

Nursing

edição brasileira

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios



www.revistanursing.com.br

ANO 22 • NÚMERO 258
NOVEMBRO 2019

ARTIGOS

Autopercepção de estresse em idosos submetidos a tratamento hemodialítico em um centro de diálise

Avaliação dos eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico no ambiente hospitalar: uma revisão na literatura

O estágio curricular supervisionado em enfermagem sob a ótica dos concluintes do curso

Percepção do homem sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica



Proposta de um instrumento de enfermagem direcionado à saúde da mulher: revisão integrativa

Entrevista
Novembro Azul Promoção e Prevenção



REDESCUBRA KOLLAGENASE



Já são 40 anos
da nossa história.
E você faz parte dela!

Sabemos que os desafios são inúmeros, mas cada vez que lembrar de um paciente que recebeu os seus cuidados, tenha certeza que a sua escolha não foi em vão!

FELIZ DIA DA ENFERMAGEM!

OBRIGADO PELA SUA PARCERIA!

Kollagenase colagenase - pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO.
INDICAÇÕES: Como desbridante enzimático para o tratamento de lesões da pele em que é indicado o desbridamento em feridas, úlceras e lesões necróticas em geral; gangrenas de extremidade; lesões por congelamento; condições associadas à difícil cicatrização; queimaduras; previamente ao transplante de pele.
CONTRAINDICAÇÕES: hipersensibilidade à colagenase ou a qualquer outro componente da formulação.
ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES: Se não houver melhora após 14 dias, consultar seu médico. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km14, Itapira-SP - CNPJ Nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 7011918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bísna/ Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA LIVRE** - Reg. MS nº 1.0298.0431. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

*40 anos da marca Kollagenase

 SAC
0800 7011918

 CRISTÁLIA
Sempre um passo à frente.

www.cristalia.com.br

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA CIENTÍFICA

MPM Comunicação

EDITORA EXECUTIVA

Maria Aparecida dos Santos

ASSESSOR CIENTÍFICO

Prof. Me Jefferson Carlos de Oliveira
Centro Universitário Anhanguera de São Paulo- Vila Mariana, UNIAN, Brasil.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/5219445594942021>

REDAÇÃO

Daiane Brito
jornalista1@mpmcomunicacao.com.br

DIAGRAMAÇÃO

Jeniffer Crispim

GERENTE DE MARKETING

Lucas Soares (lucas@mpmcomunicacao.com.br)

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

PUBLICIDADE

maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br ou
www.revistanursing.com.br/publique-seu-artigo

Membros Ad hoc

PProf.ª Dra. Agueda Mª Ruiz Zimmer Cavalcante

Universidade Federal de Goiás, UFG.
Goiânia, GO – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2468197020621699>

Prof.ª Dra. Ana Paula Dias França Guareschi

Centro Universitário São Camilo.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4209449928426580>

Prof.ª Dra. Cassiane Dezoti da Fonseca

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0639643818813583>

Prof.ª Dra. Claudia Jaqueline Martinez Munhoz

Universidade Federal do Mato Grosso - Campus Sinop, UFMT Universidade Federal do Mato Grosso Campus Sinop.
Sinop, MT – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8132058586176170>

Prof. Dr. Renato Batista Paceli

Instituto do Coração - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3306254157079590>

Prof.ª Dra. Marieli Basso Bolpato

Universidade Federal de Mato Grosso, UFMT.
Sinop, MT – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3870064419838045>

ENDEREÇO

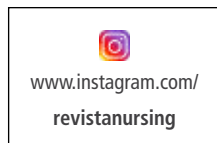
Editora MPM Comunicação

Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville -
Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

Periodicidade: mensal | **Tiragem:** 20 mil exemplares

Impresso no Brasil por: Artes Graficas Freire LTDA / Ano 22 / R\$880,00
O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Acesse: www.revistanursing.com.br



Conselho Científico da Edição Brasileira

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem e Nutrição.
Goiânia, GO – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0088227879433410>

Prof.ª Dra. Ana Claudia Puggina

Faculdade de Medicina de Jundiá, FMJ, Brasil.
Jundiá, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0770048879298045>

Prof.ª Dra. Camila Takáó Lopes

Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Enfermagem.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4904538541897667>

Prof.ª Dra. Célia Scapin Duarte

Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem e Nutrição.
Goiânia, GO – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8127543996029041>

Prof. Dr. David Lopes Neto

Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus.
Manaus, AM – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2310111492854434>

Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN.
Brasília, DF – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0167547566933143>

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8695765272291430>

Prof. Dra. Leise Rodrigues Carrijo Machado

Centro Universitário de Votuporanga, Curso de Enfermagem.
Votuporanga, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7048406445105932>

Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira

Universidade de Guarulhos.
Guarulhos, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0050203730237875>

Prof.ª Dra. Luiza Watanabe Dal bem

APRIRE Crescimento Profissional e Bem-Estar.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7584771338101641>

Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira

Universidade Católica Portuguesa.
Porto – Portugal | <http://lattes.cnpq.br/0029658554723903>

Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Universidade Federal de Mato Grosso, Pró-Reitoria de Ensino e Graduação, Faculdade de Enfermagem.
Cuiabá, MT – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4660957137805739>

Prof.ª Dra. Marluce Maria Araújo Assis

Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Saúde.
Feira de Santana, BA – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2575132348486048>

Prof.ª Dra. Mirna Albuquerque Frota

Universidade de Fortaleza, Diretoria do Centro de Ciências da Saúde.
Fortaleza, CE – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7250891036415096>

Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva

Hospital São Luiz Unidade Itaim.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3410750060801270>

Prof.ª Dra. Sandra Lúcia Arantes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde.
Natal, RN – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/1165754115171652>

Prof. Dr. Sérgio Luís Alves de Morais Júnior

Universidade Nove de Julho, Departamento de Saúde III.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3015509051693108>

Prof. Dr. Sérgio Henrique Simonetti

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Assessoria de Pesquisa em Enfermagem.
São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/4306791867788079>

O conselho da revista Nursing é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem: Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Nursing envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.

www.revistanursing.com.br

Editorial	3262
Entrevista	3264
Artigos Científicos	
Autopercepção de estresse em idosos submetidos a tratamento hemodialítico em um centro de diálise <i>Autoperception of stress in elderly submitted to hemodialytic treatment in a dialysis center</i> <i>Auto-percepción de auto-percepción presentada a tratamiento hemodialítico en un centro de diálisis</i> Clarice Santana Milagres, Casati Lodi	3269
Avaliação dos eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico no ambiente hospitalar: uma revisão na literatura <i>Evaluación de eventos adversos relacionados con el procedimiento quirúrgico en el entorno del hospital: una revisión de la literatura</i> <i>Evaluation of adverse events related to the surgical procedure in the hospital setting: a review in the literature</i> Juliane Rocha de Oliveira, Samuel Goncalves Rodrigues, Kenia Pimentel Rangel, Paula de Souza Silva Freitas, Rita Simone Lopes Moreira, Bruno Henrique Fiorin	3274
O estágio curricular supervisionado em enfermagem sob a ótica dos concluintes do curso <i>The supervised internship in nursing, from the perspective of graduates of course</i> <i>Las prácticas supervisadas de enfermería, bajo la óptica del concluintes del curso</i> Marcos Neuilly De Almeida Rodrigues, Rosenil Brito Dos Santos, Fernanda Farias Da Silva, Daniele Melo Sardinha, Pedrinha do Socorro Castro dos Prazeres, Ana Gracinda Ignácio Da Silva	3280
Percepção do homem sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica <i>Man's perception of health-related quality of life before cancer surgery</i> <i>La percepción del hombre de la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía del cáncer</i> Ana Angélica de Souza Freitas, Maria José Coelho, Júlio Cesar Santos da Silva, Raquel de Souza Ramos, Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva	3286
Proposta de um instrumento de enfermagem direcionado à saúde da mulher: revisão integrativa <i>Proposal for a nursing instrument directed to women's health: integrative review</i> <i>Propuesta de un instrumento de enfermería dirigido a la salud de la mujer: revisión integradora</i> Maru Jorge de Pinho Barreiros, Ivonete Sanches Giacometti Kowalski, Grazia Maria Guerra	3291
Desenvolvimento de prontuário eletrônico para pacientes com insuficiência cardíaca (PEP_IC): estudo metodológico <i>Development of electronic medical records for patients with heart failure (PEP_IC): methodological study</i> <i>Desarrollo de historias clínicas electrónicas para pacientes con insuficiencia cardíaca (PEP_IC): estudio metodológico</i> Geandra Quirino Da Silva, Paula Vanessa Peclat Flores, Mariana Santos Cunha, Alyne Santos Borges, Ana Carla Dantas Cavalcanti	3302
Cuidados paliativos e espiritualidade no câncer: um estudo bibliométrico <i>Palliative care and cancer spirituality: a bibliometric study</i> <i>Atención paliativa y espiritualidad del cáncer: un estudio bibliométrico</i> Karine Mendonça Rodrigues, Deivid Felizardo, Elisa Kern de Castro	3308
Gestão de informação em saúde: processo de digitalização de prontuários em uma maternidade de alta complexidade na cidade de São Luís-MA <i>Health information management: process of digitalization of medical records in a maternity hospital of high complexity in the city of São Luís-MA</i> <i>Gestión de información de salud: proceso de digitalización de registros médicos en un hospital de maternidad altamente complejo en São Luís-MA</i> Maria Margarida de Carvalho Neta, Ana Cássia Martins Ribeiro Cruz, Joelma da Silva Raposo, Wesley Thauann dos Santos Albuquerque	3313
Lições extraídas de uma experimentação estética sobre a relação do estudante de enfermagem com a pessoa em sofrimento psíquico <i>Lessons learned from an aesthetic experiment on the relationship of nursing students with people in psychic distress</i> <i>Lecciones aprendidas de un experimento estético sobre la relación de estudiantes de enfermería con personas con angustia psíquica</i> Raquel Tavares Brito Fernandes, Claudia Mara de Melo Tavares, Paulo Cesar Toledo de Almeida, Letycia Sardinha Peixoto Manhães, Marcela Pimenta Muniz, Rafael Rodrigues Polakiewicz	3320

Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica <i>Nursing x accompanying team in pediatry: the impact of this partnership on pediatric assistance</i> <i>Enfermería x equipo acompañante en pediatría: el impacto de esta asociación en la asistencia pediátrica</i> <i>Bruna Porath Azevedo Fassarella, Wanderson Alves Ribeiro, Letícia De Moraes Freitas, Jenifer Cruz Do Nascimento, José Carlos Cezar dos Santos, Carolyn dos Santos Guimarães da Fonseca</i>	3325
Perfil sociodemográfico de pacientes com estomia definitiva por câncer colorretal: Interferência na qualidade de vida <i>Sociodemographic profile of patients with definitive ostomy by colorrectal cancer: Interference in the quality of life</i> <i>Perfil sociodemográfico de pacientes con estomía definitiva por cáncer colorrectal: Interferencia en la calidad de vida</i> <i>Daniele Brito Valladão Maciel, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos, Norma Valeria Dantas de Oliveira, Patricia dos Santos Claro Fuly, Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho, Flavia Halasz Coutinho</i>	3331
Higienização das mãos: Educação permanente para a família de pacientes em tratamento com a diálise peritoneal <i>Hygienization of hands: Permanent education for family of patients in treatment with peritoneal dialysis</i> <i>Higienización de las manos: Educación permanente para familiares de en tratamiento con lá diálisis peritoneal</i> <i>Samanta Nascimento Cesário; Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares; Frances Valéria Costa e Silva; Priscilla Valladares Broca; Viviane Ganem Kipper de Lima; George Roberto Ferreira</i>	3337
Validação de uma tecnologia educacional: Manual obstétrico para a atenção primária <i>Validation of an educational technology: Obstetric manual for primary attention</i> <i>Validación de una tecnología educacional: Manual obstétrico para la atención primaria</i> <i>Kecyani Lima dos Reis, Percília Augusta Santana da Silva, Mariseth Carvalho de Andrade, Anderson Bentes de Lima, Marcus Vinicius Henriques Brito, Nara Macedo Botelho</i>	3343
Percepção e dilemas éticos frente à decisão de não reanimação cardiopulmonar <i>Ethical perceptions and dilemmas in relation to the decision to not cardiopulmonar resuscitation</i> <i>Percepción y dilemas éticos frente a la decisión de no reanimación cardiopulmonar</i> <i>Michele Campagnoli</i>	3348
Educação permanente em saúde: Estratégia de prevenção e controle de infecção hospitalar <i>Permanent health education: Hospital infection prevention and control strategy</i> <i>Educación Permanente en salud: Estrategia de prevención y control de infección hospitalaria</i> <i>Mônica Aparecida de Oliveira Pinto Porto, Maritza Consuelo Ortiz Sanchez, Maria Lelita Xavier, Miriam Marinho Chrizostimo, Euzeli da Silva Brandão, Márcia Valéria Rosa Lima</i>	3354

Novembro azul, política nacional de saúde do homem e a interface com a atenção básica

O movimento “Novembro Azul” foi idealizado por Travis Gairone e Lucas Slattery tendo como símbolo o bigode (estilo Mário Bros). Surgiu em um bar na cidade de Melbourne, na Austrália, em 2003, aproveitando as comemorações do dia mundial de combate ao câncer de próstata, realizado em 17 de novembro. Dessa iniciativa emergiu então a Movember Foundation, única Organização não Governamental (ONG) que trata da prevenção e diagnóstico precoce de doenças que acometem a população masculina numa escala global. Atualmente, possui mais de 5 milhões de membros com cerca de 1200 projetos financiados nos 21 países membros, sendo classificada em 45º lugar, em 2018, dentre as 500 ONG mais influentes do mundo¹.

Devido à relevância do escopo em discussão e o impacto da ONG na Saúde Pública, várias entidades de todo o mundo aderiram a essa iniciativa, sendo que em alguns países há grandes, importantes e esperados encontros permanentes de debate acerca da temática, inclusive com propostas de políticas que visam desenvolver um cuidado preventivo integral com impacto na situação de saúde e autonomia da população masculina e nos fatores determinantes e condicionantes de saúde desse grupo populacional.

Apesar dos inúmeros avanços, no Brasil, a grande maioria das ações direcionadas a saúde do homem ainda são pontuais e meramente assistencialistas,

privilegiando o câncer de próstata e não a totalidade do perfil epidemiológico da saúde dos homens brasileiros.

Nesse sentido, tem havido inúmeras discussões acerca da efetividade dessa estratégia, bem como da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), uma vez que parece existir um direcionamento para os aspectos biomédicos do aparelho geniturinário em detrimento aos princípios da integralidade e dos pressupostos da promoção da saúde. Não obstante a PNAISH preconiza em seu eixo de intervenção a articulação com a Atenção Básica (AB), por meio do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às intervenções e adesão aos serviços de atenção à saúde, ainda são tímidas as iniciativas de transversalidade com as outras Políticas Públicas já consolidadas no Brasil, dificultando, sobremaneira, o cuidado a esses indivíduos que representam cerca de 30% da população brasileira, e que deveriam ter acesso e acolhida na AB 3-5. Os dados acerca da saúde do homem sugerem que a atual política não têm se mostrado eficiente para atender as demandas específicas desse segmento que vivencia um processo de vulnerabilidade, uma vez que apresenta comportamentos de risco de longo prazo modificáveis, como tabagismo, etilismo, inatividade física, alimentação inadequada e violência, e ainda determinantes sociais, tais como: desigualdades sociais, diferenças no acesso aos serviços

de saúde, baixa escolaridade, desigualdades no acesso à informação, identidade de gênero, orientação sexual, percepção de masculinidade hegemônica e déficit de conhecimento acerca do autocuidado 6.

