolo de tratamento de Hanseníase, o protocolo de tratamento de tuberculose, protocolos para tratamento de ISTs, fichas de notificação, dentre outros.

Quando perguntada sobre a existência de algum aspecto burocrático em seu trabalho, a mesma afirmou que a burocracia perpassa todo o trabalho na UBS, principalmente no seu trabalho, citando os vários papéis que tem que preencher para um único atendimento, mesmo enfatizando que com a utilização do prontuário eletrônico tenha diminuído a utilização de papéis e otimizado o desenvolvimento do

trabalho do profissional enfermeiro assim como dos outros que atendem na unidade.

Segundo a enfermeira, semanalmente é realizada reunião com toda a equipe da UBS, com o objetivo de realizar planejamento para o funcionamento da unidade, estabelecimento de metas a serem cumpridas como também para analisar os trabalhados desenvolvidos na semana anterior e refletindo sobre os dados colhidos a partir da produção dos profissionais.

A enfermeira da unidade é a responsável pela supervisão do trabalho da equipe de enfermagem, a mesma enfatiza que a supervisão por ela exercida não diz respeito só a produção, alcance de metas, mas está relacionado com o desenvolvimento de todo o processo de trabalho visando uma assistência ao usuário de qualidade.

No dia da captação o diretor da unidade não estava presente por motivos superiores, mas a enfermeira ao ser questionada sobre as atribuições do diretor e como ela enxergava a figura do diretor, a mesma afirmou que via o diretor como um facilitador do trabalho na UBS, que ele estava sempre preocupado em como organizar a UBS e os funcionários para que os trabalhos fossem desenvolvidos da melhor forma possível, sempre atento para que os recursos materiais sempre estivessem disponíveis. Segundo a mesma ele não administrava com autoritarismo, que era muito aberto ao diálogo, como já citado anteriormente um facilitador do trabalho.

Realidade Da Coordenação De Planejamento Da Atenção Primária

A segunda captação foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde com o coordenador de planejamento da atenção primária em saúde, que na data da captação estava há menos de 2 meses no cargo, segundo o mesmo, ainda estava em processo de adaptação e entendimento do que era o cargo, pois em sua percepção inicial era mais focado em atender a gestão, com foco em ações mais gerais como o desenvolvimento de conferências, construção de instrumentos de gestão como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, dentre outros.

Diante da especificidade do cargo, o coordenador cita que não se considera totalmente preparado devido ao pouco tempo citado de ocupação, mas que a sua formação como enfermeiro o instrumentaliza para o cargo, pois o mesmo tem um viés político, existem muitos conflitos de interesse e que ele utiliza de todos os instrumentos de gerenciar na realização de seu trabalho.

Com relação aos instrumentos de gerenciar que são utilizados pelo coordenador da atenção primária em saúde o entrevistado citou a negociação na resolução de conflitos, a supervisão e a liderança visto que ao coordenar toda a atenção primária em saúde ele exerce a supervisão e consequentemente a liderança, fazendo uso principalmente do tipo de liderança democrática, ficando os outros tipos de liderança para momentos específicos que as exijam.

A comunicação como instrumento do processo gerenciar é de extrema importância para o desenvolvimento do trabalho em saúde, e na realidade da coordenação atenção

primária em saúde não é diferente, inclusive a secretaria Municipal de Saúde está desenvolvendo um projeto intitulado “A Secretaria se conhecendo” com o intuito de aproximar mais os profissionais que ali trabalham e facilitar a comunicação interna, além de tornar conhecido as atividades desenvolvidas por cada setor dentro da Secretaria.

Apesar de utilizar todos os instrumentos gerenciais no desenvolvimento de seu trabalho, o planejamento é o que prevalece visto que existem metas a serem atingidas, as metas compactuadas pelo Ministério da Saúde e as metas municipais. portanto para o alcance de tais metas é crucial planejar para que se tenha um melhor desempenho com elevada eficácia e eficiência. Lembrando que o planejamento perpassa por todo o processo gerencial do coordenador da atenção primária em saúde quando se realiza o planejamento diário ou o planejamento de longo prazo materializado no Plano Municipal de Saúde.

Quanto à educação permanente foi relatado que a mesma acontece através de cursos esporádicos, em sua maioria online, sendo em sua maioria desvinculados da realidade do serviço de saúde no qual o profissional está inserido. Diante dessa realidade a Secretaria está com uma proposta para realizar educação permanente na forma presencial para os profissionais com o intuito de ressignificar a educação permanente e garantir mais adesão profissional.

O entrevistado da atenção primária em saúde ressaltou a importância do trabalho em equipe, segundo o mesmo o trabalho coletivo é quem faz o trabalho em saúde andar. As reuniões com as equipes de saúde não acontecem em datas pré-estabelecidas e sim quando surge uma necessidade a equipe se reúne.

Em síntese, o coordenador relatou existir alguns entraves como por exemplo os conflitos de interesse em decorrência do viés político do cargo, a comunicação falha, o percurso burocrático, que na maioria das vezes congestionava o fluxo do serviço e a necessidade de dedicação integral ao cargo. Quanto aos pontos positivos ressalta a parceria com a secretaria de saúde, que sempre está aberta ao diálogo, exercendo uma liderança democrática.

DISCUSSÃO

A atividade profissional do enfermeiro é norteada por quatro atividades essenciais: assistir/intervir, gerenciar, ensinar/aprender e pesquisar. Apesar de ser quatro processos distintos, eles não acontecem de forma isolada, necessitam se articular, para que a assistência à população seja segura e livre de riscos (SPAGNOL, 2005).

A dimensão gerencial é visualizada na prática profissional do enfermeiro através da utilização de instrumentos gerenciais, como o gerenciamento de conflitos e negociação, a comunicação, o gerenciamento do trabalho em equipe, a liderança, a motivação, o planejamento, a educação permanente que o auxiliam no gerenciamento

do seu trabalho, a fim de atender as necessidades dos usuários e prestar assistência de qualidade (ALMEIDA et al., 2011).

A gerência foi percebida em ambos os locais de imersão para esse estudo, pois observou sua presença tanto nas Unidades Básicas de Saúde como nos cargos mais voltados a gestão, nos quais foi detectado a importância e a função de organizar e trazer qualidade ao serviço.

As DCNs para a área da saúde definem competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos graduandos apoiadas em uma base sólida de conhecimentos, dentre as seis competências citadas, 5 (cinco) são competências gerenciais. Assim como a Enfermagem requer o desenvolvimento de tais competências (PERES E CIAMPONE, 2006).

Na fala do coordenador da atenção primária em saúde fica evidente que sua formação o instrumentalizou no desenvolvimento de tais competências: “ *eu sou graduado em enfermagem e a discussão de gerenciamento em saúde é muito forte...conheço e utilizo muitos instrumentos gerenciais na minha prática diária...a graduação me deu competências para atuar na gerência, mesmo que por inexperiência profissional eu me ache despreparado*”

Corroborando com essa afirmativa, estudos realizados por Zaboli (2004) a gerência nas instituições de saúde é marcada por ações de improviso técnico-gerencial, destacando o despreparo profissional, e isso corrobora com o comprometimento dos serviços e a viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação à Supervisão, nas duas captações os enfermeiros mencionaram utilizar, como forma de manter uma assistência a saúde de qualidade. De acordo com Leite (1997), a supervisão deve ser compreendida como um processo, e ela envolve planejamento, execução e avaliação dos serviços realizados, usando instrumentos para verificar eficácia, eficiência e efetividade, e promovendo o incentivo de desenvolvimento individual e coletivo, favorecendo os relacionamentos interpessoais, e a qualidade da assistência.

Diante disso, as reuniões relatadas pelos gerentes de serviços de saúde trazem um ponto positivo, pois a partir delas é possível supervisionar a equipe, trazer *feedback*, planejar, executar atividades de educação permanente, avaliar produção, incentivando o desenvolvimento individual e coletivo, trazendo pontos positivos nas relações interpessoais, que de acordo com a teoria da administração das relações humanas corrobora com a qualidade do serviço prestado, uma vez que o serviço de enfermagem é realizado em equipes (CHIAVENATO, 1987).

A comunicação é um dos instrumentos para realizar a gerência na assistência, e de acordo com o exposto, essa encontra-se presente nas duas realidades, e caracteriza-se de forma formal e não formal. A comunicação Informal, evidencia-se na comunicação enfermeiro/paciente, e profissionais da equipe, por exemplo. A comunicação formal é caracterizada pelo caráter oficial, sendo principalmente escrita, e podemos observá-la em prontuários, relatórios, notificações em UBS, por exemplo, e

em ofícios, licitações, sites oficiais em cargos de coordenação, por exemplo, tendo um teor mais voltado a teoria da administração burocrática (SILVA, 2005; CHIAVENATO, 1987).

É perceptível nas falas dos enfermeiros durante as duas captações que a educação permanente é desenvolvida de forma limitada, não atingindo completamente o real objetivo da educação permanente. Enfermeira da UBS: “... *a sexta-feira é dedicada a educação permanente... faço curso online na área da saúde...*”. Enfermeiro coordenador: “*a educação permanente acontece por meio de cursos realizados individualmente, é uma forma de aperfeiçoamento pessoal...*”.

PERES E CIAMPONE (2006), afirmam que a educação permanente no contexto do enfermeiro deve estar voltada a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários de saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas no processo de trabalho da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acaptação da realidade é um importante instrumento onde podemos compreender o processo gerenciar da enfermagem. Foi possível evidenciar os aspectos gerenciais do trabalho de enfermagem, nos diversos serviços de saúde, quando os enfermeiros entrevistados afirmam que o enfermeiro gerenciador assume significativa importância na articulação entre os profissionais da equipe de enfermagem e na organização do processo de trabalho, busca prestar cuidados aos pacientes atendendo às suas necessidades de saúde.

Imersos nesses cenário percebemos a materialização da utilização de aspectos das Teorias Administrativas Científica na padronização de tarefas, uso de protocolos, escalas de trabalho diário, da teoria Clássica na utilização de organogramas e fluxogramas, na supervisão, da teoria das relações humanas no instrumento gerencial liderança observada em seus diferentes tipos e também a influência da teoria Burocrática na utilização de protocolos, na comunicação formal, e no desenvolvimento de procedimento burocráticos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde.

Entendemos que a administração em enfermagem é uma função inerente ao trabalho do enfermeiro pois necessitamos utilizar os conhecimentos desenvolvidos pela Administração como instrumentos que nos auxiliam no desenvolvimento da assistência em enfermagem de forma integral.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. **Atuação do Enfermeiro de Atenção Básica no Âmbito da Articulação da Prática Interprofissional.** Dissertação (Mestrado). São Paulo: USP, 2013.

ALMEIDA, J. **Habilidades e Competências do Enfermeiro no Gerenciamento dos Serviços na**

Atenção Primária à Saúde. 2014. 28f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Bom Despacho, 2014.

ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 131, 2011.

CHIAVENATO I. **Teoria geral da administração**. v.1. 3a ed. São Paulo (SP): McGraw- Hill; 1987.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (BR). Parecer do CNE/CES nº1133 de 7 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília (DF); 2001.

DANTAS, Joseney Rodrigues de Querioz; CLEMENTINO, Maria do Livramento Miranda; FRANÇA, Rosana Silva de. A cidade média interiorizada: Pau dos Ferros no desenvolvimento regional. **Revista Tecnologia e Sociedade**, v. 11, n. 23, p. 129-148, 2015.

FELLI, VEA; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: Kurcgant, P. organizador. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.

GRECO, R. M. Ensinando a Administração em Enfermagem através da Educação em Saúde. Brasília (DF). **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 57, n.4, p.504-507, 2004.

LEITE, MLS. Padrão de supervisão da enfermeira em hospitais de Feira de Santana – BA. **Rev Bras Enferm**.1997; 50(2):169-82.

PERES, AM; CIAMPONE, MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. 2006 Jul-Set; 15(3):492-9.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**. 3^a ed. São Paulo: Loyola; 2005.

SPAGNOL, Carla Aparecida. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 119-127, 2005.

THOMAS, J. R. e NELSON, Jack K. (1996) **Research methods in physical activity**. 3.ed. Champaign: Human Kinetics.

ZOBOLI, ELCP. Ética e administração hospitalar. 2. ed. São Paulo: Loyola; 2004.

CAPÍTULO 7

O PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO VIVENCIADO PELO ENFERMEIRO EM UM HOSPITAL ESTADUAL DO ESPÍRITO SANTO

Luciene G. da Costa Zorzel

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Fabrício Zorzel dos Santos

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Rio de Janeiro – RJ

Rita de Cássia Ribeiro Vieira

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Simone Santos Pinto

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Marco Antônio Gomes da Silva

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Luciana Chelotti Cardim Perillo

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Lucilene de Fátima Rocha Cova

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Mariana de Moraes Masiero

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Ana Paula da Silva Fonseca

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Juliane Daniee de Almeida Umada

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo - SP

Fernanda dos Santos Bon

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo – SP

Alyne Januario dos Reis

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -ES

RESUMO: Este artigo trata – se de um relato de experiência sobre o trabalho de classificação de risco realizado por 12 enfermeiros de um hospital público na região metropolitana de Vitória-ES entre os meses de janeiro a maio de 2017. Os resultados descrevem o atendimento dos enfermeiros nas salas de classificação de risco, conforme cada paciente atendido e classificado, além da observância de um fluxograma médico interno que não atende pacientes classificados como não urgente e pouco urgente, alterando o protocolo de Manchester. Conclui-se que o modelo de classificação de risco adotado neste hospital atende os requisitos do PNH do Ministério da Saúde. Observou-se, porém, alguns fatores que podem desencadear o estresse ocupacional para os enfermeiros que atuam no setor de classificação de risco deste pronto socorro.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador. Enfermagem. Triagem.

THE RISK CLASSIFICATION PROCESS VIVIDED BY THE NURSE IN A STATE HOSPITAL OF ESPÍRITO SANTO

ABSTRACT: This article is an experience report about the work of risk classification carried out by 12 nurses of a public hospital in the metropolitan region of Vitória - ES between January and May 2017. The results describe the care of the nurses in the risk classification rooms, according to each patient attended and classified, besides observing an internal medical flow chart that does not attend patients classified as non-urgent and not urgent, changing the Manchester protocol. It is concluded that the model of risk classification adopted in this hospital meets the requirements of the HNP of the Ministry of Health. However, it was observed some factors that can trigger the occupational stress for the nurses who work in the risk classification sector of this ready help.

KEYWORDS: Worker health. Nursing. Screening.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde no Brasil é dividida em 3 níveis, classificados como atenção básica, média e alta complexidade. Para Bellucci Junior e Matsuda (2012), nestas últimas, encontramos nos setores de Urgência e Emergência, local preparado a ofertar uma atenção à saúde de forma ágil e resolutiva com acesso livre à população.

Porém, este fato leva a uma grande demanda de atendimentos, caracterizados em sua maioria como pouco urgentes, aos quais poderiam ser resolvidos ainda na atenção básica. Bellucci Junior e Matsuda (2012) apontam que as unidades de Urgência e Emergência, fugindo do objetivo central, aumentam o fluxo de atendimentos, o que por sua vez, geram filas, demoras no atendimento médico, reclamações, desgaste na equipe de trabalho.

Segundo Souza (2016), a partir de 2002 com a organização das redes de Urgência e Emergência, e com a implantação da Política Nacional de Humanização em 2003, ambas por meio de portarias do Ministério da Saúde, os serviços de urgência e emergência começaram a utilizar protocolos de classificação de risco internacionais, objetivando atender com prioridade àqueles que chegam apresentando risco de complicações/morte.

Para Toledo (2009), a ausência do acolhimento com classificação de risco pode fazer com que alguns pacientes se agravem na fila de espera e aumentem o risco de mortalidade devido ao não atendimento no tempo adequado.

Neste contexto, Cordeiro (2015) afirma que o acolhimento com classificação de risco tornou-se uma ramificação do setor de urgência e emergência, volvendo-se desde então, o primeiro contato de qualquer paciente com uma unidade de urgência e emergência. É um setor que exige agilidade na tomada de decisão, devendo ser realizado por um enfermeiro ou médico, ambos capacitados conforme o protocolo de classificação de risco estabelecido pela instituição de saúde.

Para Duro (2010), o enfermeiro tem sido o profissional mais atuante nas salas de acolhimento com classificação de risco, sendo responsável por acolher, avaliar e classificar os pacientes, de acordo com a gravidade da situação apresentada na chegada aos serviços de urgência e emergência, apresentando conhecimento e embasamento teórico/científico.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência vivenciada dos autores no processo de acolhimento com classificação de risco entre enfermeiros em uma unidade de Urgência e Emergência de um Hospital público no estado do Espírito Santo.

O LOCAL E A POPULAÇÃO PARTICIPANTE

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por enfermeiros nas salas de classificação de um pronto socorro público localizado na região metropolitana de Vitória-ES, no período de janeiro a maio de 2017. O hospital em que foi realizada a pesquisa é de grande porte, (contando com 411 leitos) de responsabilidade do estado, porém, gerido por uma empresa filantrópica desde 2013.

As atividades nestas salas são desenvolvidas por uma equipe composta por 12 enfermeiros e 04 técnicos em enfermagem, divididos por turnos de trabalho, sendo matutino, vespertino e plantões noturnos. Essas salas de classificação funcionam 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana. Nesse pronto socorro, o processo de acolhimento com classificação de risco se destina a todos os usuários que procuram atendimento de urgência/emergência.

Além da equipe de enfermagem, o setor de acolhimento e classificação de risco conta ainda, com uma outra equipe, interdisciplinar que oferece suporte, quando necessário, sendo composta por médico (auditor), assistente social e recepcionistas. Cada profissional dessa equipe contribui, de acordo com sua capacitação ético-profissional, para o sucesso do processo.

O PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O usuário ao chegar na unidade de urgência e emergência à procura de atendimento, é acolhido pela equipe de enfermagem, classificado (por meio do protocolo de Manchester) segundo o risco e identificado com pulseira conforme o grau de prioridade para atendimento médico.

Os enfermeiros classificadores observam os usuários, durante a abordagem inicial à necessidade de alguma atenção imediata, como acomodação em cadeiras de rodas/maca ou se tinham algum tipo de limitação funcional que os impossibilitavam de esperar o atendimento médico conforme o fluxo.

Importante salientar que as salas de classificação de risco são localizadas na entrada do pronto socorro, facilitando o acesso à sala de emergência quando necessário. Porém, não proporcionam privacidade aos enfermeiros e aos usuários

durante a classificação, por ficarem em frente ao corredor de entrada e saída do setor, que por sua vez, mantem grande fluxo de pessoas, constantemente.

Além da falta de privacidade, outro fator observado, relaciona-se aos questionamentos da equipe médica aos enfermeiros, sobre pacientes que são classificados conforme queixas que não são relatadas ao médico. Esse fato talvez possa acontecer devido ao fluxograma de atendimento médico interno que não permite que todo usuário seja atendido, dependendo assim, da gravidade apresentada.

Ainda sobre as salas de classificação, são pequenas, não oferecem segurança aos enfermeiros para atendimento aos casos suspeitos de doenças infecto-contagiosas.

Os materiais básicos ao atendimento inicial encontrados nestas salas de classificação são o estetoscópio, o esfignomanômetro, o termômetro, o glicosímetro, o oxímetro de pulso, macas e cadeiras de rodas.

No momento em que o usuário entra na sala de classificação, é acolhido pelo técnico em enfermagem que o acomoda em uma cadeira e verifica os sinais vitais necessários. Durante esse procedimento, o enfermeiro inicia a coleta de dados, focando na queixa principal que trouxe aquele usuário ao serviço, associando antecedentes mórbidos relacionados e o uso de medicação, e procedendo a um exame físico sucinto, buscando sinais objetivos. Assim, inicia-se um processo que filtragem dos problemas mais relevantes, fornecendo a classificação conforme o agravo e/ou risco imediato à saúde. Para Mackway-Jones *et al* (2017), este processo deve ter um tempo de duração entre 3 a 10 minutos.

Tal raciocínio é embasado pelo protocolo de classificação utilizado neste hospital, que traz em sua estrutura uma relação de queixas principais frequentes e seus qualificadores preditores de gravidade/risco, resultando, assim, em uma classificação que determina a necessidade de priorização. Segundo Mackway-Jones *et al* (2017), os escores desse sistema de classificação baseia-se no protocolo de Manchester, no qual são utilizadas cores (branca*, azul, verde, amarela, laranja e vermelha) que determinava o destino desses usuários.

Os pacientes acolhidos e “classificados” como branco, são aqueles que apresentam alguma peculiaridade específica de atendimento. Como exemplo, os pacientes que buscavam internação para realizarem cirurgias agendadas previamente pelo hospital, pacientes com autorização da direção do hospital ou de algum médico plantonista para ser atendido neste pronto socorro, pacientes que necessitam de procedimentos específicos dos quais somente são realizados neste hospital. Vale ressaltar que, segundo o protocolo de Manchester, a cor branco não tem a descrição do grau de risco. Mackway-Jones *et al* (2017) afirma que esta cor foi introduzida no protocolo de Manchester em Portugal, mas em outros países, como o Brasil, está sendo utilizado sem a nomenclatura própria.

Já os pacientes acolhidos e classificados como azul (não urgente) não são encaminhados ao atendimento médico neste pronto socorro, porém, são orientados

verbalmente pelo enfermeiro a procurar atendimento médico em uma unidade básica de saúde ou estratégia saúde da família mais próxima de sua residência, sendo encaminhados pelo sistema de classificação ao serviço social.

No entanto, estes encaminhamentos não oferecem certeza de atendimento, pois, os assistentes sociais não tem autorização para realizarem o agendamento de consultas médicas ambulatoriais junto às prefeituras de origem destes pacientes. Assim, após a saída destes pacientes do setor de pronto socorro, sem atendimento, perde-se o contato, por não haver uma rede de informação do SUS (prontuário eletrônico) junto aos municípios brasileiros.

Segundo Mackway-Jones *et al* (2017), os pacientes acolhidos e classificados como verde (pouco urgente), são orientados sobre o caráter não emergencial de seu caso, sobre o tempo de espera que pode chegar a 120 minutos e encaminhados à sala de espera, onde aguardam atendimento médico, ciente da possível demora do atendimento. Porém, para SESA (2018), nem todos os pacientes classificados como verde são encaminhados ao atendimento médico, pois, neste pronto socorro implantou-se um fluxograma de atendimento médico interno, desde a inauguração deste hospital.

Observa-se que devido a este fluxograma de atendimento médico interno, pacientes e acompanhantes questionam junto aos enfermeiros classificadores, o direito constitucional, onde a saúde se torna direito de todo cidadão, sendo dever do estado promovê-la em todos os níveis hierárquicos. Para Brasil (2004), esse fluxograma também fere os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.

Ainda, o fluxograma interno de atendimento médico pode desencadear um fator de estresse para os enfermeiros classificadores, pois, estes são agredidos verbalmente por acompanhantes, ferindo o sistema ético paciente-profissional. A final, a negativa de atendimento para os pacientes é sempre da equipe médica.

Outro fator preocupante para os enfermeiros, é quanto à responsabilidade de classificar estes pacientes, pois, nem todos os pacientes conseguem se expressar de forma segura e compreensível, devido ao quadro clínico que apresentam. Assim, uma classificação errada, sempre pode levar um paciente à morte. Contudo, o enfermeiro se torna o único responsável por todo esse processo de atendimento.

Para Mackway-Jones *et al* (2017), os pacientes classificados como amarelo (urgente), são encaminhados à sala de espera, o qual podem aguardar atendimento médico por até 60 minutos. Em caso de trauma, estes pacientes são encaminhados para a sala de procedimentos e aguardam atendimento em repouso.

Ainda segundo Mackway-Jones *et al* (2017), os pacientes classificados como laranja (muito urgente) são direcionados para a sala de atendimento “sala laranja” para avaliação médica em até 10 minutos.

Os pacientes classificados como vermelho (emergente) são imediatamente conduzidos à “sala vermelha”, quando trazidos por meio de remoção aérea ou

terrestre, ou ainda, à sala de emergência/choque, sendo acionada a equipe de choque, sinalizando necessidade de atendimento médico e da equipe de enfermagem imediatamente. Esses casos, geralmente, não passam pela sala de classificação primeiro, por serem de grande gravidade/complexidade. Nestes casos, se assegura o atendimento de emergência a estes pacientes, para que em seguida, possa ocorrer a classificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de classificação de risco adotado neste hospital atende a indicação do PNH do Ministério da Saúde, visto que é conduzida por um profissional graduado, no caso deste pronto socorro, pelo enfermeiro.

Esse modelo mudou a reorganização do processo de trabalho, onde antes a assistência era centrada no médico, agora, foi transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, tendo o enfermeiro o papel de sujeito do processo, não mais ficando à margem dos acontecimentos. Os resultados do processo de acolhimento com classificação de risco são inúmeros e acreditamos que essa proposta metodológica tenha contribuído positivamente na assistência à pessoa que apresenta uma real necessidade de atendimento de urgência e emergência.

Sabemos ainda que muitas pesquisas podem ser desenvolvidas no intuito de melhorar o setor de classificação de risco. Neste sentido sugere-se que pesquisas futuras analisem melhor a necessidade em manter o fluxograma de atendimento médico interno implantado neste hospital.

Sugerimos também, que sejam realizadas pesquisas a fim de avaliar o nível de estresse entre os enfermeiros que atuam na classificação de risco. A final, observa-se que muitos fatores encontrados neste ambiente de trabalho podem ser responsáveis pelo estresse ocupacional.

Neste sentido, lembramos que o estresse, pode levar a transtornos no ambiente de trabalho, gerando doenças oportunistas, afastamento do setor de trabalho, gastos empregatícios desnecessários.

REFERÊNCIAS

Bellucci Junior JA, Matsuda LM. **Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem.** Rev Min Enferm. 2012; 16(3): 419 - 428.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – HumanizaSUS** [livro eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. [citado 2018 Fev 07]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus>.

Cordeiro Junior W, Rausch MC, Rocha PT, Nascimento GF, Carvalho CA. **Como implementar o sistema Manchester de classificação de risco em sua instituição de saúde** [livro eletrônico]. Belo Horizonte (MG): Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2015. [citado 2018 Jan 25]. Disponível

em: <http://gbcr.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>.

Duro CL, Lima MA, **O papel do enfermeiro nos sistemas de triagem em emergências: análise da literatura.** Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul [Internet]. 2010 [citado 2018 Mar 11]; 09(3):01-12. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/104461>.

Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. **Sistema Manchester de classificação de risco.** Versão brasileira de Welfane Cordeiro Junior, Maria do Carmo Paixão Rausch. 2º ed. Belo Horizonte: Folium, 2017.

SESA. **Secretaria Estadual da Saúde do Espírito Santo.** [citado 2018 Abr 08]. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/hospital-estadual-dr-jayme-santos-neves-e-ina>.

Souza CC. **Análise da confiabilidade do Sistema de Triagem de Manchester para determinar o grau de prioridade de pacientes em serviços de urgência [Tese].** [Belo Horizonte - MG]: Universidade Federal de Minas Gerais, Doutorado em Enfermagem; 2016. 134 f.

Toledo AD. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte [dissertação].** [Belo Horizonte - MG]: Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrado em Enfermagem; 2009. 138 f.

CAPÍTULO 8

PREVENÇÃO DA ARBOVIROSE CHIKUNGUNYA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elizabeth Brenda Dantas Nascimento

Centro Universitário Estácio do Ceará (egressa),
Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde (GPAPS), Fortaleza – CE, Residente em Neonatologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Maria Priscila Oliveira da Silva

Centro Universitário Estácio do Ceará (egressa),
Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde (GPAPS), Fortaleza - CE;

Gabriela Souza dos Santos

Centro Universitário Estácio do Ceará (egressa),
Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde (GPAPS), Fortaleza - CE;

Laís de Oliveira Silva

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde (GPAPS), Fortaleza - CE;

Juliana Alencar Moreira Borges

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde (GPAPS), Fortaleza - CE; Mestre em Saúde Pública, Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará

Thais Marques Lima

Centro Universitário Estácio do Ceará, Curso de Enfermagem, Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde (GPAPS), Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade Terra Nordeste

RESUMO: A febre de chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. O quadro clínico é inespecífico, constituindo-se de sinais e sintomas comuns a várias doenças infecciosas. Sendo assim as formas de prevenção devem ser levadas em consideração já que ainda não se tem vacina disponível, as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde se restringem, principalmente, a ações de combate aos vetores intradomiciliares, eliminando os possíveis criadouros. Objetiva relatar a atividade educativa dos discentes do Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde (GPAPS), do curso de Enfermagem, em abordar a importância da conscientização na prevenção do combate Chikungunya e às Arboviroses. Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma instituição de ensino superior, localizada na cidade de Fortaleza, no mês de abril de 2017. Na oportunidade, o grupo utilizou-se de equipamentos para interagir com o público e de criatividade para convidar os participantes e atrair a atenção dos mesmos. O grupo de pesquisa, a pedido do gestor e acompanhado de um funcionário, fez uma vistoria no prédio em busca de possíveis focos, orientações foram repassadas ao funcionário de onde e como encontrar possíveis criadouros. Percebeu-se que há uma familiarização com a prevenção do

Aedes aegypti, porém, ainda existiam muitos conhecimentos superficiais e mitos, que foram esclarecidos durante a educação em saúde e a inspeção da instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Infecções por Arbovírus, Vírus Chikungunya.

PREVENTION OF ARBOVIROSES CHIKUNGUNYA: A REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: Chikungunya fever is an arbovirus caused by the Chikungunya virus (CHIKV), the Togaviridae family and the Alphavirus genus. The clinical picture is non-specific, constituting signs and symptoms common to several infectious diseases. Therefore, preventive measures must be considered, since the vaccine is not available yet, the recommendations recommended by the Ministry of Health are restricted mainly to actions to combat the intradomiciliary vectors, eliminating possible breeding sites. It aims to report the educational activity of the students of the Project of Research and Extension in Primary Health Care of Nursing course in addressing the importance of awareness in the prevention of Chikungunya and Arbovirus. This is an experience report, carried out in a higher education institution, located in the city of Fortaleza, in April 2017. At the opportunity, the group used equipment to interact with the public and creativity to invite the participants and attract their attention. The research group, at the request of the manager and accompanied by an employee, inspected the building for possible outbreaks, guidelines were passed on to the employee from where and how to find possible breeding sites. It was noticed that there is a familiarity with the prevention of *Aedes aegypti*, however, there was still a lot of superficial knowledge and myths, which were clarified during health education and institution inspection.

KEYWORDS: Health Education; Arbovirus Infections; Chikungunya virus.

1 | INTRODUÇÃO

A febre de Chikungunya é uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus. Em geral, a viremia persiste por até dez dias após o surgimento das manifestações clínicas. É transmitida por meio da picada de fêmeas dos mosquitos *Ae. aegypti* e *Ae. albopictus* infectadas pelo CHIKV (BRASIL, 2015).

Inicialmente foi considerada como doença tropical, por sua distribuição geográfica mais frequente na África, Ásia e ilhas do Oceano Índico. Mais recentemente, em fins de 2013, a transmissão autóctone (local) foi documentada na América Central, na região do Caribe. Os primeiros casos autóctones notificados no Brasil ocorreram em 2014, sendo notificados até o momento em algumas cidades no Amapá, Bahia, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais (BRASIL, 2014). Os últimos dados do Ministério da Saúde reportam 9.084 casos autóctones suspeitos de CHIKV, sendo que 3.554 foram confirmados, 123 por critério laboratorial e 3.431 por critério clínico-epidemiológico; 5.217 continuam em investigação (HONÓRIO et al., 2015).

O quadro clínico é inespecífico, constituindo-se de sinais e sintomas comuns a várias doenças infecciosas. Sendo assim as formas de prevenção devem ser levadas em consideração já que ainda não se tem vacina disponível, as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde se restringem, principalmente a ações de combate aos vetores intradomiciliares, eliminando os possíveis criadouros (HONÓRIO et al., 2015).

Para que isso aconteça, faz-se necessário que a população esteja envolvida em ações de combate ao vetor durante todo o ano, não somente nos períodos epidêmicos. Esse envolvimento pode ser desencadeado através do conhecimento e sensibilização da comunidade, e isso pode ser conseguido através de educação em saúde, que constitui-se em um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer (LIMA et al., 2013).

A pretenção é superar as dificuldades e limitações do modelo educativo pontual, verticalizado, com ações isoladas e episódicas tradicionalmente centradas em períodos de surtos e epidemias. Segundo Toro (*apud* LIMA et al., 2013), mobilizar é reunir pessoas em busca de um objetivo comum e compartilhar idéias em prol da coletividade, nesse sentido as ações educativas de prevenção e controle de arboviroses devem promover a participação ativa dos sujeitos, dos diversos segmentos da sociedade organizada e da população. Portanto, sendo a mobilização uma convocação, ela é um ato de liberdade, oposto da manipulação, um ato público de vontade e de paixão.

Desta forma, projetos para criação de parcerias com as comunidades, de forma sustentável, qualifica o trabalho de prevenção da chikungunya e pode representar avanços à medida que possibilita a participação do cidadão no âmbito individual e coletivo, desenvolvendo suas potencialidades, exercitando suas habilidades na intenção de alcançar autonomia (TORO *apud* LIMA et al., 2013).

2 | OBJETIVO

Relatar a atividade educativa dos discentes do Projeto de Pesquisa e Extensão em Atenção Primária à Saúde do curso de Enfermagem em abordar a importância da conscientização na prevenção do combate Chikungunya e às Arboviroses.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma instituição de ensino superior, localizada na cidade de Fortaleza, no mês de abril de 2017. A experiência foi realizada por acadêmicas de enfermagem e professoras do Grupo de Pesquisa e Extensão em Atenção Primaria à Saúde da Centro Universitário Estácio do Ceará. Participaram da atividade, alunos, docentes, e funcionários da instituição.

Na oportunidade, o grupo utilizou-se de equipamentos para interagir com o público, foram expostas duas maquetes contendo demonstrações de como uma casa deve ser mantida e que providências os moradores devem tomar para prevenir a proliferação do mosquito Aedes aegypti. Na segunda maquete foi demonstrado o que acontece de errado nas residências que viabiliza a procriação do mosquito. Uma faixa com a seguinte frase de impacto foi exposta “Quantas pessoas precisam morrer para que você limpe seu quintal?”. Também foi exposto um banner com informações sobre métodos de prevenção e eliminação dos focos. Frascos com as quatro fases de vida do Aedes aegypti, ovo, larva, pupa e alado foram expostos pelos acadêmicos.

O grupo utilizou de criatividade para convidar os participantes e atrair a atenção dos mesmos, com a utilização de uma acadêmica, caracterizada do mosquito, que fez, de forma interativa, o convite. Utilizamos caixas de som com parodias em som ambiente, para permitir descontração. Foram posicionadas pegadas no chão, dispostas de forma a encaminhar cada pessoa até o local da apresentação. O grupo de pesquisa, a pedido do gestor e acompanhado de um funcionário, fez uma vistoria no prédio para busca e eliminação de possíveis focos, além de orientações de onde e como encontrar possíveis criadouros.

4 | RESULTADOS

Percebeu-se que há uma familiarização com a prevenção do Aedes aegypti, porém, ainda haviam muitos conhecimentos superficiais e mitos, que foram esclarecidos durante a educação em saúde e a inspeção da instituição. Devido à grande disseminação das formas de prevenção do Aedes aegypti pela mídia, a maioria dos estudantes e profissionais mostraram um conhecimento básico.

Porém, outras formas de prevenção, não tão divulgadas, foram apresentadas pelo grupo, e causaram surpresa em alguns ouvintes, como a limpeza mensal do depósito de água localizado acima do motor de geladeiras estilo *Frost free*, pois são locais propícios para o desenvolvimento do mosquito. Diante disto, os estudantes perceberam que não estavam a par de todas as formas de prevenção, e lançaram vários questionamentos e a medida em que recebiam as respostas, notou-se o interesse em saber mais, e a desmitificação de informações erradas, como “o mosquito só se desenvolve em água limpa”, “para ser um foco do mosquito, é necessário um grande acúmulo de água”.

Outro ponto da atividade de educação em saúde que se mostrou impactante, foi a apresentação das amostras dos quatro estágios do mosquito e sua eliminação, nos quais, os dois primeiros estágios (ovo e larva), é possível a destruição com a utilização da água sanitária ou de detergente, e até seu terceiro estágio pode ser eliminado se descartado em terra seca. Durante a vistoria, juntamente ao profissional da instituição responsável pela manutenção do local, foi demonstrado e reforçado

como destruir e prevenir os focos do mosquito.

Havia, ainda, de forma generalizada, o pensamento de que é o dever, apenas, do governo e dos agentes de endemias eliminar os criadouros, o que foi elucidado, através do dever de cada um realizar a sua parte. Sendo assim esses deveres, a população limpar suas respectivas casas, os proprietários e profissionais de prédios particulares realizarem a inspeção e a manutenção de possíveis focos, e também, o governo lançar mão de políticas públicas, fiscalizando, propiciando um ambiente saudável e preventivo para a população.

Portanto, observou-se que o conhecimento dos estudantes e profissionais participantes era superficial, mas que, durante as palestras houve uma grande troca de experiências e aprendizados, o que demonstra que a ação atingiu seu propósito que é prevenir através da conscientização das pessoas.

5 | DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra um conhecimento superficial sobre as formas de prevenção da formação de focos do *Aedes aegypti*. Na pesquisa de CAREGNATO *et al* (2008), isto se repete, sendo 34,3% dos entrevistados, considerados com conhecimento insuficiente, e mesmo os considerados satisfatórios, não eram capazes de eliminar seus criadouros domésticos, o que mostra que os saberes não implicam necessariamente em mudanças de atitudes.

No estudo de SILVA *et al* (2015), é relatado a deficiência dos programas de combate à dengue, devido ao modelo de educação verticalizada, que não é capaz de estimular mudança de comportamento e hábitos, apenas a transmissão de conhecimento. E mostra, também, a sazonalidade dos programas, acontecendo apenas em momentos de surtos.

OLIVEIRA *et al* (2010) em sua pesquisa bibliográfica mostra que a participação social nas atividades de vigilância e prevenção promovidas pela atenção primária básica é um fator determinante para a detecção e diminuição da endemia. Os três estudos mostram que através de atividades integrativas e criativas, os profissionais de saúde podem promover mudanças significativas na relação e nas atitudes da população diante do problema.

6 | CONCLUSÃO

O grupo de pesquisa, motivado pelo aumento dos casos de Chikungunya em Fortaleza, realizou ação educativa, no combate ao mosquito *Aedes aegypti*, enfatizando a prevenção por meio da eliminação dos criadouros do mosquito, demonstrando claramente os mecanismos de intervenção, evidenciando as responsabilidades individuais de cada cidadão no combate eficaz e preventivo ao mosquito. Ocasião

em que o grupo de acadêmicas de enfermagem em conjunto com suas orientadoras puderam explorar uma linguagem interativa e persuasiva, sensibilizando os participantes a agir com efetividade e encorajamento no combate ao mosquito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya: manejo clínico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Preparação e resposta à introdução do vírus Chikungunya no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

HONÓRIO, N.A. et al. **Chikungunya: uma arbovirose em estabelecimento e expansão no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 31, n. 5, p. 906-908, 2015.

CAREGNATO, Fernanda Freitas et al. **Educação Ambiental como estratégia de prevenção à dengue no bairro do Arquipélago, Porto Alegre, RS, Brasil**. Revista Brasileira de Biociências, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2008.

SILVA, Ivanise Brito da, et al. **Estratégias de combate à dengue através da educação em saúde: uma revisão integrativa**. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 2, Jul./Dez, p.27-34, 2015.

OLIVEIRA, Natanael Lima, et al. **Cuidados de enfermagem na prevenção da dengue: revisão de literatura**. X Simpósio de Iniciação Científica, UFPI, 2010.

LIMA, Maricelia Maia de, et al. **Mobilizar é reunir pessoas em busca de um objetivo comum e compartilhar idéias em prol da coletividade**. IV Mostra Comunidade de Práticas, 2013. Online <disponível em: <https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/6542>> Acesso em: 20/04/2017.

USO DO LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA ATUAÇÃO DE FUTUROS ENFERMEIROS NA PRÁTICA HOSPITALAR

Lívia Guimarães Andrade

Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil.

Niterói - Rio de Janeiro.

Paula Vanessa Peclat Flores

Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica (MEM), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói - Rio de Janeiro.

Andréa Gomes da Costa Mohallem

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE).

São Paulo - SP.

Rodrigo Leite Hipólito

Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica (MEM), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói - Rio de Janeiro

Bruno Lessa Saldanha Xavier

Departamento de Enfermagem, Instituto de Humanidades e Saúde (IHS), Universidade Federal Fluminense (UFF). Rio das Ostras - Rio de Janeiro.

USE OF THE NURSING LABORATORY AND THE CONTRIBUTION TO FUTURE NURSES IN HOSPITAL PRACTICE

RESUMO: **Objetivo:** Descrever e analisar a contribuição do laboratório de enfermagem para o desenvolvimento das atividades teórico práticas na perspectiva do discente de duas universidades. **Método:** Estudo

qualitativo, descritivo, exploratório. Os sujeitos foram acadêmicos de enfermagem de duas instituições de ensino superior, no Brasil ($n=36$) e Portugal ($n=40$). Foram incluídos os discentes que concluíram ao menos uma disciplina que utilizasse laboratórios de enfermagem. A coleta de dados se deu pela aplicação de formulário com a caracterização sociodemográfica e curricular e entrevista com questões abertas que versavam sobre a importância e contribuição do laboratório de enfermagem na sua formação. No Brasil o estudo foi aprovado pelo comitê de ética pelo parecer nº 198.917 HUAP/UFF e em Portugal, autorizado pela instituição em 22.01.2013.

Resultados: Os discursos são convergentes em ambas instituições onde relatam a importância da oportunidade de praticar e desenvolver habilidades e competências no laboratório de enfermagem, assim como a escassez de recursos materiais e físicos se tornam uma dificuldade. **Discussão:** Evidenciamos que o uso do LE contribui na preparação do aluno para atuar em situações que serão vivenciadas no hospital, tornando-o mais seguro. **Conclusões:** Consideramos fundamental que os educadores procurem proporcionar esta estratégia didática na formação acadêmica dos estudantes de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O processo de formação do enfermeiro tem a proposta curricular fundamentada por habilidades e competências, baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e orientada para o Sistema Único de Saúde (SUS), contando com professores-facilitadores na orientação dos acadêmicos, em uma proposta pedagógica ativa de formação. Nesse sentido, as tendências para o ensino superior em Enfermagem apontam para metodologias ativas e inovadoras, com destaque para a problematização em busca da formação de enfermeiros críticos, com condições de atender as demandas da saúde da população¹⁻².

Ao encontro dessa proposta de ensino, destaca-se a simulação da prática profissional caracterizada como uma estratégia formativa que visa melhor o desenvolvimento de habilidades e competências clínicas por meio da tentativa de representação da realidade^{1,3}. Nesta estratégia de ensino, o aluno é exposto a uma situação prática onde exercerá papel ativo na aquisição dos conceitos necessários para a compreensão e resolução do problema. No processo de formação, para se tornar um profissional capaz de exercer cuidados de enfermagem com qualidade, o uso do Laboratório de Enfermagem (LE) é uma importante estratégia, que simula necessidades de saúde dos pacientes e auxilia os discentes no desenvolvimento de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras.

O Laboratório de Enfermagem é uma sala ou um conjunto de salas que contém manequins, modelos anatômicos e equipamentos semelhantes aos das unidades hospitalares. A utilização do Laboratório de Enfermagem pelos discentes busca contribuir para construção de um conhecimento prévio na prática hospitalar e favorecer o cuidado de enfermagem crítico-reflexivo, seguro, de qualidade e humano^{3,4}. Ao simular técnicas mais próximas da realidade, torna-se mais fácil para o docente identificar as dificuldades do discente, permitindo ao mesmo errar, corrigir e acertar um determinado procedimento, assegurando a confiança do mesmo⁴.