Finalmente parece ser imperativos maiores investimentos em investigações sobre a relação de gênero, vulnerabilidade, Atenção Básica e saúde do homem, com vistas a subsidiar estratégias efetivas, resolutivas, exequíveis, e que leve em consideração o perfil do homem de nosso país, de forma a serem incorporadas na agenda governamental das políticas públicas. 🐦



Prof. Dr. Marcos André de Matos

Doutorado em Ciências da Saúde - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Goiás, FM/UFG, Brasil.
Docente pela Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Referências

- 1- Movember Foundation. Acessado em: 21 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.movember.com/>
- 2-Espósito, R. C., Medeiros, P. J., Dantas Júnior, J. H., Oliveira, A. G., Moreira, S. A., & Sales, V. S. D. F. (2019). Blue November Campaign as an annual male self-care strategy for healthy aging. *The Aging Male*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13685538.2019.1610731>
- 3- Gérvas, J. (2018). Blue november? In no case. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 267-268. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.023>

- 4- Modesto, A. A. D. A., Lima, R. L. B. D., D'Angelis, A. C., & Augusto, D. K. (2018). A not-so-blue November: debating screening of prostate cancer and men's health. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 251-262. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0288>
- 5- Matos, M. A. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Homem. In: ROSSO, C.F.W. et al. (Org.). *Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás*. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. 2017. 3 ed. 394 p Il.



calçado profissional antiderrapante



Solado Antiderrapante - Tecnologia "SUPER GRIP"

ADEQUADO PARA PISOS ESCORREGADIOS, COM RESÍDUOS DE ÓLEO

uso em hospitais, clínicas, padarias, restaurantes, hotéis, frigoríficos, açougues, abatedouros, limpeza e outros lugares com pisos escorregadios

LANÇAMENTO

Sapato sem biqueira

CA nº 42.508
Ref. 8887



- Palmilha absorvente antimicrobiana
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Isolação contra o frio
- Cores: ●●●●

- Super leve (EVA)
- Confortável
- Fácil Higienização
- Cabedal Antibacteriano

Bota cano longo sem biqueira

CA nº 42.532
Ref. 8887



- Inovador
- Isolação contra o frio
- Isolação elétrica BS EN 13.832.3.0006 Classe II
- Super Leve (EVA), etc.
- Resistente à produtos químicos D - K - O - P - R
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores: ●●●●

Bota cano longo com biqueira

CA nº 35.347
Ref. 8886



Biqueira de COMPOSITE

- Inovador
- Isolação contra o frio
- Isolação elétrica BS EN 13.832.3.0006 Classe II
- Super Leve (EVA), etc.
- Resistente à produtos químicos D - K - O - P - R
- ABNT NBR ISO 20.346/2015
- Cores: ●●●●

Sapato Soft Works

CA nº 31.899
Ref. 8885



- Possui palmilha antimicrobiana
- Atende a norma NR-32
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores: ●●●●

Tênis Soft Works

CA nº 17.212
Ref. 8883



- Possui palmilha antimicrobiana
- Atende a norma NR-32
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores: ●●●●

Sapato Feminino Soft Works

CA nº 40.233
Ref. 8895



- Possui palmilha antimicrobiana
- Atende a norma NR-32
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores: ●●●●

Tamanco sem palmilha Soft Works

CA nº 27.021
Ref. 8900



- Selo de conforto emitido pelo IITeC
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores: ●●●●

Sapato com biqueira Soft Works

CA nº 41.554
Ref. 8880



- Palmilha absorvente antimicrobiana
- ABNT NBR ISO 20.346/2015
- Cores: ●●●●

Biqueira de composite

Sapatilha Soft Works

CA nº 34.041
Ref. 8850



- Selo de conforto emitido pelo IITeC
- EVA emborrachado
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores: ●●●●

Solado Antiderrapante SRC



SOLADO SUPER GRIP SRC ANTIDERRAPANTE

Bota cano curto Soft Works

CA nº 37.300
Ref. 8883



- Inovador
- Isolação contra o frio
- Isolação elétrica BS EN 13.832.3.0006 Classe II
- Super Leve (EVA), etc.
- Resistente à produtos químicos D - K - O - P - R
- ABNT NBR ISO 20.347/2015
- Cores: ●●●●

Preço médio - Produto Pl. n. BR 20 2017 002986 4 - sola biqueira
*Modelo de Utilidade MU - NR 20 2015 018192 0 02 a
MU - BR 20 2015 008106 0 02 - Solado antiderrapante*

25 ANOS 1994 - 2019



Soft Works

PROFESSIONAL SHOES

(16) 3703 3240 epi@softworksepi.com.br

www.softworksepi.com.br



Novembro Azul Promoção e Prevenção

A importância do incentivo e conscientização de cuidados com a saúde do homem

Por Daiane Brito

Foto: Divulgação



Elizia Ester Calixto Paiva

Doutoranda em Ciências da Saúde, Mestre em Neurociências da Saúde no Instituto de Pesquisa Servidor Estadual de São Paulo (IASPE). Especialista em docência em nível Superior, Técnico e Médio Faculdade Aldeia de Carapicuíba (FALC) Brasil. Especialista em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela Faculdade Aldeia de Carapicuíba (FALC) Brasil, Saúde Pública com Ênfase no (PSF) Faculdade Aldeia de Carapicuíba (FALC) Brasil. Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Nove de Julho UNINOVE. Atualmente atua como Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem nas Universidades Anhanguera de São Paulo Unidade Belenzinho e Universidade Sant'Anna, sendo também membro do Núcleo Docente Estruturante (NDE). Representante da Instituição de Ensino Superior frente às Comissões de Avaliação do Ministério da Educação (MEC). Escritora, autora de livros e artigos científicos.

Omês de novembro é dedicado a Campanha Novembro Azul que visa conscientizar a população sobre a prevenção e os cuidados que são necessários ter com a saúde do homem. Dando maior destaque ao câncer de próstata, uma vez que esse é o tipo mais comum entre os homens brasileiros, ficando atrás apenas do câncer de pele.

Segundo o Instituto Lado a Lado pela Vida (LAL), responsável por lançar a campanha "Novembro Azul" no Brasil, atualmente o país registra cerca de 68 mil novos casos e 13 mil mortes causadas pelo tumor. A falta de informação, o preconceito e a vergonha são algumas das causas que levam o público masculino a deixar de lado procedimentos simples, rápidos, indolores e fundamentais para identificar a doença em estágio inicial. Ainda segundo com Instituto LAL, o tratamento para quem identifica precocemente o câncer de próstata chega a índice de cura de até 90%.

A conscientização é de extrema importância para a redução do índice de mortalidade causada pelo câncer de próstata. Infelizmente ainda existem muitos tabus relacionados à masculinidade do homem, quanto a cuidados com a própria saúde, que precisam ser quebrados.

Para conhecer mais sobre o assunto, conversamos com a Enfermeira Elizia Ester Calixto Paiva, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem nas Universidades Anhanguera e Universidade Sant'Anna em São Paulo.

Revista Nursing: Desde 2011, ano em que foi lançada no Brasil, a Campanha Novembro Azul têm ganhado cada vez mais força. Qual é importância desta campanha?

Elizia Ester Calixto Paiva: O câncer de próstata, tipo mais comum entre os homens, é a causa de morte de 28,6% da população masculina, no Brasil, um homem morre a cada 38 minutos devido ao câncer de próstata, de acor-

do com o INCA (Instituto Nacional de Câncer). A importância da campanha é fazer com que os homens se conscientizem da importância do exame para a prevenção do câncer e para um diagnóstico precoce.

Nursing: É comum ouvirmos que homens não cuidam muito da sua saúde. Quais são os principais fatores que contribuem para que o homem não se cuide?

Elizia: O primeiro fator, e o mais comum, é a cultura de que o homem como provedor não tem tempo de cuidar da saúde como a mulher, embora hoje a mulher também seja provedora. Devido isso ser um fator cultural o homem apenas procura o médico quando já está muito doente. Ligado a Campanha do Novembro Azul, que está relacionada à conscientização e prevenção do câncer de próstata, existe o mito sobre o exame do toque retal, isso está muito envolvido com a masculi-



- DISPLAY COLORIDO
- INSTRUÇÕES NA TELA
- MANUSEIO INTUITIVO
- ALTA EXATIDÃO
- BIBLIOTECA DE FÁRMACOS
- IP34 - PROTEÇÃO CONTRA PENETRAÇÃO DE LÍQUIDOS
- ATENDE TAMBÉM À TERAPIA NUTRICIONAL

Compact^{plus}

Simplicidade e Segurança em um só toque



B. Braun Brasil | www.bbraun.com.br

Infusomat[®] Compact Plus - Registro ANVISA 80136990902

Perfusor[®] Compact Plus - Registro ANVISA 80136990889



SAÚDE
GESTÃO
CIÊNCIA
PESQUISA
ONDE HÁ VIDA, HÁ ENFERMAGEM
EMPREENDEDORISMO
TECNOLOGIA
LIDERANÇA
CUIDADO

Nursing now
Brasil

www.nursingnowbr.org



Seja a transformação: mostre para o mundo do que você é capaz

A campanha Nursing Now chegou ao Brasil para elevar o status da Enfermagem e valorizar as contribuições dos profissionais e seu papel central na concepção e implementação de políticas de Saúde.