Dessa forma, acreditamos no LE como estratégia facilitadora para o desenvolvimento de um ensino de qualidade ao graduando em enfermagem, uma vez que a simulação da prática profissional no LE contribui para a formação de profissionais reflexivos e críticos, preparados para atender as necessidades de universalidade, integralidade e equidade de nosso sistema único de saúde⁵.

Desta realidade surge a motivação para o estudo que busca avaliar a utilização do LE como estratégia de ensino em dois diferentes cenários, um nacional e outro internacional, na visão dos discentes do curso de graduação. A partir do exposto, objetivamos descrever e analisar a contribuição do laboratório de enfermagem para o desenvolvimento das atividades teórico práticas na perspectiva do discente.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo exploratório. Os cenários para coleta de dados foram

duas instituições de ensino superior, sendo a instituição proponente situada no Brasil e a coparticipante, em Portugal. Os sujeitos foram acadêmicos de enfermagem dos referidos cenários que concluíram ao menos uma disciplina que utiliza o Laboratório de Enfermagem com foco na atenção hospitalar. Em Portugal foram entrevistados 40 alunos e no Brasil, 36 alunos.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2013 em ambas as instituições, pela mesma pesquisadora, obedecendo às datas de permanência em Portugal e retorno ao Brasil. A coleta se deu por formulário semiestruturado, dividido em duas etapas. A primeira parte dedicou-se a caracterização da amostra e a segunda com questões dissertativas que abordaram: a impressão dos acadêmicos acerca da importância do LE na prática hospitalar e na sua formação; as facilidades e dificuldades encontradas na utilização do LE e por fim, se haviam se deparado durante a prática hospitalar com procedimentos não vistos no LE anteriormente e como aconteceu a sua atuação neste contexto desafiador.

Os dados foram analisados por categorias e posteriormente confrontados de acordo com seus respectivos cenários⁶. Assim, foi traçado um paralelo entre os dados coletados das duas instituições proporcionando reflexões acerca da utilização do LE, na visão do discente, e suas contribuições para prática hospitalar.

De acordo com os preceitos da instituição proponente o presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (vigente à época do estudo) e aprovado pelo parecer nº 198.917 HUAP/UFF. O projeto foi submetido à diretoria da instituição portuguesa, conforme indicavam as normas para estudos em dois cenários no período da coleta de dados, e respeitando o fato desta instituição não possuir CEP, uma declaração de liberação para a realização do estudo foi emitida em 22 de janeiro de 2013 e anexada ao CEP da instituição proponente. Todos os sujeitos ao aceitarem participar da pesquisa, receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

No cenário nacional, 36 alunos responderam ao formulário proposto e 40 alunos no cenário internacional. Os aspectos sociodemográficos e curriculares dos sujeitos do estudo foram apresentados na tabela 01.

Variável	Brasil (n=36)	Portugal (n = 40)
	N(%)	N(%)
Idade		
Inferior a 20	02(5,5)	08(20)
21 a 25	30(83,3)	26(65)
26 a 30	02(5,5)	06(15)
31 anos ou mais	02(5,5)	0(0)
Gênero		
Feminino	32(88)	34(85)
Masculino	04(12)	06(15)
Idade acadêmica		

2º Ano/3º e 4º Períodos	0(0)	10(25)
3º Ano/5º e 6º Períodos	10(28)	05(12)
4º Ano/7º e 8º Períodos	16(44)	25(63)
5º Ano/9º e 10º Períodos	10(28)	0(0)

Tabela 01 - Caracterização sociodemográfica e curricular dos discentes brasileiros e portugueses – Brasil/Portugal 2013.

Fonte: dados da pesquisa

Ao serem questionados sobre as situações que mais utilizavam o LE, todos os alunos de Portugal responderam fazer uso do LE somente nas aulas junto aos docentes (40). Em contra partida os alunos do Brasil (36) além de utilizarem junto aos docentes (35), relataram que também faziam uso do LE para estudos práticos independentes (11), que aconteciam com os monitores das disciplinas e a minoria utilizava o LE para estudos teóricos independentes supervisionados por uma Técnica de LE (02). Nessa pergunta, os alunos se reportaram a mais de uma das respostas propostas.

Quando perguntados se o LE era relevante para a formação profissional, todos os sujeitos, de ambas as instituições, concordaram com o questionamento. Imediatamente, foram interrogados sobre o porquê e as justificativas foram agrupadas em núcleos temáticos, conforme aponta o quadro 01.

Importância do LE na formação acadêmica	Portugal	Brasil
Oportunidade de praticar e desenvolver habilidades e competências	14	15
Melhor compreensão da prática profissional	8	11
Relacionamento da Teoria com a Prática Profissional	12	5
Prepara para o Ensino Teórico Prático (ETP) e o Ensino Clínico do Curso de Graduação	6	11

Quadro 01: Importância do LE na formação acadêmica de acordo com a visão discente do curso de Graduação em Enfermagem – Brasil/Portugal, 2013.

Fonte: dados da pesquisa

Sobre a contribuição do LE para a atuação na prática hospitalar, 75 alunos (36 do Brasil e 39 de Portugal) afirmaram que o estudo no LE havia contribuído. Apenas um aluno de Portugal informou que o LE não contribuiu alegando que o tempo para os estudos no LE era reduzido.

No que se refere a execução de procedimentos práticos hospitalares que não haviam realizado no LE, 34 alunos de Portugal e 27 do Brasil referiram ter vivenciado esta situação. As atuações e discursos nesse cenário desafiador e novo para os discentes, foram agrupados nas categorias, conforme a Quadro 02.

Discursos identificados	Portugal (n =34)	Brasil (n=27)
Observou o professor/Enfermeiro realizar o procedimento	17	2
Recorreu a ajuda do enfermeiro/professor	6	10
Recorreu aos conhecimentos teóricos para realizar os procedimentos	4	2
Atuou com dificuldade	4	7
Boa atuação	2	3
Não respondeu	0	5

Quadro 02: Relação das atuações discentes em procedimentos hospitalares nunca executados em LE. Brasil/Portugal, 2013.

Fonte: dados da pesquisa

Tendo em vista a experiência de realizarem em prática hospitalar procedimentos que nunca haviam executado no LE, todos os 76 entrevistados conferiram “sim” a resposta quando questionados se a realização prévia dos procedimentos no LE contribuiria para a realização no cenário real da prática hospitalar.

Foi ainda investigado, quais as maiores facilidades e dificuldades relacionadas ao uso do LE. Os discentes portugueses citaram como facilidades: a prática dos procedimentos, os recursos físicos e materiais e a metodologia dos professores. No Brasil, a maioria expôs a prática dos procedimentos como sendo a maior facilidade, seguida dos recursos físicos e materiais, metodologia dos professores, disponibilidade de tempo para o uso do LE e presença do monitor.

Acerca das dificuldades, no Brasil e em Portugal as seguintes situações foram apontadas: recursos físicos e materiais, indisponibilidade do LE e dos professores. No Brasil, ainda foi sugerida a indisponibilidade do monitor, já que a instituição contava com um programa de monitoria.

DISCUSSÃO

A utilização do LE não deve apenas contar com a motivação do aluno, mas também pode ser estimulada pelo docente. Dessa forma, estudar a motivação no trabalho e no ensino de enfermagem é extremamente importante diante das características da profissão, já que esta envolve seres humanos, na figura do enfermeiro, do funcionário, do paciente e do aluno. É essencial refletir sobre a motivação no processo de ensino da enfermagem, pois ela contribui para o crescimento, o desenvolvimento e a formação de profissionais capacitados para desempenhar suas funções⁷.

Apesar dos alunos brasileiros utilizarem mais o LE, estimular a utilização deste espaço é sempre algo fundamental³. A aquisição de proficiência nas habilidades clínicas depende do aprendizado adequado e, sobretudo, da prática reiterada. No caso de algumas habilidades, como as de comunicação, realização do exame físico

e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, a proficiência exige a prática, a simulação de situações clínicas desejadas para o tipo de habilidade a ser aprendida ou treinada⁸. Esta questão está de acordo com Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, que tem como um de seus princípios, o estímulo das práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional⁹.

A importância do LE no suporte ao desenvolvimento pessoal e profissional dos acadêmicos é destacada por fortalecer as habilidades para as relações que estabelecem no seu trabalho. Tais habilidades, consideradas hoje como diferenciais na melhoria da qualidade do trabalho humano e especificamente em saúde. Simular procedimentos frente ao uso de manequins torna-se vital para melhorar a qualidade da assistência, reduzindo a possibilidade de erros por parte da equipe de enfermagem¹⁰.

Percebemos a valorização do discente frente a oportunidade de praticar a assistência de enfermagem no LE. A oportunidade de praticar o desenvolvimento de habilidades e competências confere segurança ao discente na atuação frente ao paciente, já que o conjunto de competências deve proporcionar no aluno e no enfermeiro maior capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente^{3,8-9}.

A possibilidade de relacionar a teoria com a prática no LE surge como um importante elemento para a formação acadêmica. Esse dado mostra a preocupação discente em compreender a assistência desde as suas fundamentações teóricas e relacionamentos com as ciências básicas, para execução de um cuidado integral e de qualidade. A não compreensão dos preceitos da assistência pode reduzir a importância da profissão pela execução dos cuidados indicados por outras profissões. Cabe ao enfermeiro possuir raciocínio clínico e crítico, pautado em diversas bases de conhecimento, com isso a simulação no Laboratório de Enfermagem contribui na redução do medo e insegurança, facilitando a aprendizagem¹¹.

Os alunos afirmaram que a utilização do LE traz a preparação para a prática hospitalar desde a familiarização com o ambiente do cuidar, com os materiais e com os procedimentos. O reconhecimento, por parte dos discentes, acerca da contribuição do LE para a sua atuação na prática hospitalar foi quase que total, indo de encontro com outro estudo realizado³. A única negativa nessa questão, foi relacionada a dificuldade de acesso ao mesmo, sendo que este aluno tem consciência que os estudos no LE podem contribuir de alguma forma caso haja maior tempo para uso desse espaço. Quando o uso do LE é reduzido, sua contribuição nas atividades práticas hospitalares se torna comprometida ou pouco significante .

Grande parte dos alunos se depararam com procedimentos práticos hospitalares nunca vivenciados no LE. Um estudo brasileiro publicado em 2016, revelou a frustração de enfermeiros ao precisarem adaptar técnicas e materiais na prática profissional, este fato pode ser ainda agravado diante da execução de técnicas que não foram anteriormente treinadas¹². Dentre os entrevistados, o relato foi que necessitaram

observar o profissional realizar o cuidado primeiramente. Este tipo de atitude pode acarretar em prejuízo na atuação hospitalar, visto que, dependendo do campo prático, o aluno pode ter poucas oportunidades para realizar determinados procedimentos.

Os recursos físicos e materiais foram evidenciados, o que destaca a importância do LE ter um espaço físico adequado e que tenha similaridade com o ambiente de prática hospitalar, assim como ter materiais reais ou bem próximos disso, conferindo um local oportuno para elaborar suas atividades. Nos dias atuais, o uso de simuladores e ambientes realísticos é um recurso essencial para o treinamento de profissionais de saúde, porém, pelos altos custos não está disponibilizado em todas instituições de ensino^{4,10}.

Os professores com suas técnicas de ensino e didática são reconhecidos como facilitadores para o uso do LE. Entende-se que as metodologias e didáticas adotadas pelos docentes devem considerar o processo de ensino aprendizagem dos alunos, partindo do ponto que cada discente possui suas peculiaridades no momento de aprender. O docente quando atende a estas peculiaridades abrange um número maior de alunos com entendimento completo das questões ensinadas, relembrando a importância de que alguns conteúdos sejam ministrados dentro do LE fazendo o ensino algo mais próximo da realidade^{1,3,5}.

Quando os entrevistados brasileiros relataram que a indisponibilidade do LE era uma dificuldade encontrada, um dado conflitante foi apontado, pois a disponibilidade do LE foi apontada como uma das facilidades. Assim, podemos pensar que estes alunos referem a dificuldade devido as questões conflitantes de horários de abertura e funcionamento do laboratório. Os alunos portugueses vivenciaram ainda mais esta dificuldade, visto que não possuíam os recursos de monitoria e técnico de laboratório, então dependiam apenas da disponibilidade dos docentes. Buscar alternativas para colocar os Laboratórios de Enfermagem, em sua totalidade, à disposição dos alunos de graduação nos períodos em que são ministrados os principais conteúdos práticos das disciplinas deve ser uma prioridade.

Ambas as universidades citam a indisponibilidade dos professores como uma dificuldade no momento de utilizar o LE. Este tipo de situação pode ser comum quando se tem um baixo contingente de docentes na instituição ou quando estão sobrecarregados com as diversas atividades exigidas. Neste contexto, diante do fato de alguns entrevistados alegarem dificuldades no treinamento dos procedimentos considerando as suas individualidades na aprendizagem, percepção e cognição, destreza manual, a ausência deste professor no laboratório se torna ainda mais grave, pois a sua atuação seria capaz de auxiliar os discentes nestas dificuldades, principalmente quando faz uso das metodologias híbridas para alcançar aos diversos estilos de aprendizagem⁵.

A interdisciplinaridade no curso de graduação em enfermagem, vivenciada pelas diferentes disciplinas curriculares (farmacologia, anatomia, fisiologia, dentre outras), é destacada pelos docentes e estimulada no pensar, fazer e refletir dos discentes por

meio das situações práticas propostas⁵. Acredita-se que no LE existam possibilidades para vivenciar a primeira experiência, atribuindo ao graduando a noção de como uma determinada situação pode acontecer na vida profissional real, estimulando a reflexão do aluno para possibilidades de desfechos diferenciados nas situações de agravo à saúde contribuindo para uma prática segura.

CONCLUSÃO

O uso do LE contribui na preparação do aluno para a prática em ambiente hospitalar, por meio de situações diversas que podem englobar: prática de procedimentos; reconhecimento de materiais e procedimentos; aquisição de habilidades e competências; estudo teórico; simulações etc. O uso do LE atrelado a tais situações promove uma preparação do aluno para as situações que serão vivenciadas no hospital, tornando-o mais confiante e seguro. Quando o aluno faz uso do LE há possibilidade de treinamento das habilidades clínicas baseadas em raciocínios críticos reflexivos e mais efetivos. Dessa forma, contribui para gerar alunos competentes, preparados para prática de procedimentos seguros e pautados na cientificidade, o que garante cuidados de qualidade na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- FELIX, C.C.P.; FARO, A.C.M.; DIAS, C.R.F. Percepção de estudantes de enfermagem sobre o Laboratório de Enfermagem como estratégia de ensino. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.45, n.1, p. 243-249, março, 2011.
- BRITO, F.M.M.; ROZENDO, C.A.; SOBRAL, J.P.C.P. O laboratório de enfermagem e a formação crítica do enfermeiro: uma reflexão. Foco, Brasília/DF, v.9, n.1, p. 36-40, janeiro, 2018.
- CAMARGO, M.C.C. A percepção dos discentes quanto a real contribuição do laboratório de habilidades de enfermagem durante sua formação acadêmica. Colloquium Vitae, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 18-28, janeiro, 2015.
- MARTINS, J.C.A; MAZZO, A; BAPTISTA, R.C.N; COUTINHO, V.R.D; GODOY, S; MENDES, I.A.C; TREVIZAN, M.A. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n.4, p 619-25, julho, 2012.
- DÁVILA, C.M. Estilos de aprendizaje en estudiantes de enfermería y su relación con el desempeño en las pruebas saber PRO. Journal of Learning Styles, Utah/EUA, v.5, n.9, p. 1-8, agosto, 2012.
- ANÁLISE DE CONTEÚDO. Lisboa: Editora Almedina – 2011, 280p.
- OLIVEIRA, B.A.; LAVOR, C.M.W; SILVA, S.A.H; PEREIRA, L.F.M; SOUZA, C.A.M.T.; SOARES, L.L. Motivação dos estudantes de enfermagem e sua influência no processo de ensino-aprendizagem. Texto e Contexto Enfermagem, Santa Catarina, v.27, n. 1, p. e1900016, março, 2018.
- TROCON, L.E.A. Utilización de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. Revista Medicina, Ribeirão Preto, v.40, n. 2, p.180-91, abril, 2007.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em

Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001.

JESUS, B.C.; RAMOS, G.F.; SILVA, C.C.R.; GOMES, V.C.O; SILVA, G.T.R. Simulação em manequins como estratégia de ensino-aprendizagem para avaliação de ferida: relato de experiência. Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy, São Paulo, v.15, n.4, p. 245-249, outubro, 2017.

LOPES, M.J.; MENDONÇA, S.; BASTO, M.L.; RAMOS; A. Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação crítica: revisão sistemática da literatura. RIASE - Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, Portugal/Évora, v.2, n.3, p.753-773, dezembro, 2016.

LIMA, L.S.C.; SOUZA, N.V.D.O; GONÇALVES, F.G.A.; PIRES, A.S.; RIBEIRO, L.V.; SANTOS, D.M. Subjetividade dos trabalhadores de enfermagem e a prática de adaptar e improvisar materiais. Ciência, Cuidado e Saúde, Paraná, v.15. n.4. p. 685-92, outubro, 2016.

UTILIZAÇÃO DE UM BLOG COMO FERRAMENTA DE ENSINO NO USO CORRETO DE MEDICAMENTOS

Antônia Adonis Callou Sampaio

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.
Senhor do Bonfim-BA.

Silvana Gomes Nunes Piva

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.
Senhor do Bonfim-BA.

Ailton de Oliveira Dantas

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.
Senhor do Bonfim-BA.

Lais Silva dos Santos

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Campus VII.
Senhor do Bonfim-BA.

desmistificando medicamentos tem um grande número de acesso diário com diversas trocas de saber, busca-se através da divulgação de informações uma forma de disseminar o conhecimento científico através da tecnologia e assim contar com a participação da comunidade para atentar ao uso correto de medicamentos. Com base no exposto podemos perceber que torna-se evidente a importância de se ampliar a relação ensino e educação em saúde nos cursos de graduação em enfermagem como elemento transformador da realidade para a melhoria da qualidade de vida da população.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde, Medicamentos, Acadêmicos.

USE OF A BLOG AS A TEACHING TOOL IN THE CORRECT USE OF MEDICINES

ABSTRACT: The purpose of this study is to reflect on the influence of the use of a blog as a tool for dissemination and exchange of knowledge regarding the correct use of medicines. This research aims to strengthen the role of a technological tool, a blog, as a means of health education, and thus its influence on the correct use of medicines by the population, using the participation of nursing academics of a State University. It is a descriptive, cross-sectional, exploratory study. The blog titled Demystifying Medications has a large number of daily access

RESUMO: O propósito deste estudo representa uma reflexão sobre a influência da utilização de um blog como ferramenta de divulgação e trocas de conhecimento a respeito do uso correto de medicamentos. Esta investigação tem como objetivo fortalecer o papel de uma ferramenta tecnológica, um blog, como meio de educação em saúde, e assim, a sua influência sobre o uso correto de medicamentos pela população, utilizando a participação de acadêmicos de enfermagem de uma Universidade Estadual. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de caráter exploratório. O blog intitulado

with several exchanges of knowledge, it is sought through the dissemination of information a way to disseminate scientific knowledge through technology and thus rely on the participation of the community to consider the correct use of medicines. Based on the above, we can see that it is evident the importance of expanding the relationship between teaching and health education in nursing undergraduate courses as a transforming factor of reality for the improvement of the quality of life of the population.

KEYWORDS: Health Education, Medications, Academics

1 | INTRODUÇÃO

Nos seus estudos L'abbat (1990) educação é uma prática sujeita à organização de uma dada sociedade e deve ter condições de criar um espaço de intervenção nessa realidade com o objetivo de modificá-la e transformá-la.

Para a formação acadêmica a incorporação dos temas relacionados a educação em saúde no currículo é de grande valia, principalmente quando esta discussão predomina nas disciplinas integradas ao processo saúde e doença. A temática inserida ao longo dos semestres influencia o pensamento crítico do estudante o tornando sujeito de mudança, assegurando a comunidade maior empoderamento e concretizando ações pertinentes a qualidade de vida. A execução das políticas de saúde tornou-se, com o transcorrer do tempo, grave problema mundial. Os agravos, as enfermidades, a transmissibilidade de doenças em larga escala e principalmente a falta de conhecimento da população acerca dos mecanismos capazes de combatê-las são fatores que podem ser transformados a partir do ensino de qualidade, baseado em evidências, no qual, a universidade tem o seu papel de responsabilidade social. O saber tende a ser a chave na qualidade da assistência a saúde.

O Ensino superior Brasileiro avançou em quantidade na última década. Tal crescimento aumentou o acesso da população à Universidade, tanto públicas quanto privadas, promovendo elevação do número de brasileiros portadores de diploma de nível superior. Martins (2000) relata que desde o final da década passada, o crescimento da educação superior no Brasil, numa média de 7% ao ano, produziu uma diversificação da forma de atendimento aos ingressantes, principalmente no nível de graduação. É fato que é discutida a qualidade do ensino oferecido e as condições para realização de projetos de extensão e pesquisa, mas é ponto pacífico que a presença da universidade em maior escala, inclusive geográfica, vem produzindo mudanças significativas sobre as comunidades no seu entorno, influenciando o comportamento e gerando maior inclusão social.

Encontramos assim que o curso de Graduação em Enfermagem tem papel fundamental ao ensinar aos alunos o disseminar das informações e saberes. Historicamente, o direcionamento do que se buscou ensinar nas escolas de enfermagem foi pautado em conformidades às exigências do mercado, MENDES

(1996). Essa mudança não foi suficiente para dar à enfermagem soluções para a superação de déficits nos ajustes dos currículos atrelados a formação em educação e saúde. Constitui-se assim, uma enfermagem atrelada aos ensejos das políticas centrais, seja para a saúde ou para a educação, numa postura de aceitação passiva fragmentando todo o processo. Corroborando com esta ideia, Saupe (2000) discorre que apesar das iniciativas de discussão e construção do projeto político-pedagógico para a enfermagem estarem ocorrendo há mais de duas décadas, ainda hoje enfrentam políticas econômicas, de ensino e de saúde nem sempre favoráveis aos processos de transformação nos serviços de saúde e na enfermagem. Nota-se o quanto importante é o sustentar a defesa da inclusão dos conteúdos de educação em saúde nos componentes curriculares semiprofissionalizantes e profissionalizantes no cursos da área de saúde e em tocante a enfermagem. Desta maneira, as transformações serão visíveis aos olhos dos futuros profissionais, bem como dos seus professores e mais ainda das comunidades que receberão serviços de enfermagem melhor qualificados com o olhar voltado às ações educativas.

O enfermeiro, ao ser identificado como um elemento de confiança no compartilhamento dos problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional, torna-se portador dos subsídios necessários à elaboração de estratégias para educar em saúde. As atividades educativas devem contemplar a promoção da racionalidade no uso de medicamentos, em caráter coletivo e individual, voltada aos riscos, benefícios e malefícios do armazenamento/uso de medicamentos (LYRA JÚNIOR et al., 2006).

Importa, também, a elaboração e implementação de ações de educação em saúde voltadas para os usuários, visando à promoção do uso racional dos fármacos, além do seguimento de tratamento individual e coletivo através de práticas reorientadas pela política nacional do medicamento. Aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos tem como base garantir a segurança necessária, a eficácia e a qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998; BRASIL, 2001). Com esse propósito, portanto, suas principais diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária.

Ao se tratar da política de atenção farmacêutica a qual também pode ser definida como componente das estratégias de atenção à saúde, dirigidas a promover, manter e restaurar o bem estar físico, psíquico e econômico-social da população e dos indivíduos que a compõem e que, além disso, permite prevenir a recorrência das enfermidades, atribuindo especial ênfase ao uso racional de medicamentos, através do conhecimento da eficácia, segurança e economia (ROJAS, 1988), diferentes estratégias educacionais podem ser utilizadas no processo de aconselhamento e orientação

As competências para o aconselhamento farmacoterapêutico podem ser desenvolvidas em cursos de educação permanente, estruturados de acordo com as necessidades dos participantes. As principais competências consistem na capacidade de ouvir, perguntar, mostrando empatia e respeito, buscando o entendimento do paciente, enfatizando o papel deste como conhecedor do seu próprio medicamento e considerando os seus aspectos físicos, psicológicos, socioculturais, emocionais, intelectuais, suas crenças e valores. É responsabilidade do profissional de saúde estimular os esforços do paciente no desenvolvimento de habilidades para lidar com os medicamentos reduzindo a dependência dos mesmos e favorecendo o autocuidado consciente (PUUMALAINEN e KANSANAHO, 2009).

Assim a informação circula entre as pessoas ajudando a construir melhores hábitos e ampliando o empoderamento das famílias frente ao sistema de saúde. Esta necessidade de empoderar indivíduos e comunidades se mostra uma condição fundamental, capaz de levar ao cumprimento dos objetivos da educação em saúde. É importante destacar que, na abordagem radical, o empoderamento de indivíduos e comunidades vai além da promoção da conscientização, incluindo, também, o fornecimento de informações relevantes do campo da saúde e habilidades vitais para o cotidiano destes indivíduos (VITELA E MENDES, 2003).

Este estudo situa a formação dos acadêmicos de enfermagem, como um projeto formativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão e se estende pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam à elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, quanto nos aspectos de organização familiar.

A proliferação dos conhecimentos na academia cada vez mais notórios e dinâmicos são elementos de uma cultura de compartilhamento de conteúdo transformando a forma como os alunos e toda a comunidade interagem e aprendem. Assim comprehende-se que, a graduação em enfermagem passa a ser elemento de motivação a mudança de uma realidade, e essa implementação do aprendizado vem afetar na qualidade da assistência prestada, com isso na implementação da sistematização da assistência de enfermagem.

O tema proposto tem grande relevância para a mudança na concepção de ensino da enfermagem. Pires (2009), afirma que a enfermagem como profissão possui pontos vulneráveis, como a autonomia do profissional e o reconhecimento do seu trabalho como utilidade social, enfatizando ainda a não existência de um corpo próprio de conhecimentos, o qual se reflete nos currículos atuais. Assim é necessário ressaltar a importância da formação universitária no âmbito da enfermagem, onde são adquiridos saberes que serão aplicados na prática profissional e, em geral, nos cuidados oferecidos à comunidade. O enfermeiro durante sua graduação aprende conceitos importantes em componentes curriculares que direcionam para o conhecimento e atuação com medicamentos.

Segundo Coimbra (2001) é imprescindível na formação em enfermagem que a equipe possua uma visão ampliada do sistema de medicação e de cada um dos seus processos. É importante garantir a segurança e a qualidade do atendimento sob sua responsabilidade, a partir de dois pilares: Planejamento e gestão, pois conhecer o fluxo de atividades da profissão, os problemas existentes nos serviços da assistência e recursos humanos são fatores primordiais para que sejam atingidos os objetivos terapêuticos incluindo o tratamento farmacológico, seus benefícios, possíveis interações medicamentosas, vias de administração, além de conhecer as técnicas corretas de preparo e administração. Considera-se que existe um papel importante das Universidades Estaduais do Ceará na formação do profissional enfermeiro que acaba sendo assimilado no mercado de trabalho em diferentes regiões do Brasil e do mundo.

O ensino na farmacologia é importante ao estudante pois o direciona ao conhecimento dos fármacos, a sua aplicabilidade e administração correta são de responsabilidade do enfermeiro que necessita de embasamento científico tanto teórico quanto prático. Norteando assim as outras disciplinas práticas teóricas do curso de enfermagem.

O Objetivo principal desse estudo é interligar a comunidade através de uma ferramenta tecnológica ao mundo acadêmico, disseminando o conhecimento sobre o uso correto de medicamentos

2 | METODOLOGIA

Este estudo é um relato de experiência com enfoque descritivo, caracterizando a execução das atividades de um blog em educação e saúde, o qual utiliza como metodologia principal na atividade o uso da informação através da ferramenta desse blog, intitulado: Desmistificando Medicamentos. O projeto conta com a participação de discentes e docentes do curso de enfermagem da Universidade do estado da Bahia. A implantação do projeto através do processo de educação em saúde utilizando formas dinâmicas que busca a sensibilização sobre a importância do uso correto de medicamentos, o que possibilita a promoção de comportamentos conscientes

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

O Ensino superior Brasileiro avançou em quantidade na última década. Tal crescimento aumentou o acesso da população à Universidade, tanto públicas quanto privadas, promovendo elevação do número de brasileiros portadores de diploma de nível superior. As discussões em torno dos objetivos da educação superior já há muito vêm apontando para expectativas de mudanças de ampla extensão no estudante, incluindo aspectos dos campos cognitivo e afetivo, além da competência prática

(PACHANE, 1998). Portanto, a universidade tem papel na inserção de mudanças na vida do acadêmico, quer relacionadas ao modo de conduta expressa na realidade, quer na expressão social de vislumbrar o meio.

A utilização correta dos medicamentos favorece e contribui para a eficácia terapêutica. O conhecimento acerca dos fármacos influencia para o bom andamento do tratamento. O enfermeiro, ao ser identificado como um elemento de confiança no compartilhamento dos problemas e questões de ordem física, social, familiar, econômica e emocional, torna-se portador dos subsídios necessários à elaboração de estratégias para educar em saúde.

As atividades educativas devem contemplar a promoção da racionalidade no uso de medicamentos, em caráter coletivo e individual, voltada aos riscos, benefícios e malefícios do armazenamento/uso de medicamentos (LYRA JÚNIOR et al., 2006). A implementação de ações de educação em saúde voltadas para os usuários, visando à promoção do uso racional dos fármacos, além do seguimento de tratamento individual e coletivo através de práticas reorientadas pela política nacional do medicamento norteamericanas as práticas do profissional enfermeiro.

Para Durkheim (1978), o objetivo principal de qualquer ciência da vida, seja ela individual ou social, é a definição e a explicação do estado normal, bem como a diferenciação do seu estado patológico. Por isso, muitos fatores influenciam a qualidade de vida, dos enfermeiros entre eles, as condições e a organização do trabalho, em vista das peculiaridades da profissão.

O currículo dos cursos de saúde adquiriram ao longo dos anos, com os diversos avanços tecnológicos e científicos mudanças de ordem quer nas bases estruturantes, quer carga horária ou no perfil do ensino, MENDES (1996). Essas mudanças não foram suficientes para dar à enfermagem soluções para a superação de déficits nos ajustes dos currículos atrelados a formação em educação e saúde. Constitui-se assim, uma enfermagem atrelada aos ensejos das políticas centrais, seja para a saúde ou para a educação, numa postura de aceitação passiva fragmentando todo o processo. Corroborando com esta ideia, Saupe (2000) discorre que apesar das iniciativas de discussão e construção do projeto político-pedagógico para a enfermagem estarem ocorrendo há mais de duas décadas, ainda hoje enfrentam políticas econômicas, de ensino e de saúde nem sempre favoráveis aos processos de transformação nos serviços de saúde e na enfermagem.

As competências para o aconselhamento farmacoterapêutico podem ser desenvolvidas em cursos de educação permanente, estruturados de acordo com as necessidades dos participantes. As principais competências consistem na capacidade de ouvir, perguntar, mostrando empatia e respeito, buscando o entendimento do paciente, enfatizando o papel deste como conhecedor do seu próprio medicamento e considerando os seus aspectos físicos, psicológicos, socioculturais, emocionais, intelectuais, suas crenças e valores. É responsabilidade do profissional de saúde estimular os esforços do paciente no desenvolvimento de habilidades para lidar com

os medicamentos reduzindo a dependência dos mesmos e favorecendo o autocuidado consciente (PUUMALAINEN e KANSANAHO, 2009).

Assim a informação circula entre as pessoas ajudando a construir melhores hábitos e ampliando o empoderamento das famílias frente ao sistema de saúde. Esta necessidade de empoderar indivíduos e comunidades se mostra uma condição fundamental, capaz de levar ao cumprimento dos objetivos da educação em saúde. É importante destacar que, na abordagem radical, o empoderamento de indivíduos e comunidades vai além da promoção da conscientização, incluindo, também, o fornecimento de informações relevantes do campo da saúde e habilidades vitais para o cotidiano destes indivíduos (VITELA E MENDES, 2003).

4 | CONCLUSÃO

Ao Enfermeiro compete em sua formação adquirir conhecimentos que possam ser utilizados em vários setores. De maneira geral os cursos de enfermagem capacitam o profissional a atuar na gestão, a exemplo de coordenação geral de hospitais e unidades de saúde. A vantagem de ter na sua formação o aprendizado dos ambientes de gestão proporciona um olhar específico acerca das necessidades inerentes aos processos de saúde/doença, bem como sobre as condições de execução dos diversos tratamentos. Considerando o estudo aqui desenvolvido, foi possível perceber que muitos planos de gestão não são aplicados a contento e outros tantos sequer saem do papel. Desta forma, é imprescindível que sejam buscadas ferramentas, inclusive tecnológicas, que permitam formar um quadro real das necessidades para só então induzir a construção de planos de gestão realmente exequíveis.

A partir deste entendimento buscou-se construir um ambiente capaz de captar as demandas da comunidade em relação ao uso de medicamentos para subsidiar um futuro plano de gestão de uso de medicamentos. Ao investigarmos qual seria a possível ferramenta a ser utilizada, concluímos que um blog seria capaz de atingir este objetivo inicial de maneira abrangente. Em um ambiente virtual, no qual informações a respeito do uso de medicamentos serão apresentadas a comunidade em linguagem apropriada esta mesma população estará conectada ao sistema com a possibilidade de enviar suas dúvidas para receber respostas de profissionais capacitados. Esta construção permitirá a inserção dos usuários de medicamentos no processo de educação em saúde. O blog favorece a troca de informações a respeito do uso correto de medicamentos, levando ao melhor uso dos fármacos e, portanto, a melhores resultados terapêuticos. Este é um recurso rico, abrangente e interativo e não deixa de funcionar enquanto rede social. No contexto educacional, essas tecnologias estão sendo cada vez mais utilizadas, criando oportunidades para mudanças nas relações de ensino e aprendizagem, mais personalizadas, sociais e flexíveis (VALENTE, 2007), o que pode ser utilizado plenamente nas diversas áreas

do conhecimento, a exemplo da saúde. Divulgar ações em educação em saúde e assim, elencar as principais dúvidas da população a respeito dos medicamentos, para com isso, elaborar um plano de ações para divulgar a importância do uso correto de medicamentos e assim diminuir o impacto do uso indevido e desenvolver a troca de conhecimentos através do blog.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R.C.V. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: Escola de enfermagem, 2006.

COIMBRA, J. A. H. **Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência**. Rev. Latino-am Enfermagem. Mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11515.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia**. 11 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

LYRA J, D.P. de, et al. **A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica**. Rev. Latino-Am. Enfermagem (online), Ribeirão Preto-SP, v.14, n.3, maio - jun 2006.

MENDES, M.M.R. **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil, entre 1972 e 1994 – mudança de paradigma curricular?** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1996.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html> Acesso em 19 de set 2015.

SANTANA, Fabiana Ribeiro; NAKATANI; Adélia Yaeko Kyosen; SOUZA, Adenícia Custódio Silva e; ESPERIDIÃO, Elizabeth. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 295 - 302, 2005. Disponível em http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_06.htm. Acesso em: 20 de ago. 2015.

SAUPE R, Alves ED. **Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem 2000 abril; 8(2):60-7.

SILVA, M. **Sala de aula interativa**. Rio de Janeiro. _____Um convite à interatividade e à complexidade: novas perspectivas comunicacionais para a sala de aula. Rio de Janeiro, Editora Quartet, 2007.

TOFFLER, V.R. **Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado**. O Mundo da Saúde. São Paulo: 1970; 33(2): 182-188.

VIVÊNCIAS DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DURANTE AULA PRÁTICA HOSPITALAR COM BASE NA TEORIA DE PEPLAU

Vanessa de Oliveira Gomes

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Ana Maria Souza da Costa

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Rodrigo Silva Marcelino

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Elisson Gonçalves da Silva

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Deyvylan Araujo Reis

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

aula prática hospitalar com base na Teoria de Peplau. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, realizado durante aula prática da disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem II do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). A descrição das atividades vivenciadas se refere às aulas práticas na Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital Regional de Coari do Estado do Amazonas, no mês de junho de 2018. Durante as aulas práticas hospitalares, os acadêmicos experienciam diversos sentimentos, tais como o medo, angústia e ansiedade. Em relação à aproximação das atividades práticas com a Teoria Peplau, foi estabelecida uma interação entre o paciente e o acadêmico por meio do processo de comunicação. Portanto, a experiência vivenciada no ambiente hospitalar proporcionou aos acadêmicos de enfermagem uma relação interpessoal com os pacientes, contribuindo para o processo de aprendizagem desses futuros profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Teoria de enfermagem. Relações interpessoais. Estudantes de enfermagem

ABSTRACT: Nursing over the centuries has been conceptualized as art and science that is based on the balance of human dignity and, in

RESUMO: A enfermagem ao longo dos séculos vem sendo conceituada como a arte e a ciência que se baseia no equilíbrio da dignidade humana e, no ambiente hospitalar, os acadêmicos de enfermagem vivenciam diversas experiências. Nesse sentido, a teoria das relações interpessoais visa estabelecer uma interação dinâmica entre o paciente e o enfermeiro. Objetiva-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem durante

the hospital environment, nursing students experience different experiences. In this sense, the theory of interpersonal relations aims to establish a dynamic interaction between the patient and the nurse. The objective is to report the experience experienced by nursing students during a hospital practice class based on the Peplau Theory. This is a descriptive, qualitative, experience-type study carried out during the practical course of the discipline of Semiology and Semi-technical in Nursing II of the Nursing Undergraduate Program of the Institute of Health and Biotechnology (ISB) of the Federal University of Amazonas (UFAM). The description of the activities carried out refers to the practical classes at the Medical and Surgical Clinic of the Coari Regional Hospital of the State of Amazonas, in the month of June 2018. During the hospital practice classes, the students experience various feelings, such as fear, anguish and anxiety. In relation to the approximation of practical activities with the Peplau Theory, an interaction between the patient and the academic was established through the communication process. Therefore, the experience lived in the hospital environment provided the nursing students with an interpersonal relationship with the patients, contributing to the learning process of these future professionals.

KEYWORDS: Nursing theory. Interpersonal relationships. Nursing students

1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma das ciências que são essenciais para a promoção da saúde e visa a uma assistência baseada no equilíbrio da dignidade humana em todo o seu processo de viver (DALCÓL et al., 2017). Dessa forma, a enfermagem, no âmbito da ciência e da profissão, passa a se reinventar em novos modelos e referenciais teóricos, que possam contribuir para os conhecimentos na prática profissional e servir como fundamentos para organizar as condições necessárias para a assistência no contexto atual (LUZIA; COSTA; LUCENA, 2013).

No cenário histórico, a enfermagem é caracterizada como uma disciplina teórico-prática. A aula prática hospitalar na enfermagem é conhecida como um instrumento extremamente importante no processo de formação dos acadêmicos de enfermagem. Destarte, a primeira experiência de aula prática em ambiente hospitalar proporciona aos acadêmicos o aperfeiçoamento e desenvolvimento das suas habilidades, destrezas e técnicas baseadas em um arcabouço teórico. Durante as aulas práticas de enfermagem no ambiente hospitalar, os acadêmicos de enfermagem têm a possibilidade de vivenciar diversas emoções, tais como medo, angústia e ansiedade devido ao primeiro contato com o paciente (BARBOSA et al., 2014).

As dificuldades na realização de procedimentos e técnicas, a adaptação ao ambiente desconhecido, a aceitação por parte dos profissionais de enfermagem e pacientes causam no acadêmico o sentimento de insegurança, expectativas e receio. Desse modo, o papel do professor é imprescindível no momento de orientar esses alunos quanto às dúvidas e aflições relacionadas a essa primeira vivência, elaborando

estratégias que auxiliem o seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, utilizando as teorias de enfermagem como uma ferramenta de ensino.

Nessa perspectiva, as teorias de enfermagem são utilizadas como instrumento de conhecimento científico, além do embasamento em experiências teóricas que qualificam as práticas em consonância com a realidade dos profissionais. Por isso, essas teorias são definidas como sendo o oposto da prática, logo os acadêmicos, diante das suas percepções do processo saúde-doença, transformam-se e passam a fazer uma assistência diferenciada no campo profissional da Enfermagem. Portanto, as teorias de enfermagem atuam direcionando o ambiente, o método e a prática com que o profissional organiza a prestação da assistência (BACKES et al., 2012; MATOS et al., 2017).

Sob essa ótica, a teoria das relações interpessoais desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952, é uma das teorias utilizadas como referência nas aulas práticas de enfermagem, que, de forma dinâmica, provoca mudanças positivas no processo de desenvolvimento das relações interpessoais, estabelecidas pelo paciente e o enfermeiro no ambiente hospitalar. A aproximação da atividade prática com a Teoria de Peplau é essencial para o processo de cuidar através do relacionamento interpessoal, ou seja, do ser em formação na prestação do cuidado ao doente internado (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; FREIRE et al., 2013).

Nesse contexto, a teoria das relações interpessoais busca, por meio das experiências desenvolvidas no âmbito hospitalar, crescimento e aprendizagem pessoal, para que o acadêmico passe a praticar o processo de comunicação ao interagir com seus pacientes, com base nas relações de paciente-enfermeiro. Nestas, irá desempenhar um papel de educador, que busca criar uma visão complexa do paciente e não somente a execução de técnicas, respeitando vivências, expectativas, valores e crenças (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

A relevância desta pesquisa é evidenciada por falta de destreza, ansiedade, medo e receio que os acadêmicos sentem nas práticas no ambiente hospitalar. Desse modo, a interação entre paciente e enfermeiro é fortalecida por meio da comunicação baseada na Teoria de Peplau. Por todas essas razões, o presente estudo visa contribuir para o conhecimento sobre a Teoria das Relações Interpessoais, proporcionando aos acadêmicos de enfermagem conhecimentos teóricos que favoreçam o seu processo de desenvolvimento e aprendizagem no campo das suas práticas hospitalares. Além disso, desperta nos acadêmicos um olhar humanizado com base nas vivências dos seus pacientes e fortalece o processo de aprender a aprender. Objetiva-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem durante aula prática hospitalar com base na Teoria de Peplau.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, realizado durante aula prática da disciplina de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam). O relato de experiência proporciona uma reflexão sobre uma ação ou uma descrição sumária de uma atividade vivenciada (CARVALHO et al., 2012).

A disciplina de Semiologia e Semiotécnica é constituída como uma construção do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem a fim de que compreendam, investiguem os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e o estudo dos métodos das ações que sucedem ao exame físico. Além disso, a disciplina aproxima os estudantes da realidade da atuação e da aplicação de técnicas (KORB et al., 2015).

A referida disciplina apresenta como ementa aplicação prática, utilizando os procedimentos teórico-práticos de enfermagem necessários ao julgamento clínico e à tomada de decisão no processo de cuidar do adulto, além das considerações éticas no cuidado e na avaliação física por sistemas, segmentos e exames complementares.

O cenário do estudo foi a Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital Regional de Coari Prefeito Dr. Odair Carlos Geraldo, localizado no interior do Amazonas (AM). A unidade de escolha para as aulas práticas atende basicamente a pacientes adultos com patologias clínicas, sendo essa referência para as atividades práticas da disciplina do Curso de Graduação em Enfermagem. A referida unidade é pública e oferece atendimento de média complexidade à população da cidade e de seu entorno.

O município de Coari pertence à região do Médio Solimões, do Estado do Amazonas, situado na Região Norte do Brasil. A localidade tem uma população estimada de 83.929 habitantes, dividida em área urbana e área rural. Coari fica distante de Manaus a 363 quilômetros em linha reta e, para realizar o trajeto, gastam-se, em média, 27 horas em transporte fluvial e 50 minutos em transporte aéreo. O acesso ao município só acontece por esses meios de transporte (IBGE, 2016; REIS; OLIVEIRA, 2017).

A descrição da experiência baseou-se no período de aula prática pelos autores no mês de junho de 2018. Este estudo não requer submissão a Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos para apreciação, e a pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Experiência hospitalar: sentimentos vivenciados

A experiência ocorreu no final do primeiro semestre da disciplina Semiologia e

Semiotécnica de Enfermagem II do ano de 2018, na qual os acadêmicos de enfermagem tiveram o seu primeiro contato com a prática hospitalar. As aulas práticas no Hospital Regional de Coari aconteceram por meio de supervisão e acompanhamento do professor preceptor.

Em uma pesquisa que também foi desenvolvida em ambiente hospitalar, constatou-se que a primeira semana, para os acadêmicos, é considerada como o momento de observação dos fluxos dos serviços da enfermagem. Desse modo, a proximidade e a segurança em relação ao ambiente hospitalar, os procedimentos e as rotinas de trabalho executadas pelos profissionais são estabelecidos por intermédio de análise feita pelos acadêmicos (ALVES; COGO, 2014).

O contato inicial com o ambiente hospitalar proporcionou ao acadêmico diversas experiências, desde a primeira interação com o paciente até a execução da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que foi a aplicação da coleta de dados, exame físico, sinais vitais, medidas antropométricas, administração de medicamentos, curativo e banho no leito.

No início das atividades das práticas na Clínica Médica e Cirúrgica do Hospital Regional de Coari, os acadêmicos passam a desenvolver sentimentos como a ansiedade em relação à expectativa para realizar os procedimentos. Esta se associa à insegurança devido à falta de destreza para realizar as suas primeiras assistências no ambiente da atuação profissional estabelecidas nos seus primeiros contatos com um paciente hospitalizado.

Estudo de Bonmann e Cogo (2013) constatou que os sentimentos que são evidenciados no primeiro dia de aula prática hospitalar são as frustrações por falta de habilidade ao executar os procedimentos inerentes. Porém, nessa primeira experiência, os acadêmicos estão suscetíveis a desenvolver vários sentimentos, alguns negativos outros positivos. Perbone e Carvalho (2011) mencionaram na sua pesquisa os sentimentos do estudante de enfermagem em seu primeiro contato com os pacientes, que foram se sentir útil, feliz, empolgado, orgulhoso, considerados como aspectos positivos.

É evidente que, para o processo de crescimento e aprendizagem, esses sentimentos fazem parte da experiência dos estágios para os estudantes, algo natural à vida acadêmica, no que tange às expectativas que são criadas em relação a algo desconhecido. Tal afirmação é compreendida quando a teoria das relações interpessoais é aplicada na prática no desenvolvimento da interação entre o paciente e o enfermeiro.

3.2. Aproximação da aula prática à Teoria de Peplau

Com base na Teoria de Peplau, passou-se a desenvolver não somente as técnicas, mas também uma interação interpessoal com o paciente, a fim de buscar reconhecer, definir e compreender as crenças, os valores e as emoções que compõem

o ser humano. Além disso, a atitude adotada pela enfermagem interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o cuidado, pois é, a partir disso, que a assistência de enfermagem pode ou não influenciar de forma significativa a saúde do indivíduo (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

Um estudo desenvolvido com base na Teoria de Peplau menciona que o enfermeiro necessita conhecer o contexto em que ambos, profissional/paciente, estão inseridos. Considerando que cada indivíduo é um ser de particularidades, a teoria visa colaborar para o desenvolvimento dessa relação na tentativa de organizar cuidados efetivos. E, dessa forma, o acadêmico passa a se desenvolver como profissional através de uma visão mais complexa durante sua assistência, escutando, orientando e comunicando-se com o seu paciente (FREIRE et al., 2013).

George (1993) estabeleceu uma divisão para o processo de enfermagem em fases descritas como orientação, identificação, implementação e evolução. A fase da orientação pode ser aplicada na análise e coletas de dados, com vistas a estabelecer uma comunicação que ajude o reconhecimento das necessidades. Na identificação, sugerem-se metas e a implementação busca pôr em prática as metas implicadas que são iniciadas pelo paciente sob orientação do enfermeiro e, por fim, tem-se a fase da evolução, que está vinculada às outras etapas, que necessariamente foram concluídas e analisadas de acordo com o comportamento estabelecido e esperado por ambas as partes.

Durante as aulas práticas, a comunicação foi essencial para se desenvolver essa aproximação da teoria entre o paciente e o enfermeiro. Esse relacionamento é iniciado por meio de uma comunicação em que ambos se expressam do seu jeito de ser, assim, tornou-se evidente a conquista da confiança por meio do diálogo.

Essas habilidades evidenciam a importância da teoria das relações interpessoais na formação profissional durante essa primeira experiência no âmbito hospitalar, como menciona o estudo desenvolvido por Santana et al, (2016). Essa relação humana, baseada na Teoria de Peplau, faz com que o ambiente hospitalar seja mais descontraído e ao mesmo tempo dinâmico para o acadêmico identificar e decidir as intervenções necessárias para a promoção de saúde.

4 | CONCLUSÃO

Destaca-se a importância dessa experiência no âmbito hospitalar, devido aos sentimentos que foram relatados pelos estudantes, como insegurança, medo, ansiedade, receio e falta de destreza. Essas evidências mostram que é no início dessas práticas que os acadêmicos estão suscetíveis a desenvolver esses sentimentos devido à falta de familiaridade com o ambiente hospitalar.

Durante a experiência da aula prática, nota-se que o relacionamento interpessoal deve ser iniciado na formação do aluno com o intuito de desenvolver no mesmo a capacidade de entendimento pessoal, habilidades de comunicação, interação

com o paciente, auxiliando-o a reconhecer e manifestar a sua própria identidade profissional. Assim, pode-se propiciar um crescimento mútuo e diferenciado de uma rotina preconizada somente em cuidados tecnicistas, para uma assistência que visa englobar a humanização.

Portanto, percebe-se que existem poucas investigações relacionadas à teoria das relações interpessoais. Assim, os relatos de experiência contribuem para auxiliar os acadêmicos que ainda não vivenciam aulas práticas no ambiente hospitalar a compreender que esses sentimentos fazem parte do processo natural da vida acadêmica.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. DE C. F. DE; LOPES, M. V. DE O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 2, p. 202–210, 2005.
- ALVES, E. A. T. D.; COGO, A. L. P. PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 102–109, 2014.
- BACKES, D. S. et al. VIVÊNCIA TEÓRICO-PRÁTICA INOVADORA NO ENSINO DE ENFERMAGEM. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 597–602, 2012.
- BARBOSA, S. S. et al. A REALIDADE DAS ATIVIDADES TEÓRICO-PRÁTICAS NA VISÃO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, v. 11, 2014.
- BONMANN, D. M. D. S.; COGO, A. L. P. Primeira prática curricular hospitalar de estudantes de enfermagem descrita em fórum online. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 226–232, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União. 2012.
- CARVALHO, I. DA S. et al. MONITORIA EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA PARA A ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Rev. de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 464–471, 2012.
- DALCÓL, C. et al. Polaridades vivenciadas por estudantes de enfermagem na aprendizagem da comunicação: perspectivas do pensamento complexo/> Polarities experienced by nursing students in learning the communication: perspectives of thought complex. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2017.
- FREIRE, M. S. DE S. et al. Nursing care for women with breast cancer based on the theory of interpersonal relations. **Journal of Nursing. Revista de Enfermagem**, v. 7, p. 7209–7214, 2013.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Agência Notícias do IBGE**. 2016.
- KORB, A. et al. ATIVIDADE INTEGRATIVA DAS DISCIPLINAS DE MICROBIOLOGIA COM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA : HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS. **Rev. Saúde Pública Santa Catarina**, p. 80–97, 2015.

LUZIA, M. DE F.; COSTA, F. M.; LUCENA, A. DE F. O Ensino das Etapas do Processo de Enfermagem: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on-line.**, v. 7, p. 6678–6687, 2013.

MATOS, J. C. DE et al. Ensino de teorias de enfermagem em Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado do Paraná - Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 23–28, 2017.

PERBONE, J. G.; CARVALHO, E. C. DE. Sentimentos do estudante de enfermagem em seu primeiro contato com pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, v. 64, n. 2, p. 343–347, 2011.

REIS, D. A.; OLIVEIRA, A. P. **Rede de Apoio e Necessidade Educacional de Cuidadores de Idosos Dependentes no Contexto Amazônico**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2017.

SANTANA, A. M. B. DE et al. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NA PRÁTICA UNIVERSITÁRIA: DESVENDANDO A VISÃO DO DISCENTE. **Ciência, Cuidado e Saúde.**, v. 14, n. 4, p. 1513, 2015.

CAPÍTULO 12

PLANTAS MEDICINAIS PELOS ÍNDIOS PITAGUARY: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM MARACANAÚ- CE

Dayanne Terra Tenório Nonato

Universidade Estadual do Ceará, Instituto Superior de Ciências Fisiológicas.
Fortaleza- CE

Andréa Cintia Laurindo Porto

Faculdade Pitágoras, graduanda em fonoaudiologia.
Fortaleza- CE

Eloisa de Alencar Holanda Costa

Faculdade Pitágoras, graduanda em fonoaudiologia.
Fortaleza- CE

Johnatan Alisson de Oliveira Sousa

Universidade Federal do Ceará, Centro de Biomedicina.
Fortaleza- CE

Victor Tabosa dos Santos Oliveira

Unichristus, graduando em biomedicina

Fabrícia da Cunha Jácome Marques

Universidade Estadual do Ceará, Instituto Superior de Ciências Fisiológicas.
Fortaleza- CE

Raquel Magalhães Castelo Branco Craveiro

Universidade Estadual do Ceará, Instituto Superior de Ciências Fisiológicas.
Fortaleza- CE

Edna Maria Camelo Chaves

Universidade Estadual do Ceará, Instituto Superior de Ciências Fisiológicas.
Fortaleza- CE

Patrícia da Silva Pantoja

Universidade Federal do Ceará, Centro de Biomedicina.
Fortaleza- CE

RESUMO: Os valores medicinais de algumas espécies vegetais transportam-se ao longo dos anos de geração a geração, se resguardando, principalmente, nos mais antigos e chefes de família. O conhecimento do uso popular de plantas medicinais contribui para desenvolvimento de fármacos sendo utilizado inclusive no sistema médico atual. Portanto, o estudo tem como objetivo, averiguar o conhecimento dos moradores indígenas da área urbana do município de Maracanaú- CE, sobre a utilização das plantas medicinais no seu dia a dia e da medicina tradicional. Esta pesquisa foi realizada, junto com as agentes de saúde, com 250 famílias indígenas, residentes nas aldeias. Entrevistas ocorreram no período de agosto a dezembro de 2017, a fim de perceber como estavam os conhecimentos indígenas em relação ao uso de plantas medicinais. Percebe-se que a cultura indígena encontra-se em declínio em especial na população indígena jovem, ficando os conhecimentos da medicina popular restrito aos idosos e chefes da tribo (Pajé), ameaçando, portanto, a extinção da cultura e dos conhecimentos sobre a medicina.

popular necessitando cada vez mais, ser valorizada e preservada favorecendo a propagação de conhecimentos sobre plantas medicinais da medicina tradicional indígena.

PALAVRA-CHAVE: Plantas medicinais. População indígena. Saúde pública.

MEDICINAL PLANTS BY THE PITAGUARY'S INDIANS: A EXPERIENCE REPORT IN MARACANAÚ- CE

ABSTRACT: The medicinal values of some plant species are transported over the years, from generation to generation, protecting oldest and heads of family's knowledge. The popular use of medicinal plants contributes to the development of drugs being used even in the current medical system. Therefore, the study aims to verify the knowledge from first nations of the urban in Maracanaú - CE, about the daily use of medicinal plants compare with traditional medicine. This research was carried out, together with professionals from public health and 250 indigenous families in Pitaguary's tribe. Interview occurred between August to December 2017, to understand how population have been use medicinal plants. It is noticed that the indigenous culture start do disappear especially in the young people, remaining the information about medicine restricted to the chiefs of tribe (Pajé), threatening, therefore, the extinction of the culture and cognition on the medicine that is extremely valued and preserved, favoring the propagation of acquaintance about medicinal plants of indigenous traditional medicine.

KEYWORDS: Medicinal plant. First nations. Public health.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de industrialização e urbanização das capitais e do interior acarretou em alterações no estilo de vida e na cultura da população de uma maneira geral, trazendo, com isso, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, insuficiência renal e depressão. A população indígena sofreu a consequência de tais impactos principalmente as comunidades que estão em interação direta com a sociedade não indígena. Além disso, a redução às áreas protegidas pela FUNAI levou a destruição de ecossistemas situados em terras indígenas ou arredores, interferindo na vida cotidiana das populações indígenas, alterando a forma como veem o perfil de saúde, tornando-os mais vulneráveis e necessitando cada vez mais do auxílio da medicina farmacológica por se afastarem dos costumes de uso de plantas medicinais (Basta et al., 2012; Moura et al., 2010)

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes à cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estabelece um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, garantindo

aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para que esses princípios possam ser efetivados, deve-se levar em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se desenvolver e utilizar tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais (Brasil, 2002a).

Em 2004, eram 45 povos indígenas reconhecidos pela Fundação Nacional do Índio (Funai) em todo o Nordeste, totalizando aproximadamente 14.160 índios. A tabela 1 a seguir, mostra a distribuição dos povos indígenas existentes no Ceará:

POVOS	POPULAÇÃO	ÁREA	MUNICÍPIO
Tapeba	5.500	4.658 ha	Caucaia
Tremembé de Almofala	1.700	4.900 ha	Almofala, Patos e Itarema
Tremembé Córrego João Pereira	350	3.140 ha	Itarema e Acaraú
Tremembé de São José/Buriti	1.000	4.800 ha	Itapipoca
Tremembé de Queimadas	300	-	Acaraú
Jenipapo-Kanindé	260	1.640 ha	Aquiraz
Pitaguary	1.700	1.735 ha	Maracanaú e Pacatuba
Kanindé	1.000	750 ha	Aratuba e Canindé
Kalabaça	720	-	Crateús, Poranga e Iaporanga
Potiguara	670	-	Crateús e Monsenhor Tabosa
Tupinambá	-	-	Crateús e Monsenhor Tabosa
Kariri	-	-	Crateús e Monsenhor Tabosa
Tabajara	960	-	Crateús, Poranga e Monsenhor Tabosa

Tabela 1: Quantitativo dos índios no Estado do Ceará. Fonte: FUNAI, 2004.

No início da década de 90, a comunidade indígena Pitaguary começou a se organizar politicamente buscando a demarcação de suas terras. Os Pitaguarys vivem em localidades diversas (Ceará e Rio Grande do Norte), dentre as quais estão as do Santo Antônio, assim como Olho D'Água, Horto (sob a jurisdição do município de Maracanaú) e Monguba (no município de Pacatuba). Essas localidades estão dentro da Terra Indígena Pitaguary. Dada à extensão da área verde, em conjunto com a existência de formações rochosas, de rios sazonais e outros recursos naturais, as terras Indígenas Pitaguary apresentam imenso potencial para obtenção de plantas medicinais favorecendo a manutenção dos costumes indígenas e utilização de plantas para cura de doenças. Em contra partida, outras áreas encontram-se próximas do centro comercial de Maracanaú e apresentam uma paisagem que as difere consideravelmente das já citadas, afastando-os de seus costumes e cultura do uso popular de plantas medicinais (Brasil, 2002b).

Essa cultura sobre os valores medicinais de algumas espécies vegetais transporta-se ao longo dos anos, de geração a geração, se resguardando, principalmente, aos mais antigos e chefes de família. Inclusive, vários medicamentos de uso tradicional foram derivados do conhecimento sobre a medicina popular (MORAIS, 2005). Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi averiguar o conhecimento dos moradores indígenas da área urbana do município de Maracanaú- CE sobre a utilização das

plantas medicinais e da medicina tradicional.

2 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Esta pesquisa foi realizada juntamente com os agentes de saúde da equipe indígena, entrevistando 250 famílias indígenas residentes na aldeia indígena Pitaguary. As visitas às casas ocorreram no período de agosto a dezembro de 2017, a fim de perceber como estavam os conhecimentos indígenas em relação ao uso de plantas medicinais e fármacos para o tratamento e cura de doenças e se isso facilitava ou dificultava o acompanhamento da Unidade de Saúde Básica local. Percebe-se que está ocorrendo uma notável redução da disseminação de cultura indígena no que diz respeito a utilização das plantas medicinais. Uma grande parte dessa população não conhece ou não faz uso destas, em especial na população indígena mais jovem, o que pode ser justificado pela não perpetuação de pais para filhos, ou a facilidade de acesso a fármacos sintéticos. Foi observado que a cultura de tratamento e cura de doenças ainda é bastante preservado entre os mais idosos e o pajé, os quais fazem uso exclusivo de plantas medicinais para todo e qualquer tipo de sintomatologia.

Observamos que diversas partes das plantas são utilizadas tais como: raiz, caule, casca, sementes, folhas e frutos. As mesmas são utilizadas de diferentes formas: chá, imersão, contato direto, infusão, macerados, lambedor e etc. As principais plantas medicinais citadas pela aldeia Pitaguary são: Matruz, Malvarisco, Hortelã, Capim santo, cidreira, corama, romã, olha da goiabeira, a casca da ameixa, papaconha e as principais indicações foram inflamação, efeito calmante, dor, expectorante, controle de glicemia, dentre outros.



Observou-se ainda o uso excessivo de bebidas alcoólicas e cigarros tanto entre a população jovem quanto os idosos e isso favorece o desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e depressão.

Quando se perguntou a respeito da qualidade do sono, foi observado que boa parte da população indígena apresenta insônia e estresse, mostrando como os

hábitos da população não indígena podem influenciar no cotidiano desse povo.

Os profissionais da saúde que trabalham na atenção básica a essa população devem ter uma atenção especial no manejo farmacológico e clínico dos fármacos, tendo em vista que essa população pode utilizar ervas como fontes alternativas de tratamento muitas vezes associadas com fármacos sintéticos. Essas práticas levam a interações do fármaco com os princípios ativos da planta gerando, portanto, alguns efeitos adversos.



No empenho em salvaguardar e propagar a cultura indígena cada vez mais descaracterizada ao longo dos anos, é preciso que haja mais estudos/pesquisas científicas com intuito de comprovar a eficácia e a aplicabilidade do uso de plantas medicinais no tratamento e cura de doenças. Muitos medicamentos advêm de plantas e tendem a ter seus efeitos colaterais reduzidos.

Concluímos, portanto, que a cultura indígena deve ser valorizada e preservada, favorecendo a propagação de conhecimentos sobre plantas medicinais da medicina tradicional indígena.

REFERÊNCIAS

BASTA, P.C.; ORELLANA, J.D.Y; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. Editora Mec-Secadi, 2012.

MOURA, P.G.; BATISTA, L.R.V; MOREIRA, E.A.M.; População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. Ed. 23, Rev Nutr, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. História, Memória e Identidade entre os Índios Pitaguary. 1 ed. Maceió: EDUFAL, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2 ed. Brasília: Associação comunicação e educação, 2002.

MORAIS, S.M. Plantas medicinais usadas pelos índios Tapebas do Ceará. Rev. Brasileira de Farmacognosia: Fortaleza, 2005.

PRÁTICA DA/O ENFERMEIRA/O NO CUIDADO DE FERIDAS E O USO DO MEL DE MANDAÇAIA

Mayara Bezerra Machado Gonçalves

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII, Senhor do Bonfim - Bahia

Cleuma Sueli Santos Suto

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII, Senhor do Bonfim - Bahia

Adelzina Natalina de Paiva Neta

Secretaria Municipal de Saúde
Jacobina – Bahia

José Renato Santos de Oliveira

Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação- Campus VII, Senhor do Bonfim - Bahia

Carle Porcino

Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Salvador - Bahia

Andreia Silva Rodrigues

Universidade Federal da Bahia, Grupo de Pesquisa Sexualidades, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero, Salvador - Bahia

de enfermagem a pacientes que apresentam lesões de pele e utilizam mel de mandaçaia (*Melipona quadrifasciata*) como cicatrizante, este estudo apresenta uma pesquisa exploratória e descritiva, de caráter investigativo e qualitativo, através da realização de um estudo de caso em instituição hospitalar. Utilizou-se para coleta de dados a observação do procedimento e a análise de imagens fotográficas da ferida, além de questionário semi-estruturado. Os resultados foram analisados à luz da análise de conteúdo de Bardin onde percebeu-se, a partir da análise das imagens, que o mel trouxe melhora significativa no tecido lesado, havendo o fechamento de um dos leitos da ferida. Como considerações finais apresentamos que o uso do mel associado a realização da técnica sem utilização de instrumental, contribuiu tanto no processo de cicatrização das feridas quanto para o autocuidado e restabelecimento da paciente em relação as suas atividades de rotina.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera Varicosa. Mel. Fotografia. Cuidado de enfermagem.

PRACTICE OF THE NURSE IN THE CARE OF WOUNDS AND THE USE OF MANDAÇA HONEY NURSING

ABSTRACT: The present work is located in the field of studies on care and humanization in health, in a more specific way regarding the

RESUMO: O presente trabalho situa-se no campo de estudos sobre cuidado e humanização em saúde, de forma mais específica no que tange ao cuidado de feridas com vista ao autocuidado e utilização de novas tecnologias. Com o objetivo de analisar a importância do cuidado

care of wounds with a view to self-care and the use of new technologies. With the objective of analyzing the importance of nursing care to patients with skin lesions and using mandarin honey (*Melipona quadrifasciata*) as a cicatrizant, this study presents an exploratory and descriptive research, with an investigative and qualitative character, through the accomplishment of a case study in a hospital. The observation of the procedure and the analysis of photographic images of the wound were used for data collection, in addition to a semi-structured questionnaire. The results were analyzed in light of the Bardin content analysis, where it was observed from the analysis of the images that the honey brought significant improvement in the injured tissue, with the closing of one of the beds of the wound. As final considerations, we present that the use of honey associated to the technique without using instruments contributed to both the wound healing process and the self-care and reestablishment of the patient in relation to their routine activities.

KEYWORDS: Varicose Ulcer. Honey. Photography. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo, considerado como o manto de revestimento do organismo, isolando os componentes orgânicos do ambiente externo (SILVA et al., 2011a). De acordo BRASIL (2002), as feridas constituem sério problema de saúde pública no Brasil, consequência do grande número de usuários do serviço de saúde com alterações na integridade da pele, o que reflete a precariedade da qualidade de vida da população e a sobrecarregada o gasto público.

Dentre o escopo de feridas que podem surgir nos indivíduos, destaca-se a úlcera venosa, a qual é encontrada nos membros inferiores e dentre as úlceras é a que possui maior prevalência. Ao cuidar pessoas com esse tipo de úlcera, a/o enfermeira/o tem o papel de estar atenta/o às diversas particularidades que surgirem, pois não somente será tratada a ferida em si, mas sim de forma holística, ou seja, acolhendo o ser como um todo, levando em consideração as partes e suas inter-relações (GUIMARÃES BARBOSA; NOGUEIRA CAMPOS, 2010; CARVALHO, 2012).

O tratamento de feridas do tipo úlceras venosas, pode ser realizado por intermédio do uso do mel de mandaçaia (*Melipona quadrifasciata*). De acordo com os resultados de Silva et al. (2011b) o mel tem sido utilizado no tratamento de feridas de distintas causas, com resultados significativos no processo de reparação dos tecidos, constituindo-se uma ótima alternativa comparada às terapias tradicionais. Corroboração, Lie (2012) afirma que sua técnica é simples, depois da antisepsia da lesão, o mel deve ser aplicado formando uma camada espessa cobrindo totalmente a ferida, e quanto à frequência de aplicação esta varia de acordo ao nível de infecção da mesma. Além disso, segundo Tonks et al., (2001) o uso tópico do mel reduz a inflamação, debríos necróticos, edema, promove a angiogênese, epitelização e granulação da ferida.

Molan (1992) afirma que a pasteurização do mel não é aconselhável caso ele seja usado como antisséptico, deve-se manter o aquecimento deste por um período mínimo, devendo ser estocado em temperatura ambiente. Nagai et al., (2001) destacam que o tratamento do mel a 100°C por 10 a 30 minutos, reduz sua atividade antioxidante e destrói a integridade de enzimas como a catalase e peroxidase.

A utilização dos produtos das abelhas para fins terapêuticos, conhecida como apiterapia, vem crescendo nos últimos anos, com o desenvolvimento de diversas pesquisas que apontam os efeitos benéficos à saúde da população e reconhecidos por profissionais da área da saúde (PEREIRA et al., 2003). O estudo comparativo de Mphande et al., (2007) entre mel e açúcar, mostrou que o mel é mais eficaz que o açúcar em reduzir a contaminação bacteriana e na promoção de cicatrização de feridas, assim como proporcionar menos dor durante as mudanças de penso e movimento.

As qualidades principais que os produtos para tratamento de feridas devem conter para sua maior eficácia são: remoção, menor necessidade de trocas frequentes, e principalmente manter o leito da lesão com umidade ideal e as áreas periféricas secas e protegidas, conforto, boa relação custo/ benefício, ser de fácil aplicação e adaptabilidade (DEALEY, 2008).

Ressalta-se a importância para a enfermagem, que lida direta e frequentemente com feridas no seu cuidado diário, o uso de novas ferramentas de cuidado, a partir da exploração dessa nova metodologia ainda em fase de experiência. Como também explorar a seriedade do trabalho humanizado para pessoas acometidas por lesões de pele, as quais demandam de cuidado integral.

Objetivou-se, portanto, analisar o cuidado de enfermagem a pacientes que apresentem lesões de pele e utilizam mel de mandaçaia (*Melipona quadrifasciata*) como cicatrizante. Além disso, o estudo possibilitou a demonstração prática da utilização do mel e o acompanhamento de seus efeitos nas lesões. Através da observação do procedimento e análise comparativa do processo de cicatrização, com a utilização das imagens fotográficas das feridas, torna-se possível enfatizar que o profissional enfermeiro utiliza os princípios da humanização no tratamento da úlcera venosa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de caráter investigativo, por meio de um estudo de caso realizado no Hospital Regional Vicentina Goulart (HRVG) no município de Jacobina- Bahia. O estudo de caso é definido como uma pesquisa empírica, que investiga fenômenos contemporâneos dentro de um contexto de vida real, indicado especialmente quando os limites entre o fenômeno e contexto são pouco evidentes (ANDRADE, et al., 2017).

Este estudo seguiu à luz da análise do conteúdo proposta por Bardin (2011). A

análise de conteúdo, enquanto método, remete a um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Utilizou-se como critérios de inclusão para pesquisa: idade acima de 40 anos, apresentar úlcera venosa localizada em membro inferior, e que aceitasse a utilização do mel de mandaçaia no tratamento de sua lesão.

Para coleta e obtenção dos dados relacionados aos cuidados de enfermagem aplicou-se um questionário com a enfermeira que realiza a técnica do uso do mel em feridas no ambulatório do hospital, e três questionários, cada um contendo especificidades para cada momento do estudo, que foram respondidos pela paciente. Como forma de complementar a coleta de dados, realizou-se a observação direta do procedimento nos três momentos citados anteriormente, como também o uso de imagens fotográficas das lesões para acompanhar e descrever da melhor forma a evolução do tratamento. Zimmermann et al. (2009) pontuam que as imagens fotográficas de feridas possibilitam a verificação cotidiana da evolução, bem como compreender o processo de cicatrização, analisar e perceber possíveis intercorrências e complicações.

O questionário aplicado a enfermeira contribuiu na descrever da técnica utilizada, a obtenção do conhecimento, tempo de utilização e na descrição da evidência no que se refere aos resultados alcançados sendo empregado no primeiro dia de observação e início da coleta. Enquanto que os questionários da paciente, visou qualificar os sentimentos e percepção da mesma em relação à problemática vivenciada, em todos os estágios do tratamento, e foram executados nos 1º, 30º e 60º dias da aplicação da terapêutica no ambulatório.

O presente estudo atendeu as exigências éticas conforme o Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012, como: aprovação do Comitê de Ética sob N° 411848 de 28/08/13, assinaturas do Termo de Concessão de Coleta de Dados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além da assunção da responsabilidade por preservar os dados, a confidencialidade e anonimato da participante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados se deu em dois momentos, primeiro procedeu-se a análise dos questionários aplicados à paciente, seguido do questionário aplicado à enfermeira; em um segundo momento, foi realizada a análise das fotografias na sequência proposta inicialmente, ou seja, do primeiro ao sexagésimo dia.

Primeiro momento: Análise dos questionários

Com os questionários fornecidos pela paciente, relacionou-se a percepção da mesma quanto ao processo de evolução do tratamento, seus sentimentos, medos, fragilidades e autoestima em todos os estágios do tratamento. Foi perceptível,

também, as expectativas quanto a terapêutica com o mel de mandaçaia (*Melipona quadrifasciata*). Assim, no instrumento referente ao 1º dia do tratamento a paciente respondeu que a sua percepção em relação ao nível da “autoestima estava baixa”, e que a mesma possuía sentimentos de “medo e vergonha” por conta da enfermidade; como também que suas expectativas eram “voltar às suas atividades de rotina” (Questão nº4).

Fox (2002) e Carvalho (2012) em seus estudos apontaram categorias importantes em relação a pacientes acometidos por úlceras por pressão, onde destacam a dor, o nível de exsudato, perda da independência, problemas emocionais, tais como preocupação com a cicatrização, imagem corporal e isolamento social, como pontos a serem considerados diante de pacientes lesionados.

Todas estas categorias são consideradas normais e/ou esperadas diante de pacientes com úlceras venosas ou qualquer outro tipo de lesão de pele, pois, como relatam Silva et al., (2011a), as feridas têm a capacidade de mexer com a subjetividade, ou seja, de adentrar ao espaço íntimo do indivíduo, atingindo os responsáveis pelas diferentes sensações que são os órgãos dos sentidos: visão, olfato e o tato.

Neste estudo de caso, a paciente respondeu que obteve conhecimento da possibilidade do tratamento de sua enfermidade com a utilização do mel de mandaçaia (*Melipona quadrifasciata*) através da enfermeira que realiza o procedimento no ambulatório do HRVG. Segundo Andrade et al., (2012) em sua pesquisa, verificou que o conhecimento tradicional do mel de abelhas para uso medicinal, é obtido através de relatos verbais, os quais são transmitidos de forma oral. Observamos, neste estudo de caso, que a paciente estudada não tinha um conhecimento prévio, o que nos leva a inferir que em sua comunidade de origem o mel não seja utilizado com esta finalidade.

O segundo momento de aplicação do instrumento à paciente, ocorrido no 30º dia do tratamento, de acordo com as respostas a mesma já percebia uma evolução positiva das lesões. Assim, segundo a paciente, ela obteve melhora com o tratamento, uma vez que sua autoestima foi considerada “boa”, perdeu o “medo e a vergonha” e, não está sentindo mais nenhum incômodo diante da enfermidade. Também, foi afirmado pela paciente que estava disposta a continuar com o tratamento e confiando no procedimento.

O aumento da confiança apresentado no 30º dia de tratamento se manteve até o terceiro e último momento da aplicação do questionário, que ocorreu no 60º dia do tratamento. Observou-se, através do conteúdo das respostas, que a mesma apresentava: satisfação (devido a notável mudança no seu estado de saúde), que sua autoestima está elevada e já era possível retomar suas atividades de rotina. Chamou atenção, a afirmação de que não há mais nenhum sentimento negativo em relação à enfermidade, e que daria uma nota de oito a 10 para o tratamento realizado pela enfermeira com o mel de mandaçaia.

O conteúdo apresentado nas respostas fornecidas pela paciente, permitem

afirmar que mesmo não tendo conhecimento prévio, ao aceitar a proposta da enfermeira, a paciente expressa satisfação e confiança na terapêutica e no cuidado implementado.

Quanto à análise do questionário aplicado a enfermeira, a categoria central para discussão das referidas respostas foi o conhecimento sobre uso do mel e a realização da técnica de curativo com humanização. Quanto à realização da técnica, a enfermeira respondeu que:

Não me foi apresentada a técnica durante minha formação acadêmica, porém, por gostar de trabalhar com portadores de feridas e produtos naturais, busquei unir o útil ao agradável, dedicando-me a pesquisas com o uso do mel, e passando a utilizá-lo em minha prática há mais ou menos 6 anos. (Enfermeira, questão nº 2).

Em relação à utilização, indicação e aceitação do uso do mel, em sua prática na unidade ambulatorial e hospitalar, a enfermeira afirmou que no ato da consulta de enfermagem com pessoas que apresentam feridas, a mesma apresenta a técnica com o uso do mel, explana sobre suas experiências com pacientes que aderiram e apresenta imagens fotográficas de feridas, mostrando assim, a evolução das lesões com o tratamento. A resposta apresentada, descreve a intencionalidade da enfermeira em difundir a técnica e apresentá-la como uma alternativa as pessoas que apresentam feridas que buscam o ambulatório para tratamento.

A descrição da enfermeira também retrata que a educação em saúde realizada durante a consulta de enfermagem é fundamental para empoderamento do paciente o que coaduna com a proposição de Carvalho (2012).

Ao solicitarmos uma descrição sucinta da técnica do uso do mel pela enfermeira, esta referiu: “*não utilizo instrumental, ou seja, todo o procedimento é realizado com luvas*”. Na percepção desta profissional esta atitude mantém uma aproximação perceptiva, tanto com a lesão quanto com a paciente, e traria como consequência uma percepção de humanização. A atitude da enfermeira chama atenção, vez que, é de suma importância para o cuidado de pacientes fragilizados, pelas lesões de pele, que o cuidado seja o mais humanizado possível.

Ainda na descrição sucinta da técnica do uso do mel pela enfermeira, de acordo com sua resposta foi apontado como vantagens:

Prevenir infecções cruzadas, antibactericida, efeito de desbridamento, remove o mau odor do leito da ferida, acelera a cicatrização, minimiza o trauma e dor ao retirar o penso (não aderente), redução de custo, permite tratamento em casa dentre outros. (Enfermeira, questão nº 4).

Nesse sentido, as vantagens apresentadas pela enfermeira em resposta ao questionário condizem com Tonks et al., (2001) ao afirmarem que o mel traz como propriedades e funções a redução da inflamação, diminuição do edema e promove a criação de novos vasos sanguíneos e epitelização da ferida. Já em relação às

desvantagens obtivemos como resposta que:

Em alguns pacientes, uma sensação de picada pode causar desconforto, retirada do mel sem o manuseio correto podendo propagar fungos e um risco remoto de botulismo. (Enfermeira, questão nº4).

A resposta da enfermeira denota conhecimento e demonstra que não se trata da introdução de um novo agente no tratamento de feridas que se apresente como algo inócuo a saúde do paciente. No entanto, Dunford (2000) refere como desvantagens do uso do mel em feridas, o risco remoto de botulismo, em consequência da não esterilização do mel, como também a dificuldade na preparação dos pensos impregnados, sendo estes não estéreis.

Ao ser questionada em relação a sua posição sobre o cuidado humanizado de enfermagem diante de pacientes com lesões de pele, a enfermeira relata que este é:

Essencial, pois o portador de ferida carrega consigo uma ferida na alma, e que se a enfermagem tratar seus pacientes dentro dos cuidados humanizados, este cura seus preconceitos e adere ao tratamento com mais eficácia. (Enfermeira, questão nº 5).

Percebe-se que a enfermeira apesar de não ter tido conhecimento da técnica durante sua graduação buscou ao longo de sua vida profissional conhecimentos teóricos e práticos que lhe permitem aplicar técnica de forma segura e com benefícios para os pacientes que aceitam. Pode-se também destacar a ênfase dada a não utilização do instrumental como aspecto essencial no quesito humanização da realização do procedimento o que propicia uma maior aproximação entre a enfermeira e a paciente.

Segundo momento: Análise das imagens fotográficas

Imagens fotográficas para Gomes (2008) podem transmitir mensagens e informações, como também trazer possibilidade de criar uma rede de significados sub-reptícios que permeia e afeta o movimento dinâmico da sociedade, sendo eficiente quando se pretende, em certas circunstâncias, promover, criticar, conduzir”.

Visualiza-se através desta imagem uma ferida do tipo úlcera venosa, localizada em membro inferior direito, em região peri-maleolar. Esta imagem corresponde ao primeiro contato da paciente com o serviço, estabelecido como dia de início do tratamento antes da utilização do mel (Figura 1).



Figura 1. Úlcera varicosa em membro inferior direito primeiro contato

Observa-se que além das duas úlceras maiores, existem várias outras úlceras satélites de menor diâmetro e profundidade. As feridas observadas na imagem apresentam bordas irregulares, dano tecidual na superfície da pele onde mostra cratera rasa, com esfacelo amarelo, frouxamente aderido ao leito, eritema ou vermelhidão ao redor das úlceras, edema discreto, tecido de granulação ausente ou anormal, espessamento do tornozelo.

Borges (2005) através de seu estudo, corrobora ao afirmar que as feridas de etiologia venosa são, comumente, recobertas de tecido necrótico membranoso, superficial, amarelo, se sobrepondo parcialmente no tecido de granulação e muito exsudativas. O que confirma o diagnóstico inicial onde podemos considerar que a imagem 1 retrata uma úlcera venosa, objeto deste estudo.

Salientamos, mais uma vez, que a figura 1 foi obtida no primeiro contato da paciente com o serviço, e que até esta data, a paciente recebia outros tratamentos para com o cuidado da sua ferida, de modo que até então não havia sido introduzido o mel em sua terapêutica.

Ao 30º dia de início do tratamento com o uso do mel de mandaçaia, observou-se diminuição do dano tecidual na superfície da pele, apresentando diminuição da cratera ao olho nu, com presença de pouco esfacelo amarelo frouxamente aderido ao leito. Mantém as bordas irregulares, porém já pode ser visualizado a presença de tecido de granulação em crescimento. Também, pode-se destacar a redução do edema e, o tornozelo apresenta-se menos espesso e com redução da vermelhidão (Figura 2).



Figura 2. Úlcera varicosa em membro inferior no segundo contato.

A imagem 2 pode ser classificada por apresentar área de contração e formação de tecido de granulação, em período menor que 30 dias. O estudo comparativo entre o mel e o açúcar mascavo apresentado por Santos et al., (2012) demostrou que ao 7º, 14º e 21º dias de tratamento, o mel apresentou maior área de contração em relação as feridas tratadas com o açúcar mascavo, indicando assim o efeito anti-inflamatório e de estimulação da formação de tecido de granulação maior no mel. Dunford (2000) em seu estudo apontou o risco de liquefação no leito da ferida proveniente da temperatura ambiente da mesma.

Ao 60º dia de início do tratamento com o uso do mel, observou-se claramente o fechamento ou cicatrização de um dos leitos da ferida. Ao mesmo tempo, o outro leito apresenta aspectos positivos da cicatrização como: presença de tecidos vivos de granulação, crescimento de pequenos vasos sanguíneos, tecidos conectivo, ausência de esfacelo e a redução significativa do edema, porém não foi totalmente cicatrizado (Figura 3).



Figura 3. Úlcera venosa em membro inferior direito terceiro contato

Assim, através da visualização da figura 3, com relação ao leito superior, é possível afirmar que a evolução foi retardada em relação a lesão inferior.

Para Mathews e Binnington (2002) a utilização do mel em feridas auxilia no surgimento de novas vascularizações, permitindo a nutrição e oxigenação da área lesionada e consequentemente a rápida cicatrização. E que sua alta osmolaridade inibe o crescimento bacteriano, devido à reduzida presença de água livre. O que pode ser constatado no figura 3 em relação a lesão inferior.

Outra experiência, bastante significativa com o uso do mel, foi o estudo de Pereira-Filho, Bicalho e Silva (2012) no qual relataram o tratamento de feridas oncológicas, após excisão, com a aplicação de uma formulação de substâncias, nas quais o mel está incluída, apresentou como resultado favorável o tempo médio de cicatrização das feridas que foi em média de 39 dias. No entanto, algumas feridas apresentaram cicatrização completa entre 30 e 45 dias.

Porém, o estudo realizado no ambulatório do hospital, onde o procedimento foi seguido por sessenta dias, fica demonstrado que neste período, ocorreu sim o processo de cicatrização de um dos leito, no entanto, este estudo difere dos resultados de Pereira-Filho, Bicalho e Silva (2012) e Meyer (2003), tanto no período médio de cicatrização quanto no tipo de ferida pesquisada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado com a utilização do mel e técnica referida como humanizada, o uso do mel contribuiu de forma satisfatória para que a paciente se tornasse coparticipante do seu tratamento. Vez que, a autonomia da realização diária do procedimento, que é a troca do penso embebido em mel, propiciaram o autocuidado e o restabelecimento de suas atividades de rotina no período descrito de 60 dias.

Mesmo sem conhecimento da técnica do uso do mel em feridas durante sua graduação, em seu aprendizado profissional, a enfermeira buscou conhecimentos teóricos e práticos sobre o uso do mel, o que lhe permite aplicar a técnica aos pacientes que a aceitam. Pode se destacar, neste estudo, a ênfase dada a não utilização do instrumental, como um fator de humanização na realização do procedimento, o que propiciaria, sob a ótica da enfermeira, uma maior aproximação entre a enfermeira e o paciente.

A partir dos resultados obtidos na análise das imagens, podemos perceber que o uso do mel em feridas trouxe melhora significativa no tecido, com o fechamento ou cicatrização de um dos leitos, porém, apesar dos aspectos positivos quanto à cicatrização, não houve o fechamento total dentro do prazo inicialmente estipulado para o segundo leito.

Embora tenham sido observados benefícios, não podemos afirmar que o uso do mel em feridas realmente acelerou o processo de cicatrização e que o mel de mandaçaia é o produto a ser mais utilizado no tratamento de úlcera venosa. Tendo em

vista que não foi realizado um estudo comparativo e, este estudo de caso não oferece referencial teórico que dê suporte a tal afirmação, apesar de sermos favoráveis à disseminação da técnica do uso do mel em feridas, ressaltamos a importância do desenvolvimento de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. R., RUOFF, A. B., PICCOLI, T., SCHMITT, M. D., FERREIRA, S. A., XAVIER, A. C. A. El estudio de caso como método de investigación em Enfermería: una revisión integrativa. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(4):e5360016.
- ANDRADE, S.E.O.; MARACAJÁ, P.B.; SILVA, R.A.; FREIRES, G.F.; PEREIRA, A.M.; FERNANDES, A.A. Estudo sobre o uso do mel de abelha associado com plantas medicinais na comunidade Várzea Comprida dos Oliveiras, Pombal, Paraíba, Brasil. **Revista ACSA**, V. 8, n. 3, p. 45-50, jul – set, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.
- BORGES, EL. Tratamento tópico de úlceras venosas: proposta de uma diretriz baseada em evidências. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Tese de doutorado. Ribeirão Preto, 2005. 305p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CARVALHO, E. S. S. **Como cuidar de pessoas com feridas: desafios para a prática multiprofissional**. 1^a. ed. Salvador: Atualiza Editora, 2012. 349p
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 3^º Edição, São Paulo: Atheneu Editora, 2008.
- DUNFORD, C.; COOPER, R.; MOLAN, P.; WHITE, R. The use of honey in wound management. **Nursing Standard**, London, v. 15, n. 11, p. 63-68, 2000.
- FOX, C. Living with a pressure ulcer: a descriptive study of patients experiences. **Br J Community Nurs.** 2002;7(6):10-22.
- GOMES, A. R. **Linguagem Imagética e Educação**. Espírito Santo: Editora Ex Libris, 2008.
- GUIMARÃES-BARBOSA, J. A.; NOGUEIRA-CAMPOS, L. M. Diretrizes para o tratamento da úlcera venosa. **Enfermería Global**, nº 20. Outubro, 2010.
- LIE, D. **O mel como tratamento de feridas de difícil cicatrização**. Disponível em:<http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?LangType=1046&menu_id=49&id=23725> Acesso em: 14 de Junho de 2016.
- MATHEWS, K.A.; BINNINGTON, A.G. Wound management using honey. **Comp Cont Educ Pract Vet**, vol.24, n.1, p. 53–60, 2002. Disponível em: <<http://www.jacksscale.com/woundmanagementhoney.pdf>>. Acesso em: 26 outubro. 2013.
- MEYER, F.J.; MCGUINESS, C.L.; LAGATTOLLA, N.R.; EASTHAM, D.; BURNAND, K.G.; Randomized clinical trial of three layer paste and four-layer bandages for venous leg ulcers. **Br J Surg**, 2003; 90(8):934–40.