Conte para nós a sua história: faça o pré-cadastro no site www.nursingnowbr.org e veja seu projeto no *Mapa de Inovações da Enfermagem* - que divulga o trabalho de profissionais de Enfermagem em projetos, pesquisas, extensões universitárias ou quaisquer iniciativas, profissionais, acadêmicas ou voluntárias, que tenham impacto para a sociedade e para a saúde.

Faça parte!

Michelle dos Santos
Enfermeira em Enfermagem
Ribeirão Preto - SP



nidade do homem. Então, o homem que vai fazer o toque retal, acha que está tendo sua masculinidade ferida, por isso evita procurar o médico urologista, para não ter que se submeter ao toque retal. Embora hoje, o médico, além de realizar o toque retal também entra com o exame PSA, que é um exame de sangue. Então, são esses dois fatores: o fator do homem ser provedor, não ter tempo e não ter a cultura de ir ao médico e também o fator dele ter esse preconceito com o exame.

Nursing: Qual é a importância dos profissionais da enfermagem na orientação da prevenção de doenças e cuidados com a saúde do homem?

Elizia: A Enfermagem tem grande importância por ter um papel fundamental na promoção e prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Sendo assim ela tem participação em todos os estágios da saúde do indivíduo, da família e comunidade. Trabalhando na promoção e na prevenção da saúde do homem ela traz para si uma grande responsabilidade de educar e orientar, afinal, ainda vivemos em uma sociedade machista que enxerga o homem como provedor e como um ser que não pode se abater.

Nursing: O câncer de próstata é a segunda maior causa de morte pela doença em homens no Brasil. Quais são as formas de preveni-la?

Elizia: Realizando exames preventivos.

Nursing: Quais são os principais sinais da doença?

Elizia: Na fase inicial, o câncer de próstata não apresenta sintomas e quando alguns sinais começam a aparecer, cerca de 95% dos tumores já estão em fase avançada, dificultando a cura. Na fase avançada, os sintomas são: dor óssea, dores ao urinar, vontade de urinar com frequência e a presença de sangue na urina e/ou no sêmen.

Nursing: Quais os fatores de risco?

Elizia: Existem três fatores principais de risco: Histórico de câncer de próstata na família; raça, homens negros sofrem maior incidência deste tipo de câncer e obesidade.

Nursing: Quais os meios eficazes de identificação da doença?

Elizia: O diagnóstico precoce mesmo na ausência de sintomas. Homens a partir dos 45 anos com fatores de risco ou 50 anos sem estes fatores devem ir ao urologista para conversar sobre o exame, os

quais são: toque retal e de sangue PSA. Outros exames poderão ser solicitados se houver suspeita de câncer de próstata, como as biópsias, que retiram fragmentos da próstata para análise, guiadas pelo ultrassom transretal.

Nursing: Como proceder em casos de constatação da doença?

Elizia: A indicação da melhor forma de tratamento vai depender de vários aspectos, como: estado de saúde atual, estadiamento da doença e expectativa de vida. Em casos de tumores de baixa agressividade existe a opção da vigilância ativa, na qual, periodicamente se faz um monitoramento da evolução da doença intervindo se houver progressão da mesma.

Nursing: Em sua opinião, além de campanhas como Novembro Azul, o que mais pode ser feito para conscientização das pessoas em relação aos cuidados com a saúde do homem?

Elizia: Na verdade, como toda a doença, não é necessária uma data especial para realizar a prevenção. O que pode ser feito é a conscientização deste público, em específico, e desmistificação de tudo sobre a doença, fazendo com que os homens procurem ter mais cuidado com a sua saúde. 🍷

Porque surgiu o Novembro Azul?

A campanha Novembro Azul surgiu na Austrália, em 2013, quando alguns amigos tiveram a ideia de deixar o bigode — que, na época, estava fora de moda — crescer com o objetivo de chamar a atenção para a saúde masculina. No começo, um grupo de 30 homens aceitou a proposta, e assim surgiu a Movember Foundation, uma organização sem fins lucrativos que busca arrecadar fundos para pesquisar e auxiliar o tratamento do câncer de próstata e outras doenças que acometem os homens frequentemente. O nome Movember veio da junção da palavra inglesa moustache (bigode) com november (novembro). Atualmente, há também quem se refira à campanha como No Shave November (Novembro Sem Barbear, traduzido para o português). O mês foi escolhido

por conta do Dia Mundial do Combate ao Câncer de Próstata, comemorado em 17 de novembro.

Conforme os anos foram se passando, a campanha conquistou cada vez mais adeptos, até se tornar mundial. Representada pela cor azul, hoje a ação é realizada em mais de 20 países. Durante o mês de novembro, os homens deixam o bigode crescer e as mulheres participam da campanha vestindo a cor azul.

Inspirado neste movimento o Instituto Lado a Lado pela Vida lançou a Campanha “Novembro Azul”, no Brasil, em 2011, e têm ganhado cada vez mais força. De acordo com informações do site do LAL, as ações promovidas pelo Instituto em 2017 atingiram cerca de 100 milhões de pessoas em todo o Brasil.

Autopercepção de estresse em idosos submetidos a tratamento hemodialítico em um centro de diálise

RESUMO | O estresse em portadores de doença renal crônica é parte de um ciclo inerente a esta doença. Objetivo: verificar a autopercepção de estresse em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Métodos: foi realizado um estudo transversal, mediante entrevista semiestruturada com idosos em um centro de diálise. O estudo contou com 18 idosos, dos quais 55% são do sexo masculino. A média da idade encontrada foi 69,8 anos ($\pm 8,11$ anos), com predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos. Conclusão: Este estudo pode verificar que o sexo e a faixa etária não mostraram associação significativa com a presença de estresse autopercebido entre idosos com doença renal crônica que realizam tratamento hemodialítico. Ainda que o estresse seja uma condição comum nos idosos, seu significado é bastante variável naqueles que realizam tratamento hemodialítico, tendo em vista a multiplicidade de fatores que podem interagir entre si na causalidade dessa condição.

Palavras-chaves: Insuficiência renal crônica, Estresse, Hemodiálise.

ABSTRACT | Stress in patients with chronic kidney disease is part of a cycle inherent in this disease. The objective of this study is to verify the self-perception of stress in the elderly undergoing hemodialysis treatment. A cross-sectional study was conducted through a semi-structured interview with the elderly in a dialysis center. The study had 18 elderly people, 55% of whom were male. The mean age found was 69.8 years (± 8.11 years), with a predominance of the age group from 60 to 69 years. This study can verify that gender and age group did not show a significant association with the presence of self-perceived stress among elderly patients with chronic renal disease who undergo hemodialysis treatment. Although stress is a common condition in the elderly, its meaning is quite variable in those who undergo hemodialysis treatment, considering the multiplicity of factors that may interact with each other in the causality of this condition.

Keywords: Chronic renal failure, Stress, Hemodialysis.

RESUMEN | El estrés en pacientes con enfermedad renal crónica es parte de un ciclo inherente a esta enfermedad. Objetivo: verificar la autopercepción de estrés en ancianos en tratamiento de hemodiálisis. Métodos: se realizó un estudio transversal a través de entrevistas semiestructuradas con ancianos en un centro de diálisis. El estudio incluyó a 18 ancianos, de los cuales el 55% son hombres. La edad promedio encontrada fue de 69.8 años (± 8.11 años), con un predominio del grupo de edad de 60 a 69 años. Conclusión: Este estudio puede verificar que el género y el grupo de edad no mostraron una asociación significativa con la presencia de estrés autopercebido entre los ancianos con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis. Aunque el estrés es una condición común en los ancianos, su significado es bastante variable en aquellos que reciben tratamiento de hemodiálisis, considerando la multiplicidad de factores que pueden interactuar entre sí en la causalidad de esta condición.

Palabras claves: Insuficiencia renal crónica, Estrés, Hemodiálisis.

Clarice Santana Milagres

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Docente do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS.

Casati Lodi

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba FOP/UNICAMP.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) refere-se a um diagnóstico sintomático de perda progressiva e irreversível da função renal de depuração, ou seja, da filtração glomerular, e está associada à alta morbidade e mortalidade, com aumento progressivo nas populações mundiais¹.

A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) estima que 126.583 mil pacientes estão em tratamento dialítico, com uma taxa de ocupação de 85% dos centros de diálise em funcionamento atualmente. A taxa de prevalência do tratamento dialítico em 2017, foi de 671 pacientes por um milhão da população no Estado de São Paulo, sendo este valor o mais

significativo da região Sudeste. Estima-se que, 40.307 pacientes iniciaram o tratamento no ano referido. Quanto ao sexo, 58% são do sexo masculino e 42% do feminino; e a faixa etária com maior concentração de pacientes compreende idades de 20 a 64 anos².

O tratamento depende da evolução da doença, o aumento da sintomatologia e comprometimento das condições de saúde e agravos das doenças crônicas, que contribuem para o início da Terapia Renal Substitutiva (TRS). As modalidades existentes são: hemodiálise; diálise peritoneal e transplante renal³. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise, no ano de 2017, 93,1% dos pacientes realizavam tratamento por hemodiálise e 6,9% por diálise peritoneal².

Recebido em: 28/07/2019
Aprovado em: 18/09/2019

A TRS da modalidade hemodiálise acontece mediante a circulação extracorpórea, realizada entre membranas derivadas de celulose que atuam como membrana semipermeável. É um procedimento que remove os produtos urêmicos acumulados, o excesso de água e restabelece o equilíbrio acidobásico e eletrolítico do organismo^{1,3}.

Na literatura encontram-se estudos que avaliam as limitações (físicas, restrições laborais e perdas sociais) envolvidas no cotidiano dos pacientes renais crônicos e que buscam compreender fatores relacionados à qualidade de vida (estágio da doença, componente físico e mental; hospitalização e tempo de diálise), às comorbidades mentais (estresse) que influenciam a saúde e o cotidiano desses pacientes⁴⁻⁶.

Em relação ao estresse, verifica-se que este é comum em pacientes portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC) e que realizam tratamento hemodialítico. Fatores associados às diversas restrições advindas do tratamento, exemplificadas pela dificuldade deste paciente viajar para outro estado ou município, dependentes da concessão prévia de vaga para dialisar em outro centro de diálise; alteração na alimentação com restrições ao sódio, fósforo, potássio; e limitação na ingestão hídrica de acordo com a diurese residual apresentada ou não por ser portador de insuficiência renal^{7,8}. Portanto, o estresse em pacientes idosos que possuem doença crônica se torna cada vez mais frequente. Esta causa também está ligada à classificação da doença que vai de uma escala de I ao V, onde a cada nível é estimado um tratamento mais rigoroso, podendo levar o portador de doença renal às diversas fases da doença crônica, em especial a fase denominada de negação e/ou fase da revolta, e que influencia cada vez mais o nível de estresse na faixa etária acima dos 60 anos e mais⁹.

Ao considerar que o estresse em portadores de doença renal crônica é

parte de um ciclo inerente à doença, sugere como pergunta norteadora da pesquisa: o idoso tem percepção que o tratamento hemodialítico possa provocar estresse? Dessa forma, o estudo teve como objetivo verificar a autopercepção de estresse em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico em um centro de diálise. Segundo a literatura, há reduzido número de estudo que analisa o estresse a partir da autopercepção do idoso, em especial, o idoso portador de doença renal crônica em tratamento hemodialítico.

MÉTODOS

Pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa, utilizadas entrevistas semiestruturadas com 18 pacientes idosos (a partir de 60 anos), que aceitaram participar da pesquisa e que foram acometidos por IRC e submetidos ao tratamento hemodialítico em um centro privado de diálise no município de Rio Claro/SP.

A coleta de dados ocorreu em um único dia de fevereiro de 2018 (devido a liberação da instituição) em pacientes que realizavam hemodiálise. O critério de inclusão: pacientes idosos acima de 60 anos, que no dia da entrevista da pesquisadora, estivessem presentes na clínica e aceitassem participar. Critérios de exclusão: pacientes com menos de 60 anos e que não estivessem na clínica no dia da entrevista.

A partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado os questionários de identificação e questões semiestruturadas relativas ao tratamento hemodialítico.

Seguiam-se os questionários de identificação (sexo e idade) e a utilização do questionário extraído da Escala de Estresse Percebido, validado por Luft (2007), no qual contem 14 questões, onde são questionados aos idosos seus pensamentos e sentimentos. Em seguida foi utilizada uma escala do tipo *Li-*

kert que varia de 0 a 4 pontos, sendo 0: nunca, 1: quase nunca, 2: as vezes, 3: quase sempre e 4: sempre (10).

A Escala de Estresse Percebido utilizou os seguintes questionamentos: estar triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente, sentir-se incapaz de controlar as coisas importantes da vida, sentir-se nervoso e “estressado”, tratar com sucesso dos problemas difíceis, lidar bem as mudanças importantes que estão ocorrendo, sentir-se confiante na habilidade de resolver problemas pessoais, sentir que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade, achar que não conseguiria lidar com todas as coisas tem que fazer, conseguir controlar as irritações, sentir que as coisas estão sob o seu controle, ficar irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle, encontrar-se pensando sobre as coisas que deve fazer, conseguir controlar a maneira como gasta seu tempo e sentir que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las¹⁰.

Foi utilizado os softwares STATA 9.1. A distribuição e frequência das variáveis do estudo foi verificada. As análises bivariadas incluíram o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas, no nível de significância de $p < 0,05$.

Para a análise da Escala de Estresse Percebido (PSS), que pode variar de 0 a 56 pontos, foi calculado ou considerado a média (28 pontos) da seguinte forma: menor que 28 pontos é considerado baixo estresse, e igual ou superior a 28 pontos alto estresse.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Hermínio Ometto – UNIARARAS, conforme número do CAAE - 73817917.0.0000.5385.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 18 idosos, sendo, 55% do gênero masculino. A mé-

dia da idade encontrada foi 69,8 anos (DP = $\pm 8,11$ anos), no qual houve predomínio da faixa etária de 60 a 69 anos, correspondendo a 11 idosos dessa amostra.

Verificou-se dentre as atividades propostas pela PPS, somente nas atividades de dificuldades que se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las, apresentaram maior frequência de idosos que relatam nunca ou quase nunca terem passado por essa sensação. Entre idosos que relataram maiores frequências de atividades propostas pelo instrumento, estão: tratar com sucesso dos problemas difíceis da vida, sentir que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo, achar que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que realizar, con-

seguir controlar as irritações em sua vida e ter se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer. Todos os participantes, em diferentes quantidades, trataram com sucesso dos problemas difíceis de sua vida, em especial, com maiores frequências para respostas como sempre ou quase sempre (tabela 1).

Foi observado que 55% dos entrevistados referem que sempre ou quase sempre se sentem tristes por algo que aconteceu inesperadamente e sente que as coisas estão sobre seu controle; 77% tem sentido que estão lidando bem com as mudanças que estão ocorrendo e se encontram pensando sobre as coisas que tem que fazer; sobre a habilidade em resolver problemas pessoais, aproximadamente 67% respon-

deram que sempre ou quase sempre conseguem realiza-lo, enquanto 72% dos idosos relataram que sempre ou quase sempre sentiam que não conseguiriam lidar com todas as coisas que tem que fazer ou conseguiriam controlar suas irritações. Por fim, quando questionados sobre a maneira como gastam seu tempo, 61% da amostra relataram que consegue controlar o gasto do seu tempo.

Conforme a pesquisa nenhum dos pacientes tem conseguido tratar com sucesso os problemas difíceis da vida; 50% dos entrevistados tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida e aproximadamente 67% tem sentido que as dificuldades estão se acumulando a ponto de acreditar que não podia superar.

Tabela 1. Autoaplicação da Escala de Estresse Percebido em idosos, 2018.

Atividades	Nunca/ Quase nunca N (%)	Às vezes N (%)	Sempre Quase/ Sempre N (%)
Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	6 (33,4%)	2 (11,11%)	10 (55,6%)
Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	9 (50%)	1 (5,5%)	8 (44,5%)
Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	5 (27,8%)	6 (33,4%)	7 (38,8%)
Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	2 (11,1%)	17 (88,9%)
Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	1 (5,5%)	3 (16,7%)	14 (77,8%)
Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	5 (27,8%)	1 (5,6%)	12 (66,7%)
Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	6 (33,4%)	4 (22,2%)	8 (44,5%)
Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	4 (22,3%)	1 (5,6%)	13 (72,2%)
Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	2 (11,2%)	3 (16,7%)	13 (72,2%)
Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	5 (27,8%)	3 (16,7%)	10 (55,5%)
Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	6 (33,4%)	5 (27,8%)	7 (39,00%)
Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	3 (16,7%)	1 (5,50%)	14 (77,8%)
Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	4 (17,2%)	3 (16,7%)	11 (61,1%)
Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode supera-las?	12 (66,8%)	3 (16,6%)	3 (16,6%)

Fonte: instrumento da pesquisa, 2018.