MOLAN, P.C. The antibacterial activity of honey. 2, variation in the potency of the antibacterial activity. **Bee World**, v. 73, n.2, p. 59-76, 1992.

MPHANDE, AN; KILLOWE, C; PHALIRA, S; JONES, HW; HARRISON, WJ. Effects of honey and sugar dressings on wound healing. **J Wound Care**. 2007; 16(7):317-9.

NAGAI, T.; SAKAI, M.; INOUE, R.; INOUE, H.; SUZUKI, N.; Antioxidative activities of some commercially honeys, royal jelly and propolis. **European Journal of Pediatrics**, v.160, n. 11, 2001.

PEREIRA-FILHO, J.S.; BICALHO, L.; SILVA, D.A.; Uso de própolis associada a outros componentes no tratamento de feridas oncológicas após excisão. **Acta Biomedica Brasiliensis**. ISSN-e 2236-0867, Vol. 3, Nº. 2, 2012, págs. 15-25.

PEREIRA, F. M.; LOPES, M.T.R.; CAMARGO, R.C.R.; VILELA, S.L.O. **Produção de Mel**. Embrapa, Versão Eletrônica, Jul/2003. Disponível em: <<http://sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/FontesHTML/Mel/SPMel/importancia.htm>> Acesso em: 14 de Julho de 2012.

SANTOS, I.F.C.; NHAMBIRRE, A.P.; GROSSO, S.L.S.; CARDOSO, J.M.M.; MARUJO, R.B.; BAMBO, O.B.; SHMIDT, E.M.S. Mel e açúcar mascavo na cicatrização de feridas. **Ciência Rural**, Santa Maria, v.42, n.12, p.2219-2224, dez, 2012.

SILVA, R.C.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; MEIRELES, I.B.; COSTA, M.M.; SILVA,C.R.L. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2º Edição, 2011a.

SILVA, R. M. P.; VILA, A.C.D.; BRANDÃO, I.T.L.; CAPUZZO, P.G.; PEREIRA, A.L. Uso do mel no tratamento de feridas: contribuição para a prática baseada em evidências. **Cadernos de estudos e pesquisas**. vol.15, nº 33, 2011b - ISSN 2179-1562.

TONKS, A.J.; COOPER, R.A.; PRICE, A.J.; MOLAN, P.C.; JONES, K.P.; Stimulation oh TNF- α release in monocytes by honey. **Cytokine**, v. 14, n.4, 2001.

ZIMMERMANN, K. C.G, FONTE, M. A.; ZIMMERMANN, J.A.D.; SCHWALM, M.T.; DAGOSTIN, V.S.D. **Assistência de enfermagem: métodos e uso de tecnologias no acompanhamento interdisciplinar de pacientes com feridas**. Disponível em: <http://www.sobest.com.br/index.php?option=com_jumi&fileid=11&view_trab_id=100&Itemid=100>. Acesso em: 28 de Julho de 2012.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA NO IDOSO

Damiana Rodrigues

UEMG- Passos

Passos- MG

Rita de Cássia de Barcellos Dalri

EERP-USP

Ribeirão Preto

RESUMO: **Introdução:** O sistema imunológico nos idosos sofre uma deterioração natural do corpo para responder a infecções e à memória imunológica, principalmente à vacinação. A Influenza é uma doença viral, infecciosa, de alta transmissibilidade e para combatê-la, a vacina contra Influenza é a forma mais eficiente. Entretanto, eventos adversos podem ocorrer pós-imunização e estes podem ser notificados por qualquer profissional da saúde. **Objetivo:** Analisar os eventos adversos pós-vacinação contra Influenza em idosos e confeccionar material educativo com orientações de cuidados pré e pós- vacinação contra Influenza, específico para os enfermeiros envolvidos nos cuidados dos idosos. **Métodos:** Estudo exploratório, descritivo, analítico, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado por meio de coleta de dados secundários. Com relação à elaboração do material educativo, será utilizado como referência o Infográfico, que aborda os meios de comunicação de informações e agrupa textos e imagens; é uma linguagem visual que

ajuda a compreender uma mensagem que deseja ser passada. **Resultados:** Os eventos adversos não graves representaram 84,7% das notificações obtidas, eventos adversos graves, 5,1% e erros de imunização, 10,2%. Os testes revelaram significância estatística para eventos adversos não graves e a variável sexo ($p=0,042$) mais entre as mulheres que apresentaram manifestações locais, ou seja, 70,3% e entre os homens que apresentaram manifestações clínicas sistêmicas ($p=0,021$) - 45,8%, as quais foram caracterizadas por sintomas neurológicos. Erro de imunização se caracterizou por aplicações duplas do mesmo imunobiológico por falta de informação ou esquecimento do cartão de vacinas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Vacinas contra Influenza. Enfermagem. Sistema imunológico. Evento Adverso

NURSE'S ACTIVITY IN ADVERSE EVENTS AFTER VACCINATION AGAINST INFLUENZA IN THE ELDERLY

ABSTRACT: **Introduction:** The immune system in the elderly undergoes a natural deterioration of the body to respond to infections and immune memory, mainly to vaccination. Influenza is a viral, infectious, highly transmissible disease and to fight it, the Influenza vaccine is the most efficient way. However, adverse events can

occur post-immunization and these can be reported by any healthcare professional. **Objective:** To analyze the post-vaccination adverse events against Influenza in the elderly and to prepare educational material with guidelines for pre- and post-vaccination against Influenza, specific to nurses involved in the care of the elderly. **Methods:** An exploratory, descriptive, analytical, retrospective and quantitative approach was performed through secondary data collection. Regarding the elaboration of educational material, the Infographic will be used as reference, which addresses the means of communication of information and adds texts and images; is a visual language that helps you understand a message you want to be passed on. **Results:** Non-serious adverse events accounted for 84.7% of notifications, severe adverse events, 5.1% and immunization errors, 10.2%. The tests revealed statistical significance for non-serious adverse events and the gender variable ($p = 0.042$) more among women who presented local manifestations, that is, 70.3% and among men presenting systemic clinical manifestations ($p = 0.021$). 45.8%, which were characterized by neurological symptoms. Immunization error was characterized by double applications of the same immunobiological due to lack of information or forgetfulness of the vaccine card.

KEYWORDS: Aged. Influenza vaccines. Nursing. Immune system. Adverse events.

INTRODUÇÃO

Nascer, crescer e envelhecer são processos naturais observados com o tempo, no entanto, o envelhecimento é influenciado por fatores genéticos e hábitos adquiridos e vivenciados ao longo da vida (FECHINE; TROMPIERI, 2012; OMS, 2015).

No cenário do envelhecimento, o sistema imunológico desempenha papel fundamental no controle e/ou desenvolvimento de doenças; entende-se por imunidade a capacidade de resistir a quase todos os tipos de organismos e/ou toxinas que podem prejudicar os tecidos e órgãos (GUYTON, 2008).

A imunidade inata é composta por uma série de células que fazem a mediação das interações precoces contra os patógenos; como neutrófilos, células NK (células citotóxicas naturais, conhecidas como células destruidoras), fagócitos e DC (células dendríticas), decorre de processos gerais, inclui a fagocitose de bactérias e de outros invasores pelos leucócitos e células do sistema dos macrófagos teciduais; atuam na produção de mediadores inflamatórios com o objetivo de eliminar a infecção e, também é afetada pelo processo de envelhecimento (GUYTON, 2008; AGONDI et al, 2012; KINOSHITA, 2014).

Alterações decorrentes do envelhecimento nessas células de defesa representam certa complexidade e formam a base da predisposição aumentada do idoso a doenças infecciosas (AGONDI et al, 2012). Os neutrófilos (células de defesa) que agem como mediadores inflamatórios têm sua atividade reduzida com o envelhecimento resultando em diminuição da função (RYMKIEWICZ et al, 2012).

Neste cenário, os monócitos se diferenciam em macrófagos teciduais cuja função

é reconhecer agentes infecciosos (antígenos), também participam da fagocitose, destruindo patógenos; com o envelhecimento, ocorre uma diminuição dos números dessas células no organismo, culminando em prejuízo no combate à infecção e pior resposta à vacinação (KINOSHITA, 2014).

Ainda em relação à idade, a oxidação e encurtamento dos telômeros (localizados nas extremidades dos cromossomos) e involução do timo são os principais causadores da diminuição da capacidade do processo imunológico. Ao longo do tempo o sistema imune parece diminuir sua potencialidade, ocasionando maior vulnerabilidade às doenças como infecções, doença auto- imunes e neoplasias (ESQUENAZI, 2008; AGONDI et al, 2012).

Os linfócitos T são responsáveis pela formação dos linfócitos ativados que promovem a imunidade mediada por células, com a idade os linfócitos T de memória se tornam mais numerosos em relação aos linfócitos responsáveis por respostas a infecções novas (conhecido como linfócitos nave), o que pode ocasionar uma pior resposta à vacina, principalmente quando o indivíduo recebe a imunização pela primeira vez (KINOSHITA, 2010).

As células T que não se depararam com o antígeno de sua propriedade específica precisam de uma co-estimulação na molécula de superfície CD28 (molécula co-estimuladora). Em contrapartida nas células T de memória, a sinalização pode ocorrer sem a presença da co-estimulação do CD28. O reconhecimento dos抗ígenicos apresentados pelas células que possuem抗ígenos ativa as células T; com o envelhecimento, ocorre um declínio na ativação e proliferação das células T e uma diminuição na expressão de CD28. Estudos demonstram defeitos de células T de idosos na cascata de sinalização resultando diversas alterações. Muitas dessas alterações podem ser observadas, compreendendo diminuição do comprimento do telômero. Portanto, os níveis de CD28 podem ser marcadores de senilidade do sistema imune (EWERS, et al, 2008; WEINBERGER et al, 2008; TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010). Para uma imunidade protetora sustentada, é necessário induzir uma memória funcional das células T após a imunização (WEINBERGER et al, 2008). Como evidenciado, o sistema imunológico no idoso sofre uma deterioração natural por causa do envelhecimento, essa deterioração recebe o nome de imunosenescênci, que é a diminuição da capacidade do corpo para responder a infecções e à memória imunológica, principalmente à vacinação (ESQUENAZI, 2008).

No manejo com a vacina contra a Influenza muitas vezes os trabalhadores se prendem às tecnologias leve-duras seguindo os protocolos existentes sem colocar em prática a utilização da tecnologia leve, que está incutida na escuta, na fala, nas relações, nos saberes. Desta forma, deixa de observar eventos que poderiam ser evitados, amenizados ou melhorados, como é o caso dos eventos adversos pós-vacinação.

OBJETIVO

Identificar e analisar os tipos de eventos adversos pós- vacinação contra Influenza em idosos de Minas Gerais

METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa descritiva-analítica, retrospectiva, com abordagem quantitativa. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação (VIEIRA, 2015).

Para tanto, foram analisadas 753 fichas de notificação de eventos adversos pós vacinação contra influenza no período de 2014 a 2016, disponibilizadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais por meio da Coordenadoria de Imunização. Separados os que apresentaram idade igual ou maior a 60 anos, de ambos os sexos que receberam a vacina contra influenza sozinha ou concomitantemente a outro imunobiológico totalizando 98 fichas. A análise de todas as fichas levara um período de três meses de junho a agosto de 2018.

Realizou-se estatísticas descritivas, freqüência e percentual para as variáveis qualitativas e medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas.

Para verificar a associação entre os tipos de eventos (não grave, grave e erro de imunização) e as manifestações sistêmicas com as variáveis de caracterização dos idosos (sexo, raça e idade) e das vacinas (tipo de imunobiológico administrado e o laboratório de procedência), utilizou-se o teste exato de Fisher e Qui-quadrado. No presente estudo estabeleceu-se o nível de significância $\alpha=0,05$, ou seja, valor de $p<0,05$. E os dados obtidos foram comparados e discutidos mediante a literatura existente.

A elaboração deste estudo seguiu os preceitos éticos de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Tendo sido aprovado em 14 de junho de 2018. Os resultados apresentam-se a seguir.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
60-69	52	53,1
70-79	32	32,6
≥ 80	14	14,3
Sexo		
Feminino	74	75,5
Masculino	24	24,5
Raça		
Branca	54	55,1
Parda	16	16,3
Negra	6	6,1

Amarela	5	5,1
Ignorado	17	17,4
Tipo de Evento Adverso		
Não grave	83	84,7
Grave	5	5,1
Erro de imunização	10	10,2
Manifestações locais		
Sim	63	64,3
Não	35	35,7
Manifestações clínicas sistêmicas		
Sim	27	27,6
Não	71	72,4
Outras manifestações		
Sim	21	21,4
Não	77	78,6
Tipo de atendimento		
Ambulatorial	35	35,7
Hospitalização	4	4,1
Observação	1	1,0
Sem atendimento médico	39	39,8
Ignorado	19	19,4
Imunobiológicos		
Influenza	79	80,6
Influenza e outros	19	19,4

Tabela 1 – Características dos idosos (n=98) em Minas Gerais e dos eventos adversos apresentados pós-vacinação contra Influenza, no período de 2014 a 2016.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Coordenadoria de Imunização

Cada manifestação representou uma variável e não a soma total das freqüências, a soma é maior que o número de idosos porque cada idoso apresentou mais de uma manifestação.

Na variável “outras manifestações”, estas estão descritas conforme registro das notificações e caracterizaram-se por: artralgia, cefaleia, e mialgia (1,0%); calor local (1,0%); cefaleia (2,0%); cefaleia e febre <39,5°C (2,0%); cefaleia e febre >39°C (4,0%); cefaleia, febre e mialgia (1,0%); cefaleia, fadiga, sonolência e febre > 39° (1,0%); cefaleiae tontura (1,0%); dificuldade de deambular, febre >39° e sonolência (1,0%); fadiga (1,0%); febre >39° (4,0%); febre baixa (1,0%); hiperemia bilateral dos olhos (1,0%); sonolência (1,0%). As manifestações estão descritas conforme apresentadas nas fichas de notificação, totalizando 21%.

Variáveis	n	%
Manifestações locais		
Dor	48	49,0
		76,2

Calor	41	41,8	65,1
Eritema ou Rubor	36	36,7	57,1
Edema	32	32,7	50,8
Abscesso quente	13	13,3	20,6
Prurido local	8	8,2	12,7

Tabela 2- Número de manifestações locais pós-vacinação contra Influenza e percentuais calculados com base no total de idosos (n=98) e nos que apresentaram evento adverso não grave (n=63), em Minas Gerais, no período de 2014 a 2016.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Coordenadoria de Imunização

Outras manifestações locais como enduração, hematoma, nódulo, urticária no sítio da administração, manchas cianóticas e celulite apareceram em uma porcentagem inferior a 10% dos casos.

As manifestações clínicas sistêmicas se apresentaram em menor porcentagem, entretanto, representam maior gravidade, sendo notificadas como Evento Adverso Grave e não se manifestam por apenas um sintoma, geralmente estes estão associados.

Apresentam menor incidência do que as manifestações locais, entretanto este tipo de manifestação pode levar a incapacidades temporárias ou permanentes e merecem maior atenção. As manifestações apresentadas podem estar associadas a mais de um evento notificado.

Dentre as manifestações clínicas sistêmicas, 5 foram diagnosticados com os seguintes casos: paralisiação dos nervos oculomotores; parestesia; Hemiparesia, diarréia, dificuldade respiratória (posteriormente confirmado para meningite); Hipotonía e letargia; suspeita de Síndrome de Guillain-Barré. Dos cinco casos apresentados anteriormente, um foi descartado como evento adverso por ter sido confirmado como meningite. Nos demais se pode observar a predominância de sinais e sintomas relacionados ao sistema nervoso; as idades variaram de 60 a 74 anos.

A aplicação do teste Qui-quadrado mostrou associação da apresentação de manifestações clínicas sistêmicas com a variável sexo ($p=0,021$) estando proporcionalmente mais presentes entre os homens (45,8%).

DISCUSSÃO

Em relação a utilização da vacina contra influenza em idosos, estudo refere que a proteção desta vacina nesta população é em torno de 30 a 50% e isto se relaciona com a resposta imune humoral no idoso, que sofre alterações em seu sistema imunológico, culminando em feedback menos eficaz em relação à vacinação. Tais alterações causam modificações nas células T de memória, que impedem uma reação imune capaz de combater o patógeno invasor. A involução do timo também aparece como uma das principais alterações do sistema imunológico no idoso, contribuindo

para baixa resposta imune aos抗ígenos vacinais resultando em diminuição da proteção das vacinas em idosos (MALAFAIA, 2008).

Houve predominância de participantes do sexo feminino que apresentaram eventos adversos pós vacinação contra Influenza, esses dados coincidem com estudo que demonstrou o sexo feminino com respostas de anticorpos mais altas que os homens e consequente reações adversas às vacinas (KLEIN; MARRIOTT; PEIXES, 2015). Estudo que avaliou as reações pós vacinais, identificou a prevalência do sexo feminino em 57,89% dos casos registrados, sendo a maioria crianças menores de um ano, demonstra tal estudo em comparação com este e outros, que reações adversas pós vacinação podem estar relacionadas não só a idade mas também ao sexo (feminino) (SCHIMIDT; SILVA, 2014). Esta afirmação se justifica, pois ocorreu em outros estudos, prevalência de notificações de eventos adversos pós-vacinação em idosos em relação ao sexo feminino (PEREIRA et al, 2011; COSTA; LEÃO, 2015; NEVES; DURO; TOMAZI, 2016; BISSETO et al, 2016). Tal fato justifica-se pela mulher possuir mais conhecimento sobre as doenças e procurarem mais os serviços de saúde (IBGE, 2009). Isto se evidencia por estudo realizado na cidade de Botucatu-SP, onde a predominância das pessoas vacinadas se dá entre as do sexo feminino (66,0%) (GERONUTTI; MOLINA; LIMA, 2008).

Houve predominância da raça branca/parda neste estudo, o que se justifica pelo fato de que no estado de Minas Gerais 43,6% dos indivíduos se declaram brancos; estudo realizado por Neves, Duro e Tomasi (2016) que teve como variável a raça, também apresentou a predominância da raça branca em seus achados pós-vacinais.

Dos 98 idosos pesquisados no presente estudo, 52,2% apresentaram idade entre 60-69 anos; investigação realizada por meio da base de dados do SIEAPV de 2004 a 2013 que avaliou a faixa etária também apresentou maiores números de eventos adversos registrados nesse mesmo intervalo etário 78,34% (BISSETO et al, 2016) corrobora também com estudo transversal de base populacional realizado no município de Pelotas-RS que registrou 52% de idosos na idade que compreende entre 60-69 anos (NEVES; DURO; TOMASI, 2016). Pode-se observar que nesta faixa etária, o imunobiológico pode ser apresentado como primeira dose, pois a partir de 60 anos torna-se o idoso, parte do grupo de risco estipulado pelo MS para receber a vacina, entretanto, o sistema imunológico do idoso pode apresentar resposta ineficaz frente ao imunobiológico, pois suas células de memória não reconhecem o antígeno da vacina, dificultando uma resposta imunológica adequada (KINOSHITA, 2010). Este fato vai sendo modificado ao longo das campanhas, pois o sistema imunológico vai reproduzindo os linfócitos T de memória, melhorando a resposta imunológica, daí a importância da imunização anual do idoso.

Os postos de saúde e Unidades de Saúde da Família foram os locais mais procurados para o atendimento relacionados à Evento Adverso (EA) neste estudo, Bisseto et al (2016) também apontou estes estabelecimentos como local de atendimento para EA em pesquisa realizada na base de dados Sistema de Informação

de Evento Adverso Pós Vacinação (SIEAPV).

Os sintomas apresentados em relação às manifestações sistêmicas neste estudo se apresentaram em menor número que as manifestações locais, entretanto são muito relevantes em se tratando de pessoas idosas, pois podem levar a seqüelas permanentes principalmente a nível neurológico. Estas foram caracterizadas por prurido generalizado, diarréia, vômitos, exantema generalizado, náuseas, espirros, tosse seca, dispnéia, rouquidão, hipotensão, letargia, taquicardia, parestesia, angioedema de lábios, paralisia de MMII, angioedema de olhos, cianose, rinorréia, edema em região do cotovelo, apneia, dificuldade para respirar, alteração do nível de consciência, hipotonía, linfadenopatia regional, palidez, paralisia facial, paresia e urticária generalizada.

Tais manifestações apareceram em outros estudos, parcialmente ou semelhantes como mialgia, desconforto respiratório (NEVES; DURO; TOMASI, 2016), reação de hipersensibilidade, exantema generalizado, artralgia, febre \geq 39,5°, cefaleia, mialgia, urticária generalizada, cefaleia associada a vômito e hipersensibilidade (BISSETTO et al, 2016), céfaléia, mialgia, mal-estar e coriza (LOPES et al, 2016), mialgia, parestesia, reação de hipersensibilidade, mielite, dificuldade de deambular, entre outros (SILVA et al, 2016), febre, mal estar, mialgia, céfaléia, linfonodomegalia, diarréia, vômito, secreção nasal, tosse, artralgia (PEREIRA et al, 2011).

Dentre outras manifestações, as neurológicas são as que mais merecem atenção dos profissionais de saúde que recebem o indivíduo idoso com queixas, como suspeita de Síndrome de Guillain-Barré (SGB), narcolepsia (caracterizada por sonolência incontrolável) e sintomas Ósteo-musculares. No presente estudo foi identificado um evento associado à Síndrome de Guillain-Barré (SGB) e outro com orientação para avaliar risco benefício da aplicação da vacina por suspeita de SGB. Outros estudos apontam semelhantes achados também em menor número (BISSETTO et al, 2016; COSTA; LEÃO, 2015; SALMON et al, 2013).

Os EAG neste estudo que tiveram diagnóstico para Síndrome de Guillain-Barré, apresentam-se condizentes com outro estudo que verificou cinco casos em nove anos diagnosticados como SGB pós vacinação contra influenza (BISSETTO et al, 2016). Segundo dados do VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) sobre eventos adversos pós vacinação contra influenza H1N1 de 2005 a 2009 nos EUA, a ocorrência de Síndrome de GuillainBarré é maior nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (VELLOZZI et al, 2010).

Metanálise realizada nos Estados Unidos em 2009 incluindo oito organizações médicas dentre elas o (Food and Drug Administration) FDA e (Centers for Medicare and Medicaid Services) CMS concluiu que a Síndrome de Guillain Barré é um Evento adverso esperado pós vacinação contra Influenza, recorrente em menor proporção, com a idade média de ocorrência de 62 anos em tal estudo (SALMON et al, 2009).

Pesquisas referem que a não adesão à vacinação pelos idosos se dá por medo

de reações ocasionadas pela vacina, tais medos referem-se a notícias disseminadas pelos próprios idosos que receberam a vacina, apresentaram algum evento adverso e não obtiveram a devida orientação da equipe de enfermagem (SANTOS et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2016-a).

Este estudo ficou limitado devido a preenchimento incorreto das fichas de notificação de reação adversa pós vacinação disponibilizadas no SIEAPV contra influenza que não continham todas as informações preenchidas, existindo falta de informação sobre exames laboratoriais, falta de informação sobre doenças e uso de medicações prévias, não preenchimento da conclusão do caso, falta de informação sobre atendimento médico, entre outras, demonstrando assim preenchimento incorreto e inconclusivo.

Nesse contexto, a vacina contra Influenza aparece em 21% das notificações de reações adversas pós-vacinação em pesquisa realizada no interior da cidade de São Paulo, sendo que as fichas de notificação pesquisadas não continham informações completas como qual vacina tinha sido administrada e quais reações adversas decorrentes dessa vacinação, dificultando a análise dos dados coletados (SHIMIDIT; SILVA, 2014; SILVA et al, 2016).

O conhecimento do enfermeiro frente a todas as ações preconizadas pelo PNI é desatualizado, uma vez que suas ações englobam um processo dinâmico e constante mudanças nos calendários, não sendo oferecido ao profissional enfermeiro capacitação e acompanhamento. Estudo realizado sobre o conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina concluiu que encontraram falhas na execução dos procedimentos estabelecidos pelos manuais de vacinação. E que a qualificação contínua dos profissionais enfermeiros é essencial para uma assistência de qualidade (MARINELLI; CARVALHO; ARAÚJO, 2015).

Em se tratando de qualificação dos profissionais de enfermagem, a compreensão do processo de imunização no idoso, suas possíveis reações e a resposta imunológica que cada indivíduo apresenta interfere substancialmente na eficácia da vacina.

Neste contexto, a replicação celular e a síntese de composições protéicas, são fundamentais na resposta imune sendo afetadas pelo estado nutricional do indivíduo para determinar o metabolismo celular e sua eficácia ao reagir aos estímulos. Sendo assim, a carência de nutrientes afeta a fagocitose celular, a produção de anticorpos e de citocinas. Desta forma a escassez nutricional otimiza as alterações da resposta imunológica levando a pouca proteção vacinal evidenciada em idosos, além do desenvolvimento de doenças autoimunes, neoplasias e infecções como pelo vírus Influenza (MALAFAIA, 2008).

Estudos demonstram que a deficiência de vitaminas em especial o zinco e vitamina C afetam a eficácia da resposta imunológica no idoso (HERMINDA; SILVA; ZIEGLER, 2010; MALAFAIA, 2008; CRUZ; SOARES, 2011).

O zinco atua desempenhando papel importante na maturação dos linfócitos B, sua deficiência causa prejuízo nessa maturação, além de diminuir o número de

linfócitos T CD8+ que maturam no timo, órgão que, na deficiência do zinco se atrofia (CRUZ; SOARES, 2011; EWERS; RIZZO; KALIL FILHO, 2018).

Com a imunossenescênci a idoso sofre tais alterações nas células de defesa mediadas pelos linfócitos T e pela resposta humoral (linfócitos B), assim sendo, a suplementação com zinco e selênio associado ou não a outras vitaminas aumenta a proteção do sistema imunológico no idoso (HERMINDA; SILVA; ZIEGLER, 2010; NOVAES et al, 2005).

Fica evidente nesta pesquisa que a imunossenescênci é a principal causa da pouca efetividade da vacina contra Influenza. Faz-se necessário ao enfermeiro que assiste ao idoso, seja na UBS, seja em domicílio ou em instituições de longa permanência atentar-se para o estado de saúde da pessoa idosa que se relaciona a fatores nutricionais, uma vez que este contribui para a manutenção do sistema imunológico no idoso. Segundo artigos pesquisados, a reposição de algumas vitaminas e minerais como zinco, vitamina D e vitamina C se fazem necessário para o fortalecimento do sistema imunológico melhorando desta forma a resposta à vacinação.

Espera-se com este estudo, orientar o profissional enfermeiro na utilização das tecnologias leves/ duras a fim de otimizar o atendimento a essa população pouco assistida adequadamente. Espera-se ainda incentivar outras pesquisas a respeito deste tema a fim de melhorar à adesão a coberturas vacinais nos idosos.

CONCLUSÃO

Conclui-se com esta pesquisa que os eventos adversos pós vacinação contra Influenza no idoso se relaciona ao seu sistema imunológico, que as fichas de notificação são mal preenchidas, que as mulheres apresentam mais reações adversas pós vacinação contra influenza, sendo essas reações consideradas como EANG.

As UBS apareceram neste estudo como principais locais de procura de notificação dos eventos adversos pós-vacinação, geralmente são os locais onde o imunobiológico é aplicado. Cabe ao enfermeiro responsável pela sala de vacina a correta orientação dos profissionais que ali atuam, para maior esclarecimento em relação aos eventos adversos que podem ocorrer, proporcionando acolhimento aos usuários idosos otimizando a adesão à vacinação, bem como a fiscalização do manuseio correto dos imunobiológicos e sua aplicação a fim de não incorrer a eventos evitáveis.

As notificações de eventos adversos são de fundamental importância para o conhecimento dos casos que surgem após a aplicação da vacina, podem ser realizadas por qualquer profissional da saúde e devem ser notificados todas as queixas pós vacinais, não cabendo ao notificador o julgamento se é relevante ou não. Uma vez notificado, os dados vão para o SIEAPV onde são registrados e investigados. Tal informação é de fundamental importância para o conhecimento dos eventos mais recorrentes e assim melhor tomada de decisão.

Espera-se com este estudo, orientar o profissional enfermeiro na utilização das tecnologias leves/ duras a fim de otimizar o atendimento a essa população pouco assistida adequadamente. Espera-se ainda incentivar outras pesquisas a respeito deste tema a fim de melhorar à adesão a coberturas vacinais nos idosos.

REFERENCIAS

- AGONDI, R. C.; RIZZO, L. V.; KALIL, J.; BARROS, M. T. Imunossenescência. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. São Paulo, set. 2012.
- BISETTO, L. H. L.; GIOSAK, S. I.; CORDEIRO, L. R.; BOING, M. S. Ocorrência de eventos adversos pós-vacinação em idosos. **Revista Cogitare UFPR**, Paraná, out/dez; 21 (4): pag. 01-10, 2016.
- COSTA, M.N.N; LEÃO, A.M.M. Casos notificados de eventos adversos pós vacinação: contribuição para o cuidar em enfermagem.**Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2015. Maio/jun.; 23(3): 297-303.
- CRUZ, J. B. F.; SOARES, H. F. Uma revisão sobre o zinco. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, agrárias e da Saúde**. Campo Grande- Brasil, vol.15, n. 1, p. 207-222, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26019329014.pdf> Acesso em: 28/09/18.
- EWERS, I.; RIZZO, L. V.; KALIL FILHO, J. Imunologia e envelhecimento. **Einstein**. São Paulo- SP, 2008: 6 (supl1): S13-S20. Disponível em:<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/775-Einstein%20Suplemento%20v6n1%20pS13-20.pdf>. Acesso em: 22/08/2017
- ESQUENAZI, D. A. Imunossenescência: as alterações do sistema imunológico provocadas pelo envelhecimento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Vol. 7. N.1. Envelhecimento humano. Jan/Jun -2008.
- FECHINI, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo do envelhecimento: as principais alterações que acontece com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**. Ed 20. Vol. 1. Nº 7. Jan/Març. 2012.
- GERONUTTI, D. A.; MOLINA, A. C.; LIMA, S. A. M. Vacinação de idosos contra influenza em um centro de saúde escola do interior do estado de São Paulo. **Texto&Contexto Enfermagem**. Florianópolis, Vol.17. Nº2, abr/jun, 2008.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tradutores: Charles Alfred Esbérardet al. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6^a ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2008.
- HERMINDA, P. M. V.; SILVA, L. C.; ZIEGLER, F. L. F. Os micronutrientes zinco e vitamina C no envelhecimento. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, agrárias e da Saúde**. Campo Grande- Brasil,vol. 14, n. 2, p. 177-189, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26019017015.pdf> Acesso em: 30/09/18.
- KINOSHITA, D. ALTERAÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO RELACIONADO AO ENVELHECIMENTO E SUAS CONSEQUENCIAS. **Revista da Universidade de Ibirapuera**. São Paulo, vol. 6, p. 111-19, jan./jun., 2014. Disponível em:<http://www.revistaunib.com.br/vol7/01.pdf> Acesso em: 23/06/18.
- KLEIN, S. L.; MARRIOTT, I.; PEIXES, E. N. Sex-based differences in immune function and responses to vaccination. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.** Vol 109, n 1. P. 9-15. Janeiro, 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/trstmh/article/109/1/9/1921905>. Acesso em: 24/11/18.

MALAFIAIA, G. As consequências das deficiências nutricionais, associadas à imunossenescência, na saúde do idoso. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. Vol 33, n3. P. 168-176. Outubro, 2008.

MARINELLI, N. P.; CARVALHO, K. M.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em sala de vacina: análise da produção científica. **Revista Univap**. São José dos Campos- SP-Brasil. Vol. 21, N. 38. Dezembro. 2015.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**. In: trecho do livro: O SUS em Belo Horizonte, editora Xamã, São Paulo, 1999.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S.; TOMASI, E. Vacinação contra influenza em idosos de Pelotas- RS, 2014: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Ser. Saúde**. Brasília, vol. 25, n. 4. p. 755-766, Out./dez., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222016000400755&script=sci_abstract&tlang=pt Acesso em: 13/09/18.

OLIVEIRA, L. P.; LIMA, A. B. S.; SILVA SÁ, K. V. C.; FREITAS, D. S.; AGUIAR, M. I. F.; PEREIRA, P.; RABELO, C.; CALDAS, A. J. M. Perfil e Situação Vacinal de Idosos em unidade de Estratégia Saúde da Família. **Ver. Pesq. Saúde**. Vol.17, Nº 1, P:23-26. Jan-Abr. 2014.

PEREIRA, T. S. S. et al. Estudo dos efeitos adversos e do efeito protetor da vacina contra influenza em idosos vacinados pela rede pública no município de Tubarão, Estado de Santa Catarina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, vol. 44, n. 1, p. 48-52, jan./fev., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000100012 Acesso em: 22/09/18.

RYMKIEWICZ, P. D.; HENG, Y. X.; VASUDEY, A.; LARBI, A. The immsy system in the aging human. **Immunologic Research**, Vol 73, nº 1-3, p. 235-250. 2012.

SANTOS, D. N. et al. A percepção do idoso sobre a vacina contra influenza. **Enfermagem em Foco**, vol. 2, n. 2, p. 112-115, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/107/89> Acesso em: 04/07/17.

SHIMIDIT, T. C. G; SILVA, T. P. Eventos adversos pós-vacinais ocorridos:estudo de caso em um município da grande São Paulo. **Enfermagem Brasil**, São Paulo. Vol 13, nº5, P 269-276, Set/out. 2014.

SILVA, N. M. N.; AZEVEDO, A. K. S.; FARIASS, L. M. S.; LIMA, J. M. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos. **Ver. Pesqui.cuid. fundam. (Online)**; vol 9 nº1:p.159-166, Jan/Març. 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5304> Acessso em: 27/09/18.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; GUARENTO, M. L. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.15 nº6, p 2845-2857, 2010.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S.; METODOLOGIA CIENTÍFICA PARA A SAÚDE. **Elsevier**. Rio de Janeiro. 2015, 2^a ed.

LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS INTERNADOS

Clóris Regina Blanski Grden

Hospital Regional dos Campos Gerais (HURCG),
Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso.
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

Ponta Grossa- Paraná

Anna Christine Los

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

Ponta Grossa- Paraná

Luciane Patricia Andreani Cabral

Hospital Regional dos Campos Gerais (HURCG),
Residência Multiprofissional em Saúde,
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

Ponta Grossa- Paraná

Péricles Martim Reche

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

Ponta Grossa- Paraná

Danielle Bordin

Hospital Regional dos Campos Gerais (HURCG),
Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso,
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

Ponta Grossa- Paraná

Tais Ivastcheschen

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

Ponta Grossa- Paraná

Carla Regina Blanski Rodrigues

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),

Departamento de Enfermagem e Saúde Pública.

Ponta Grossa- Paraná

RESUMO: A lesão por pressão (LPP) pode ser definida como um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes. Indicadoras da qualidade da assistência, aumentam o tempo e custo de internação do paciente idoso, com repercussões para sua independência e autonomia. Objetivou-se identificar a prevalência e os fatores associados à lesão por pressão em idosos internados em um hospital de ensino. Trata-se de estudo epidemiológico transversal, com amostra de 202 idosos internados na clínica médica de um hospital universitário de Ponta Grossa/PR, no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018. Para a coleta de dados aplicou-se Mini Exame do Estado Mental, Escala de Braden, questionário sociodemográfico e clínico. Os dados foram submetidos à análise bivariada exploratória e descritiva. Calcularam-se razões de prevalência para investigar a associações entre variáveis independentes e LPP. Houve predomínio do sexo feminino (51%), casados (53%), média de idade de 71 anos ($\pm 0,61$), baixa escolaridade (59,4%). Dos idosos, 84,2% apresentavam doença crônica, 97,5% faziam uso de medicação e 74,3% utilizavam algum dispositivo médico. A prevalência de LPP foi de 17,8%. Verificou-se que as variáveis cor negra

($p=0,023$), doença crônica ($p=0,001$), uso e número de dispositivos médicos ($p=0,017$; $p=0,002$), cognição ($p=0,003$), estiveram associadas à LPP. O estudo permitiu identificar a alta prevalência de LPP e os principais fatores associados. Acredita-se que os resultados possam contribuir para fundamentar as ações de cuidado do enfermeiro quanto às medidas de prevenção, recuperação e tratamento dessas lesões em idosos internados.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão; Enfermagem geriátrica; Hospitalização; Envelhecimento da pele; Fatores de risco.

PRESSURE INJURY IN HOSPITALIZED ELDERLY

ABSTRACT: Pressure injury (LPP) can be defined as localized damage to the underlying skin and or soft tissues. Indicators of quality of care increase the time and cost of hospitalization of the elderly patient, with repercussions for their independence and autonomy. The objective of this study was to identify the prevalence and factors associated with pressure injury in the elderly hospitalized in a teaching hospital. This is a cross-sectional epidemiological study with a sample of 202 elderly patients hospitalized in the medical clinic of a university hospital in Ponta Grossa / PR, from September 2017 to January 2018. For the data collection, the State Mini Examination Mental, Braden Scale, sociodemographic and clinical questionnaire. The data were submitted to exploratory and descriptive bivariate analysis. Prevalence ratios were calculated to investigate associations between independent variables and LPP. There was a predominance of female (51%), married (53%), mean age of 71 years (± 0.61), low education (59.4%). Of the elderly, 84.2% had chronic disease, 97.5% used medication and 74.3% used a medical device. The prevalence of LPP was 17.8%. Black variables ($p=0.023$), chronic disease ($p=0.001$), use and number of medical devices ($p=0.017$, $p=0.002$) and cognition ($p=0.003$) were associated with LPP. The study allowed to identify the high prevalence of LPP and the main associated factors. It is believed that the results can contribute to support nursing care actions regarding the prevention, recovery and treatment of these injuries in hospitalized elderly.

KEYWORDS: Pressure Ulcer; Geriatric Nursing; Hospitalization; Skin Aging; Risk Factors.

1 | INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LPP) pode ser definida como dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão isolada ou em combinação com cisalhamento e outros fatores contribuintes (NPUAP, 2016).

Apesar dos inúmeros avanços tecnológicos e científicos na área de saúde, bem como a adoção de medidas nacionais de prevenção voltadas a esse tipo de lesão, a sua prevalência é alta com valores que variam entre 7 a 29% (LIMA et al.,

2016). Especialmente os pacientes idosos, apresentam alto risco de desenvolver LPP (SOUZA et al., 2017; BARBOSA, SALOMÉ, 2018). Fatores como alterações tegumentares inerentes ao processo de envelhecimento, imobilidade, presença de doenças crônicas, déficit nutricional e fragilização da pele, favorecem essa condição (MORAES et al., 2016).

Importante causa de morbidade e mortalidade em idosos hospitalizados, a LPP contribui significativamente para aumentar o risco de infecção, o tempo de permanência e os custos hospitalares, com repercussões negativas para independência e autonomia desse segmento etário (MORAES et al., 2016; ZIMMERMANN et al., 2018).

Como indicadora relevante da qualidade da assistência prestada, a LPP configura-se como o terceiro tipo de evento adverso mais notificado pelos núcleos de segurança do paciente dos serviços de saúde (OLIVEIRA; CONSTANTE, 2018), contudo, esse tipo de lesão é prevenível e dever ser monitorado (BRASIL, 2013; BARBOSA, SALOMÉ, 2018).

Nesse contexto, destaca-se a importância do enfermeiro em promover ações direcionadas à prevenção que possibilitem a identificação precoce dos indivíduos em risco, bem como o direcionamento dos cuidados voltados ao diagnóstico, monitoramento, avaliação e tratamento da LPP.

Concernente às ações de prevenção, destaca-se o uso de escalas validadas as quais fundamentam cientificamente o planejamento do cuidado de enfermagem e podem predizer o risco de desenvolver a LPP. A exemplo, a escala de Braden (PARANHOS, SANTOS, 1999), a qual permite a avaliação dos aspectos relevantes ao desenvolvimento da lesão, independente do cenário de assistência, atendendo seis parâmetros: percepção sensorial, umidade, mobilidade e atividade, nutrição, fricção e cisalhamento.

2 | OBJETIVO

O estudo teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à lesão por pressão em idosos internados em um hospital de ensino.

3 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal, desenvolvida nos setores de internamento das clínicas médica, cirúrgica e infectologia e neurologia de um hospital de ensino dos Campos Gerais de Ponta Grossa/PR no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018.

A amostra foi constituída por conveniência de 202 idosos, que atenderam os seguintes critérios de inclusão: a) ter idade acima ou igual a 60 anos (ambos os sexos); b) estar em atendimento ambulatorial ou internado na instituição no período

da coleta de dados; c) possuir capacidade cognitiva para participar do estudo. No caso de idosos sem condições cognitivas para responder às questões da pesquisa, na etapa da entrevista será convidado a participar o cuidador familiar, para o qual será elencado os seguintes critérios de inclusão: a) ter idade igual ou superior a 18 anos; b) ser cuidador familiar; c) residir com o idoso há, pelo menos, três meses.

A coleta foi realizada por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental para rastreio cognitivo (FOLSTEIN, FOLSTEIN, MCHUGH, 1975), avaliação da LPP por meio de inspeção, questionário sociodemográfico e clínico construído especificamente para o estudo.

Especificamente para avaliação da lesão por pressão foram observados os seguintes itens: estágio de lesão, localização cutânea da úlcera e área da lesão em cm². A avaliação do estágio de lesão foi realizada segundo a *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 2016), a qual apoia o uso universal de classificação da LPP.

A coleta de dados foi realizada por enfermeiras residentes em saúde do idoso e acadêmicas de enfermagem bolsistas de iniciação científica, que foram capacitadas por uma enfermeira especialista em estomaterapia, com experiência clínica na área, por meio de 45 horas de atualização teórico-prática sobre avaliação de pele no idoso, a qual contemplou as seguintes temáticas: lesões elementares, lesão por pressão, lesão por fricção, lesão por adesivo, dermatites associadas à incontinência, prevenção e tratamento para lesão por pressão.

Considerou-se como variável dependente a lesão por pressão e como variáveis independentes: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, cor da pele, diagnóstico conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), tempo de internação, doença crônica, tabagismo, etilismo, dieta, uso de medicação, dispositivos e mobilidade.

Os dados foram tabulados e armazenados no software Excel® 2007, sob dupla checagem. Para a análise dos resultados foi utilizado o software Stata® versão12. (StataCorp LP, CollegeStation, TX, USA). Inicialmente, submetidos à análise exploratória e descritiva. Subsequentemente calculadas razões de prevalência (RP). Para testar as diferenças entre proporções, foi empregado o teste do Qui-Quadrado, com significância estatística de p<0,05. Na impossibilidade de realização do teste do qui-quadrado, usou-se o teste exato de Fischer.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética e pesquisa da instituição para obtenção da Autorização Institucional e em seguida, ao Comitê De Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, recebendo parecer favorável, conforme parecer nº 792.978 e mediante CAAE nº 66782217.9.0000.5689. Após a ciência do entrevistado e assinatura do termo foi conduzida a entrevista.

4 | RESULTADOS

Participaram do estudo 202 idosos, com média de idade de 71 anos ($\pm 0,61$), mínima de 60 e máxima de 98 anos. Houve predomínio do sexo feminino (51,0%), cor de pele branca (72,8%), casados (52,0%), de baixa escolaridade (59,4%), não tabagista (71,3%) e etilista (84,2%) com IMC eutrófico (38,6%) (Tabela 01).

A maioria apresentava doenças crônicas (84,2%), multimorbidade, uso de medicação (97,5%), mobilidade independente (37,6%), fazia dieta oral (86,1%), estava internados de 1 a 10 dias (82,2%), com tempo médio de 7,1 dias ($\pm 0,59$) e utilizava algum dispositivo médico (74,1%), predominantemente um dispositivo (45,1%) (Tabela 02).

A prevalência de LPP foi de 17,8%. Verificou-se que as variáveis cor de pele, doença crônica e quantidade, dieta, tempo de internação, mobilidade restrita, uso e número de dispositivos médicos, estiveram associadas as LPP's ($p<0,05$) (Tabela 1 e 2).