A análise da ocorrência de estresse de acordo com o sexo revelou que 80% dos indivíduos que apresentavam alto estresse eram homens, enquanto entre as

mulheres, esta frequência foi de 87,5%. Em relação à idade, a faixa etária entre os idosos mais jovens, mostrou maior frequência de alto estresse. O teste qui-qua-

drado não mostrou associação significativa entre a presença de estresse e o sexo, assim como em relação à variável idade (Tabela 2).

Tabela 2. Presença de estresse associado com a variável gênero e idade de idosos, Rio Claro, SP, 2018.

Variáveis	Amostra (n= 18)	Presença de Estresse		p- valor
		Alto	Baixo	
Sexo				
Masculino	10 (55,6%)	08 (80%)	02 (20%)	1
Feminino	08 (44,4%)	07 (87,5%)	01 (12,5%)	0,83
Faixa etária				
60 a 70	11 (61,1%)	10 (90,9%)	01 (9,1%)	1
71 a 80	04 (22,2%)	03 (75%)	01 (25%)	0,55
≥ 81 anos	03 (16,7%)	02 (66,7%)	01 (33,3%)	0,89

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

DISCUSSÃO

As doenças degenerativas como a Doença Renal Crônica são atualmente consideradas um dos grandes problemas de saúde pública, em especial, entre os idosos. Esta última é representada por um alto índice de morbimortalidade no Brasil e no mundo¹¹. Segundo Draczevski e Teixeira (2011), a Doença Renal Crônica exige um tratamento de alto custo e complexidade e nos últimos anos, obteve um aumento significativo e preocupante para o Sistema Único de Saúde, decorrente da transição epidemiológica de doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis, as quais contribuíram para o perfil de morbimortalidade¹²⁻¹⁴. Os idosos, sendo reconhecidos como grupo de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, conforme o perfil populacional e epidemiológico do país, colaboram no aumento dos fatores diversos desencadeantes para a progressão de uma diminuição da qualidade de vida, assim como aumento dos gastos financeiros associados à DRC¹¹.

O estresse, definido como um conjunto de reações específicas e gerais do organismo frente à persistente estimulação da natureza aversiva é capaz de alterar o equilíbrio homeostático do corpo. No pa-

ciente idoso e portador de doença renal crônica, submetido ao tratamento dialítico, as mudanças inerentes ao estresse podem ser acompanhadas por alterações bioquímicas, psicológicas, cognitivas e comportamentais, uma vez que, a dependência de uma máquina de diálise e da equipe que a manipula pode desencadear, por si só, um evento estressante¹⁵. Os idosos experimentam mudanças significativas, não apenas por possuírem a doença renal, mas também por possuírem maior risco de desenvolver perda de capacidade física, limitações na coordenação motora, dificuldades de locomoção e tomadas de decisão, necessitando de atenção especial⁹.

Pacientes acometidos por insuficiência renal estão mais suscetíveis ao alto nível de estresse, muitas vezes pela própria mudança no estilo de vida, no presente estudo, foram observadas elevadas frequências de idosos e idosas que apresentavam alto índice de estresse. Ao analisar o estresse relacionado ao sexo, Arreguy-Sena (2018), o estresse mais predominante no sexo masculino pode ser advindo de uma questão cultural ou até mesmo psicológica⁹. O presente estudo, mostrou que os idosos com doença renal crônica, submetidos ao tratamento hemodialítico, não apresentaram alto nível de estresse, assim

como o trabalho proposto por Patrício et al (2016), que ao analisar idosos assistidos em unidades básicas de saúde na Paraíba, através da escala de estresse autopercebido não apresentaram alto nível de estresse, mesmo possuindo doenças crônicas incapacitantes e que levam à relativa dependência, como a doença renal crônica¹⁶.

A parceria da pessoa com a máquina produz uma ambiguidade de sensações, que, segundo Campos et al (2015) pode incorrer na dualidade raiva e gratidão, pois significa dependência e manutenção da vida. A representação de perda de liberdade atrelada à máquina de hemodiálise remete ao processo de estresse vivenciado rotineiramente por estes idosos, que ao internalizar o tratamento hemodialítico necessários à continuidade de vida e a progressão dos anos já vividos, trazem consigo a impossibilidade de desvincular-se da percepção de uma abreviação da vida¹⁷.

Segundo Mattos e Maruyama (2010), uma das maiores causas para a ocorrência do estresse em pacientes que realizam hemodiálise são as condições particulares no qual estão submetidos, como necessitar de acessar os serviços de saúde e o centro de diálise, controlar de forma rigorosa a dieta e a ingestão de líquidos, possuir restrição na execução de atividades laborais e par-

tipicar de forma reduzida do orçamento doméstico. Este quadro configura como perdas que afetam pacientes e familiares no contexto da hemodiálise. Ao se tratar deste paciente, que, além de portador de doença renal crônica, também possui idade igual ou superior a 60 anos, o adoecimento e a necessidade de hemodiálise, repercute em diversas dimensões, como a pessoal, familiar e social¹⁸⁻²⁰.

Em idosos, além das situações específicas vivenciadas pelos portadores de doença renal crônica, ainda há a falta de confiança em si mesmo para realizar ou resolver pendências pessoais, como por exemplo, realizar as atividades básicas e avançadas de vida diária, como ir ao banheiro sozinho e preparar a própria comida, fazer compras, pagar contas e outras. Diante de atividades de vida diária e a impossibilidade de realização das mesmas de forma independente, os idosos tendem a apresentar-se nervosos. Por mais que nos centros de diálise se-

jam oferecidos tratamentos psicológicos, a oferta de um acompanhamento no qual o estresse é trabalhado em associação com a progressão da idade avançada e ao tratamento, se mostra fundamental ao tentar redução no nível de estresse autopercebido, assim como poder melhorar o impacto que a doença e suas limitações podem desencadear na pessoa idosa²⁰⁻²¹.

O presente estudo apresenta limitações, como o delineamento transversal, que não permite clarificar as relações temporais de causa e efeito entre o estresse autopercebido e demais fatores que podem desencadear-lo diante de um tratamento de alta complexidade como a hemodiálise. Outra limitação do estudo foi a impossibilidade de caracterizar os dados socioeconômicos dos idosos selecionados no estudo. A despeito dessas limitações, foi possível identificar associações relevantes entre o estresse autopercebido e fatores envolvidos no mecanismo na superação do tratamento da doença renal crônica em idosos.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou poucos participantes, entretanto, pode verificar que o sexo e a faixa etária não mostraram associação significativa com a presença de estresse autopercebido entre idosos em tratamento de hemodiálise, não sendo possível clarificar a causa e o efeito entre o estresse autopercebido e demais fatores que podem desencadear-lo. Ainda que o estresse seja uma condição comum nos idosos, seu significado é bastante variável naqueles que realizam tratamento hemodialítico, tendo em vista a multiplicidade de fatores que podem interagir entre si na causalidade dessa condição. Dessa forma, faz-se necessário, mais estudos que analisam essa temática, pois os idosos que realizam hemodiálise ficam mais sensíveis e requer um cuidado especial, para garantir um envelhecimento saudável. 🐦

Referências

- Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo Brasileiro de Diálise 2017. [Internet]. 2018 [cited 2018 01 June] Available from: <http://www.censo-sbn.org.br/inicio>
- Pereira E, Chemin J, Menegatti CL, Riella MC. Escolha do método dialítico – variáveis clínicas e psicossociais relacionadas ao tratamento. *J. Bras. Nefrol.* 2016; 38 (2): 215-224.
- Valle LS, Souza VF, Ribeiro AM. Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estud. Psicol.* 2013; 30(1): 131-138.
- Guerra-Guerrero V, Sanhueza-Alvarado O, Caceres-Espina M. Qualidade de vida de pessoas em hemodiálise crônica: relação com variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e de laboratório. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(5): [9 telas].
- Pinto NA, Falcao EBM. Religiosidade no contexto médico: entre a receptividade e o silêncio. *Rev. Bras. Educ. Med.* [Internet]. 2014;38(01): 38-46.
- Ministério da Saúde. Definição, epidemiologia e diagnóstico da DRC. Módulo 2 – UNA-SUS/ FCMA. São Luís – 2014.
- Bonassi SM, Zângaro RA. Caracterização de Pacientes Renais Crônicos em Hemodiálise: Sinais Sintomas de Estresse. XXXIV Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica. CBEB. 2014
- Arreguy-Sena C. Construção e validação de impressos: Construção e validação de impressos: sistematização do cuidado de pessoas em hemodiálise. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(2):405-17.
- Luft CDB. Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 41 (4): 606-15.
- Nunes, MB, Santos EM, Leite MI, Costa AS, Guilem DB. Perfil epidemiológico de pacientes renais crônicos em programa dialítico. *Rev enferm UFPE on line.* 2014; 8 (1): 69-76.
- Drackevski L, Teixeira ML. Avaliação do perfil bioquímico e parâmetros hematológicos em pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev Saúde e Pesquisa.* 2011; 4 (1): 15-22.
- Moura L, Andrade SSSA, Malta DC, Pereira CA, Passos JEF. Prevalência de auto-relato de diagnóstico médico de doença renal crônica no Brasil: pesquisa nacional de saúde, 2013. *Rev Bras epidemiol.* 2015; 18 (2): 181-191.
- Melo WF, Bezerra ALD, Sousa MNA. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo quantitativo. *Rev eletrônica da Fainor.* 2014; 7 (2): 142-156.
- Melo RLP, Eulálio MC, Gouveia VV, Silva HDM. O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. *Psicol. Reflex Crit.* 2013; 26 (2):222-30.
- Patrício ACFA, Rodrigues BFL, Ferreira MAM, Gomes RA, Brito TD, et al. Application of Mental Health Scale and Perceived Stress in Elderly Assisted by Basic Health Units. *International Archives of Medicine Section: Medical Education.* 2016; 9 (44): 1-7.
- Pustiglione CCG, Mantovani MF, Nascimento MEB, Cassi CC. Social representations of illness among people with chronic kidney disease. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015; 36(2): 106-112.
- Mattos M, Maruyama SAT. A experiência de uma pessoa com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Gaúcha de Enferm.* 2010; 31(3):428-34.
- Mattos M, Maruyama SAT. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009;11(4):971-81.
- Kusumoto LMS, Haas VJ, Rodrigues RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta paul. enferm.* 2008; 21(spe): 152-159.
- Milagres CS, Moraes KBD, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR, Lima LM, Ribeiro AQ. Prevalência e fatores associados à presença de anemia em idosos do município de Viçosa (MG), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015; 20 (12):3733-41.

Avaliação dos eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico no ambiente hospitalar: uma revisão na literatura

RESUMO | Objetivou-se analisar os eventos adversos mais frequentes ao paciente cirúrgico e identificar os principais fatores associados. Trata-se de uma revisão sistemática a partir da pergunta norteadora “Quais eventos adversos ocorrem com maior frequência no centro cirúrgico?”. Foram incluídos estudos baseados na avaliação de eventos adversos e complicações cirúrgicas publicados no período de 2007 a 2017. A Busca atingiu 2035 publicações. Após aplicação dos critérios foram selecionados 13 artigos. Principais eventos encontrados: erros de lateralidade, punção/laceração acidental, corpo estranho deixado durante o procedimento, complicações cirúrgicas, suspensão de cirurgia, alterações respiratórias/instabilidade hemodinâmica, problema relacionado ao sítio cirúrgico, obstrução intestinal, hemorragia ou hematoma pós-operatório, reação a transfusão, parada/falha respiratória, falha na reanimação e falha na avaliação pré-operatória. A partir deste estudo os profissionais podem rever os processos e seus fluxos no bloco cirúrgico a fim de desenvolver ou fortalecer barreiras para reduzir os danos e contribuir para segurança do paciente.

Palavras-chaves: Centro cirúrgico, Enfermagem Perioperatória, Segurança do paciente, Serviço hospitalar de enfermagem.

ABSTRACT | The objective was to analyze the most frequent adverse events in the surgical patient and to identify the main associated factors. This is a systematic review based on the guiding question “Which adverse events occur most frequently in the operating room?”. We included studies based on the assessment of adverse events and surgical complications published from 2007 to 2017. The Search reached 2035 publications. After applying the criteria, 13 articles were selected. Main events found: laterality errors, accidental puncture / laceration, foreign body left during the procedure, surgical complications, surgery suspension, respiratory changes / hemodynamic instability, surgical site-related problem, intestinal obstruction, postoperative bleeding or hematoma, reaction transfusion, respiratory arrest / failure, resuscitation failure, and preoperative assessment failure. From this study, professionals can review the processes and their flows in the operating room in order to develop or strengthen barriers to reduce damage and contribute to patient safety.

Keywords: Surgicenters, Perioperative Nursing, Patient safety, Nursing hospital service.

RESUMEN | El objetivo fue analizar los eventos adversos más frecuentes en el paciente quirúrgico e identificar los principales factores asociados. Esta es una revisión sistemática basada en la pregunta guía «¿Qué eventos adversos ocurren con mayor frecuencia en el quirófano?». Se incluyeron estudios basados en la evaluación de eventos adversos y complicaciones quirúrgicas publicados entre 2007 y 2017. La búsqueda llegó a 2035 publicaciones. Después de aplicar los criterios, se seleccionaron 13 artículos. Principales eventos encontrados: errores de lateralidad, punción / laceración accidental, cuerpo extraño dejado durante el procedimiento, complicaciones quirúrgicas, suspensión quirúrgica, cambios respiratorios / inestabilidad hemodinámica, problema relacionado con el sitio quirúrgico, obstrucción intestinal, sangrado postoperatorio o hematoma, reacción transfusión, paro / falla respiratoria, falla de reanimación y falla de evaluación preoperatoria. A partir de este estudio, los profesionales pueden revisar los procesos y sus flujos en el quirófano para desarrollar o fortalecer barreras para reducir daños y contribuir a la seguridad del paciente.

Palabras claves: Centros Quirúrgicos, Enfermería Perioperatoria, Seguridad del paciente Servicio de enfermería hospitalaria.

Juliane Rocha de Oliveira

Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Samuel Goncalves Rodrigues

Bacharel em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Kenia Pimentel Rangel

Enfermeira, Mestre em Gestão Pública- UFES

Paula de Souza Silva Freitas

Enfermeira, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta do curso de enfermagem da UFES.

Rita Simone Lopes Moreira

Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Doutora em Cardiologia, Professora Adjunta do curso de Enfermagem da UNIFESP, coordenadora da Residência Multiprofissional em cardiologia da UNIFESP.

Bruno Henrique Fiorin

Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva (UFES). Doutor em Cardiologia (UNIFESP), Professor Adjunto do curso de enfermagem da UFES e colaborador da Pós Graduação em gestão Pública da UFES.

Recebido em: 15/07/2019

Aprovado em: 18/09/2019

INTRODUÇÃO

A temática “segurança do paciente” tem sido considerada prioridade nas questões que dizem respeito à gestão em saúde, visto que é uma dimensão da qualidade e um desafio nas organizações. Diversos esforços têm sido realizados para poder conscientizar os profissionais de que é necessário ampliar a cultura de segurança em suas instituições. Há quase duas décadas a temática relacionada a eventos adversos se tornou objeto de estudo no mundo¹. Estima-se que 4% a 16% dos pacien-

tes hospitalizados serão acometidos com algum tipo de evento adverso. É fato que se trata de um problema de saúde pública de importância internacional; sendo crescente o envolvimento de pesquisadores, profissionais de saúde e gestores de saúde na verificação destas ocorrências^{2,3}.

A atenção à saúde no nível terciário vem atendendo um volume cada vez maior de indivíduos críticos e com maior grau de complexidade. Nesta situação, os clientes estão mais vulneráveis aos riscos oriundos dessa assistência, como infecção, erros por parte dos profissionais, incidentes ou eventos sentinelas. Estudos têm concluído que eventos adversos alcançam maiores proporções em setores em que os procedimentos requerem um alto nível de complexidade^{4,5}.