Variáveis	Com LPP* n (%)	Sem LPP* n (%)	Total n (%)	RP**	IC*** 95%	p value
Sexo						
Feminino	14 (13,6)	89 (86,4)	103 (51,0)	1,00	-	
Masculino	22 (22,2)	77 (77,8)	99 (49,0)	1,63	0,89-3,01	0,109
Faixa etária						
60 – 70	15 (17,4)	71 (82,6)	86 (42,6)	1,00	-	
≥ 71 -79	12 (15,8)	64 (84,2)	76 (37,6)	0,91	0,45-1,81	0,778
≥ 80 e +	9(22,5)	31 (77,5)	40(19,8)	1,29	0,62-2,69	0,501
Cor da pele						
Branco	23 (15,7)	124 (84,4)	147 (72,8)	1,00	-	
Pardo	6 (16,7)	30 (83,3)	36 (17,8)	1,07	0,47-2,42	0,881
Negro	7 (36,8)	12 (63,2)	19 (9,4)	2,35	1,17-4,73	0,024
Estado civil						
Casado	17 (16,2)	88 (83,8)	105 (52,0)	1,00	-	
Viúvo	13 (17,8)	60 (82,2)	73 (36,1)	1,10	0,57-2,12	0,777
Divorciado	6 (25,0)	18 (75,0)	24 (11,9)	1,54	0,68-3,50	0,309
Escolarida-de						
Baixa	20 (16,7)	100 (83,3)	120 (59,4)	1,00	-	
Analfabeto	6 (18,8)	26 (81,3)	32 (15,8)	1,13	0,49-2,57	0,781
Média	5 (16,7)	25 (83,3)	30 (14,9)	1,00	0,41-2,45	1,000
Alta	5 (25,0)	15 (75,0)	20 (9,9)	1,50	0,64-3,54	0,368
Tabagismo						
Não	28(19,4)	116(80,6)	144(71,3)	1,00	-	
Sim	8(13,8)	50(86,2)	58(28,7)	0,71	0,34 -1,46	0,342
Etilismo						
Não	30(17,7)	140(82,4)	170(84,2)	1,00	-	
Sim	6(18,8)	26(81,3)	32(15,8)	1,06	0,48 -2,34	0,881
IMC						

22/27	11(14,1)	67(85,9)	78(38,6)	1,00	-		
<22	13 (23,2)	43(76,8)	56(27,7)	1,65	0,80 -3,40	0,175	
>27	12(17,7)	56(82,4)	68(33,7)	1,25	0,59 -2,65	0,558	

Tabela 1. Características sociodemográficas e de estilo de vida de idosos internados em um hospital de ensino, segundo presença de lesão por pressão. Paraná, Brasil, 2019.

* Lesão por pressão.

** Razão de Prevalência.

***Intervalo de confiança.

Fonte: os atores.

Idosos da cor negra apresentaram 2,35 mais chances de apresentar LPP em detrimento aos pacientes brancos (Tabela 1). Pacientes com doenças crônicas também apresentam mais chances de dispor de LPP ($RP=6,59$), sendo esta condição elevada ao passo que se elevam as multimorbiidades (2 doenças $RP=6,49$; 3 ou mais doenças $RP=10,3$) quando comparados aos sem doenças crônicas. Condição semelhante é observada nos idosos restritos ao leito ($RP=5,14$), que utilizam SNE e SNG para se alimentar ($RP=3,51$), que ficam mais internados (11 a 20 dias $RP=4,18$ e 21 ou mais dias $RP=4,03$) e que utilizam dispositivos médicos ($RP=2,77$) em quantidade de 2 ($RP=3,60$) (Tabela 2).

Variáveis	Com LPP* n (%)	Sem LPP* n (%)	Total n (%)	RP**	IC*** 95%	p value
Doença crônica						
Não	1(3,1)	31(96,9)	32(15,8)	1,00		
Sim	35(20,6)	135(79,4)	170(84,2)	6,59	0,94 -46,38	0,010
Quantidade de doenças crônicas						
0	1(3,0)	32(96,9)	33(16,3)	1,00		
1	13(17,1)	63(82,9)	76(37,6)	5,64	0,77 -41,40	0,036
2	12 (19,7)	49 (80,3)	61 (30,2)	6,49	0,88 -47,76	0,021
3 ou mais	10(31,3)	22(68,8)	32(15,8)	10,3	1,40 -75,99	0,003
Diagnósticos						
IX	5(11,4)	39(88,6)	44(21,8)	1,00		
X	8(25,0)	24(75,0)	32(15,8)	2,20	0,79 - 6,10	0,119
XI	4(15,4)	22(84,6)	26(12,9)	1,35	0,40 - 4,60	0,445
XIII	2(7,1)	26(92,9)	28(13,9)	0,63	0,13 - 3,21	0,439
0	17(23,6)	55(76,4)	72(35,6)	2,08	0,82 - 5,23	0,103
Uso de medicação						
Não	1(20,0)	4(80,0)	5(2,5)	1,00		
Sim	35(17,8)	162(82,2)	197(97,5)	0,89	0,15 - 5,26	0,629
Mobilidade						
Independente	5(6,6)	71(93,4)	76(37,6)	1,00		
Auxílio	3(8,6)	32(91,4)	35(17,3)	1,30	0,09 -0,13	0,489

Restrito	24(33,8)	47(66,2)	71(35,2)	5,14	2,07 -12,73	0,000
Tecnologia	4(20,0)	16 (80,0)	20(9,9)	3,04	0,90 -10,29	0,087
Dieta						
Oral	23(13,2)	151(86,8)	174(86,1)	1,00		
Sonda (Nasoenteral/ Nasogástrica)	13(46,4)	15(53,6)	28(13,9)	3,51	2,03 - 6,09	0,000
Tempo de internação						
1 a 10 dias	19(11,5)	147(88,6)	166(82,2)	1,00		
11 a 20 dias	11(47,8)	12(52,2)	23(11,4)	4,18	2,29- 7,62	0,000
21 dias ou mais	6(43,2)	7(53,9)	13(6,4)	4,03	1,96 - 8,32	0,001
Uso de dispositivo						
Não	4(7,7)	48(92,3)	52(25,7)	1,00		
Sim	32(21,3)	118(78,7)	150(74,3)	2,77	1,03 - 7,47	0,018
Quantidade de dispositivos						
0	4(7,7)	48(92,3)	52(25,7)	1,00		
1	15(16,5)	76(85,5)	91(45,1)	2,14	0,75 - 6,12	0,106
2	13(27,7)	34(72,3)	47(23,3)	3,60	1,26 -10,26	0,009
3 ou mais	4(33,3)	8(66,7)	12(5,9)	4,33	1,26 -14,91	0,035

Tabela 2. Características clínicas e de utilização de serviços de saúde por idosos internados em um hospital de ensino, segundo presença de lesão por pressão (n=202). Paraná, Brasil, 2018.

* Lesão por pressão.

** Razão de Prevalência.

***Intervalo de confiança.

Fonte: os atores.

5 | DISCUSSÃO

A alta prevalência de lesão por pressão identificada neste estudo foi semelhante aos resultados do estudo transversal norueguês desenvolvido em 6 instituições hospitalares, com 255 indivíduos com média de idade de 52 anos, o qual constatou-se uma prevalência de 14,9% das LPP (BORSTING et al., 2018).

No Brasil, o registro e obtenção das taxas de prevalência de LPP são pouco frequentes. Observa-se algumas estimativas ou estudos pontuais, a exemplo o estudo transversal conduzido com 197 pacientes hospitalizados em Manaus, com média de idade 67,79 anos, o qual revelou que 26,1% dos pacientes apresentavam esta condição (GALVÃO, LOPES NETO, OLIVEIRA, 2015). Assim, as diferenças nos valores de prevalência relatados podem ser atribuídas à heterogeneidade entre as amostras e cenários dos estudos, bem como diferenças na taxa de permanência hospitalar, condições clínicas dos participantes e aspectos sociodemográficos e culturais.

Entre os participantes verificou-se predomínio da cor branca, contudo, verificou-se que a variável cor de pele negra esteve associada as lesões por pressão. Uma possível justificativa para relação é o fato desses indivíduos apresentarem uma predisposição duas vezes maior em comparação aos indivíduos que possuem cor branca (CERTO et al., 2016).

A maioria dos idosos apresentava doenças crônicas uma condição esperada pela característica da amostra e cenário do estudo. Foi identificada a associação significativa dessa variável à LPP. Em consonância com os achados, autores evidenciaram o maior predomínio de LPP em pacientes que apresentavam doenças de base (cardíacas, respiratórias, metabólicas, infecciosas e neoplásicas) (MENDONÇA, ROCHA, FERNANDES, 2018).

Destaca-se uma recente revisão integrativa com objetivo de elencar os fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos, a qual relatou que a presença de doença crônica pode interferir na circulação sanguínea, com repercussão para o processo de cicatrização (SOUZA, et al., 2017). Considerando o exposto, faz-se importante que a equipe saúde identifique rapidamente os pacientes com doenças crônicas para conduzir ações de prevenção e cuidado da pele, especialmente naqueles com restrição de movimento e/ou acamados.

Aimobilidade esteve associada à LPP. Compreende-se que a restrição no leito por longos períodos determina o efeito como a gravidade atua no sistema cardiopulmonar, diminuindo o fluxo sanguíneo e a oxigenação, favorecendo o surgimento de LPP (SOUZA et al., 2016). Além disso, a restrição de mobilidade tem impacto negativo para a integridade da pele e para o processo de cicatrização, pois expõe o paciente às forças de pressão, atrito e cisalhamento (TODD, 2017)

No presente estudo, a dieta via sonda nasoenteral e/ou nasogástrica mostrou-se associada a LPP. Compreende-se que tal relação pode ser atribuída em decorrência da manipulação constante dos dispositivos usados para intervenções dietéticas como sondas, cateteres e fixadores sobre a pele do idoso (BUSANELLO et al., 2015). Ou ainda, pode ser resultante do estado nutricional deficitário do paciente, condição não avaliada no presente estudo, reconhecido como fator de risco para desenvolvimento para LPP (BRITO, GENEROSO, CORREIA, 2013; PRADO, TIENGO, BERNARDES, 2017; SOUSA JÚNIOR et al., 2017), uma vez que a dieta via sonda nasoenteral e/ou nasogástrica é indicada quando o paciente não consegue alcançar 80% das necessidades nutricionais pela via oral (PRADO, TIENGO, BERNARDES, 2017). Ademais, estudos apontam que intervenções dietéticas e suplementos alimentares podem prevenir ou acelerar o processo de cicatrização deste tipo de agravo (MATOZINHOS et al., 2017; PRADO, TIENGO, BERNARDES, 2017).

Outro fator associado a LPP foi o tempo de internação. Quanto mais extenso o período de hospitalização maior as chances do paciente desenvolver lesão por pressão, corroborando com estudos prévios (TEIXEIRA et al., 2017; OTTO et al., 2019). Esta associação pode ser avaliada por meio de dois primas: causa e ou consequência.

Causa: a permanência do paciente na instituição aumenta o risco de ocorrência deste evento, uma vez que fica mais tempo exposto à procedimentos invasivos, uso de medicamentos e desequilíbrios sistêmicos (OTTO et al., 2019). Revisão sistemática verificou que a LPP é um dos eventos adversos mais frequentes que acomete a população idosa hospitalizada (LONG et al., 2013). Já como consequência, a literatura aponta que a presença da LPP demanda cuidados intensificados, dificulta a recuperação do paciente e aumenta o risco para o desenvolvimento de outras complicações, prolongando o tempo de internamento (SILVA et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2017).

Deste modo, é importante que o enfermeiro, em seus primeiros cuidados com o paciente avalie o risco do paciente de apresentar lesão por pressão, para que medidas preventivas sejam adotadas o mais brevemente possível (TEIXEIRA et al., 2017).

O uso e número de dispositivos médicos também apresentaram associação significativa com lesão por pressão, corroborando com a revisão integrativa que avaliou fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos e apontou o uso de dispositivos dentro das principais variáveis relacionadas (SOUZA et al., 2017).

A utilização de dispositivos médicos dificulta cuidados diários, a execução de manobras para mudança de decúbito, provoca aderência ou contato constante na pele que favorecer o rompimento da integridade cutânea (BUSANELLO et al., 2015; CHIBANTE, SANTO, SANTOS, 2015). E quando utilizado em maior número as dificuldades e cuidados necessários se intensificam (BUSANELLO et al., 2015). Dessa forma, sugere-se que o enfermeiro realize medidas de prevenção e de tratamento relacionada aos dispositivos, tais como: avaliação periódica da pele, verificação da indicação, manutenção, reposicionamento e retirada do dispositivo e uso de curativos específicos para diminuir a força de cisalhamento.

6 | CONCLUSÃO

O estudo identificou alta prevalência de lesões por pressão em idosos internados em um hospital de ensino e importantes fatores associados a essa condição, a saber: cor de pele negra, presença e quantidade de doenças crônicas, mobilidade restrita, uso de sonda nasoenteral e/ou nasogástrica, tempo de internação maior que 10 dias, uso e quantidade de dispositivos médicos.

Deste modo, vale ressaltar a importância da atuação da equipe de enfermagem na identificação de pacientes suscetíveis, em especial os idosos, para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado e oportuno da lesão por pressão.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, J. M.; SALOMÉ, G. M. **Ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em um hospital escola.** Revista Estima, v. 16, n. 1, 2018. 2018.
- BERGSTROM, N. et al. **A Escala de Braden. para Prever o Risco de Ferida por Pressão.** Nurs Res, v. 36, n. 4, p. 205-10, 1987.
- BORGHARDT, A. T. et al. **Úlcera por pressão em pacientes críticos: incidência e fatores associados.** Rev. Bras. Enferm., v. 69, n. 3, p. 460-467, 2016.
- BORSTING, T. E. et al. **Prevalence of pressure ulcer and associated risk factors in middle- and older-aged medical inpatients in Norway.** J Clin Nurs. v. 27, n.3-4, p. e535-e543, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 529, de 1 de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013.
- BRITO, P.A.; GENEROSO, S.V., CORREIA, M.I. **Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status-a multicenter, cross-sectional study.** Nutrition. v.29, n.4, p.646-649, 2013.
- BUSANELLO, J. et al. **Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutaneomucosas e segurança do paciente.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, n. 4, p. 597 - 606, 2015.
- CERTO, A. et al. **A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura.** In: Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social. Actas de Gerontologia, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. v. 2, n. 1, p. 1-11, 2016.
- CHIBANTE, C.L.P.; SANTO, F.H.E.; SANTOS, T.D. **Profile of clients hospitalized with skin lesions.** Rev Cuba Enf. v.31, n. 4, p.1-13, 2015.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. **“Minimental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** J Psychiatr Res. v.12, n.3, p.189-198, 1975.
- GALVÃO, N. S.; LOPES NETO, D.; OLIVEIRA, A. P. P. **Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes com úlcera por pressão internados em uma instituição hospitalar.** Estima, v. 13, n. 3, 2015.
- LIMA, E.L., et al. **Cross-cultural adaptation and validation of the neonatal/infant Braden Q risk assessment scale.** J Tissue Viability. v. 25, n.1, p. 57-65, 2016.
- LONG, S. J. et al. **What is known about adverse events in older medical hospital inpatients? A systematic review of the literature.** International Journal for Quality in Health Care, v. 25, n. 5, p. 542–554, 2013.
- MATOZINHOS, F. P. et al. **Fatores associados à incidência de úlcera por pressão durante a internação hospitalar.** Rev. esc. enferm. USP, v. 51, e03223, 2017.
- MENDONÇA, A. S. G. B.; ROCHA, A. C. S.; FERNANDES, T. G. **Perfil epidemiológico e clínico de pacientes internados com lesão por pressão em hospital de referência no Amazonas.** R Epidemiol Control Infec, v. 8, n. 3, p. 253-260, 2018.
- MORAES J. T. et al. **Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel Concept.** Enferm. Cent. O. Min. v. 6, n. 2, p.2292-2306, 2016.

NUAP. National Pressure Ulcer Advisory Panel. **National Pressure Ulcer Advisory Panel announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury.** Chicago: Staging Consensus Conference; 2016 [citado 2019 mai 16]. Disponível em: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuapannounces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-topressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/> 2

OLIVEIRA, V.; CONSTANTE, S. **Lesão por pressão: uma revisão de literatura.** Rev. Psicol Saúde e Debate. v. 4, n. 2, p. 95-114, 2018.

OTTO, C. et al. **Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos.** Enfermagem em Foco, v. 10, n. 1, p. 7-11, 2019.

PACHA, H. H. P., et al. **Úlcera por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: um estudo de caso-controle.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 6, p. 3027-3034, 2018.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. **Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa.** Rev Esc Enferm USP, v. 33, n. 1, p. 191-206, 1999.

PRADO, Y. S.; TIENGO, A.; BERNARDES, A. C. B. **A influência do estado nutricional no desenvolvimento de lesões por pressão em pacientes suplementados.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v.11. n.68. p.699-709, 2017.

SILVA, C. F. R. et al. **High prevalence of skin and wound care of hospitalized elderly in Brazil: a prospective observational study.** BMC Res Notes, v.10, n.81, p. 1-6, 2017.

SOUZA JÚNIOR, B. S. et al. **Análise das Ações Preventivas de Úlceras por Pressão por Meio da Escala de Braden.** ESTIMA, v.15, n.1, p. 10-18, 2017.

SOUZA, R. G., et al. **Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: revisão integrativa da literatura.** Universitas: Ciências da Saúde, v. 14, n. 1, p. 77-84, 2016.

SOUZA, N. R., et al. **Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa.** Revista Estima, v. 15, n. 4, p.229 – 239, 2017.

TODD, M. **Preventing skin problems in the older population.** Nurs Residential Care, v. 19, n. 10, p. 564-67, 2017.

ZIMMERMANN, G. S., et al. **Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa.** Texto Contexto Enferm, v. 27, n. 3, 2018.

CAPÍTULO 16

LESÕES POR PRESSÃO E A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Rubens Vitor Barbosa

Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza
– UNIFAMETRO
Fortaleza - CE

Maria Áurea Catarina Passos Lopes

Centro Universitário Estácio do Ceará
Fortaleza - CE

Gilielson Monteiro Pacheco

Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza
– UNIFAMETRO
Fortaleza - CE

Mayara Dias Lins de Alencar

Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão
Sampaio
Fortaleza - CE

Sabrina Ferreira Ângelo

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Fortaleza - CE

Gleyciane Lima de Castro

Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Fortaleza - CE

Suellen Alves Freire

Universidade Federal do Ceará – UFC
Fortaleza - CE

Tayná Ramos Santiago

Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Fortaleza - CE

base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidados direcionados pela enfermagem, em especial para o enfermeiro, que gerencia o cuidado ao paciente e está diretamente envolvido com a avaliação de risco, prescrição de ações preventivas e o tratamento de lesões de pele. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi descrever a atuação da equipe de enfermagem na prevenção de lesão por pressão na UTI de acordo com a literatura atual. Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período Janeiro de 2019. A atuação da equipe enfermagem foi bastante citada nas pesquisas e assim foi organizada uma sequência de informações relevantes para reforçar o conhecimento da equipe de enfermagem e os demais profissionais atuantes na UTI na prevenção de LP. Na abordagem do quesito conhecimento da equipe de enfermagem existem diversas lacunas definidas como insuficiente e intermediário. Situações desafiantes para a realização dessas medidas preventivas vão desde ao déficit no olhar crítico dos enfermeiros focando nos detalhes, falta de padronização das ações, deficiência de matérias que auxiliam nas ações na instituição e finalizando na alta demanda de trabalho dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Lesão por pressão. Unidades de Terapia Intensiva

RESUMO: A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por

ABSTRACT: The maintenance of the skin integrity of the patients restricted to the bed is based on the knowledge and application of nursing care measures, especially for the nurse, who manages patient care and is directly involved with the evaluation of risk, prescription preventive actions and the treatment of skin lesions. Thus, the objective of this study was to describe the nursing team's role in the prevention of pressure injury in the ICU according to the current literature. It is an integrative review carried out in January 2019. The nursing team's work was very much quoted in the researches and a sequence of relevant information was organized to reinforce the knowledge of the nursing team and other professionals working in the ICU in the prevention of LP. In the approach to the question of knowledge of the nursing team there are several gaps defined as insufficient and intermediate. Challenging situations for the implementation of these preventive measures range from the deficiency in the critical eye of the nurses focusing on the details, lack of standardization of the actions, deficiency of matters that help in the actions in the institution and finishing in the high demand of work of the professionals.

KEYWORDS: Nursing. Pressure injury. Intensive Care Units.

1 | INTRODUÇÃO

A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidados direcionados pela enfermagem. O enfermeiro também é responsável por gerenciar o cuidado ao paciente e está diretamente envolvido com a avaliação de risco, prescrição de ações preventivas e o tratamento de lesões de pele (FAVRETO *et al.*, 2017).

Destacando os profissionais de enfermagem atuantes nas unidade de terapia intensiva (UTI), visto que possui na sua maioria dos pacientes com a classificação de risco alto para desenvolvimento de LP, pois evoluem críticos na maioria das vezes encontram-se sedados, com instabilidade dos sistemas orgânicos, em uso de ventilação mecânica, fármacos vasopressores e diversos dispositivos invasivos (CAMPANILI *et al.*, 2015; COX; ROCHE, 2015; LOUDET, *et al.*, 2017).

Reforçando a complexidade a situação do pacientes em UTI segundo Otto et al (2019) quanto maior o tempo de internação, maior o risco de LP. Desta forma, é possível considerar que esses pacientes submetidos a um período prolongado de uso dos itens citados acima, dias de balanço hídrico positivo e uso de antibióticos estão mais suscetíveis.

A necessidade de fortalecimento dessas ferramentas voltadas à prevenção, em treinamentos e sensibilização das equipes de saúde é um fator determinante para minimizar a desenvolvimento de LP, visto que existem na UTI situações específicas que muitas vezem limitam a realização das ações preventivas. (FAVRETO *et al.*,

2017).

Diante da problemática exposta, elabora-se a seguinte pergunta norteadora como propósito para este estudo: Qual a atuação da enfermagem descrita na literatura atual com relação prevenção das LP na UTI?

Com a realização desse estudo, pretende-se conhecer as informações disponíveis na literatura atual com relação ao conhecimento, desafios e principais ações de enfermagem voltadas à prevenção da LP na UTI, levando em consideração o perfil de pacientes internados.

Desse modo o objetivo desse estudo foi descrever a atuação da equipe de enfermagem na prevenção de lesão por pressão na UTI de acordo com a literatura atual.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa e foi seguido às seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados, e a última etapa foi constituída pela apresentação da revisão.

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE), permitindo a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados vai ser realizada no mês janeiro de 2019 e a busca foi conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na qual foram pesquisadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (NLMPubMed), *Scientific Electronic Library OnLine* (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para sistematizar a pesquisa foi aplicado o operador booleano “*and*”.

Para a procura dos artigos indexados serão utilizados os descritores: lesão por pressão/ *pressure ulcer*, enfermagem/ *nursing* e unidades de terapia intensiva/ *intensive care units*, todos de acordo com os descritores em Ciências da Saúde BIREME / MeSH (*Medical Subject Headings*).

Os critérios de inclusão foram artigos publicados no recorte temporal de 2013 a 2018, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês disponibilizados na íntegra gratuitamente. Foram excluídos os artigos que não abordaram a temática em estudo e que não apresentaram as medidas e recursos utilizados pela enfermagem na

prevenção de LP. Também não foram analisados os artigos repetidos e/ou duplicata, resenhas, anais de congresso, artigos de reflexão, teses e dissertações.

Após o levantamento das publicações, os resumos foram lidos e analisados segundo os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos. Em seguida, foi realizada uma triagem quanto à relevância e à propriedade que responderam ao objetivo deste estudo chegando a uma amostra final de 15 artigos, os quais foram lidos e analisados na íntegra.

Para a apuração dos dados elaborou-se um instrumento com as seguintes variáveis: autores, tipo de estudo, amostra, local do estudo e ano de publicação, principais resultados e principais desfechos. A análise dos artigos procedeu-se de modo descritivo e os resultados foram apresentados em forma de tabelas, divididos nas seguintes categorias analíticas: “Conhecimento da equipe de enfermagem com relação às medidas preventivas”, “Principais desafios na prevenção de LP na UTI” e “Ações preventivas e a equipe de enfermagem”.

3 | RESULTADOS

Os quinze artigos apresentaram diferentes características no que se refere à amostra e ao delineamento metodológico. Após análise dos estudos localizados na busca bibliográfica observou-se que dentre os tipos de estudos selecionados 13% (n=2) estudos apresentaram delineamento transversal prospectivo 20% (n=3) transversal descritivo, 20% (n= 3) descritivo, 20% (n= 3) exploratório, 6% (n=1) editorial, 6% (n=1) observacional, 13% (n= 2) não tivemos clareza metodológica. Com relação à nacionalidade dos periódicos, 86,6% (n=13) dos artigos foram publicados em revistas brasileiras e 13,3% (n=2) em periódicos internacionais. Quanto ao perfil dos sujeitos das pesquisas, destacaram-se enfermeiros, técnicos, auxiliares, além de clientes internados em UTI (Tabela 1).

Autor e ano	Tipo de estudo	Amostra	Local	Periódico
Barbosa <i>et al.</i> , 2014	Estudo transversal, prospectivo.	Foram observados 190 pacientes/leitos.	Hospital de ensino de São José do Rio Preto – SP.	Rev Enferm UERJ
Constantin, et al., 2018	Estudo descritivo, transversal, prospectivo, observacional e quantitativo	Pacientes da UTI	Hospital de Paraná	Revista Estima
Dallarosa; Braquehais, 2016	Estudo transversal, descritivo.	20 enfermeiros de UTI.	Hospital público do estado do Ceará-Brasil	Rev Enferm Ufp
Dantas <i>et al.</i> , 2014	Estudo descritivo.	13 enfermeiros de UTI	Hospital Universitário no nordeste do Brasil.	J Res Fundam. Care

Dantas <i>et al.</i> , 2013	Estudo descritivo.	13 enfermeiros de UTI	Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em Natal-RN.	Rev Enferm UFPE On Line
Nogueira <i>et al.</i> , 2015	Estudo descritivo exploratório.	47 pessoas com LME e 47 cuidadores	Hospital Universitário, de nível terciário, SP.	AQUICHAN
Mauricio <i>et al.</i> , 2014	Estudo quantitativo, descritivo-exploratório, com delineamento transversal.	51 profissionais de enfermagem.	Hospital universitário de nível terciário, no estado do Paraná.	Rev Enferm UFSM
Medeiros <i>et al.</i> , 2017	Estudo transversal, de abordagem quantitativa.	Pacientes internados nas UTIs.	Hospital de referência para o estado do RN em urgência e trauma.	Rev Enferm UFPE On Line
Mendonça <i>et al.</i> , 2018	Estudo transversal, descritivo e analítico, quantitativo	Pacientes internados UTI	Hospital Municipal de Campo Grande MS	Texto Contexto Enferm
Miller <i>et al.</i> , 2017	Estudo multimodal/teste conhecimento	Enfermeiros UTI's	Hospital do Oeste dos Estados Unidos	J Wound Ostomy Continence Nurs
Olkosk; Assis, 2016	Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem quantitativa	CTI composto por 14 leitos e o CTSI por 15 leitos.	Hospital de ensino da cidade de Curitiba.	Escola Anna Nery
Ramos <i>et al.</i> , 2014	Estudo descritivo de abordagem qualitativa.	Familiares de pessoas hospitalizadas na unidade de neurologia.	Hospital público do interior do estado da Bahia.	Revista Baiana De Enfermagem
Soares, et al., 2018	Editorial	Não identificado	Não identificado	Rev. Cient. Sena Aires
Swafford <i>et al.</i> , 2016	Planejamento para o programa de prevenção.	Não identificado	Não identificado	American Journal Of Critical Care
Vasconcelos; Caliri, 2017	Estudo observacional, prospectivo, comparativo com abordagem quantitativa.	55 profissionais de saúde de diversas especialidades que atuavam na UTI.	UTI Geral Adulto de Hospital de Ensino, em João Pessoa, Paraíba.	Escola Anna Nery

Tabela 1. Caracterização da produção científica quanto aos autores, ano de publicação, tipo de estudo, amostragem, local, periódico.

A atuação da equipe enfermagem foi bastante citada nos estudos analisados. Na abordagem do quesito conhecimento da equipe de enfermagem existem diversas lacunas definidas como insuficiente e intermediário. A tabela abaixo traz a representação dos estudos quanto a seus principais resultados (Tabela 2).

Autor e ano	Título Principal	Principais resultados
Barbosa <i>et al.</i> , 2014	Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem.	Quanto às medidas preventivas associadas às boas práticas assistenciais, 179 (94,21%) camas estavam limpas e 178 (93,68%) pacientes estavam limpos e secos. Ainda, 78 (41,05%) eram mudados de decúbito de 2 em 2 horas e em 153 (80,53%) foram utilizados colchões piramidais. O uso de coxins foi observado somente em 58 (30,53%), ao passo que a hidratação da pele foi realizada em 124 (65,26%).
Constantin, et al., 2018	Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos	Do total ($n = 58$) de pacientes acompanhados, 12 desenvolveram LP. Portanto, a incidência do evento adverso encontrada no estudo foi de 20,6%. Destes, alguns apresentaram mais de uma lesão. O total de LP foi de 17 lesões.
Dallarosa; Brachehais, 2016	Conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva.	Ao considerar os resultados globais do questionário aplicado com os enfermeiros que trabalham na unidade de terapia intensiva, os enfermeiros obtiveram como índice de acertos global 72%, e erros 28%. Isso nos faz refletir que o conhecimento apresentado por esses profissionais é um conhecimento intermediário.
Dantas <i>et al.</i> , 2014	Prática do enfermeiro intensivo no tratamento de úlceras por pressão.	Diante do exposto, percebe-se que os profissionais são limitados quanto ao tratamento de úlceras por pressão na UTI. Foi possível identificar que o profissional associa o tratamento quase exclusivamente à substituição do curativo uso de coberturas, mas sabe-se que, diante da literatura estudada, para conduzir o tratamento precisam principalmente que o principal fator contribuinte para ser abolida, a pressão.
Dantas <i>et al.</i> , 2013	Prevenção de úlceras por pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista.	Observa-se que os enfermeiros instituem cuidados importantes para a prevenção das úlceras por pressão, mas precisam realizar esses cuidados de forma sistemática e baseado em evidências científicas atuais. Esse processo pode ser concretizado através da construção de protocolos de prevenção de úlceras por pressão.
Nogueira <i>et al.</i> , 2015	Conhecimento dos cuidadores de indivíduos com lesão medular sobre prevenção de úlcera por pressão.	No contexto atual que vivenciamos, em que a segurança do paciente, a humanização e qualidade dos cuidados são preceitos que têm sido amplamente discutidos e valorizados, a incidência alta de UPP é apontada como um indicador negativo da qualidade da assistência em enfermagem.
Mauricio <i>et al.</i> , 2014	Conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados às úlceras por pressão.	Auxiliares de enfermagem obtiveram 30,9 acertos (75,33%), técnicos com 28 (68,29%) e enfermeiros com 33,6 acertos (81,95%). Os itens com menos acertos se relacionavam aos cuidados de enfermagem contra indicados: massagem das áreas hiperremidas, utilização de luvas d'água, inadequado reposicionamento dos pacientes acamados e cadeirantes e ângulo de elevação da cabeceira.
Medeiros <i>et al.</i> , 2017	Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva.	A UP de Calcâneo atingiu a quantidade de 18 (42,9%) lesões, sendo seis de categoria I e 12 de categoria II; no pênis também foi percebida 1 (2,4%) UP de categoria II; e a região da orelha apresentou 1 (2,4%) UP de categoria II. A Figura 4 apresenta a frequência de UPs em relação à sua localização.

Mendonça et al., 2018	Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva	A ocorrência e localização de LP nos clientes, com presença em um total de 49% (n=51) da população estudada, em ambas as instituições. Em relação à localização da LP, não houve associação estatística entre indivíduos de instituições diferentes (p-valor entre 0,235 e 1,000). Quanto à localização da LP, a região glútea foi a mais prevalente: 88,9% (n=40) na Instituição 1 e 86,4% (n=51) na Instituição 2. Em região sacral, a ocorrência foi de 29,8% (n=31) dos clientes das duas Instituições.
Miller et al., 2017	Conhecimento de Ferimentos por Pressão em Enfermeiros Críticos	O escore acumulado no PZ-PUKT foi de 51,66 (72%); enfermeiros com 5 a 10 anos de experiência obtiveram um escore médio maior do que enfermeiros com experiência de 20 anos ou mais. Os enfermeiros obtiveram escores de subescala de estadiamento mais elevados se fossem mais jovens ($r = -0,41$, $P <0,05$), tinham menos experiência ($r = -0,43$, $P <0,05$) e se trabalhavam na unidade de terapia intensiva médica ($r = 0,37$, $p <0,05$).
Olkosk; Assis, 2016	Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa.	Observa-se que o CTSI apresentou elevação de percentual em cinco dos oito itens avaliados, porém somente em dois itens os dados mostraram significância estatística, sendo lateralização com angulação menor que 90° e elevação de cabeceira menor que 45°.
Ramos et al., 2014	Conhecimento de familiares acerca das úlceras por pressão e de seus direitos à reparação.	No contexto hospitalar, os profissionais, por vezes, desconsideram o cuidado integral ao paciente em decorrência da sobrecarga de trabalho, pois não existe um limite de pacientes para cada enfermeiro, o que o impossibilita a dispensação de atenção eficaz a todos. Além disso, há a falta de estrutura da instituição, que não dispõe de materiais e produtos que tornem possível a adoção de práticas preventivas.
Swafford et al., 2016	Use of a Comprehensive Program to Reduce the Incidence of Hospital Acquired Pressure Ulcers in an Intensive Care Unit.	A incidência de HAPUs diminuiu acentuadamente em 2012 em comparação com 2011, antes da implementação da prevenção completa programa. Atribuímos algumas dessas melhorias para o início do planejamento da intervenção programa em 2012, que aumentou a conscientização e prevenção. Posicionadores fluidizados também foram introduzidos durante este período.
Soares, et al., 2018	Gerenciamento do cuidado de enfermagem na prevenção de lesões por pressão	A clínica individual do enfermeiro, somada às evidências científicas disponíveis para o gerenciamento do cuidado ao paciente em risco de desenvolver LP, são ações que buscam contribuir para práticas de saúde seguras, sobretudo se traduzidas em termos de futuros ganhos para saúde das pessoas, alvo de atenção e intervenção dos enfermeiros.
Vasconcelos; Caliri, 2017	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva.	Os dados da tabela 2 revelam aumento no número de ações preventivas na fase pós-protocolo em todas as variáveis observadas. Diferenças, estatisticamente significantes, foram encontradas em relação ao uso de hidratante ($p < 0,001$) e à observação das proeminências ósseas ($p < 0,001$) nos membros superiores e inferiores. Houve aumento na frequência de higienização da parte posterior dos membros superiores e inferiores.

Tabela 2. Principais resultados encontrados em estudos

4 | DISCUSSÃO

4.1 Conhecimentos da equipe de enfermagem com relação às medidas preventivas

A necessidade de conhecer as principais ações preventivas é fundamental para assistência de enfermagem da UTI. Destacando que a incidência de LP é um indicador importante da qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Segundo Nogueira *et al.* (2015) a segurança do paciente, a humanização e qualidade dos cuidados são preceitos que têm sido amplamente discutidos e valorizados, a incidência alta de LP é apontada como um indicador negativo da qualidade da assistência em enfermagem.

Dallaros e Braquehais (2016) evidenciaram por meio de estudo realizado no Ceará a ausência de conhecimento a respeito dos cuidados na prevenção de LP. Metade dos enfermeiros participantes desse estudo, atuantes em UTI nunca tinha participado de capacitações referentes à atuação da enfermagem no cuidado à LP. Fato preocupante, pois a participação dos enfermeiros é de suma importância para qualidade e eficácia da assistência ofertada a essa população.

Em um estudo desenvolvido por Miller *et al* (2017) em UTI do hospital *Veterans Affairs* no Centro-Oeste dos Estados Unidos, baseado na aplicação do *Pressure Ulcer Knowledge Test* (PUKT), também indicaram lacunas no conhecimento dos enfermeiros relacionado à prática de lesões por pressão; os participantes tinham maior conhecimento de estadiamento do que de prevenção.

Aponta-se a obrigação de atualização e capacitação dos profissionais em serviço. Além disso, a aplicação de protocolos validados para prevenção e por consequência o de tratamento podem nortear os conteúdos abordados nos projetos de treinamentos (DALLAROSA; BRAQUEHAIS, 2016; DANTAS *et al.*, 2014; DANTAS *et al.*, 2013).

De acordo com Mauricio *et al.* (2014) orientar o cuidado é vital para a atuação do profissional assistencial. O conhecimento dos fatores de risco pode ter impacto na prevenção das LP, uma vez que ao identificar brevemente esses fatores há possibilidade de implantação de ações que objetivem minimizá-los. A enfermagem pode utilizar esse conhecimento e proporcionar um cuidado individualizado ao paciente e sua família.

Nesse contexto, Soares *et al.* (2018) enfatiza a necessidade da “expertise” clínica individual do enfermeiro, somada às evidências científicas disponíveis para o gerenciamento do cuidado ao paciente em risco de desenvolver LP, são ações que buscam contribuir para práticas de saúde seguras.

Dessa forma a elaboração e a implementação de protocolos de prevenção de LP proporcionam a melhoria da qualidade da assistência e são ferramentas de gestão (MENDONÇA *et al.*, 2018). Na UTI mesmo com toda diversidade do quadro hemodinâmico dos pacientes a equipe precisa seguir uma sequência baseada nesses protocolos, que normalmente indicara a ação ideal baseado na classificação do paciente.

4.2 Principais desafios na prevenção de LP na UTI

Nesse estudo direcionamos nossas atenções à prevenção de LP no paciente em situação crítica. Buscando uma visão diferenciada dos desafios enfrentados pela enfermagem, pois sabemos que conforme a literatura existe outros fatores bem embasados como os intrínsecos e extrínsecos que favorecem também o desenvolvimento da LP.

A deficiência de conhecimento foi apontada como um fator importante a ser superado pela equipe de enfermagem da UTI. O conhecimento relacionado às LP pelos profissionais de enfermagem foi considerado inadequado ou intermediário. Assim, foi possível determinar as lacunas do saber, por meio da identificação dos erros mais frequentes nos questionários aplicados e outros testes citados (MILLER, et al., 2017; DALLAROSA; BRAQUEHAIS, 2016; MAURICIO, et al., 2014).

Percebendo através da análise do estudo desenvolvido por Maurício *et al.* (2014) que os profissionais de enfermagem fundamentam algumas de suas ações em ideias obsoletas como: massagem em áreas hiperremidas e uso de luvas com água, ainda, observa-se a inadequação quanto à periodicidade de mobilização de cadeirantes para redução da pressão na região sacra para a prevenção da LP.

Mesmo que o assunto do estudo seja desafios com foco na prática preventiva vale ressaltar a existência de divergência dos profissionais enfermeiros. Eles estabelecem cuidados importantes, porém não tão padronizadas e baseadas em evidência. Achado que corrobora com o estudo de Dantas *et al.* (2014).

Para Medeiros *et al.* (2017) o uso do material de apoio nas ações preventivas é uma ferramenta importante, porém quando esses itens são usados de forma incorreta poderá acarretar danos ao paciente. Situação desafiante, pois o item deixa de atuar de preventiva e acaba prejudicando outra área envolvida ou até mesmo desenvolvendo uma LP.

A aplicação da escala de avaliação do risco de lesão de pele atualmente faz parte da rotina de várias instituições hospitalares no Brasil, podendo assim identificar o risco daquele indivíduo acamado para desenvolvimentos de LP. De acordo com Barbosa, Beccaria e Poletti (2014) obteve como limitações do seu estudo foi a utilização da Escala de Braden por diversos enfermeiros da UTI, compreendendo que cada profissional interpreta os itens e pontua os escores de acordo com seus conhecimentos e a rotina da sua unidade de trabalho.

Baseado nessa interpretação dos dados são elaborados os cuidados de enfermagem que apresentaram associações estatisticamente significativas quanto à ausência de LP. Tendo como fator preocupante no estudo de Mendonça *et al.* (2018), que as ações de enfermagem prescritas foram aleatórias e não atenderam às necessidades individuais do cliente ou às baseadas na avaliação de risco.

Outro fator desafiante para enfermagem seria a falta de disponibilidade de recursos materiais para auxiliar nas ações preventivas, impactando na realização do

cuidado. Ramos *et al.* (2014) relata que o interesse pela segurança do paciente deve motivar os profissionais a cobrar dos setores competentes a aquisição dos recursos necessários à prevenção de LP, a exemplo de coxins, colchões, curativos preventivos e protetores cutâneos.

4.3 Ações preventivas e a equipe de enfermagem

Sabemos que participação da equipe de enfermagem é fundamental na prevenção da LP, visto que esses profissionais prestam a maior parte do cuidado direto aos pacientes nas instituições de saúde.

E nesse assunto o enfermeiro torna-se o profissional de maior protagonismo pela otimização dessas ações de prevenção. Ocorrendo à necessidade também em muitos casos da participação de toda a equipe multiprofissional e condições de trabalho favorável objetivando a segurança dos pacientes (CONSTANTIN *et al.*, 2018; MENDONÇA, et al., 2018).

Embora se conheça a multicausalidade da LP e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, Vasconcelos e Caliri (2017), afirmam que é fato que a equipe de enfermagem é responsável pela assistência direta e contínua aos pacientes, o que lhe confere papel de destaque na prevenção desse problema.

Ações frequentes são cobradas na UTI, principalmente com relação ao nível de cabeceira das camas, visando um consenso entre os protocolos clínicos de prevenção de pneumonia associada à ventilação (PAV), broncoaspiração e a prevenção de LP. Nessa ação o direcionamento é para equipe de enfermagem, pois está ligada com grande parte da mobilização dos pacientes e cuidados com os dispositivos.

Considerando as características dos pacientes internados em um hospital da cidade de Curitiba, Olkoski e Assis (2016) optaram por orientar a elevação de cabeceira menor que 45° e não a 30°. O envolvimento da equipe na prevenção da PAV pode ter influenciado na adesão à redução de elevação de cabeceira nesse estudo.

Direcionando muitas vezes a tomada de decisão de acordo com a prioridade do paciente. Incumbindo essa decisão ao enfermeiro junto aos outros membros da equipe multidisciplinar, estabelecer qual a conduta mais adequada em relação à altura da cabeceira do leito e utilizar outras medidas para prevenção (VASCONCELOS; CALIRI, 2017).

De acordo com Barbosa, Beccaria e Poletti, (2014), foi evidenciando que os profissionais de enfermagem realizaram alguns cuidados com maior frequência, como a limpeza da cama e do paciente, utilização do colchão especial e a hidratação da pele, enquanto outros foram menos observados, como a mudança de decúbito e a utilização de coxins em proeminências ósseas. Houve diferença entre os turnos de trabalho, sendo que o período noturno revelou maior risco para o desenvolvimento de LP.

Mendonça *et al.* (2018) confirmam que as ações de enfermagem que,

estatisticamente, preveniram LP foram: mudança de decúbito, aplicação de cobertura hidrocoloide em região sacral, realização de higiene externa, troca de fixação de cateter orotraqueal (COT) e/ou cateter nasoenteral (CNE), inspeção da pele, manutenção de períneo limpo e seco, rodízio de sensor do oxímetro, observação do posicionamento e da fixação de COT e manutenção da cabeceira do leito elevada a 30 graus (p-valor entre <0,001 e 0,005)

Em virtude das limitações de mobilizações frequentes dos pacientes da UTI, esforços devem ser feitos na implementação das estratégias de prevenção, tais como incentivar o uso de posicionados fluidizados e uso de adesivo de gel de silicone, curativos sempre que houvesse pontos de pressão, dependendo da posição do paciente e a aplicação de curativos de espuma de silicone de cinco camadas (SWAFFORD; CULPEPPER; DUNN, 2016).

Como mostrado nos textos acima que são diversificadas as ações preventivas e que todo direcionamento para equipe de enfermagem deverá este bem determinado pelos protocolos clínicos e individualizado na prescrição de enfermagem (PE).

Ressaltando que se torna relevante estimular a equipe multiprofissional a trabalhar de forma integrada, através do compartilhamento dos conhecimentos e essa atuação conjunta tendo o objetivo de fornecer um cuidado de qualidade e seguro aos pacientes internados na UTI.

5 | CONCLUSÃO

A atuação da equipe enfermagem foi bastante citada nos estudos analisados e assim através da pesquisa foi organizada uma sequência de informações relevantes para atualização da equipe de enfermagem e os demais profissionais atuantes na UTI na prevenção de LP.

Na abordagem desse quesito conhecimento da equipe de enfermagem existem diversas lacunas definidas como insuficiente e intermediário quando procurado identificar nos estudos analisados tanto em estudos brasileiros quanto estrangeiros. Ficando claro nas pesquisas que a influência da instituição é fundamentalmente importante na sensibilização e treinamento dos profissionais da UTI para atuar de forma qualificada na prevenção de LP.

Diante da complexidade desses pacientes, os profissionais da equipe de enfermagem devem dispor de protocolos clínicos norteadores e padronização dessas ações. O direcionamento dos cuidados de acordo com a escala de Braden torna-se um fator importante, sempre buscando aplicar um cuidado qualificado e alinhado com o processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, T. P.; BECCARIA, L. M.; POLLET, N. A. A. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e assistência preventiva de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.3, p.353-8, 2014.
- CAMPANILI, T.C.G.F; SANTOS V.L.C.G; PULIDO, K.C.S. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev Esc Enferm USP**, v.4, p.7-14, 2015.
- COX, J.; ROCHE, S. Vasopressor and development of pressure ulcers in adult critical care patients. **Am J Crit Care**, v.24, n.6, p.501-10, 2015.
- CONSTATIN, A.G; MOREIRA, A.P.P; OLIVEIRA, J.L.C, et al. Incidência de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva para adultos. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther**, v.16, p.1-9, 2018.
- DALLAROSA, F.S; BRAQUEHAIS, A. R. Conhecimento dos enfermeiros acerca da prevenção de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UFPI**, v.5, n.4, p.13-8, 2016.
- DANTAS, A. L. M.; FERREIRA, P. C.; DINIZ, K. D. et al. Practice of the intensive nurse in the treatment of pressure ulcers. **J. Res Fundam Care**, v.6, n.2, p.716-724, 2014.
- DANTAS, A. L.M; ARAÚJO, J. D. B; FERREIRA, P.C. et al. Prevenção de úlceras por pressão segundo a perspectiva do enfermeiro intensivista. **Rev Enferm UFPE**, v.7, n.1, p.706-12, 2013.
- FAVRETO, F. J. L; BETIOLLI, S.E; SILVA, F.B, et al. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Rev Gestão & Saúde**, v.17, n.12, p.37-47, 2017.
- LOUDET, C.I; MARCHENA, M.C; MARADEO, M. R. et al. Diminuição das úlceras por pressão em pacientes com ventilação mecânica aguda prolongada: um estudo quase experimental. **Rev Bras Ter Intensiva**. [Internet]. v.29, n.1, p.39-46, 2017.
- MAURICIO, A. B.; LEMOS, D. S.; CROSEWSKI, N. I. et al. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem relacionados às úlceras por pressão. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n.4, p.751-60, 2014.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.
- MEDEIROS, L. N. B; SILVA, D.R; GUEDES, C.D.F.S. et al. Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n. 7, p.2697-703, 2017.
- MENDONÇA, P.K; LOUREIRO, M.D.R; FROTA, O.P, et al. Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n.4, p.1-10, 2018.
- MILLER, D. M.; NEELON, L.; KISH-SMITH, K. et al. Pressure Injury Knowledge in Critical Care Nurses. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v.44, n.5, p.455-457, 2017.
- NOGUEIRA, P. C.; GODOY, S.; MENDES, I. A. C. et al. Conhecimento dos cuidadores de indivíduos com lesão medular sobre prevenção de úlcera por pressão. **AQUICHAN**, v.5, n.2, p.188-199, 2015.
- OLKOSKI, E; ASSIS, G. M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p.363-369, 2016.
- OTTO, C; SCHUMACHER, B; WIESE, L.P.L, et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. **Enferm. Foco**, v.10, n.1, p.07-11, 2019.

RAMOS, D. O.; OLIVEIRA, O. S.; SANTOS, I. *et al.* Conhecimento de familiares acerca das úlceras por pressão e de seus direitos à reparação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.28, n.1, p.23-30, 2014.

SOARES, R.S.A; EBERHARDT, T.D; LIMA, S.B.S. *et al.* Gerenciamento do cuidado de enfermagem na prevenção de lesões por pressão. **Rev. Cient. Sena Aires**, v.7, n.3, p.157-9, 2018.

SWAFFORD, K.; CULPEPPER, R.; DUNN, C. Use of a Comprehensive Program to Reduce the Incidence of Hospital Acquired Pressure Ulcers in an Intensive Care Unit. **C AMERICAN JOURNAL OF CRITICAL CARE**, v.25, n.2, p.152-55, 2016.

VASCONCELOS, J. M. B; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Esc Anna Nery**, v.21, n.1, p.1-9, 2017.

A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Jeanne Vaz Monteiro

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Rafael da Conceição dos Anjos

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Samara Monteiro do Carmo

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

Alessandra Inajosa Lobato

Faculdade Estácio de Macapá

Macapá-AP

causadores da infecção do sítio cirúrgico estão relacionados tanto com a atuação do próprio profissional que não utiliza as técnicas adequadas de controle, pois durante o período da pesquisa foi constatado que uma série de procedimentos, tais como: a lavagem das mãos, assepsia do sítio cirúrgico; degermação de mãos e braços; uso de luva estéril; exposição dos materiais cirúrgicos; uso de EPI's, uso de adornos e aparelhos celulares; uso de fone de ouvido, etc., bem como com a infraestrutura do local, que apresenta-se parcialmente comprometida, podendo desencadear a infecção do sítio cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Infecção Hospitalar; Sítio Cirúrgico; Prevenção e Controle.

THE NURSING TEAM IN THE CONTROL OF SURGICAL SITE INFECTION

ABSTRACT: This article aims to identify the contributions of nursing in the control of surgical site infection in the Emergency Hospital of Macapá / AP, emphasizing the agents that cause hospital infection, as well as the measures taken by nursing in the control of surgical site infection before and after the surgical procedure, in addition to identifying the diagnoses coming from this infection. A quantitative approach was carried out with professionals working in the Surgical Center and Surgical Clinic of the

RESUMO: O presente artigo tem como objetivo identificar as contribuições da enfermagem no controle da infecção de sítio cirúrgico no Hospital de Emergência de Macapá/AP, dando ênfase aos agentes causadores de infecção hospitalar, bem como as medidas tomadas pela enfermagem no controle da infecção de sítio cirúrgico antes e após o procedimento cirúrgico, além de identificar os diagnósticos provenientes dessa infecção. Para tanto realizou-se uma pesquisa com abordagem quantitativa com profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergências de Macapá, sendo os dados coletados através de um questionário do tipo fechado, com intuito de alcançar os objetivos propostos. Os resultados da pesquisa mostraram que os agentes

Emergency Hospital of Macapá, and the data were collected through a closed-type questionnaire in order to achieve the proposed objectives. The results of the research showed that the agents that cause the infection of the surgical site are related both to the professional's own performance that does not use the appropriate control techniques, since during the research period it was verified that a series of procedures, such as: a hand washing, surgical site asepsis; degermação of hands and arms; use of sterile gloves; exposure of surgical materials; use of PPE's, use of ornaments and cell phones; use of headphones, etc., as well as with the infrastructure of the site, which is partially compromised, and can trigger infection of the surgical site.

KEYWORDS: Hospital Infection; Surgical site; Prevention and Control

1 | INTRODUÇÃO

A Infecção Hospitalar (IH) apresenta-se como um problema a nível mundial, pois nenhuma unidade hospitalar chega a número zero de infecção, pois de acordo com Reis (2014) ressalta que a infecção procedente da cirurgia é um agravo que apresenta vários fatores envolvidos, no entanto, para diminuir e controlar sua incidência é indispensável o desenvolvimento de medidas preventivas, educacionais e de controle.

Sendo assim, ressalta-se a importância sobre os conhecimentos dessas medidas emergenciais para que sejam tomadas decisões corretas visando solucionar o problema, pois de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as IH ocupam a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde e abrange de 14% a 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados (BRASIL, 2013).

A Infecção do Sítio Cirúrgico, segundo Rabhae, Ribeiro Filho e Fernandes (2010) representa um amplo ônus socioeconômico às instituições e grande implicação nos custos hospitalares, assim como atingem ao paciente pela extensão do período de afastamento de suas atividades laborais e familiares. Ressalta-se que os problemas de naturezas infecciosas podem estar pautados a fatores intrínsecos das condições do paciente, podendo favorecer o aumento da Infecção do Sítio Cirúrgico no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica.

A maioria das Infecções do Sítio Cirúrgico manifesta-se como complicações de pacientes gravemente doentes, em decorrência da hospitalização e da realização de procedimentos invasivos ou imunossupressores a que o doente, correta ou incorretamente, foi submetido. Assim, pode-se dizer que algumas Infecções são evitáveis e outras não (RABHAE; RIBEIRO FILHO; FERNANDES, 2010).

A incidência da Infecção do Sítio Cirúrgico, Segundo Santos et al., (2015) decorre de fatores intrínsecos, relacionados ao paciente, abrangendo a idade, assim como o tipo de cirurgia, a doença de base e associadas, entre outros; fatores extrínsecos, relacionados ao ambiente, a partir dos procedimentos assistenciais, como a técnica

cirúrgica, o preparo pré-operatório, ambiente, paramentação da equipe, etc.

Sabe-se que ter uma pesquisa com resultados científicos comprovados a respeito do conhecimento sobre a Infecção do Sítio Cirúrgico, dando ênfase a uma ameaça à integridade dos pacientes no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica, é relevante para orientar ações de prevenção e controle da Infecção do Sítio Cirúrgico, tanto pelo paciente quanto pelos profissionais.

Claudino e Fonseca (2011) em suas pesquisas deixaram evidentes que o desenvolvimento de um programa extensivo de vigilância pode reduzir as taxas de infecção do sítio cirúrgico em 30 a 40%, mas para que os resultados desse programa alcancem resultados positivos faz-se necessário ter conhecimento sobre a incidência dessas infecções, bem como os fatores de risco associados.

Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi identificar as contribuições da enfermagem no controle da infecção de sítio cirúrgico no hospital de emergência no município de Macapá/AP, avaliando os agentes causadores de ISC, descrevendo as medidas tomadas pela enfermagem no controle da ISC antes e após o procedimento cirúrgico e identificando os diagnósticos de infecção de sítio cirúrgico durante e após internação hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa de campo com abordagem quantitativa, que enfatiza o papel da enfermagem no controle da Infecção de Sítio Cirúrgico no Hospital de Emergência de Macapá/AP. Foi utilizado corte temporal para a coleta de dados, questionário estruturado com perguntas fechadas elaborada pelos próprios autores, além da observação sistemática visual com registros das técnicas e procedimentos realizados pelos sujeitos da pesquisa.

O Hospital de Emergências de Macapá Dr. Osvaldo Cruz é mantido pelo Estado e administrado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Sendo assim, fizeram parte destas pesquisas profissionais de saúde que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica.

Os dados foram tabulados e categorizados utilizando a ferramenta Statistical Package for Social Science (SPSS), que é um software para análise estatística de dados, de modo a permitir a análise estatística de distribuição de frequência e de probabilidades de ocorrência do evento estudado. Logo, foram utilizadas tabelas e gráficos para apresentação dos resultados.

Fizeram parte da pesquisa os Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência de Macapá, de ambos os sexos, que aceitaram livremente participar da coleta de dados. Enquanto que foram excluídos da pesquisa os profissionais médicos e aqueles profissionais de enfermagem que atuam em outros setores do nosocomio.

Os riscos e benéficos da pesquisa foram embasadas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi preservado o sigilo dos participantes e a livre escolha na participação da pesquisa. Os aspectos éticos e legais obedeceram aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, passando por avaliação da Plataforma Brasil e obtendo parecer de aprovação sob o nº. 2.294.728 através do CEP/SEAMA. Na coleta de dados foram utilizados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a eticidade da pesquisa para obtenção da proteção dos dados, tratando devidamente de sua dignidade, respeito da autonomia e defesa da vulnerabilidade do participante.

3 | RESULTADOS

Os dados foram coletados no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência do município de Macapá, abrangendo o período de 02/10 a 20/10/2017. Nesse período registrou-se noventa e seis profissionais atuantes no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica, destes setenta e nove técnicos e dezessete enfermeiros.

No Centro Cirúrgico atuam trinta e cinco profissionais, sendo vinte e oito técnicos de enfermagem e sete enfermeiros. No entanto, fizeram parte da pesquisa, vinte e três profissionais, dezenove técnicos de enfermagem e sete enfermeiros, enquanto que doze profissionais não fizeram parte da pesquisa, pelos seguintes motivos: ausentes do hospital, estão de férias ou licença.

Na Clínica Cirúrgica atuam sessenta e um profissionais, sendo cinquenta e um técnicos de enfermagem e dez enfermeiros. Porém, participaram desta pesquisa trinta técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros, totalizando trinta e cinco profissionais que fizeram parte dessa pesquisa e vinte e seis profissionais que não participaram, sendo vinte e um técnicos e cinco enfermeiros, que não participaram pelos mesmos motivos citados acima.

Diante disso, fizeram parte da coleta de dados cinquenta e oito profissionais, sendo quarenta e nove técnicos de enfermagem e doze enfermeiros, descritos abaixo.

PERFIL DOS PROFISSIONAIS	CENTRO CIRÚRGICO	CLÍNICA CIRÚRGICA		
	Nº	%	Nº	%
Sexo				
Feminino	16	69,5%	29	83%
Masculino	7	30,5%	6	17%
Faixa Etária	Nº	%	Nº	%
21 a 31 anos	5	21,7%	14	40%
32 a 42 anos	15	65,2%	21	60%
43 a 53 anos	3	13,1%	-	-
Formação	Nº	%	Nº	%
Ensino Técnico	18	78,2%	24	68%
Ensino Superior	4	17,3%	11	32%
Especialização	1	4,5%	-	-
Tempo de atuação	Nº	%	Nº	%

01 a 10 anos	17	74%	28	80%
11 a 20 anos	3	13%	07	20%
21 a 30 anos	3	13%	-	-

Tabela 1 - Perfil dos Entrevistados, 2017.

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

De acordo com os dados coletados, constatou-se que dos profissionais entrevistados a predominância foi do sexo feminino: Centro Cirúrgico com 69,5% e Clínica Cirúrgica com 83%. Já a faixa etária dos profissionais foi de 32 a 42 anos de idade, no Centro Cirúrgico com 65,2% e na Clínica Cirúrgica com 60%. Relacionado a formação dos entrevistados, referenciando o dimensionamento de enfermagem a classe de técnico de enfermagem se sobrepõe aos enfermeiros, sendo 78% de técnicos de enfermagem no Centro Cirúrgico e 68% na Clínica Cirúrgica. No item tempo de atuação o período de 01 a 10 anos foi o mais citado, sendo 74% deste período de atuação no Centro Cirúrgico e 80% na Clínica Cirúrgica.

Levando em consideração a temática em questão, no Gráfico abaixo apresentam os dados sobre a definição dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica sobre Infecção do Sítio Cirúrgico.

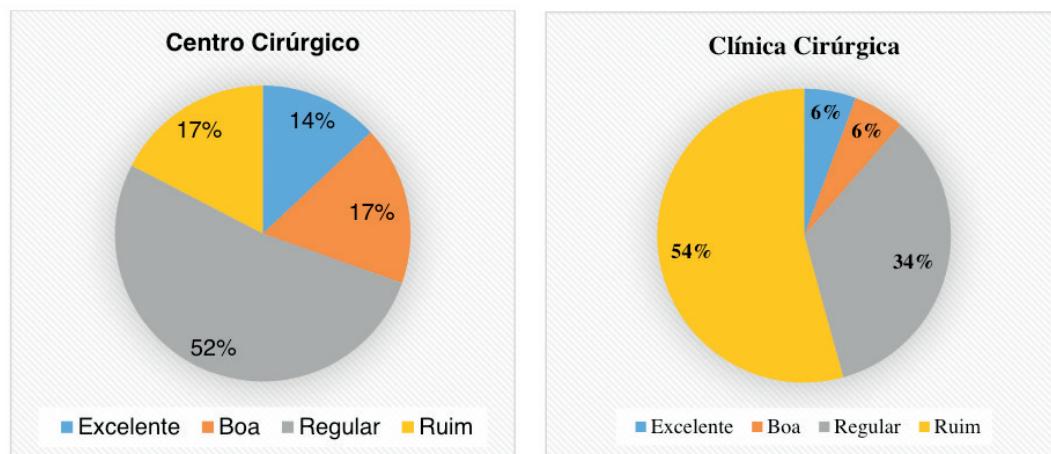


Figura 1 – Definição dos profissionais sobre Infecção do Sítio Cirúrgico que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergências do município de Macapá.

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

A partir do exposto, registrou-se 52% dos profissionais entrevistados do Centro Cirúrgico apresentaram uma definição regular sobre Infecção do Sítio Cirúrgico; 14% dos profissionais apresentaram uma definição excelente; 17% dos entrevistados apresentaram uma definição boa e 17% dos profissionais apresentaram uma definição ruim. Acredita-se que esses resultados reflete-se na falta de interesse dos profissionais, visto que o tempo de atuação no setor foi de 1 a 10 anos.

Já os profissionais que atuam na Clínica Cirúrgica os dados mostrou-se preocupante, visto que 54% dos entrevistados apresentaram uma definição sobre

Infecção do Sítio Cirúrgico muito ruim; 6% dos entrevistados apresentaram uma definição excelente; 6% apresentaram uma definição boa; 34% dos profissionais apresentaram uma definição regular. Acredita-se que os resultados apresentados ocorrem pela mesma falta de interesse dos profissionais, haja visto que atuam há um tempo considerável, logo descarta-se a falta de conhecimento.

TIPOS DE CONTROLE DE ISC	CENTRO CIRÚRGICO				CLÍNICA CIRÚRGICA			
	Adequado		Inadequado		Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lavagem das mãos	-	-	10	100%	-	-	10	100%
Degermação de mãos e antebraço	-	-	10	100%	-	-	10	100%
Utilização de roupa privativa*	10	100%	-	-	-	-	-	-
Utilização de luvas estéril	-	-	10	100%	-	-	10	100%
Assépsia do sítio cirúrgico	-	-	10	100%			10	100%
Exposição dos materiais cirúrgicos	10	100%	-	-			10	100%
Utilização de EPI's			10	100%			10	100%
Técnica de troca de curativo estéril**	-	-	-	-			10	100%
Avaliação do tipo de ferida cirúrgica e possíveis sinais de infecção**	-	-	-	-			10	100%

Tabela 2. Tipos de controle de Infecção de Sítio Cirúrgico realizados pelo profissional.

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

*Observação realizada apenas no Centro Cirúrgico

**Observação realizada apenas na Clínica Cirúrgica

Segundo os dados observados pelos pesquisadores no Centro Cirúrgico constatou-se que dos itens citados, apenas o uso de roupa privativa estava de forma adequada, os demais procedimentos ocorrem de forma inadequada. Na Clínica Cirúrgica observou-se que nenhum procedimento dos itens observados foi realizado de forma adequada.

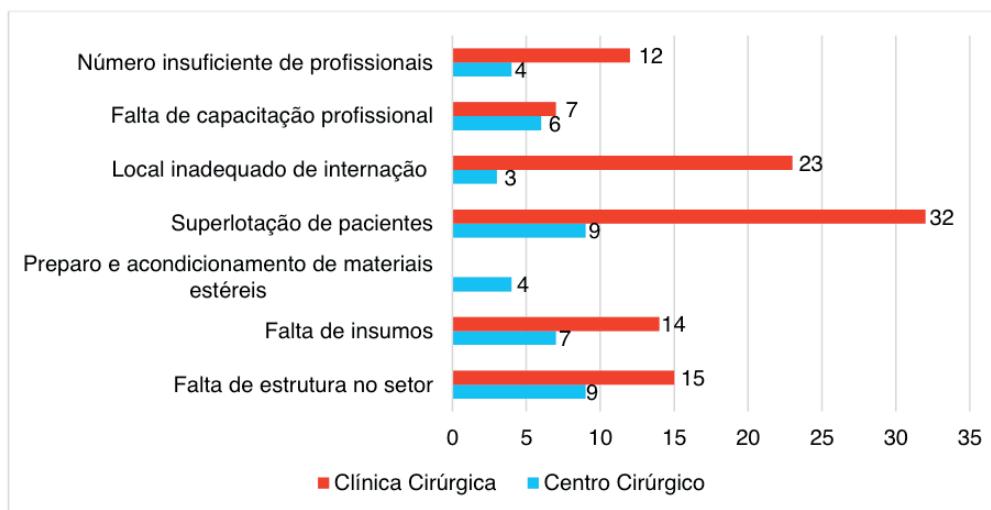


Figura 2. Desafios enfrentados pelos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica que influenciam para a Infecção de Sítio Cirúrgico.

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

De acordo com as informações coletados dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica. Em relação aos itens citados no gráfico acima, todos os profissionais que atuam nesses ambientes concordam que estes podem influenciar na infecção do sítio cirúrgico, com exceção do preparo e acondicionamento de materiais estéreis, citado apenas pelo profissionais que atuam no Centro Cirúrgico.

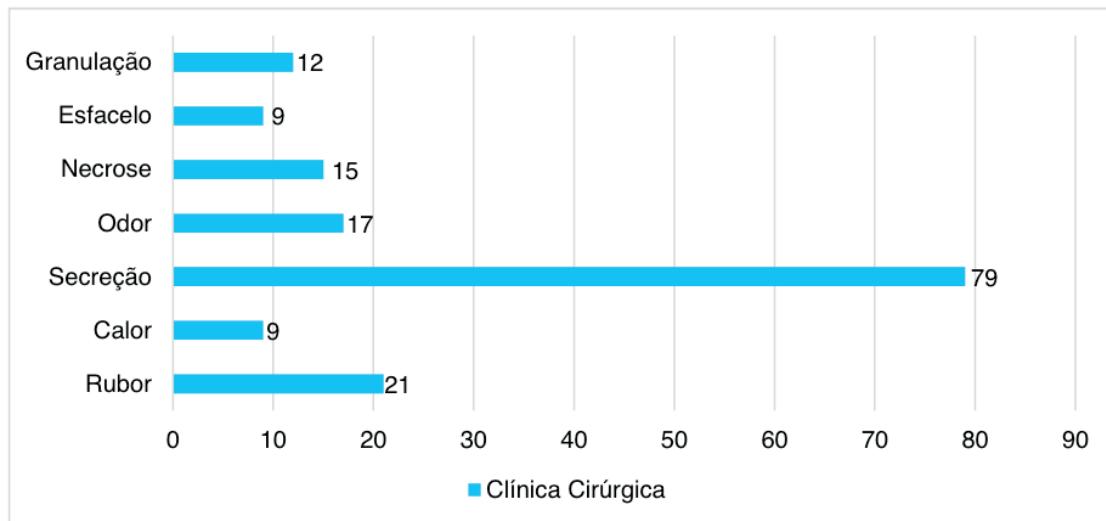


Figura 3. Características observadas e identificadas nas feridas cirúrgicas que levam aos casos de Infecção de Sítio Cirúrgico.

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

A partir das observações realizados na Clínica Cirúrgica constatou-se que a secreção, rubor e odor foram as características mais observadas nas feridas cirúrgicas que levam aos casos de infecção do sítio cirúrgico.

4 | DISCUSSÃO

Levando em consideração a temática que trata das contribuições da enfermagem no controle de infecção de sítio cirúrgico no Hospital de Emergência de Macapá/AP, os dados foram coletados no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica que atuam mais profissionais do sexo feminino, com a faixa etária de 32 a 42 anos de idade, dentre técnico de enfermagem e enfermeiros que atuam num período de 01 a 10 anos na área da saúde.

Sendo assim, a partir do tema em estudo buscou-se saber dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica a definição de infecção do sítio cirúrgico. Os resultados apresentados não foram satisfatórios, pois 17% dentre técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam no Centro Cirúrgico apresentaram uma definição ruim. Em contraste com a Clínica Cirúrgica, constatou-se que 52% profissionais apresentaram uma definição ruim.

Acredita-se que a definição “ruim” se reflete na falta de conhecimento desses profissionais sobre a infecção do sítio cirúrgico, que pode ser um fator que pode estar

relacionado com esse tipo de infecção, pois de acordo com Martins et al. (2017), a falta de capacitação dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica faz com que seus conhecimentos fiquem estagnados, podendo refletir-se de forma negativa diante do desenvolvido de suas práticas funcionais.

De acordo com Valle (2013), a falta de profissionais com qualificação para prestar uma assistência de qualidade provoca complicações tanto para equipe médica, como para a equipe de enfermagem diante do controle da infecção do sítio cirúrgico, pois ter uma equipe preparada e suficientemente apropriada ao número de procedimento, tornar mínimo conflitos e favorece a organização das ações desenvolvidas no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica.

As observações realizadas no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica mostraram que os profissionais que atuam nesses setores 10 (dez) procedimentos realizados por técnicos de enfermagem, bem como por enfermeiros. Diante disso, ficou comprovado que a maioria parte dos procedimentos realizados foram considerado de forma inadequada, podendo favorecer a infecção do sítio cirúrgico.

No que se refere a lavagem das mãos, observou-se que todos os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico, como também na Clínica Cirúrgica fazem esse procedimento de forma incorreta, pois os profissionais além de utilizar a técnica errada, faziam ou no começo do procedimento, ou no final.

Para Santos (2017), apesar de todas as evidências apontando para a importância das mãos na cadeia de transmissão das infecções hospitalares e os resultados dos métodos de higienização na diminuição das taxas de infecção, os profissionais da área da saúde continuam em uma atitude passiva diante do problema. Logo, como sugestão para o problema detectado, envolve campanhas educativas de higienização das mãos diante dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência de Macapá.

No que se refere a deglariação das mãos e antebraços ou antisepsia cirúrgica realizadas pelos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergências do município de Macapá, constatou-se que esse procedimento que integra as atividades de paramentação cirúrgica como medida de prevenção da infecção do sítio cirúrgico ocorre de forma inadequada, ou seja, acontece depois do procedimento realizado.

O uso da roupa privativa, cabe apenas ao Centro Cirúrgico do Hospital de Emergências do município de Macapá. Logo, a partir do período de observação este foi o único quesito observado, onde técnicos de enfermagem e enfermeiros estavam usando de forma correta, pois de acordo com Souza et al., (2015), o uso correto de roupas privativas contribuem na redução dos índices de infecção hospitalares.

Na utilização de luvas estéreis em procedimento quando necessário, observou-se que tanto no Centro Cirúrgico, como na Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergências do município de Macapá ocorre de forma inadequada, pois durante os procedimentos, os profissionais (técnico de enfermagem e enfermeiros) pegam em materiais não

estéreis, podendo ocorrer a contaminação.

No que se refere a assepsia do sítio cirúrgico, as observações realizadas no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica mostraram que esse procedimento não acontece da forma correta, ou seja, adequada. Pois, de acordo com Motta et al., (2017) a assepsia do sítio cirúrgico precisa ser desenvolvida de forma adequada pelos profissionais que atuam na área da saúde, para que assim, a infecção do sítio cirúrgico possa ser controlada.

Na utilização de EPI's, constatou-se que não está adequado, pois os profissionais (técnicos de enfermagem e enfermeiros) que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica não fazem uso do material completo, devido à falta de insumos (goros e óculos). Sobre os EPI's, Cabral e Silva (2013), dizem que a falta desses equipamentos podem desencadear a infecção do sítio cirúrgico, uma vez que os profissionais não estarão imunizados. Logo, o uso dos equipamentos envolve uma adoção de medidas preventivas e de imunização.

Em relação a técnica de troca de curativo estéril e a avaliação do tipo de ferida cirúrgica e possíveis sinais de infecção, foram procedimentos observados apenas na Clínica Cirúrgica, porém de forma incorreta, pois constatou-se que os profissionais (técnico de enfermagem e enfermeiros) no desenvolvimento dos procedimentos, constatou-se: a técnica de troca de curativos estéreis foi realizado de forma errada, podendo ocorrer a contaminação cruzada, por fazerem curativos em pacientes consecutivos e sem precaução. Observou-se ainda que o trabalho realizado pelo técnico de enfermagem era de competência do enfermeiro em relação a avaliação do tipo de ferida cirúrgica e possíveis sinais de infecção e execução do procedimento.

Diante do exposto, constatou-se que dentre os tipos de controle de infecção do sítio cirúrgico observadas no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência, praticamente todos os procedimentos foram realizados de forma incorreta pelos profissionais (técnico de enfermagem e enfermeiros), com exceção do uso da roupa privativa, que é utilizado de forma adequada.

A partir dos resultados apresentados, os profissionais (técnico de enfermagem e enfermeiros) que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica destacaram que os motivos que podem influenciar na infecção do sítio cirúrgico, são: a falta de estrutura no setor, pois observou-se que as paredes e rodapés precisam de manutenção; a falta de insumos (goros e óculos); preparo e acondicionamento de materiais estéreis; a superlotação de pacientes; local inadequado de internação, a falta de capacitação funcional, além do número insuficiente de profissionais.

De acordo com as informações coletadas dos profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica, constatou-se que os fatores que contribuem para a infecção do sítio cirúrgico estão relacionados aos profissionais (técnico de enfermagem e enfermeiros), a partir da sua atuação, bem como a infraestrutura do Hospital de Emergências, que podem influenciar na infecção de sítio cirúrgico, como foi apresentado no trabalho em tela.

A partir das observações realizadas na Clínica Cirúrgica foram analisadas as feridas cirúrgicas que levam ao caso de infecção do sítio cirúrgico, onde as características mais constatadas foram a secreção, rubor e odor, como características que levam a infecção do sítio cirúrgico.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada no Hospital de Emergências de Macapá, especificamente no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica foi possível identificar que as contribuições de enfermagem no controle da infecção de sítio cirúrgico são deficientes, pois os procedimentos realizados por esses profissionais apresentam-se fora da prática adequada, podendo assim acarretar em um alto índice de infecção.

Os resultados da pesquisa mostraram que os agentes causadores da infecção do sítio cirúrgico estão relacionados com a atuação do próprio profissional que não utiliza as técnicas adequadas de controle, pois durante o período da pesquisa foi constatado erros em uma série de procedimentos e condutas, tais como: a lavagem das mãos, assepsia do sítio cirúrgico; degermação de mãos e braços; uso de luva estéril; exposição dos materiais cirúrgicos; uso de EPI's, uso de adornos e aparelhos celulares; uso de fone de ouvido, etc., bem como com a infraestrutura do local, que apresenta-se parcialmente comprometida, podendo desencadear a infecção do sítio cirúrgico.

Ressalta-se ainda que as medidas tomadas pela enfermagem no controle da infecção do sítio cirúrgico foram mínimas, pois todos os procedimentos eram realizados de forma inadequada, como por exemplo, o processo de lavagem das mãos, que nenhum momento seguiu a técnica correta de higienização, que visam diminuir o risco de transmissão de microrganismos, pois uma prática simples como essa não está sendo desenvolvidas pelos profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros, que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência de Macapá.

Diante dos resultados apresentados, externa-se a preocupação como acadêmicos de enfermagem, pois tratar da saúde e doença, precisa ser levado em consideração o risco de morte, tanto do paciente que se encontra enfermo, como os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência de Macapá, que não utilizaram prática inadequadas perante suas intervenções.

Com isso, como forma de contribuir com os resultados da pesquisa, recomenda-se periodicamente a oferta de cursos voltados para a capacitação funcional dos profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros, que atuam no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica do Hospital de Emergência de Macapá, para que estes a partir disso, possam atuar de forma mais responsável, diante da realidade apresentada.

Contudo, espera-se que os resultados desta pesquisa sirva de referência para os acadêmicos do curso de Enfermagem da Faculdade Estácio, bem como para os gestores públicos diante da realidade apresentada, desenvolva com mais frequência políticas públicas voltadas para a área da saúde, especificamente para o combate da infecção do sítio cirúrgico.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Aline Mesquita. **Avaliação microbiológica de duas formas de proteção das mesas de instrumentais cirúrgico sem cirurgias limpas.** 2012. 80 f. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2012.

Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/12746/1/d.pdf>> Acesso dia 11 de nov. de 2017.

BATISTA, Taina F.; RODRIGUES, Maria C S. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico pós-alta hospitalar em hospital de ensino do Distrito Federal. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.21 n.2

Brasília jun. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200008> Acesso dia 11 de nov. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios Diagnósticos de Infecção relacionada à assistência à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/securancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>> Acesso dia 20 Abr. de 2017.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017

CABRAL, Francisco Willians; SILVA, Maria Zildênia Oliveira. Prevenção e controle de infecção no ambiente hospitalar. **SANARE**, Sobral, V.12, n.1, p. 59-70, jan./jun. – 2013. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/330/264>> Acesso dia 05 nov. de 2017.

CLAUDINO, Hellen Gomes; FONSECA, Leila de Cássia Tavares da. Infecção de sítio cirúrgico: ações preventivas da comissão de controle de infecção hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 5, n. 5, p. 1180-186, 2011.

KAWAMOTO, Emilia Emi; FORTES, Julia Ikeda. **Fundamentos de enfermagem.** São Paulo: EPU, 2015.

LIMA, Lais Araújo, et al. **Comportamentos críticos da equipe na prevenção de infecção de sítio cirúrgico com vistas à segurança do paciente.** Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/LAIS_ARA.PDF> Acesso dia 05 nov. de 2017.

MEEKER, Margaret H; ROTHROCK, Jane A. **Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MOTTA, Natiely Hayla, et al. Prevenção da infecção de sítio cirúrgico em hospital universitário: avaliação por indicadores. **Vigilância sanitária em debate.** V. 5, n. 3, p. 92-99, 2017. Disponível em: <<http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/>> Acesso dia 11 nov. de 2017.

RABHAE Gilberto; RIBEIRO FILHO Nelson; FERNANDES Antonio Tadeu. **Infecção do sítio cirúrgico.** São Paulo: Atheneu; 2010.

REIS, Ubiane Oiticica P. Controle da infecção hospitalar no centro cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 303-310, set./dez. 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/9085/8992>> Acesso dia 20 abr. de 2017.

ROCHA, Junia Pisaneschi Jardim; LAGES, Clarice Aparecida Simão. O Enfermeiro e a prevenção das infecções do sítio cirúrgico. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 30, p. 117-128, abr. 2016. Disponível em: <<http://web.unifoab.edu.br/cadernos/edicao/30/117-128.pdf>> Acesso dia 11 nov. de 2017.

SANTOS, Nívea Cristina Ma. **Enfermagem na prevenção e controle da Infecção Hospitalar**. 5^a ed. São Paulo: Iátria, 2016.

SANTOS, Adelia Aparecida Marçal. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaudade/controle/higienizacao_mao.pdf> Acesso dia 11 nov. de 2017.

SANTOS, Gabriela do C; et al. Incidência e fatores de risco de infecção de sítio cirúrgico: revisão integrativa. **Intinerarius**, v. 11, n. 1, p. 1-17 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/34142>> Acesso dia 20 mai. de 2017.

VALLE, Andreia Rodrigues Moura da Costa. **Competências do enfermeiro para ações preventivas na atenção familiar com o risco de infecção**. 2013, 261 f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2013.

ATUAÇÃO DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DE IDOSO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO AMAZONAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Maria Souza da Costa

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Vanessa de Oliveira Gomes

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Rodrigo Silva Marcelino

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Elisson Gonçalves da Silva

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Deyvylan Araujo Reis

Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Coari-Amazonas

Graduação em Enfermagem sobre a atuação de acompanhantes familiares de idosos internados no Hospital Regional de Coari, Amazonas. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, tipo relato de experiência da disciplina Semiólogia e Semiotécnica de Enfermagem II do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) no Hospital Regional de Coari (HRC) do Estado do Amazonas, nos meses de maio e junho de 2018. O familiar acompanhante pode proporcionar ajuda ao paciente, oferecendo suporte em suas necessidades básicas. Quanto às dificuldades, evidenciaram-se: falta de informação a respeito do diagnóstico médico, longa permanência no hospital, inexistência de um lugar para repouso, tempo despendido no cuidado, desgaste físico e sobrecarga devido à falta de revezamento com outros familiares, medo do desconhecido, inquietação por deixar de lado os seus afazeres diários, sentimento de impotência frente ao estado de saúde do familiar idoso, além de situações de estresse, cansaço e tristeza. Contudo, os acadêmicos de enfermagem, a partir de suas vivências, evidenciaram que o familiar acompanhante desempenha um papel crucial na recuperação do idoso hospitalizado.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Familiar. Acompanhante. Estudantes de Enfermagem.

RESUMO: O envelhecimento corresponde a uma das etapas do desenvolvimento humano. Dessa forma, a população idosa tem maior predisposição a ter recorrentes internações hospitalares relacionadas a diversas alterações fisiológicas. Nesse sentido, o familiar acompanhante é figura que assume o papel de suporte ao idoso no ambiente hospitalar. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos do Curso de

ABSTRACT: Aging corresponds to one of the stages of human development. Thus, the elderly population is more likely to have recurrent hospitalizations related to various physiological changes. In this sense, the accompanying family member is a figure who assumes the role of support to the elderly in the hospital environment. The present study aims to report the experience of undergraduate Nursing students on the performance of family members of elderly people admitted to the Regional Hospital of Coari, Amazonas. This is a descriptive study with a qualitative approach, as an experience report of the discipline Semiology and Semotechnical of Nursing II of the Nursing Undergraduate Program of the Institute of Health and Biotechnology (ISB) of the Federal University of Amazonas (UFAM) at the Regional Hospital of Coari (HRC) of the State of Amazonas, in the months of May and June of 2018. The accompanying family member can provide assistance to the patient, offering support in their basic needs. As for the difficulties, there was a lack of information about the medical diagnosis, long hospital stay, lack of rest, time spent in care, physical exhaustion and overload due to lack of relay with other relatives, fear of the unknown , restlessness for leaving aside their daily chores, a feeling of helplessness in the face of the elderly relative's state of health, in addition to situations of stress, fatigue and sadness. However, nursing students, from their experiences, have shown that the accompanying family member plays a crucial role in the recovery of hospitalized elderly.

KEYWORDS: Elderly. Family Escort. Nursing students.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma das etapas do desenvolvimento humano, considerado um processo normal, que envolve não apenas alterações fisiológicas sistêmicas como também comportamentais, cognitivas e sociais. Nesse contexto, fica claro que esse processo representa um dos maiores êxitos da humanidade, sendo de fundamental importância para políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico do país.

Contudo, é preocupante constatar que os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais, sobretudo em países em desenvolvimento, que ainda lutam contra doenças infecciosas, desnutrição e rápido crescimento de doenças não transmissíveis (DNTs). (CIOSAK et al., 2012; DOS SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009; MARTIN et al., 2005).

A saúde e a qualidade de vidas dos idosos, sofrem influência de inúmeros fatores, tais como físicos, psicológicos, sociais e culturais, o que exige atuação interdisciplinar e multidimensional para promover a saúde do longevo. Cabe destacar que o envelhecimento populacional se apresenta como fenômeno importante neste século. A taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano. Atualmente, existem cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, porém se estima que, em 2050, essa população será formada por

2,1 bilhões de pessoas. No Brasil, 13% da população apresentam idade maior que 60 anos, e esse índice pode chegar a 29,3% em 2050 (CIOSAK et al., 2012; DOS SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009; MARTIN et al., 2005; SOUSA et al., 2018).

O processo de envelhecimento traz consigo a possibilidade do desenvolvimento de uma ou mais patologias, o que contribui para o aumento do risco de hospitalização em virtude de situações agudas e crônicas. Diante disso, vale considerar as inúmeras variáveis e mudanças que ocorrem no cotidiano do idoso, relacionadas à internação hospitalar, tais como abandono de atividades habituais, dependência para atividades básicas, emergências domiciliares, bem como variáveis de ordem orgânica como diminuição da capacidade do sistema cardiovascular, respiratório, musculoesquelético e sistema nervoso. As consequências advindas dessa problemática consistem no aumento progressivo do número de idosos em leitos hospitalares, aliás, no Brasil, 23% do total de internações hospitalares são de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Espera-se, portanto, que, durante o processo de hospitalização, o idoso receba cuidados humanizados, atenção integral e principalmente a presença de um familiar acompanhante, a fim de tornar essa experiência menos traumática (FECHINE; TROMPIERI, 2012; BORDIN et al., 2018; REIS; MENEZES; SENA, 2017).

O familiar acompanhante é a pessoa que, durante a internação hospitalar, fornece apoio em diversos aspectos ao idoso hospitalizado, como suporte emocional, segurança e conforto. Além de proporcionar companhia, afeto, o acompanhante propicia que o idoso compartilhe com ele os desgastes e inseguranças provenientes do processo de hospitalização. Também poderá realizar eventualmente cuidados em prol da saúde do ente familiar mediante orientação ou supervisão de enfermagem. O familiar acompanhante, durante a hospitalização do idoso, é tão fundamental e importante que a sua presença é assegurada pelo Ministério da Saúde, ao considerar o direito de cidadania, dignidade e bem-estar do idoso (NEVES et al., 2018; REIS; MENEZES; SENA, 2017).

O familiar acompanhante do idoso, nessa função, no âmbito hospitalar, costuma desenvolver diversos sentimentos negativos, como ansiedade, angústia, medo, desconforto, preocupação em relação ao doente. Esses aspectos emocionais advêm da árdua rotina da hospitalização, da falta de conhecimento a respeito da evolução da doença do ente familiar, da expectativa frente à recuperação do familiar hospitalizado, das mudanças na sua rotina de vida diária, bem como, algumas vezes, da falta de apoio por partes de outros familiares ou da falta de informação por parte da equipe de saúde, o que desencadeia inseguranças e situações de estresse.

Além do desgaste físico devido aos longos períodos em ambiente hospitalar, a falta de revezamento com outros familiares contribui significativamente para o esgotamento tanto emocional quanto físico do familiar acompanhante (CHIBANTE; SANTO; AQUINO, 2015; SZARESKI; BEUTER; BRONDANI, 2009).

Nesse sentido, surge a motivação para realizar a pesquisa, por meio da experiência de acadêmicos de Enfermagem no contato com os acompanhantes

de idosos no âmbito hospitalar, levando em consideração as dificuldades diante de todas as mudanças provenientes da hospitalização de um ente familiar, que podem acarretar diversas situações de cunho negativo para esses cuidadores.

A realização desta investigação se justifica uma vez que pode contribuir para reafirmar a importância da atuação do familiar acompanhante na recuperação do idoso, apoiando-o no processo de hospitalização. Além disso, fornece conhecimento e subsídios para os profissionais de enfermagem quanto à necessidade de dedicar maior atenção ao familiar acompanhante.

Desse modo, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem sobre a atuação dos familiares acompanhantes de idosos internados no Hospital Regional de Coari, Amazonas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, tipo relato de experiência. O estudo descritivo tem como finalidade descrever e investigar de forma minuciosa, particular e detalhada os problemas de um determinado grupo (COLOMBO; BERBEL, 2007). O relato de experiência consiste em uma descrição sobre determinada vivência, instigando o acadêmico a refletir sobre a temática abordada e, em seguida, fazer comparações com experiências que se assemelham (NUNES, 2012).

O cenário de vivência dos acadêmicos de Enfermagem foram as aulas práticas da disciplina Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) no Hospital Regional de Coari (HRC) do Estado do Amazonas. As aulas práticas ocorreram nos meses de maio e junho de 2018.

A disciplina de Semiologia e Semiotécnica se fundamenta em conhecimentos teórico-práticos, que preparam o acadêmico para realização de técnicas e procedimentos e o desenvolvimento de suas habilidades no âmbito de atuação profissional, que são fundamentais para realização da assistência de enfermagem de qualidade (NUNES, 2012).

A referida disciplina apresenta como ementa aplicação prática, utilizando os procedimentos teórico-práticos de enfermagem necessários ao julgamento clínico e à tomada de decisão no processo de cuidar do adulto, além das considerações éticas no cuidado e na avaliação física por sistemas, segmentos e exames complementares.

O Hospital Regional de Coari (HRC) Odair Carlos Geraldo é uma instituição de média complexidade do interior do Amazonas. Essa instituição é pública e oferece atendimento de média complexidade à população da cidade e de seu entorno.

O município de Coari pertence à região do Médio Solimões, do Estado do Amazonas, situado na Região Norte do Brasil. A localidade tem uma população

estimada de 83.929 habitantes, dividida em área urbana e área rural. Coari fica distante de Manaus a 363 quilômetros em linha reta e, para realizar o trajeto, gastam-se, em média, 27 horas em transporte fluvial e 50 minutos em transporte aéreo. O acesso ao município só acontece por esses meios de transporte (IBGE, 2016; REIS; OLIVEIRA, 2017).

Por se tratar de relato de experiência, o estudo não requer submissão a Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos para apreciação, e a pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados do estudo foram organizados em dois tópicos para descrição da experiência vivenciada, a saber:

3.1 O papel do familiar acompanhante

O processo de hospitalização está vinculado às diversas mudanças no contexto familiar, trazendo alterações significativas no cotidiano do familiar e do idoso respectivamente. Nessa temática, a atuação do familiar acompanhante diante da assistência prestada ao idoso durante a internação hospitalar está diretamente ligada aos fatores que envolvem horas gastas pelo acompanhante, às tarefas que desempenha, a conflitos emocionais e angústias encontradas durante o cuidado hospitalar e também às respostas frente às dificuldades vivenciadas nesse período.

Percebeu-se que os acompanhantes podem proporcionar ajuda ao paciente, oferecendo suporte as suas necessidades básicas, assegurar os seus direitos e a comunicação com a equipe de enfermagem. Eles funcionam também como colaboradores, acompanham a evolução clínica do ente familiar, além de auxiliar na recuperação do paciente, transmitindo força, entusiasmo e otimismo. Durante as aulas práticas hospitalares, foi possível notar que a presença de um familiar acompanhante é de extrema importância para o paciente. Além de potencializar a sua melhora, auxilia de acordo com seus conhecimentos em atividades como banho, higiene, alimentação, movimentação e apoio financeiro.

O familiar acompanhante está inserido no âmbito hospitalar, com a finalidade de prover apoio afetivo ao enfermo, preservar os vínculos externos, permitindo amenizar todos os impactos psicossociais característicos da hospitalização, tornando esse processo menos traumático. Contribui para que o idoso ganhe autonomia de enfrentamento de todas as modificações causadas pela internação (NEVES et al., 2018; REIS; MENEZES; SENA, 2017).

Nessa perspectiva, por meio da experiência vivenciada, constatou-se que os acompanhantes são imprescindíveis durante a permanência do idoso no hospital,

pelo fato de funcionarem como um elo entre o ente familiar e a equipe de enfermagem, reivindicando os direitos do paciente e contribuindo significativamente na assistência prestada por parte da equipe multidisciplinar (NEVES et al., 2018).

Segundo Pena e Diogo (2005), em seu estudo, o familiar acompanhante durante a hospitalização do idoso deve fornecer apoio, mas não assumir funções e responsabilidades cabíveis à equipe de enfermagem. Deve atuar em parceria com a equipe, com vistas à evolução na saúde do idoso.

A presença do familiar acompanhante durante o processo de internação do idoso possui muitas vertentes, pois, ao mesmo tempo que a equipe reconhece a sua importância como figura capaz de trazer melhorias para o paciente através de apoio e companhia, por outro lado, existem alguns impasses no convívio com os familiares, que podem causar estresse. Dessa forma, quando os acompanhantes querem fazer além daquilo que lhes é atribuído, começam a surgir os conflitos, o que causa na equipe de enfermagem certa resistência à permanência do familiar no ambiente hospitalar (ARCAS et al., 2016).

3.2 Dificuldade do Familiar Acompanhante

Os discentes de enfermagem conseguiram evidenciar as dificuldades vivenciadas por meio dos relatos de acompanhantes, como: falta de informação a respeito do diagnóstico médico, longa permanência no hospital, inexistência de um lugar para repouso, tempo despendido no cuidado, desgaste físico e sobrecarga devido à ausência de revezamento no cuidado com outros familiares. Além disso, foram apontados: medo do desconhecido, inquietação por deixar de lado os seus afazeres diários, sentimento de impotência frente ao estado de saúde do idoso familiar, bem como situações de estresse, cansaço e tristeza.

A internação hospitalar de um dos membros da família traz consigo desarticulação familiar, alteração de sua dinâmica funcional. Essa reorganização está quase sempre acompanhada de sofrimento e conflitos, em que a abdicação de si para o cuidado como outro é tão intensa que alguns interrompem a cotidianidade de sua vida para realizar o processo de acompanhamento em favorecimento à saúde do idoso, renunciando a suas atividades cotidianas (PASSOS; PEREIRA; NITSCHKE, 2015; VIEIRA et al., 2011).

Os familiares acompanhantes de idosos no ambiente hospitalar, durante a realização de aulas práticas vivenciadas pelos acadêmicos, relataram como dificuldades deixar a residência com os filhos, abdicar de sua vida profissional e pessoal, deixar de lado momentos de lazer, além das barreiras referentes às normas e rotinas do hospital, que precisam ser obedecidas. Estudo de Coutinho (2012) menciona que o familiar também é afetado diretamente pelas alterações causadas na vida do idoso relacionadas ao adoecimento e à internação hospitalar. Compartilha dos sentimentos de insegurança, desamparo, desconforto e medo que o momento da

hospitalização traz consigo.

As famílias que vivenciam o acontecimento do adoecer, frequentemente, estão vulneráveis devido ao impacto e às incertezas da crise gerada pela doença. Ao depararem com uma possível situação de morte, diversos sentimentos podem emergir, como medo, insegurança, angústia, solidão, entre outros, desorganizando os membros do grupo familiar (NEVES et al., 2018). Os desafios enfrentados pelos acompanhantes remetem ao desconforto em relação ao ambiente físico, aos barulhos próprios do ambiente hospitalar e à falta de auxílio da enfermagem para realização de alguns cuidados com os pacientes (PROCHNOW et al., 2009).

Nessa perspectiva, notou-se que outro fator crucial de grande impacto na vida do acompanhante são as despesas com os medicamentos, transporte, enfim, os gastos financeiros. O estudo de Silva e Santana (2013) enfatiza que, além da falta de privacidade e da perda de autonomia, a condição de hospitalização ainda traz para o acompanhante gastos financeiros (SILVA et al., 2013).

Assim, a partir das vivências dos acadêmicos, foi possível comprovar a importância da inserção do familiar acompanhante no ambiente hospitalar a fim de atuar oferecendo todo apoio e conforto ao idoso.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acadêmicos de enfermagem evidenciaram que o acompanhante familiar desempenha um papel crucial para a recuperação do idoso hospitalizado, pois atua de maneira a amenizar todos os impactos advindos do adoecimento e da hospitalização, tornando o processo menos doloroso e traumático para o paciente.

No contexto atual, o acompanhante familiar é de extrema importância, já que é uma das principais figuras no apoio que o paciente idoso necessita para superar medos, estresses, limitações, mudanças na sua rotina, perda de autonomia e incapacidades relacionadas ao seu estado de saúde.

No entanto, apesar de o familiar acompanhante ser essencial durante o período em que o idoso permanece hospitalizado, vale ressaltar que o mesmo também sofre os impactos provenientes da hospitalização do ente familiar, já que, durante esse período, também ocorrem mudanças na sua vida cotidiana. Entre estas, está a desestruturação no âmbito familiar, fazendo com que o mesmo seja obrigado a se adaptar a uma nova rotina, passando a viver, junto com o idoso, a hospitalização, o que implica o enfrentamento de muitas dificuldades e sentimentos negativos que podem interferir em sua qualidade de vida.

Considerando a importância deste familiar, a longevidade no Brasil e os índices elevados de idosos com comprometimento da saúde, dependência física e cognitiva, que, consequentemente, levarão o idoso a uma possível hospitalização, torna-se relevante propor a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde

dos acompanhantes. Deve-se dirigir o olhar para compreender de forma mais ampla todas as consequências, os fatores emocionais, as mudanças na dinâmica familiar, para que, assim, a equipe de enfermagem assuma uma postura mais acolhedora, disponível e atenta. É fundamental que os profissionais considerem a família do paciente um elemento essencial para a recuperação deste e criem medidas que possam minimizar os impactos que sofrem aqueles que cuidam.

Diante do exposto, vale considerar que são necessárias mais pesquisas voltadas para essa temática e que este trabalho possui como intuito oferecer subsídios para o conhecimento a respeito dos acompanhantes familiares que, na maioria das vezes, não recebem o apoio necessário por parte dos profissionais da saúde, especificamente da equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ARCAS, A. B. et al. SIGNIFICADOS DO PAPEL DO ACOMPANHANTE EM UNIDADE HOSPITALAR : VISÃO DA PESSOA HOSPITALIZADA COM CONDIÇÃO CRÔNICA. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, p. 1–8, 2016.
- BORDIN, D. et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 4, p. 452–460, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União. 2012.
- CHIBANTE, C. L. DE P.; SANTO, F. H. DO E.; AQUINO, A. C. DE O. As reações do familiar acompanhante de idosos hospitalizados frente às situações de estresse. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 7, n. 3, p. 2961–2973, 2015.
- CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1763–1768, 2012.
- COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 28, p. 121–146, 2007.
- COUTINHO, S. B. et al. Dificuldades enfrentadas pela família durante a hospitalização de um familiar. **JOURNAL OF NURSING AND HEATH**, v. 2, 2012.
- DOS SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 3–10, 2009.
- FECHINE B.R.A; TROMPIERI N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, p. 106–132, 2012.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Agência Notícias do IBGE**. 2016.
- MARTIN, B. W. et al. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247–257, 2005.
- NEVES, L. et al. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente

crítico crônico internado em unidade de terapia Semi-intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, p. 1–8, 2018.

NUNES, V.M.A. MONITORIA EM SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA PARA A ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Rev de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 464–471, 2012.

PASSOS, S. DA S. S.; PEREIRA, Á.; NITSCHKE, R. G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 6, p. 539–545, 2015.

PENA, SILVANA B.; DIOGO, M. J. D. E. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 663–669, 2005.

PROCHNOW, A. G. et al. ACOLHIMENTO NO ÂMBITO HOSPITALAR: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 1, p. 11–18, 2009.

REIS, C. C. A.; MENEZES, T. M. DE O.; SENA, E. L. DA S. Vivências de familiares no cuidado à pessoa idosa hospitalizada: do visível ao invisível. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 702–711, 2017.

REIS, D. A.; OLIVEIRA, A. P. **Rede de Apoio e Necessidade Educacional de Cuidadores de Idosos Dependentes no Contexto Amazônico**. 1. ed. Curitiba: CRV, 2017.

SILVA, M. F. M. E et al. ARTIGO ORIGINAL PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR AO ACOMPANHANTE NO AMBIENTE HOSPITALAR : INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM GRUPAL. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 5, p. 1390–1397, 2013.

SOUZA, N. F. DA S. et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. 1–16, 2018.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. **Cienc Cuid Saude**, v. 8, n. 3, p. 378–384, 2009.

VIEIRA, G. D. B. et al. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. **Rev. Eletr. En**, v. 13, n. 1, p. 78–89, 2011.

DIREITOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Fernando Alves Sipaúba

Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Anderson Araújo Corrêa

Universidade Estadual do Maranhão
Colinas – MA

Gizelia Araújo Cunha

Universidade Federal do Maranhão
Codó – MA

Adriana Torres dos Santos

Governo do Estado do Maranhão
São Luís – MA

Dheyimi Wilma Ramos Silva

Universidade Estadual do Maranhão
Coroatá – MA

Francisca Natália Alves Pinheiro

Prefeitura de Colinas
Colinas – MA

Otoniel Damasceno Sousa

Governo do Estado do Maranhão
Colinas – MA

Jairina Nunes Chaves

Universidade Estadual do Maranhão
Caxias – MA

Nathallya Castro Monteiro Alves

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus – AM

Rayana Gonçalves de Brito

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus – AM

RESUMO: O Código de Ética constitui uma das ferramentas fundamentais para nortear as práticas da enfermagem bem como definir e julgar aquilo que é considerado correto, para isso é necessário que o indivíduo tenha uma base instrucional sobre tudo aquilo que deve ser praticado a luz do exercício profissional e não exceda os limites éticos. O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil e conhecimentos dos enfermeiros e técnicos em enfermagem quanto aos direitos regidos no código de ética da profissão. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa do tipo descriptiva-exploratória, realizada em dois hospitais públicos do município de Colinas – MA. A amostra foi constituída por 63 profissionais de enfermagem. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho de 2017. Análise estatística foi construída no software Epi Info versão 7.2.1.0. A partir dos resultados pode-se observar que 84% da população pertence ao sexo feminino com idade entre 30 e 39 anos, sendo constituída por 30% de enfermeiros e 70% de técnicos. Verificou-se que 100% dos enfermeiros e 68% dos técnicos afirmam conhecer o código. Na autoavaliação apenas 10% dos enfermeiros e 11% dos técnicos classificaram seus conhecimentos como “muito bom”. Sobre o código suprir as necessidades legais 22% dos enfermeiros e 38% dos técnicos responderam que “sim”. Foi possível inferir

que a maioria dos profissionais conhecem o código e seus direitos, no entanto, ainda possuem dificuldades na aplicação prática dos preceitos éticos da profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Código de Ética. Conhecimento. Ética em Enfermagem. Ética Profissional. Profissionais de Enfermagem.

PROFESSIONAL PRACTICE RIGHTS: KNOWLEDGE OF THE NURSING TEAM

ABSTRACT: The Code of Ethics is one of the fundamental tools for guiding nursing practices, as well as for defining and judging what is considered correct; for this, nurses need to have a knowledge base on everything that must be practiced in the light of their professional performance, and they cannot exceed the ethical limits. This study aims to analyze the profile and knowledge of nurses and nurse technicians regarding the rights guided by the Code of Ethics for the profession. This is a descriptive and exploratory, quantitative research carried out in two public hospitals in the city of Colinas, Maranhão. The sample consisted of 63 nursing professionals. Data were collected in June and July 2017. The statistical analysis was built on the EPI INFO software, version 7.2.1.0. From the results we observed that 84% of them are female, aged between 30 and 39 years old; it consists of 30% of nurses and 70% of nurse technicians. We verified that 100% of the nurses and 68% of the nurse technicians claim to know the code. In the self-assessment, only 10% of nurses and 11% of nurse technicians classified their knowledge as "very good". Regarding the question of whether the Code meets their legal needs, 22% of nurses and 38% of technicians answered "yes". We can conclude that the majority of the nursing team knows the Code and its rights; however, they still have difficulties in the practical application of the ethical precepts of their profession.

KEYWORDS: Error. Medication Administration. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo do processo de formação de pessoas, organizações, associações, sindicatos e entidades representativas das ocupações sociais, tem-se agregado um juízo avaliativo no que tange as condutas comportamentais, isto é, são introduzidas normas valorativas para que o exercício da atividade profissional ocorra de forma responsável, regido por códigos (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

O código de ética profissional pode ser definido como um instrumento constituído pelo conjunto de normas, direitos e princípios morais que servem como fundamento para orientar o exercício de determinada profissão, a partir de padrões de condutas que representam o que se espera de uma determinada classe (SILVA; ARAÚJO, 2011).

A enfermagem, como todas as demais profissões de livre exercício no país, está regulamentada por leis e normas. Essa realidade requer interesse dos seus integrantes, bem como preocupação e obrigação de conhecer a legislação pertinente ao exercício da profissão, contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE).

(FREITAS; OGUISSO, 2008). Além do código existe a relevância inerente às entidades representativas. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), exercem a função de órgãos responsáveis pela normatização e fiscalização das atividades profissionais da enfermagem e zelam pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento do CEPE (COFEN, 2017).

Diversos profissionais da enfermagem não atribuem a devida relevância aos tópicos que contemplam as bases legais da bioética ou sequer conhecem seus direitos, sendo reflexo do pouco desenvolvimento da ética e bioética ainda no âmbito acadêmico, visto que o ensino em geral se encontra fragmentado e descontextualizado, ocultando o interesse por questões que contemplem um viés ético-moral da enfermagem. Além disso, a pouca vivência dos aspectos bioéticos no âmbito laboral distancia o profissional de enfermagem de uma prática em conformidade com os preceitos da profissão (BORDIGNON *et al.*, 2015; ROSENSTOCK *et al.*, 2011).

Para que a excelência profissional seja alcançada torna-se necessário que a enfermagem de modo geral conheça seus direitos no uso de suas atribuições. Esse processo está centrado na contínua aprendizagem e desenvolvimento de competências que tem como base o ser ético exigido a cada enfermeiro, seja individual ou coletivamente (REIS; OLIVEIRA, 2013).

O presente tem como objetivo verificar o conhecimento e a importância dados pelos profissionais de enfermagem aos direitos dispostos no CEPE. Sua realização justifica-se pela contribuição para o âmbito profissional e acadêmico, uma vez que se trata de um tema pouco explorado no campo da bioética e consequentemente há uma escassez de estudos nessa área. Além de colaborar para uma nova maneira de percepção do profissional em relação ao exercício da profissão, influenciando em suas práticas e condutas no campo assistencial.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa com abordagem descritivo-exploratória. A pesquisa foi realizada em dois hospitais do município de Colinas (MA), sendo eles: Hospital Municipal Nossa Senhora da Consolação e Hospital Regional Dr. Carlos Macieira. Participaram do estudo 63 profissionais de enfermagem (19 enfermeiros e 48 técnicos em enfermagem).

Foram selecionados para a inclusão no estudo os profissionais que possuíam no mínimo seis meses de experiência profissional e aceitaram os termos éticos da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Profissionais em férias e licença foram excluídos da população estudada.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado de autoria do próprio pesquisador, visando avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem bem como traçar o perfil sociodemográfico. A aplicação ocorreu nos meses de junho

a julho de 2017. Os participantes assinaram duas vias do TCLE, uma para si e outra para o pesquisador. O anonimato e sigilo foi preservado de acordo com os princípios da ética em pesquisa.

Ressalta-se que, como o presente estudo foi executado na vigência da Resolução COFEN nº 311/2007, antigo CEPE, foram realizadas adaptações de cunho estrutural que, no entanto, não implicaram alterações no conteúdo dos artigos, para atender ao novo texto do código, Resolução COFEN nº 564/2017 (COFEN, 2007, 2017).

Respeitou-se os pressupostos da ética em pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Obteve-se parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão, conforme Parecer nº 2.049.328.

3 | RESULTADOS

Traçou-se o perfil dos profissionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com base em algumas variáveis socioeconômicas dispostas na Tabela 1.

Variáveis	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro	19	30
Técnico	44	70
Sexo		
Masculino	10	16
Feminino	53	84
Faixa etária		
20 – 29	14	23
30 – 39	26	41
40 – 49	13	10
50 ou >	10	16
Estudo		
Médio	40	64
Superior	11	17
Especialista	11	17
Mestre	1	2
Tempo de exercício		
< 1 ano	7	11
1 – 5 anos	12	19
6 – 10 anos	24	38
11 >	20	32
Total	63	100

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem. Colinas (MA), Brasil, 2017.

Constatou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem, 53 (84%)

pertence ao sexo feminino. Quanto a categoria profissional há um total de 19 (30%) enfermeiros e 44 (70%) técnicos. A faixa etária prevalente foi de 30 a 39 anos com 26 (41%). O grau de escolaridade apresenta um total de 40 (64%) dos participantes com ensino médio e 11 (17%) com nível superior. Em relação ao tempo de exercício da enfermagem, pode-se observar que 24 (38%) dos profissionais estão entre 6 e 10 anos e 20 (32%) atuam há 11 anos ou mais no mercado.

Apresenta-se, na Tabela 2, as respostas às questões referentes ao conhecimento do CEPE e seus direitos.

Questão	Enfermeiro		Técnico		Total	
	N	%	n	%	n	%
Conhece algum direito?						
Sim	19	30	43	68	62	98
Não	-	-	1	2	1	2
Conhece o CEPE?						
Sim	19	30	41	65	60	95
Não	-	-	3	5	3	5

Tabela 2: Distribuição das respostas relacionadas ao conhecimento do CEPE e seus direitos por categoria profissional. Colinas (MA), Brasil, 2017.

Foi evidenciado que 62 (98%) dos profissionais de enfermagem envolvidos responderam “sim”, ou seja, conhecem algum dos direitos da profissão. Sobre o CEPE, 60 (95%) dos entrevistados afirmaram conhecê-lo, sendo 19 (30%) enfermeiros e 41 (65%) técnicos. Apenas 3 (5%) técnicos responderam que não conhecem o código de ética.

A Tabela 3 demonstra a opinião dos profissionais quanto a proteção e aspectos legais necessários ao exercício da enfermagem.

Questão	Enfermeiro		Técnico		Total	
	n	%	n	%	n	%
O CEPE oferece proteção?						
Sim	17	28	37	62	54	90
Não	2	3	4	7	6	10
O CEPE é completo nos aspectos legais?						
Sim	13	22	23	38	36	60
Não	6	10	18	30	24	40

Tabela 3: Avaliação da proteção e aspectos legais do CEPE segundo os profissionais de enfermagem por categoria. Colinas (MA), Brasil, 2017.

Os resultados demonstram que 54 (90%) dos profissionais afirmaram o CEPE como um instrumento protetivo para as condutas da enfermagem. Quanto aos aspectos legais foi averiguado que 36 (60%) profissionais consideram o código completo e, portanto, abrange todas as suas necessidades legais. No entanto, 24

(40%) corroboram a ideia de que a estrutura do código de ética não é completa e, portanto, deve ser melhorada.

A autoavaliação dos profissionais de enfermagem sobre o conhecimento do CEPE é abordada na Tabela 4.

Autoavaliação de conhecimento do CEPE	Enfermeiro		Técnico		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito bom	6	10	7	11	13	21
Bom	10	17	29	48	39	65
Regular	2	3	4	7	6	10
Ruim	1	2	1	2	2	4

Tabela 4: Distribuição dos profissionais por categoria conforme a autoavaliação do conhecimento sobre o CEPE. Colinas – MA, 2017.

4 | DISCUSSÃO

A prevalência do sexo feminino na profissão de enfermagem é notória, o que corrobora o pressuposto de que a enfermagem é uma profissão formada em sua maioria por mulheres. A predominância feminina na profissão é justificada por relatos históricos que apontam como figura principal do processo de cuidado a mulher. Isso contribui para a segregação e desnivelamento do sexo no perfil de formação dos profissionais de enfermagem ao longo dos anos (LOPES; LEAL, 2005; SOUZA *et al.*, 2014). Pesquisa realizada pelo COFEN com objetivo de traçar o perfil da enfermagem no Brasil mostra que 86,2% dos profissionais em enfermagem são do sexo feminino e 13,4% correspondem ao sexo masculino, dados semelhantes ao encontrado no presente estudo (COFEN, 2013).

Em relação ao nível de formação, existe uma ascensão e consolidação nos últimos anos de cursos na modalidade stricto sensu, no âmbito da educação brasileira, porém é notório o déficit de profissionais com título de mestre ou doutor quando traçado o panorama atual da população de enfermeiros no Brasil (FERREIRA; TAVARES, 2013). Estudo realizado com profissionais de enfermagem no setor de UTI observou que 66,7% dos enfermeiros que ali trabalhavam não possuíam pós-graduação específica para seu setor de atuação e apenas 33,3% apresentavam ou estavam cursando. Com isso se questiona o baixo investimento por parte dos profissionais em cursos de especialização como também a falta de incentivos por parte das instituições de saúde no intuito de tornar o profissional mais apto ao ambiente de trabalho, de modo a favorecer uma melhor prestação de serviços (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

O tempo de formação e atuação no exercício da enfermagem é influenciador no desenvolvimento das atividades profissionais. Verificou-se que os técnicos de enfermagem geralmente possuem maior tempo de atividade em comparação aos enfermeiros. Isso reflete a pouca demanda do mercado no passado, tendo em vista

que a graduação em enfermagem era menos difundida nas instituições educacionais públicas e privadas, tendo o curso técnico maior abrangência. Resultado similar foi constatado em pesquisa realizada com enfermeiros no município de Ribeirão Preto (SP) foi verificado um baixo tempo de exercício quando comparados aos técnicos. Em uma unidade de saúde 12,5% dos enfermeiros estavam em exercício há menos de 3 anos e 66,6% apresentavam um período entre 4 a 10 anos (FURUKAWA; CUNHA, 2011; PINTO *et al.*, 2012).

Sobre o CEPE, instrumento formado pelas normas éticas, rege em termos de conduta a ação do profissional, sendo esta uma ferramenta norteadora do enfermeiro no seu papel de cidadão no âmbito laboral. Ressaltar-se a importância neste processo, já que propõe parâmetros para ampliação da capacidade de pensar e refletir sobre o papel da equipe de enfermagem no meio institucional (ALVES *et al.*, 2007). Assim, antes de ser profissional todo e qualquer indivíduo é cidadão, devendo este conhecer seu papel nos diversos contextos onde está inserido, seja na vida social ou profissional. Dessa forma, o profissional no desempenhar de suas funções deverá assumir um papel ativo frente aos entraves impostos pelo ambiente e ter discernimento nas ações que devem ou não executar. Portanto, ao se falar em direito é necessário que o profissional esteja totalmente informado a respeito dos aspectos legais da profissão, tendo em vista que as situações-problema do cotidiano acabam exigindo uma percepção apurada do profissional sobre o que é correto diante das adversidades (GOMES; CAETANO; JORGE, 2010; SANNA, 2007).

Sob uma perspectiva ética, o CEPE dispõe em sua essência o caráter protetivo, além dos órgãos representativos como os conselhos de classe, que zelam e fiscalizam o exercício profissional sob o olhar dos dilemas que estão atrelados a ética profissional (MELO; NATIVIDADE; NASCIMENTO, 2015). Estudo realizado sobre a percepção dos profissionais de enfermagem em relação a ação protetiva do CEPE aponta que 16,5% dos profissionais consideram que o CEPE protege o profissional, já 20,6% dos entrevistados apontam-no como um instrumento sem qualquer viés protetivo, estes dados comprovam a similaridade dos resultados com a presente investigação (FERRAZ; MAGNABOSCO, 2011).

O CEPE tem representado uma conquista da classe a partir do momento que este detalha normas de comportamento. Sabendo disso, essa moral codificada deve ser compreendida como uma ferramenta passível de mudança, a qual deve estar em constante reciclagem, a fim de acompanhar as mudanças ocorridas na profissão e sociedade (NEVES; SIQUEIRA, 2010).

O vigente código, instituído por meio da Resolução COFEN nº 564/2017, dispõe de elementos relacionados ao ensino, pesquisa, sigilo profissional, produção-científica, publicidade, infrações e penalidades no exercício da enfermagem. Assim, foram introduzidos novos artigos que tratam de direitos dos enfermeiros, os quais não estavam contemplados nos códigos anteriores a Resolução COFEN 311/2007 (COFEN, 2007, 2017, PEREIRA, 2017, SILVA *et al.*, 2012).

Para que haja uma plena atuação do exercício da enfermagem é necessário não apenas conhecimento ou capacidade técnica, mas, também, compreender sua legislação e atribuições enquanto componente de uma classe profissional (STOLARSKIL; TESTON; KOLHS, 2009).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo investigou o conhecimento da equipe de enfermagem acerca do código de ética da profissão. De modo geral, observou-se que os profissionais possuem uma percepção satisfatória sobre o CEPE, no entanto, ainda é visível a maior expressividade dos profissionais enfermeiros no conhecimento da legislação.

Na autoavaliação a maioria classificou seu conhecimento como “bom”. Porém, convém destacar que nem todos os indivíduos pesquisados possuem conhecimentos sobre os direitos profissionais, dessa forma, deve-se trabalhar o ensino da ética dentro dos ambientes de trabalho, a fim de promover a educação continuada sobre questões éticas.

Fica evidente a importância de conhecer os direitos profissionais, pois o CEPE constitui-se como uma ferramenta para o exercício de uma enfermagem mais humanizada e fortalecida.

Nesse sentido, este estudo contribuiu para que os profissionais de enfermagem repensem a aplicação da ética e do código no exercício da profissão, haja vista que isso constitui um dos pilares para se fazer uma enfermagem livre de danos. Além disso, as instituições devem contribuir para o aperfeiçoamento profissional na oferta de ensino no intuito de ampliar os saberes no campo da ética profissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. J. S. et al. Um estudo empírico sobre a importância do código de ética profissional para o contabilista. **Revista de Contabilidade Usp**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 58-68. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-70772007000300006>. Acesso em: 04 out. 2018.

BORDIGNON, S. S. et al. Produção científica acerca do ensino da ética na enfermagem. **Journal Of Nursin And Health**, Pelotas, v. 5, n. 1, p.55-67. maio. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3712/4301>. Acesso em: 03 out. 2018.

COFEN. Resolução N° 311 de 08 de fevereiro de 2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf. Acesso em: 22 out. 2018.

COFEN. Resolução N° 564 de 06 de novembro de 2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 22 out. 2018.

COFEN. **Perfil da enfermagem no brasil**. 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/Blocos/Bloco1/bl_ident-socio-economica-enfermeiros.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

COFEN. **O cofen**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/o-cofen>. Acesso em: 21 out. 2018.

FERRAZ, C. R.; MAGNABOSCO, P. Conhecimento e percepção dos profissionais de enfermagem sobre o código de ética da profissão. In: Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 14., 2011. Curitiba. **Anais** [...]. Disponível em: <http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I25444.E9.T5286.D5AP.pdf>. Acesso em 19 out. 2018.

FERREIRA, R. E.; TAVARES, C. M. M. Motivações do enfermeiro para realizar o mestrado: estudo descritivo. **Rev. Online de Enfermagem**, Rio de Janeiro, p. 734-736. 2013. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4542*/html. Acesso em: 09 out. 2018.

FREITAS, G. F.; OGUILSSO, T. Ocorrências éticas com profissionais de enfermagem: um estudo quantitativo. **Rev. Bras. de Enf.** Campinas, p. 34-40, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100005>. Acesso em: 17 out. 2018.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Rev. de Enf. Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 301-309, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100015>. Acesso em: 05 out. 2018.

GOMES, I. L. V.; CAETANO, R.; JORGE, M. S. B. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 463-470, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200023>. Acesso em: 06 out. 2018.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad Pagu**, Campinas, v. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>. Acesso em: 22 de out. 2018.

MELO, G. A.; NATIVIDADE, A. S.; NASCIMENTO, R. F. Conselhos de Enfermagem: criação e atribuições do sistema COFEN/COREN. **Revista Científica da Fasete**, Paulo Afonso, p. 1-14, 2015. Disponível em: http://fasete.edu.br/revistarios/media/revistas/2015/conselhos_de_enfermagem.pdf. Acesso em: 13 out. 2018.

NEVES, N. M. B. C.; SIQUEIRA, J. E. A bioética no atual Código de Ética Médica. **Revista Bioética**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p.439-450, 2010. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/575/547. Acesso em: 07 out. 2018.

OLIVEIRA, N. C. de; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene. Fortaleza**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 19-27, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027968002>. Acesso em: 07 out. 2018.

PEREIRA, M. C. **Processos éticos de enfermagem envolvendo idosos no distrito federal, Brasil – 2005 a 2015**. 2017. 64 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/123456789/3?slT=8>. Acesso em: 07 out. 2018.

PINTO, I. C. et al. As práticas de enfermagem em um ambulatório na perspectiva da integralidade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 100-108, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500013>. Acesso em: 05 out. 2018.

REIS, A.; OLIVEIRA, C. C. Refletir sobre o ensino da ética na graduação de enfermeiros, em Portugal. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 21, n. 1, p.221-241, 2013. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/3310/3002>. Acesso em: 21 out. 2018.

ROSENSTOCK, K. I. V.; SOARES, M. J. G. O.; SANTOS, S. R. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, João Pessoa, v. 04, n. 16, p.727-733, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i4.25444>. Acesso em 20 out.

2018.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>. Acesso em: 07 out. 2018.

SILVA, J. P. L.; ARAÚJO, M. Z. Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Rio de Janeiro, p. 19-24, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/9900/5682>. Acesso em: 04 out. 2018.

SILVA, R. S. *et al.* Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Uma pesquisa documental. **Enferm Foco**, Salvador, v. 3, n. 2, p.62-63, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n2>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOUZA, L. L. *et al.* Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciência e Cognição**, Florianópolis, p. 218-232, 2014. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908>. Acesso em: 07 out. 2018.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.75-81, dez. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100010>. Acesso em: 30 out. 2018.

STOLARSKII, C. V.; TESTON, V.; KOLHS, M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13 n. 3, p. 321-326, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/196>. Acesso em: 27 out. 2018.

FADIGA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rubianne Monteiro Calçado

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia – MG

Isadora Eufrásio de Brito

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia – MG

Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia – MG

RESUMO: Grande parte dos trabalhadores da área da saúde é formada por profissionais de enfermagem, que desenvolvem atividades de cunho assistencial e administrativo. A prestação de assistência à saúde gera sentimentos de dor e sofrimento, além de exigir constante estudo e atualizações por desenvolver procedimentos técnicos complexos. O desenvolvimento de atividades administrativas requer preparo, tempo e responsabilidade dos profissionais. A união de tais atividades podem comprometer a integridade física e mental, favorecendo o desenvolvimento de fadiga. Esse trabalho teve como objetivo verificar a ocorrência de fadiga e possíveis correlações com dados socioeconômicos e de trabalho nos profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFG). Foi um estudo de abordagem quantitativa, analítica, quase experimental realizada no

período de março a agosto de 2016. Foram aplicados os instrumentos: informações sociodemográficas e profissionais e DUFS - Auto relato (A Dutch Fatigue Scale). Os sintomas presentes na equipe de enfermagem que demonstram presença da fadiga em maior peso foram: ter a necessidade de descansar mais ultimamente, sensação de necessitar de mais energia para conseguir realizar suas tarefas diárias e a diminuição do interesse e vontade em ter relações sexuais, com as seguintes porcentagens: 54,8%; 44,4% e 37,2%, respectivamente. Foram encontradas correlações entre fadiga e características sociodemográficas. Os problemas constatados influenciam na vida do profissional e no desempenho de seu trabalho, fazendo necessárias maiores investigações a respeito para que medidas bem direcionadas possam ser tomadas a fim de melhorar essa situação, levando a melhores resultados para a instituição de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Saúde do trabalhador. Fadiga

FATIGUE IN NURSING PROFESSIONALS OF A UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT: Most health workers are made up of nursing professionals, who carry out activities of an assistance and administrative nature. The provision of health care generates feelings of

pain and suffering, as well as requiring constant study and updates for developing complex technical procedures. The development of administrative activities requires professional preparation, time and responsibility. The union of such activities can compromise the physical and mental integrity, favoring the development of fatigue. This study had as objective to verify the occurrence of fatigue and possible correlations with socioeconomic and work information in the nursing professionals of the Hospital of Clinic of the Federal University of Uberlândia (HC-UFG). It was a quantitative, analytical, almost experimental study conducted from March to August 2016. Instruments were applied: sociodemographic and professional information and DUFS - A Dutch Fatigue Scale. The symptoms present in the nursing team that demonstrate the presence of fatigue in greater weight were: having the need to rest more lately, feeling of needing more energy to accomplish their daily tasks and decreased interest and willingness to have sex, with the following percentages: 54.8%; 44.4% and 37.2%, respectively. Correlations were found between fatigue and sociodemographic characteristics. The problems identified influence the life of the professional and the performance of their work, making further research necessary to ensure that targeted measures can be taken to improve this situation, leading to better results for the health institution.

KEYWORDS: Nursing. Worker's health. Fatigue

1 | INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem compõem a maioria dos trabalhadores em saúde no Brasil. Devido a grande exigência física e mental, esses profissionais são vulneráveis ao adoecimento em decorrência da atividade laboral estressora. Sabe-se que a equipe de enfermagem é mais propensa a adoecer por exposição à riscos em razão do trabalho quando comparada à população geral (MACHADO et al., 2014; SOUZA; ARAÚJO, 2015).

O desgaste do exercício profissional vivenciado diariamente acarreta em respostas fisiológicas e crônicas do organismo. A fadiga é uma resposta comumente relatada. Caracteriza-se por cansaço, exaustão, sentimento de falta de energia e persiste mesmo após repouso físico (ROSA et al., 2007; NERY et al., 2013; CAVALCANTI et al., 2016).

A falta de tratamento e acúmulo da fadiga pode gerar a fadiga crônica, doença que gera irritabilidade mental, perda de interesse e tendência à depressão. Os prejuízos biológicos incluem redução da atividade do sistema nervoso central e alterações eletrolíticas(MAYNARDES; SARQUIS; KIRCHHOF, 2009).

No ambiente de trabalho a fadiga é resultado de diversos estressores. Em instituições de saúde destaca-se a intensa jornada de trabalho, problemas na comunicação interpessoal com colegas, quantidade insuficiente de funcionários, esforços físicos e exposição à agentes biológicos (ROSA et al., 2007; MAYNARDES; SARQUIS; KIRCHHOF, 2009; VASCONCELOS et al, 2011; NERY et al, 2013).

Os trabalhadores de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) comumente vivenciam problemas advindos da falta de valorização do exercício profissional como os salários baixos e redução do quantitativo de pessoal, além da falta de estrutura física na instituição. Estes fatores são evidenciados pelos frequentes episódios de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (MARZIALE; ROZESTRATEN, 1995; SANTANA et al., 2013).

A enfermagem é definida primariamente como o cuidado à saúde. No entanto, os profissionais da categoria enfrentam nocivas jornadas de trabalho diariamente. É necessário que se tenha atenção à saúde do trabalhador em enfermagem para que estes possam promover os cuidados adequados àqueles que necessitam (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007; MACHADO et al., 2014).

É fundamental que se avalie as condições de saúde no trabalho em enfermagem. A lei nº 8080/90 assegura a “realização de ações por meio da vigilância epidemiológica e sanitária de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores que visem também a recuperação e reabilitação [...]” (BRASIL, 1990).

Portanto, entender as condições laborais e identificar os agravantes de saúde dos profissionais de enfermagem proporcionam traçar metas para promoção de saúde e consequentemente melhorar a qualidade da prestação de cuidados. (SULZBACHER; FONTANA, 2013).

2 | METODOLOGIA

O estudo possuiu uma abordagem quantitativa, analítico, quase experimental. Foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) entre março e agosto de 2016 com auxiliares e técnicos em enfermagem e enfermeiros de todo o hospital. À época, a equipe de Enfermagem do HCU-UFU era constituída por 1.152 profissionais, sendo 189 enfermeiros e 963 técnicos e auxiliares de enfermagem. Não houve amostragem, ou seja, o N absoluta foi pesquisado. Foram incluídos no estudo os sujeitos maiores de 18 anos e que aceitaram participar do estudo e excluídos os sujeitos que não se enquadram nos critérios de inclusão.

O instrumento de coleta de dados foi constituído por um questionário estruturado, autoaplicável, dividido em:

a) Informações sociodemográficas e profissionais: Questionário construído pelo grupo de pesquisa. É composto por treze questões, cujas cinco primeiras questões são de cunho sociodemográfico e as demais referentes ao trabalho.

b) DUFS – Auto relato: A Dutch Fatigue Scale (DUFS) foi elaborado por Tiesinga, Dalfens e Halfens em 1998 e validado no Brasil por Fini e Cruz (2010).

Nessa escala a fadiga é definida como “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental”, definição presente na North American Nursing Diagnoses Association (NANDA-I).

É originalmente composta por 9 itens, utilizando uma escala Likert de 5 pontos (1 a 5) que permite medir o grau de atitude e concordância com a afirmação posta, porém para ser utilizada no Brasil uma questão foi excluída (questão 8 no instrumento original) que media a disposição e iniciativa de fazer as coisas que a pessoa tem vontade de fazer, já que a exclusão desse item não interferiria na consistência interna do instrumento. A pontuação pode variar de 8 a 40, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior a intensidade de fadiga. Utilizando curva ROC (*Receive Operator Characteristic Curve*) que permite determinar um ponto de corte, para se dizer se há ou não fadiga, o ponto de corte estabelecido para a Escala de DUFS foi de 14,5 (MOTA; CRUZ; FINI, 2010; FINI; CRUZ, 2010).

Para a análise dos dados, um banco de dados foi elaborado no programa Statistical Program of Social Science - SPSS – version 18 for Windows. A análise descritiva dos dados foi apresentada em números, porcentagens, valores mínimos e máximos, médias e desvio padrão. O nível de significância (valor de p) foi estabelecido em 0,05 para todas as variáveis. Para a análise bivariada dos dados, foram utilizados os seguintes testes estatísticos não paramétricos (SIEGEL, 1975): Teste de Wilcoxon - para comparar variáveis de duas amostras dependentes, obtidas através do esquema de pareamento; Teste U de Mann–Whitney- para comparar variáveis de duas amostras independentes, obtidas através do esquema de pareamento; Coeficiente de correlação por postos de Spearman - para avaliar a correlação entre as variáveis de duas amostras dependentes. Foram disponibilizadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em envelope juntamente com o instrumento de coleta de dados. Ambas as vias foram preenchidas, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com a equipe executora. O projeto foi submetido para análise do Comitê de Ética da UFU, registrado com o número CAAE 47651315.4.0000.5152.

3 | RESULTADOS

Participaram da pesquisa 416 profissionais de enfermagem dos 1152 possíveis participantes da pesquisa. Os demais (736 profissionais) não aceitaram participar, não entregaram o instrumento de coletas de dados ou não o respondeu.

Nas tabelas a seguir estão expostos os resultados encontrados.

Características Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	350	84,13
Masculino	61	14,66
Não respondeu	5	1,2
Faixa Etária		
20 - 29 anos	34	8,17

30 - 39 anos	127	30,52
40 - 49 anos	76	18,26
50 anos ou mais	129	31
Não respondeu	50	12,01
Religião		
Católica	177	42,54
Evangélica	120	28,84
Espírita	66	15,86
Outras	38	9,13
Não respondeu	15	3,6
Estado Civil		
Casado	282	67,7
Solteiro	114	27,4
Viúvo	10	2,4
Não respondeu	10	2,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental	7	1,68
Ensino Médio	121	29,08
Nível Superior	226	54,32
Não respondeu	62	14,90

Tabela 1 – Características Sociodemográficas dos profissionais de enfermagem do HC-UFG, Uberlândia, 2016 (N=416)

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2016.

Legenda

N: número total de profissionais

n: número de profissionais que apresentam a variável

%: percentual, considerando o n como 100 %

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem do HC-UFG. É possível observar que 84,13% dos profissionais são do sexo feminino. A faixa etária com maior número de profissionais é a dos 50 anos em diante (31%). 42,54% dos profissionais são da religião católica. Quanto ao estado civil, 67,7% dos profissionais são casados e 54,32% possuem o ensino superior.

Profissão	n	%
Auxiliar de Enfermagem	73	17,54
Técnico em Enfermagem	216	51,92
Enfermeiro	118	28,36
Não respondeu	9	2,16

Cargo		
Auxiliar de Enfermagem	115	27,64
Técnico em Enfermagem	199	47,8
Enfermeiro	90	21,63
Não respondeu	12	2,88
Tempo Exercido na Enfermagem		
1 - 5 anos	43	10,33
6 - 10 anos	92	22,11
11 - 15 anos	74	17,78
16 - 20 anos	67	16,10
21 - 25 anos	42	10,09
26 - 30 anos	39	9,37
31 - 35 anos	25	6
36 - 40 anos	17	4,08
41 anos ou mais	3	0,72
Não respondeu	14	3,36
Setor de Trabalho no HC-UFG		
Materno Infantil	104	25
Pronto Socorro	44	10,57
Ambulatório	36	8,65
Centro Cirúrgico	17	4,08
UTI Adulto e Coronária	16	3,84
Internação Clínica	37	8,89
Internação Cirúrgica	60	14,42
Materiais e Esterilização	32	7,69
Outros	63	15,14
Não respondeu	7	1,68
Tempo de Trabalho no HC-UFG		
1 - 5 anos	95	22,83
6 - 10 anos	75	18,02
11 - 15 anos	79	18,99
16 - 20 anos	41	9,85
21 - 25 anos	51	12,25
26 - 30 anos	31	7,45
31 - 35 anos	13	3,12
36 - 40 anos	11	2,64
Não respondeu	20	4,8
Turno de Trabalho		
Manhã	169	40,62
Tarde	123	29,56

Noite	101	24,27
Não respondeu	23	5,52
Número de Vínculos Empregatícios		
1	227	54,56
2	48	11,53
3	3	0,72
4	2	0,48
Não respondeu	136	32,69

Tabela 2 – Características de Trabalho dos profissionais de enfermagem do HC-UFG, Uberlândia, 2016 (N=416)

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2016.

Legenda

N: número total de profissionais

n: número de profissionais que apresentam a variável

%: percentual, considerando o n como 100 %

A Tabela 2 apresenta as características de trabalho dos profissionais de enfermagem do HC-UFG. Observando a profissão (formação profissional), 17,54% são auxiliares de enfermagem; 51,92% técnicos de enfermagem e 28,36% enfermeiros por formação. Quanto à composição da equipe de enfermagem do hospital, 2,7,64% são auxiliares de enfermagem, 47,8% são técnicos de enfermagem e 21,63% enfermeiros. Comparando a formação profissional com a composição da equipe de enfermagem é possível subentender que há técnicos de enfermagem por formação ocupando cargo de auxiliar de enfermagem e enfermeiros ocupando cargos de técnicos/auxiliares de enfermagem. A maioria dos profissionais (22,11%) possui um tempo de trabalho na área da enfermagem entre 6-10 anos. As equipes de profissionais de enfermagem que tiveram maior participação da pesquisa foram: materno-infantil com 104 participantes correspondendo a 25% da porcentagem válida, internação cirúrgica (n=60) equivalendo a 14,42% dos participantes e pronto socorro com 10,57% dos participantes (n=44). 22,83% dos profissionais têm seu tempo de trabalho no HC-UFG entre 1-5 anos. O maior contingente de trabalhadores está distribuído no turno da manhã (43%). Com relação ao número de vínculos empregatícios, 54,56% possui um único vínculo.

Itens da Escala de DUFS	Presença na equipe de enfermagem (porcentagem válida)
1 - Ultimamente você teve sensação forte e constante de falta de energia?	32,1
2 - Ultimamente você tem observado que precisa de mais energia para dar conta das suas tarefas diárias?	44,4

3 - Ultimamente você tem se sentido sem disposição para fazer as coisas?	33,6
4 - Ultimamente você tem acordado com a sensação de estarexausto e desgastado?	37
5 - Ultimamente você tem tido necessidade de descansar mais?	54,8
6 - Ultimamente você tem conseguido fazer suas atividades do dia-a-dia?	24,6
7 - Ultimamente seu interesse por sexo, sua vontade de ter relações sexuais diminuiu?	37,2
8 - Tem sido mais difícil se concentrar em uma coisa por muito tempo?	32,5

Tabela 3 – Frequência média da presença de fadiga por item da escala de DUFS

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2016.

Obs: Tais porcentagens foram obtidas através da soma das respostas de valor 4 e 5 na Escala de DUFS tipo Likert

A partir da análise da Tabela 3, pode-se perceber que ao utilizar a Escala de DUFS para verificar a presença de fadiga na equipe de enfermagem, os itens que mais sugerem essa presença são: Ultimamente você tem tido necessidade de descansar mais?/Ultimamente você tem observado que precisa de mais energia para dar conta das suas tarefas diárias?/Ultimamente seu interesse por sexo, sua vontade de ter relações sexuais diminuiu? Com as respectivas porcentagens 54,8%, 44,4% e 37,2%.

		Fadiga		
		N	%	p. valor*
Sexo	Feminino	254	81,7	0,003
	Masculino	36	64,3	
Estado Civil	Casado	197	77,3	0,039
	Solteiro	86	86	
	Viúvo	3	50	
Faixa Etária	20 - 29 anos	31	91,2	0,032
	30 - 39 anos	107	84,3	
	40 - 49 anos	55	72,4	
	50 anos ou mais	96	74,4	
Tempo de Trabalho	1 - 5 anos	76	83,5	0,022
	6 - 10 anos	63	90	
	11 - 15 anos	53	72,6	
	16 - 20 anos	27	81,8	
	21 - 25 anos	30	68,2	

Tabela 4 – Correlação entre Características Sociodemográficas e de Trabalho significativas x fadiga

Fonte: Dados coletados pelo autor, 2016.

O valor de p encontrado para a correlação fadiga x sexo foi 0,003. Esse dado permite afirmar que a fadiga está associada ao sexo feminino (presença em 81,7% das participantes).

Na correlação entre fadiga x estado civil o valor de p encontrado foi 0,039. Esse valor permite afirmar que a fadiga está presente em maior frequência em pessoas solteiras (presença em 86% dos participantes solteiros).

Para a correlação entre fadiga x faixa etária, o valor de p encontrado foi 0,032. Esse valor permite dizer que a fadiga está presente em maior intensidade em profissionais de idade entre 20-29 anos (presença em 91,2% dos profissionais dessa faixa etária).

Na correlação entre fadiga x tempo de trabalho, o valor de p encontrado foi de 0,022. Isso significa que a afirmação: profissionais de enfermagem com tempo de trabalho entre 6 a 10 anos apresentam fadiga (90% desses profissionais) é verdadeira.

4 | DISCUSSÃO

Observando os dados presentes na Tabela 1, pode-se verificar que há o predomínio do sexo feminino (84,13%) nas equipes de enfermagem do hospital. Resultados parecidos foram encontrados em pesquisas realizadas em 4 hospitais universitários do sul e sudeste do Brasil (88,4%) e em um hospital de urgência e emergência do Rio Branco - Acre (82%). A predominância do sexo feminino na composição da equipe de enfermagem pode contribuir para a presença da fadiga crônica e exaustão física e mental na equipe, dado que as mulheres possuem dupla ou tripla jornada de trabalho (que começa em casa, continua no trabalho e termina em casa (quanto termina)), que significam sobrecarga e desgaste que podem levar a esses problemas. Além disso, por ser um trabalho predominantemente feminino, há outros desgastes que são particulares, como por exemplo sentir culpa pela falta de atenção aos filhos devido ao trabalho, o que acaba por desencadear sintomas psicossomáticos e comprometer a qualidade de vida da profissional e familiares próximos (KIRCHHOF, 2009; MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011; VASCONCELOS et al., 2011).

O número de vínculos empregatícios difere bastante com o encontrado em outros hospitais, em que no HC-UFG 54,56% dos profissionais possuem um vínculo enquanto em hospitais universitários do sudeste e sul do Brasil 26,6% dos profissionais possuem um vínculo, o que permite deduzir que 73,4% desses profissionais possuem

mais de um vínculo. Esse fato é considerado um fator positivo já que o exercício de longas jornadas laborais é um fator de risco para a ocorrência de acidentes de trabalho, comorbidades físicas e mentais, prejuízo da qualidade de vida, hábitos de vida não saudáveis (dentre eles o consumo de drogas) e um padrão de sono inadequado (KIRCHHOF, 2009; SCHOLZE et al., 2017).

Em relação ao estado civil, 67,7% dos profissionais são casados. Esse dado vai de encontro ao verificado em profissionais de enfermagem de um hospital de urgência e emergência do Rio Branco –Acre (51,4%). Porém, em estudos realizados por Veiga e Mauro (2008), o estado civil predominante entre profissionais de enfermagem foi solteiro, assim bem como em estudo realizado em uma faculdade pública de enfermagem do Rio de Janeiro com alunos de pós graduação lato sensu. Ter um companheiro(a) é visto como algo positivo já que esse fato pode significar apoio (VASCONCELOS et al., 2011; MEDEIROS; BARROSO, 2015; ROCHA; DAVID, 2015).

Quanto à escolaridade, 54,32% possuem o ensino superior. Esse valor está bem acima do encontrado em outro estudo também realizados com profissionais de enfermagem de hospitais universitários (39,3%) (KIRCHHOF, 2009).

No HC-UFG, 81,7% das mulheres e 64,3% dos homens que constituem o contingente de enfermagem do hospital possuem fadiga alterada (ou seja, obtiveram pontuação na Escala de DUFS $\geq 14,5$ e assim apresentam fadiga em algum grau), 91,2% dos profissionais entre 20-29 anos, 90% dos profissionais com tempo de trabalho entre 6 -10 anos e 86% dos profissionais de enfermagem solteiros apresentam fadiga. Em estudo realizado em UTI adulto e coronariana de um hospital universitário do Mato Grosso do Sul, não foram encontradas diferenças significantes de fadiga entre os sexos e não foram estabelecidas associações significativas entre a fadiga e o turno de trabalho (utilizando um p. valor também de 0,05) (MEDEIROS; BARROSO, 2015; NERY, 2013).

O ambiente de trabalho na área de saúde é naturalmente causador de fadiga e de diversos sentimentos nos profissionais e pode ter contribuído para que esses valores fossem encontrados. Isso devido às jornadas de trabalho extensas, turnos alternados, risco físico e emocional, grande demanda dos pacientes por assistência, elevado nível de complexidade e desenvolvimento das ações, lidar com sofrimento, dor e morte que acabam agredindo a saúde e bem estar dos profissionais e deixando mais propensos ao desenvolvimento da fadiga (MEDEIROS; BARROSO, 2015).

As respostas obtidas com a aplicação da Escala de DUFS permitiram verificar que os principais sintomas apresentados e que indicam a presença de fadiga nas equipes de enfermagem do HC-UFG foram: ter a necessidade de descansar mais ultimamente, sensação de necessitar de mais energia para conseguir realizar suas tarefas diárias e a diminuição do interesse e vontade em ter relações sexuais, com as seguintes porcentagens: 54,8%; 44,4% e 37,2% respectivamente. Já em um estudo realizado em um hospital regional do Ceará, os sintomas mais relatados pela equipe de enfermagem e que demonstram presença de fadiga foram: sentir sono durante

o trabalho (53,1%), sentir moleza no corpo (51,9%) sentir a cabeça pesada (50,6%) (MEDEIROS; BARROSO, 2015).

Quando a recuperação do organismo é comprometida de modo que ainda reste uma fadiga residual (devido à falta de recuperação das atividades realizadas no dia anterior) ocorre a instauração de um processo acumulativo, ao longo prazo ocorre o comprometimento da saúde do trabalhador. Esse processo faz com que a necessidade de recuperação aumente, a qual vai sendo substituída por sintomas mais sérios relacionados à fadiga (MEDEIROS; BARROSO, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa permitiu uma caracterização sociodemográfica e de trabalho da equipe de enfermagem do HC-UFG, assim bem como o conhecimento da presença da fadiga na equipe e o nível em que esta se encontra nos profissionais.

Realizando a análise estatística dos dados coletados, foi possível estabelecer correlações positivas entre as características sociodemográficas e de trabalho e a ocorrência da fadiga. Este fato está de acordo com o encontrado na literatura, que mostra que alguns dos dados sociodemográficos e de trabalho contribuem para a ocorrência de fadiga na equipe, a exemplo da composição majoritariamente feminina.

Valores alarmantes de fadiga foram encontrados na equipe de enfermagem do hospital, em que a maioria dos profissionais relatam sentir necessidade de descansar mais, falta de energia para realizar suas atividades e diminuição do interesse e vontade em ter relações sexuais.

Esse contexto em que os profissionais de enfermagem estão inseridos evidencia a grande necessidade de intervenção na área de saúde do trabalhador. A fadiga prejudica a vida do indivíduo e também o seu trabalho, gerando consequências de amplo alcance.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

CAVALCANTI, Thiago Medeiros et al. **Escala de avaliação da fadiga:** funcionamento diferencial dos itens em regiões brasileiras. Itatiba, SP: Rev. Avaliação Psicológica, 2016. v. 15, n. 1, p. 105-113.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso et al. **Condições de trabalho e características sociodemográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem.** Florianópolis, SC: Rev. Texto e Contexto Enfermagem, 2009. v. 18, n. 2, p. 215-223.

MACHADO, Luciana Souza de Freitas et al. **Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia.** [S.I.]:Rev. Bras. Enferm., 2014. v. 67, n. 5, p. 684 - 691.

MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROZESTRATEN, Reinier Johanes Antonius. **Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem.** Ribeirão Preto, SP: Rev. Latino-am. Enfermagem, 1995. v. 3 , n. 1, p. 59-78.

MAYNARDES, Divanise de Carvalho Dias; SARQUIS, Leila Maria Mansano; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso. **Trabalho noturno e morbidades de trabalhadores de enfermagem.** Curitiba, PR: Rev. Cogitare Enfermagem, 2009. v. 14, n. 4, p. 703-708.

MEDEIROS, Evandir Florêncio; BARROSO, Marianna Leite. **A fadiga da equipe de enfermagem em um hospital:** percepção dos profissionais. [S.I.]: Rev. Cad. Cult. Ciênc. Ano X, 2015, v. 14, n. 1.

MININEL, Vivian Aline; BAPTISTA, Patrícia Campos Pavan; FELLI, Vanda Elisa Andres. **Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros.** [S.I.]: Rev. Latino-Am. Enfermagem., 2011. v. 19, n. 2.

NERY, Denise et al. **Análise de parâmetros funcionais relacionados aos fatores de risco ocupacionais da atividade de enfermeiros de UTI.** São Paulo, SP: Rev. Fisioterapia e Pesquisa, 2013. v. 20, n. 1, p. 76-82

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. **Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem.** Brasília, DF: Rev. Bras. Enferm. 2007. v. 60, n. 5, p. 535 – 540.

ROSA, Patricia Lima Ferreira Santa et al. **Percepção da duração do sono e da fadiga entre trabalhadores de enfermagem.** Rio de Janeiro, RJ: Rev. Enferm. UERJ, 2007. v. 15, n. 1, p. 100-106.

SANTANA, Leni de Lima et al. **Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino.** Porto Alegre, RS: Rev. Gaúcha Enferm., 2013. v. 34, n. 1, p. 64-7.

SOUZA, Viviane Ferro da Silva; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. **Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde.** Psicol. cienc. prof. Brasília. set/2015, v. 35, n. 3, p. 900-915.

SULZBACHER, Ethiele; FONTANA, Rosane Teresinha. **Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar.** Brasília, DF: Rev. Bras. Enferm., 2013. v. 66, n. 1, p. 25 - 30.

VASCONCELOS, Suleima Pedroza et al. **Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia Ocidental.** [S.I.]: Rev. Bras. Epidemiol., 2011. v. 14, n. 4, p. 688-697.

FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO EM ENFERMEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA

Fabrícia Veronesi Batista

Centro Universitário FAESA

Vitória – Espírito Santo

Lorena Silveira Cardoso

Centro Universitário FAESA

Vitória – Espírito Santo

Wesley Pereira Rogerio

Centro Universitário FAESA

Vitória – Espírito Santo

conduzida nas bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, na qual, seis estudos nacionais foram selecionados. Constatou-se que o suicídio está relacionado diretamente à depressão e à síndrome de *burnout*, que por sua vez, que podem ser desenvolvidas por fatores presentes no ambiente de trabalho, como: os conflitos familiares/interpessoais, o estresse, a falta de autonomia profissional, a insegurança para o desenvolvimento das atividades, os plantões noturnos, a renda mensal e a sobrecarga de trabalho. Além disso, evidenciou-se na literatura a escassez de estratégias de prevenção ao ato suicida, voltadas aos profissionais da saúde, e a importância do autocuidado como um método de combate ao adoecimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Ideação suicida. Suicídio.

RISK FACTORS FOR SUICIDE IN NURSES: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Many cases of suicide are evident throughout the world, causing great disruption to society as a whole. However, a small portion of the population is actually concerned with this context, given the resistance to facing death, especially when it is caused by the victim herself. It is known that the triggering factors of the act are inherent in psychic health, which can sometimes be influenced by intense, inconstant, oppressive

RESUMO: Muitos casos de suicídio evidenciam-se em todo o mundo, causando grandes transtornos à sociedade como um todo. Contudo, uma exígua parcela da população preocupa-se de fato com este contexto, haja vista, a resistência existente em encarar a morte, sobretudo quando é causada pela própria vítima. Sabe-se que os fatores desencadeadores do ato são inerentes à saúde psíquica, que por vezes, pode ser influenciada pelas relações trabalhistas intensas, inconstantes, opressoras e exaustivas. A árdua realidade vivenciada pelos Enfermeiros em seus ambientes de trabalho, pode ser utilizada como um exemplo de relação de trabalho extenuante. Partindo desse pressuposto, busca-se identificar os fatores associados ao suicídio entre Enfermeiros e caracterizar estratégias para a prevenção do ato. Procedeu-se uma revisão integrativa de estudos publicados entre os anos 2004-2015

and exhaustive labor relations. The arduous reality experienced by nurses in their work environments can be used as an example of a strenuous work relationship. Based on this assumption, the aim is to identify the factors associated with suicide among nurses and to characterize strategies for the prevention of the act. An integrative review of studies published between the years 2004-2015 conducted in the LILACS, SCIELO and BIREME databases was carried out, in which six national studies were selected. It was found that suicide is directly related to depression and burnout syndrome, which in turn, can be developed by factors present in the work environment, such as: family / interpersonal conflicts, stress, lack of professional autonomy , insecurity for the development of activities, night shifts, monthly income and work overload. In addition, a lack of suicide prevention strategies for health professionals and the importance of self-care as a method of combating psychiatric illness were evidenced in the literature.

KEYWORDS: Nursing. Suicidal ideation. Suicide.

1 | INTRODUÇÃO

Muitos casos de suicídio evidenciam-se em todo o mundo, causando grandes transtornos para a sociedade como um todo. Contudo, uma exígua parcela da população preocupa-se de fato com este contexto, haja vista, a resistência existente em encarar a morte, sobretudo quando ela é causada pela própria vítima.

Sabe-se que os fatores desencadeadores do ato são inerentes à saúde psíquica, que por vezes, pode ser influenciada pelas relações trabalhistas intensas, inconstantes, opressoras e exaustivas.

A árdua realidade vivenciada pelos Enfermeiros em suas rotinas assistenciais enquadra-se como um nítido exemplo de relação debilitante de trabalho, em especial, os que estabelecem relações diretas com indivíduos que necessitam de cuidado integral.

Tendo como base a realidade vivida por tais profissionais, tem-se a mão argumentos justificáveis para o desenvolvimento da presente pesquisa. Infere-se que ela contribuirá diretamente para valorização científica, devido à escassez de informações e estudos que abordam a temática do suicídio, direcionada aos Enfermeiros.

Ademais, colaborará para a construção de um novo olhar para com os profissionais da Enfermagem, que se dedicam integralmente, durante sua carreira, a prestar, de forma direta e indireta, o cuidado ao sujeito necessário, e em contrapartida, sentem-se carentes de medidas e cuidados que promovam o seu completo bem-estar biopsicossocial.

Partindo deste pressuposto, busca-se identificar os fatores de risco capazes de desencadear o ato suicida em meio ao intenso desgaste físico, mental e emocional, oriundo da rotina de trabalho dos Enfermeiros na prestação de cuidado diário, e caracterizar estratégias de prevenção ao ato.

2 | REVISÃO DA LITERATURA

O sociólogo francês Émile Durkheim (1858 – 1957) é reconhecido como o pioneiro na discussão do suicídio. Durkheim estabelece em sua obra *O Suicídio – Estudo de sociologia* (1897), que o ato em questão é desencadeado, majoritariamente, pelas tendências da sociedade na qual o sujeito está inserido, e não apenas por conflitos internos (VARES, 2017, p. 15).

Segundo Rodrigues (1983, p. 6), Durkheim demonstra nos resultados dos seus estudos que o suicídio não se desencadeia apenas pelas profundezas do psiquismo, mas também pela relação, direta e coerente, com variáveis socioeconômicas, como: idade, sexo, renda, profissão, religião, situação familiar, moradia, entre outros.

Na atualidade, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que as tentativas e os atos suicidas são considerados um grave problema de saúde pública, devendo ser encarados como uma prioridade mundial (OPAS/OMS, 2016). De acordo com o primeiro relatório sobre o suicídio no mundo, divulgado pela OPAS/OMS (2016), anualmente cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio e a cada 40 segundos uma pessoa comete o ato.

A OPAS/OMS estima que cerca de 800 mil pessoas cometam suicídio anualmente e para cada ato concretizado o número de tentativas sem êxito é em média 20 vezes maior (SILVA; BOEMER, 2004, p. 144). Contudo, as organizações destacam a baixa qualidade dos dados sobre suicídio em decorrência da subnotificação.

Além disso, o ato é considerado a segunda maior causa de óbitos entre jovens de 15 a 29 anos e cerca de 75% dos casos ocorrem em países de baixa e média renda, sendo o envenenamento com pesticidas o método mais utilizado (30%), além do enforcamento e a arma de fogo (OPAS/OMS, 2016).

No Brasil, entre os anos de 1980 e 2008 foram notificados 177.216 casos de suicídios. Contudo, se consideradas as subnotificações, soma-se à contabilização supracitada cerca de 200 mil casos correspondentes ao período entre o início da década de 80 (momento em que o Brasil iniciou a coleta de dados de maneira sistemática sobre as mortes violentas) e o ano de 2012 (ano correspondente ao desenvolvimento da pesquisa) (SOARES; CAMPAGNAC; GUIMARÃES, 2012, p. 2).

A OPAS/OMS (2016) considera risco para o suicídio, dentre outros fatores, os colapsos na capacidade de lidar com os conflitos estressores da vida, como: problemas financeiros, psicológicos e trabalhistas.

Os profissionais mais susceptíveis à condição de transtorno psíquico, em decorrência das atribuições trabalhistas, são os que mantêm constante relação de interação com indivíduos que necessitam de cuidado, como os Enfermeiros.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) representa uma análise das pesquisas mais relevantes de determinado tema, possibilita a tomada de decisão, o raciocínio clínico, além de realizar apontamentos de lacunas que precisam ser preenchidas com novos estudos.

De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2010, p. 10), para o desenvolvimento da revisão integrativa é necessário que sejam seguidos criteriosamente seis passos, compreendidos em: definição do tema e estabelecimento da pergunta norteadora; determinação dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados; categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados; e apresentação da revisão.

Assim sendo, estabeleceu-se a pergunta norteadora do estudo: quais fatores de risco podem desencadear o suicídio nos Enfermeiros? Procedeu-se um levantamento retrospectivo de estudos publicados entre os anos 2004 e 2015, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). O longo período de tempo estabelecido para aceite de estudos, se deu em justificativa da escassez de dados disponibilizados na literatura.

Como estratégia de pesquisa, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “enfermagem”, “ideação suicida” e “suicídio”, no idioma português, com o operador booleano “AND” (ferramenta de restrição da busca), em cada base de dados, seguindo a ordem: “enfermagem” AND “ideação suicida”; “enfermagem” AND “suicídio”; e “enfermagem” AND “ideação suicida” AND “suicídio”.

Para a seleção do material científico foram utilizados critérios de inclusão apresentados a seguir: artigos científicos nacionais, publicados em português, durante o período de 2004 a 2015, que respondessem à pergunta norteadora, que estivessem disponíveis gratuitamente e na íntegra. Já os critérios de exclusão correspondem as seguintes determinações: teses, dissertações e artigos científicos em idiomas estrangeiros, publicados em períodos antecessores a 2004 e posteriores a 2015, que não respondessem à questão norteadora e não estivessem disponíveis gratuitamente e/ou na íntegra.

4 | RESULTADOS

Conforme ilustrado na Tabela 1, 105 artigos foram encontrados. A busca se deu nas bases de dados LILACS, SCIELO e BIREME, sendo assim obtidos:

Bases de dados	Quantitativo de estudos
SCIELO	40
LILACS	35
BIREME	30
Σ	105

Tabela 1 - Seleção total dos estudos

Fonte: dados da pesquisa, 2018

Iniciou-se a filtragem do conteúdo com a leitura dos títulos, resumos, e por fim, a análise integral dos estudos restantes. Como produto desse processo, selecionaram-se cinco artigos por estabelecerem relação com o objetivo da pesquisa, por responderem o problema norteador e por se enquadrarem nos critérios de inclusão, constituindo assim, o corpus do estudo (Tabela 2).

105	Leitura dos títulos
	52 foram excluídos
53	Leitura dos resumos
	28 foram excluídos
25	Leitura integral
	19 foram excluídos
Corpus do estudo: cinco artigos	

Tabela 2 - Filtragem dos estudos

Fonte: dados da pesquisa

Os cinco estudos selecionados são nacionais. A população é representada majoritariamente por Enfermeiros assistenciais e em somente um artigo a figura do Médico é estudada. Quanto ao cenário das pesquisas, todos os estudos retratam a realidade de hospitais gerais. No delineamento metodológico se destacam os estudos qualitativos e as revisões integrativas. Abaixo, a tabela 3 apresenta um quadro sinóptico com as principais variáveis do corpus da pesquisa.

Nº	Autores	Título	Periódico	Ano	Fatos evidenciados
1	M A N E T - T I, M. L. MARZIALE, M. H. P.	Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem	Scientific Electronic Library Online – SCIELO	2007	A saúde mental dos profissionais da enfermagem pode ser influenciada por fatores internos e externos ao trabalho.

2	MURCHO, N. A. C. JESUS, S. N. PACHECO, J. E. P.	Relação entre a depressão em contexto laboral e o <i>burnout</i> : um estudo empírico com enfermeiros	Scientific Electronic Library Online – SCIELO	2009	Os sintomas de mal estar relacionados com o trabalho, quer em termos globais, quer nas suas diferentes dimensões física, emocional, cognitiva e comportamental; relacionam-se com a depressão, com as dimensões do <i>burnout</i> e possivelmente com ideações suicidas.
3	BARBOSA, K. K. S. et al	Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar	Revista de Enfermagem da UFSM - REUFSM	2012	A prevalência de sintomas depressivos e a ideação suicida entre os profissionais de saúde apresentaram-se elevadas
4	SILVA, D. S. D. et al	Depressão e risco de suicídio entre profissionais da enfermagem: revisão integrativa	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2015	O risco de suicídio foi correlacionado com a presença de sintomas de depressão, alto nível de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. Características da síndrome de <i>burnout</i>
5	SILVA, D. A. MARCOLAN,	Desemprego e sofrimento psíquico em Enfermeiras	Revista Eletrônica de Enfermagem – REBEN	2015	O desemprego promoveu sofrimento psíquico, principalmente sintomatologia depressiva, com evidenciação suicida.

Tabela 3 – Síntese do corpus do estudo

Fonte: dados da pesquisa, 2018

5 | DISCUSSÃO

Dentre as diversas situações que podem desencadear transtornos psiquiátricos e posteriormente ideações suicidas, destacam-se os colapsos na capacidade de lidar com conflitos estressores da vida, como: problemas financeiros, psicológicos e trabalhistas (OPAS/OMS, 2016).

Enfermeiros, principalmente do âmbito hospitalar, trabalham diretamente com indivíduos que necessitam de atenção e cuidado integral, os deixando susceptíveis ao risco de desenvolvimento de transtornos e ideações suicidas (BARBOSA et al., 2012, p. 516).

Destacam-se, portanto, os principais fatores capazes de desencadear alterações psíquicas nos profissionais em questão: a depressão e a síndrome de *burnout* (SILVA et al., 2012, p. 1033).

A depressão se destaca como o principal transtorno mental responsável pelos atos suicidas (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011, p. 235). Acarreta alterações de humor, insegurança profissional, tristeza intensa, apatia, isolamento social e familiar, desmotivação profissional, entre outros sintomas (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011, p. 239).

De acordo com Manetti e Marziale (2007), a literatura claramente subestima a depressão relacionada ao âmbito laboral dos profissionais da saúde, haja vista, a precariedade de estudos direcionados ao público, em especial aos Enfermeiros, que em contrapartida, evidenciam constantemente constatações empíricas do aumento do número de transtornos na categoria.

Segundo Barbosa et al. (2012), os principais fatores laborais que podem desencadear este processo estão relacionados com o ambiente de trabalho, que muitas vezes apresenta condições intensamente insalubres e precárias.

Os conflitos familiares de ordem relacional (perda familiar, ausência de suporte conjugal, distanciamento provocado pelas intensas jornadas de trabalho) e os conflitos interpessoais decorrentes da necessidade de trabalho colaborativo, também afetam a saúde mental dos profissionais, podendo acarretar o desenvolvimento de diversos transtornos e gerar irritabilidade entre os integrantes da equipe de Enfermagem, assim como, com os gestores e usuários (SILVA et al., 2015, p. 1031).

Segundo Barbosa, Macedo e Silveira (2015), o estresse é considerado preditivo à depressão e está relacionado aos altos níveis de complexidade das atividades desenvolvidas, principalmente as que ofertam risco de morte ao paciente.

Outros fatores que contribuem para o adoecimento mental de tais profissionais são: a falta da autonomia profissional, fato historicamente elucidado na prática da Enfermagem, que se mostra subordinada à Medicina e às outras profissões da área da saúde (FENTANES et al., 2011, p. 532); e a intensa submissão às normas institucionais, que por vezes, promovem a perda da autonomia dos Enfermeiros sobre suas equipes, em razão dos inúmeros papéis que precisam desempenhar (SILVA et al., 2015, p. 1032).

Os plantões noturnos também são fatores estritamente relacionados à depressão maior, podendo trazer riscos e prejuízos à saúde do profissional Enfermeiro, por serem altamente cansativos e desgastantes, especialmente os que são desenvolvidos em ambientes críticos, como as Unidades de Terapia Intensiva (SILVA et al., 2015, p. 1032).

A renda mensal também se caracteriza como um importante fator de risco. De acordo com pesquisa divulgada pelo COFEN (2015) 50% de todo o contingente de trabalhadores da saúde do Brasil são profissionais da Enfermagem, e destes, cerca de 1,8% recebem menos de um salário mínimo por mês e 16,8% relatam ter renda de até 1000 reais, evidenciando o grande risco de desenvolvimento de transtornos psíquicos, uma vez que, quanto menor o salário, maiores são as prevalências de depressão maior.

Por fim, elenca-se a sobrecarga de trabalho, responsável por elevar o estresse emocional, físico, psíquico e promover o desenvolvimento da ansiedade severa, do pânico, da exaustão física e da síndrome de *burnout* (LAUTERT, 1999, p. 55).

Todos os fatores supracitados relacionam-se, diretamente, com a depressão e outros transtornos psíquicos, promovendo desgastes e complicações à saúde do profissional. Além do mais, causam prejuízos às instituições, pois geram absenteísmo em decorrência da debilidade do profissional em desenvolver suas atividades e produzir os resultados esperados (LAUTERT, 1999, p. 51).

Outro fator estritamente relacionado ao suicídio na Enfermagem é a síndrome de *burnout*. O termo *burnout* teve origem na língua inglesa e traduz algo que deixou de funcionar por falta de energia, por exaustão. Refere-se à exaustão emocional, física, despersonalização e reduzida realização profissional, evidenciada como uma resposta aos estressores laborais crônicos (GALINDO et al., 2012).

No contexto da Enfermagem, a síndrome pode ser desencadeada pelas constantes tensões da obrigatoriedade de se desenvolver uma prática qualificada e eficaz; por questões relacionadas à organização do trabalho, turno, setor, sobrecarga, número de funcionários, conflitos de interesses e insegurança no trabalho; pelos altos níveis de estresse e emoção; pelas condições de trabalho nas instituições hospitalares; e pelas relações interpessoais (MONTEIRO et al., 2013, p. 377).

Apesar da síndrome de *burnout* ser um distúrbio distinto da depressão, ela apresenta sintomas semelhantes, como: distúrbio do sono, perda da autoestima e da autoconfiança, perda ou ganho de peso, agitação ou retardamento psicomotor, fadiga, ideação suicida, desapontamento, tristeza, entre outros (MURCHO; JESUS; PACHECO, 2010, p. 31).

6 | PREVENÇÃO AO SUICÍDIO NA CATEGORIA DA ENFERMAGEM

A literatura aborda estratégias de prevenção ao suicídio para a população geral, contudo, percebe-se a escassez de estratégias voltadas aos profissionais da saúde, que em contrapartida evidenciam, incessantemente, constatações empíricas do aumento de transtornos psíquicos e ideações suicidas (MANETTI; MARZIALE, 2012, p. 80).

Conforme exposto nos parágrafos anteriores, a ideação suicida apresentada pelos profissionais Enfermeiros pode ser desencadeada por fatores inerentes ao ambiente de trabalho. Sendo assim, Abreu (2010, p. 198) elenca alguns métodos de prevenção aplicáveis no âmbito trabalhista: avaliação/identificação dos riscos e utilização de estratégias que incluem a restrição aos meios letais; utilização de ferramentas que identifiquem e rastreiem indivíduos em risco; educação dos colaboradores em geral e dos profissionais da saúde em específico, a fim de intervir de maneira interdisciplinar; gestão e estudos dos riscos do suicídio; diagnósticos e tratamentos eficazes.

Leonardo Boff (1999) em sua obra intitulada *Saber cuidar: Ética do Humano – Compaixão pela Terra*, estabelece o cuidado como a *priori* componente da essência humana, como um modo de ser no mundo, no qual a pessoa humana se estrutura e se realiza, funda as relações que se estabelecem com todas as coisas. É o cuidado que promove a sensibilidade frente às realidades da vida, o que une as coisas e envolve as pessoas.

Segundo Boff (1999), o que evidencia a origem humana não é o *logos*, a razão e a sabedoria, e sim o *pathos*, o sentimento, a capacidade de simpatia e empatia, a dedicação, o cuidado e a comunhão com o diferente. Tais dimensões adentraram a essência da humanidade, tornaram-se carne e sangue, e sem elas o humano jamais seria humano.

Exatamente na vertente de trabalho estabelecida por Boff que a Enfermagem se insere e possui historicamente seu foco central de ação. De acordo com Gutierrez (2014, p. 263) os profissionais Enfermeiros trabalham promovendo a melhoria da qualidade de vida com ética e dignidade, lançando mão, sobretudo, do cuidado humanizado.

Além do cuidado prestado ao outro, Waldow (1998, p. 4) determina que os profissionais Enfermeiros podem beneficiar-se exercitando e implementando os comportamentos de cuidados, não somente aos seus pacientes, mas também entre si e com os demais integrantes da equipe de Enfermagem.

Neste sentido, Silva (2005, p. 473), baseada na obra de Boff anteriormente citada, enfatiza a essencialidade do cuidado de Enfermagem atuar também entre os seus profissionais, direcionando a busca por um caminho que ofereça o sentido do cuidado de si, baseado na compreensão de que a vida é um alicerce de sentidos e valores, e que, a partir dessa compreensão, tais profissionais busquem transcender uma visão holística de ser-no-mundo-com-o-mundo, cuidando e, acima de tudo, se cuidando.

7 | CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa evidenciou os diferentes fatores de risco capazes de desencadear os principais transtornos psíquicos (depressão e síndrome de *burnout*), diretamente ligados ao suicídio. Tais transtornos relacionam-se com o ambiente de trabalho, os conflitos familiares/interpessoais, o estresse, a falta de autonomia profissional, a insegurança para o desenvolvimento das atividades, os plantões noturnos, a renda mensal e a sobrecarga de trabalho.

Sendo assim, faz-se necessário considerar os diferentes âmbitos da vida e os perigos aos quais os profissionais da Enfermagem se expõem diariamente, a fim de minimizar os riscos que conduzem à depressão, à síndrome de *burnout* e ao suicídio.

No que tange a prevenção, evidenciou-se a necessidade das instituições, que

acolhem tais profissionais enquanto seus colaboradores, desenvolverem estratégias de prevenção e combate ao ato suicida, uma vez que o transtorno psíquico em questão é desencadeado por fatores presentes no ambiente de trabalho.

Além do cuidado na esfera organizacional, é de grande relevância que seja discutido, entre a categoria da Enfermagem, o autocuidado. Muitos profissionais imersos nas diversas aflições que atingem constantemente suas rotinas deixam de olhar para si e compreender sua importância enquanto ser.

Desta forma, destaca-se a grande significância do cuidado redirecionado aos cuidadores. Somente desse modo, o sentimento e todas as demais virtudes, que segundo Boff compõem a essência humana, serão incorporadas à equipe de Enfermagem. Por consequência, tais profissionais materializarão o valor da cumplicidade, da empatia, do respeito, do altruísmo e da solidariedade, estabelecendo assim, uma excelente estratégia de prevenção ao adoecimento psíquico deste público.

Considera-se por fim, com base no exposto, a relevância do assunto e a necessidade do desenvolvimento de mais estudos dentro da temática, haja vista, a escassez de informações disponibilizadas na literatura.

REFERÊNCIAS

ABREU, K. P. et al. **Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas.** Revista eletrônica de enfermagem, Goiás, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

BARBOSA, F. de O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. da. **Depressão e o Suicídio.** Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

BARBOSA, K. K. S. et al. **Sintomas Depressivos e Ideação Suicida em Enfermeiros e Médicos da Assistência Hospitalar.** Revista de Enfermagem da UFSM, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 3, p. 515-522, set./dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5910>>. Acesso em: 15 maio 2017.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Gestão e sociedade, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 127-136, maio/ago. 2011. Disponível em: <<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

COFEN. **Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem.** 2015. On-line. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html>. Acesso em: 18 maio 2017.

FENTANES, L. R. C. et al. **Autonomia Profissional do Enfermeiro: Revisão Integrativa.** Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 530-535, 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24227/16242>>. Acesso em: 18 maio 2017.

GALINDO, R. H. et al. **Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife.** Revista de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 420-427, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40964/44477>>. Acesso em: 20 maio 2017.

GUTIERREZ, B. A. O. **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio.** Revista de psicologia da USP, v. 25, n. 3, p. 262-299, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2018.

LAUTERT, L. **A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 50-64, jul. 1999. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4285>>. Acesso em: 19 maio 2017.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. **Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2007, vol. 12, n. 1, p. 79-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a10v12n1.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 17 maio 2017.

MONTEIRO, J. K. et al. **Adoecimento Psíquico de Trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva.** Revista Psicologia Ciência e Profissão, Rio Grande do Sul, n. 33, v. 2, p. 366-379, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n2/v33n2a09.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2017.

MURCHO, N. A. C.; JESUS, S. N.; PACHECO, J. E. P. **A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros.** Revista de psicologia saúde e doenças, Lisboa, v. 11, n. 1, p. 29-40, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v11n1/v11n1a03.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

OPAS/OMS. **Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo.** 2016. On-line. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&Itemid=839>. Acesso em: 15 maio 2017.

PÊGO, F. P. L.; PÊGO, D. R. **Síndrome de Burnout.** Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, Minas Gerais, v. 14, n. 2, p. 171-176, 2016. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1833/rbmt-v14n2_171-176.pdf>. Acesso em: 19 maio 2017.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte.** Rio de Janeiro, Achiamé, 1983. p. 5-10.

SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. **O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde.** Revista brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 68, n. 5, p. 493-500, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0775.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2017.

SILVA, D. dos S. D. et al. **Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

SILVA, L. W. S. et al. **O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 471-475, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a18v58n4.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2018.

SILVA, V. P. da.; BOEMER, M. R. **O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 6, n. 2, p. 143-152, 2004. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/pdf/Orig1_suicidio.pdf>. Acesso em: 17 maio 2017.

SOARES, G.; CAMPAGNAC, V.; GUIMARÃES, T. **Gênero e Suicídio no Rio de Janeiro.** Revista do Instituto de Segurança Pública, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 1-7, 2012. Disponível em: <<http://www>

isprevista.rj.gov.br/download/Rev20120304.pdf. Acesso em: 16 maio 2017.

SOUZA, V. dos F. et al. **Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 60 n. 4, p. 294-300, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000400010>. Acesso em: 17 maio 2017.

VIEIRA, T. G. et al. **Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva.** Revista de Enfermagem da UFSM, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 2, p. 205-214, mai./ago. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7538>>. Acesso em: 19 maio 2017.

VARES, S. F. de. **O problema do suicídio com Émile Durkheim.** Revista do instituto de ciências humanas, Paraíba, v. 13, n. 18, p. 15-34, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15869>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

WALDOW, V. R. Cogitando **sobre o cuidado humano.** Cogitare Enfermagem, Curutiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, 1998. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44316/26805>>. Acesso em: 8 out. 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra: Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/ UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 75, 78, 79, 80, 83, 87, 90, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 165, 166, 168, 170, 171, 173, 174
Atenção primária à saúde 25, 27, 32, 56, 59, 64, 72, 74

B

Bioética 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 179, 185

C

Centro Cirúrgico 45, 46, 53, 54, 55, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 192
Cuidado de enfermagem 25, 79, 108, 110, 134, 149, 155

E

Educação em enfermagem 19, 21
Educação em saúde 2, 73, 74, 75, 77, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 113
Enfermagem 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 72, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 108, 110, 111, 113, 114, 118, 119, 120, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210
Enfermagem geriátrica 133
Ensino 5, 10, 11, 13, 14, 18, 19, 28, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 41, 42, 72, 74, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 97, 102, 132, 134, 137, 138, 140, 146, 147, 159, 166, 179, 181, 183, 184, 185, 191, 196, 198
Envelhecimento da pele 133
Equipamento de proteção individual 45
Estudantes de enfermagem 37, 78, 85, 95, 101

F

Fatores de risco 54, 55, 133, 142, 150, 154, 158, 167, 198, 200, 202, 207, 208
Feminização 185
Fotografia 108

G

Gênero 14, 72, 73, 80, 108, 176, 186, 209
Gestão em saúde 56, 59

H

- Hábito de fumar 1, 3, 4, 5, 7, 8, 10
Hospitalização 124, 133, 139, 157, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176

I

- Infecção 45, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 109, 121, 122, 134, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167
Infecção hospitalar 47, 156, 157, 166, 167
Infecções por arbovírus 73
Instrumentos gerenciais 56, 57, 59, 61, 62, 64

L

- Lesão por pressão 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 148, 149, 154
Limpeza 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 75, 152

M

- Medicamentos 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 99, 105, 107, 140, 174, 210
Medicina 33, 64, 83, 85, 86, 103, 104, 105, 106, 107, 131, 205, 209
Mel 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119
Mulheres 5, 10, 36, 120, 129, 182, 195, 196

P

- Pesquisa em enfermagem 12, 14, 15, 16, 19, 20
Plantas medicinais 103, 104, 105, 106, 107, 118
População indígena 103, 104, 106, 107
Prevenção 11, 18, 32, 45, 46, 47, 50, 54, 55, 72, 74, 75, 76, 77, 133, 134, 135, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 163, 166, 167, 199, 200, 206, 207, 208
Prevenção e controle 74, 156, 158, 166, 167
Processo de enfermagem 33, 34, 37, 38, 43, 100, 102, 153

R

- Relações interpessoais 62, 95, 97, 99, 100, 101, 206

S

- Saúde do trabalhador 65, 187, 189, 197
Saúde pública 2, 10, 14, 20, 33, 72, 77, 101, 104, 109, 132, 169, 176, 201, 209
Sítio cirúrgico 45, 46, 54, 55, 156, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167

T

- Tabagismo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 135, 136
Teoria de enfermagem 34, 95
Triagem 65, 71, 146

U

- Úlcera varicosa 108, 115, 116
Unidades de Terapia Intensiva 142, 143, 145, 148, 154, 205, 209, 210

V

- Vírus Chikungunya 72, 73, 77

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-624-9

A standard linear barcode representing the ISBN number 978-85-7247-624-9.

9 788572 476249