Nas instituições hospitalares a complexidade e a tecnologia na assistência à saúde estão relacionadas as altas taxas de eventos adversos em unidades de terapia intensiva, as salas de emergência e as salas operatórias, mais especificamente em cirurgia vascular, cirurgia cardíaca e neurocirurgia⁶. Com o relatório To Erris Human: Building a Safer Health System publicado em 2000, os eventos adversos se tornaram mais evidentes, trazendo à tona a necessidade de as instituições de saúde garantirem a segurança ao paciente. Este relatório aponta que mais de dois terços dos eventos adversos eram erros evitáveis, e apontou ainda meios de intervir, enfatizando os mecanismos de vigilância, denúncia ou inspeção para identificação dos eventos e implementação de medidas corretivas^{6,7}.

Evento Adverso é uma ocorrência não intencional que gera ou que pode gerar consequências ao paciente. Já o incidente é entendido como evento ou circunstância que poderia ter gerado consequências ou que resultou de forma evitável^{8,9}. Um evento adverso evitável é um erro que resulta em dano decorrente da intervenção de um profissional desqualificado, negligente ou imprudente^{6,10}.

O termo Segurança do paciente aplica-se as iniciativas para evitar, prevenir

e reduzir resultados adversos ocorridos a partir do cuidado à saúde¹¹. Diante das evidências, a partir de 2004, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância em Saúde) inseriu ao seu escopo de atuação, ações previstas pela OMS (Organização Mundial da Saúde) na World Alliance for Patient Safety, e em 2013 lançou por meio do Protocolo de Segurança Cirúrgica a lista de verificação de segurança cirúrgica que configura uma estratégia importante para a consolidação de práticas mais seguras na realização de procedimentos cirúrgicos, no local correto e no paciente correto, reduzindo os eventos adversos, os riscos de incidentes e a mortalidade cirúrgica^{4,12}.

No ano de 2008 foram realizadas 234 milhões de cirurgias no mundo, equivalendo a uma para cada 25 pessoas vivas. Morreram dois milhões de pacientes nesses procedimentos e cerca de sete milhões apresentaram complicações, sendo que 50% dessas complicações foram consideradas evitáveis. De cada 300 pacientes admitidos nos hospitais morre um paciente, mais de 50% desses pacientes são cirúrgicos e com eventos preveníveis. Esses são dados inadmissíveis para o século XXI, o que levou a OMS e a Universidade Harvard a iniciar uma campanha mundial "Cirurgia Segura Salva Vidas" para reduzir estes indicadores^{3,13}.

Um estudo realizado no Rio de Janeiro sobre as características de eventos adversos observou que a ocorrência de 30,8% ocorre no Centro Cirúrgico, o mesmo estudo buscou os fatores contribuintes e identificou como principal motivo a não adesão as normas institucionais. A mediana de incidência global de eventos adversos intra-hospitalares é de 9,6%, quase um a cada 10 pacientes, com percentual médio de 43,5% de evitabilidade, sendo 7,4% de eventos letais e 56,3% de incapacidades leves ou graves^{7,10}.

No período de 2006-2009, a World Alliance for Patient Safety deu início ao segundo desafio global, e estabeleceu o foco na melhoria da segurança no ambiente cirúrgico (Cirurgia Segura), por meio

de quatro ações importantes: prevenção de infecções do sítio cirúrgico; anestesia segura; equipes cirúrgicas seguras e indicadores da assistência cirúrgica³.

Nesse sentido, identificar os eventos adversos mais frequentes no centro cirúrgico, disponíveis na literatura, podem fornecer subsídios para reorganização do setor, bem como maior segurança no futuro. Julgou-se relevante desenvolver essa revisão sistemática. Desta forma, objetivou-se analisar os eventos adversos mais frequentes relacionados ao paciente cirúrgico e identificar na literatura os principais fatores associados como o intuito de responder a inquietação de quais são os eventos adversos mais comuns no ambiente cirúrgico.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada entre os meses de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, a fim de responder a seguinte pergunta norteadora: Quais eventos adversos ocorrem com maior frequência no centro cirúrgico? Para levantamento de dados, a busca foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Os descritores empregados para a seleção dos estudos foram escolhidos com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (Mesh terms), e em outros termos relevantes sobre a temática, sendo utilizados os seguintes descritores: Centro Cirúrgico, Gestão de Risco, Medidas de Segurança, Segurança do Paciente e, o termo associado, Eventos Adversos.

Foram definidos como critérios de inclusão, estudos baseados na avaliação de eventos adversos (EAs) e complicações cirúrgicas, que respondam à pergunta norteadora. Os filtros aplicados foram: texto completo; em idioma português, inglês, espanhol, francês e alemão; ano

de publicação, 2007 a 2018; tipo de documento, artigo. Os critérios de exclusão definidos consistem em estudos que enfatizavam a técnica cirúrgica, ou procedimentos de nível ambulatorial que não compreendam os critérios de inclusão, revisões da literatura, relatos de experiência e estudos de caso. Os resultados da busca foram transferidos para o software Endnote X 7.2. Os artigos em duplicidade foram excluídos.

Após a busca inicial, os textos passaram por um processo de seleção por meio de três fases: primeira, a avaliação do título; segunda, a avaliação do resumo e terceira, avaliação do texto completo dos artigos que atenderam aos critérios

de inclusão. Os artigos cujos títulos e resumos não apresentaram clareza para sua inclusão ou exclusão foram mantidos para a etapa seguinte de leitura integral do trabalho. Foram selecionados os artigos lidos na íntegra que se adequaram aos critérios. O processo foi realizado por dois pesquisadores independentemente. As discordâncias foram discutidas entre o par até um consenso. Os artigos selecionados foram analisados nos seguintes aspectos: o tipo de estudo; o tamanho da amostra; a definição de evento adverso cirúrgico e de complicação cirúrgica.

A síntese descritiva dos artigos selecionados foi realizada conforme suas características gerais, apresentadas no

quadro 1. Os dados foram discutidos à luz do contexto da qualidade em saúde, com ênfase na Política de segurança do paciente.

RESULTADOS

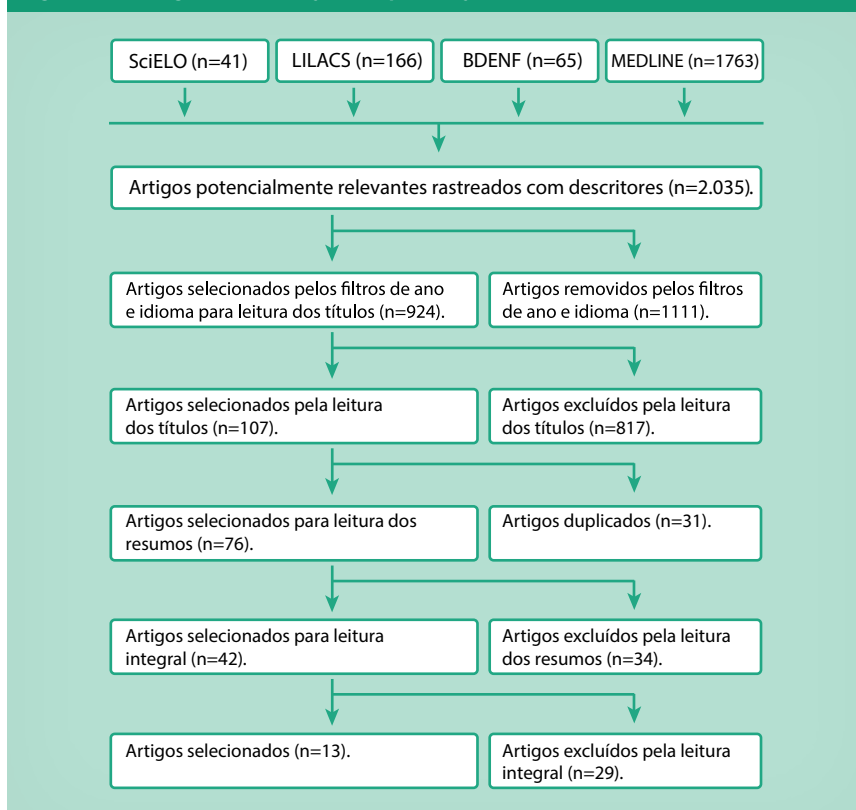
Através da busca inicial, utilizando os referidos termos de busca, foram levantadas 2035 publicações nas bases de dados SciELO, LILACS, DBENF, MEDLINE, dessas 1111 foram consideradas com a aplicação dos filtros inerentes aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Sendo assim, 924 artigos foram submetidos ao seguinte processo de seleção: após avaliação dos títulos 817 artigos foram retirados, a avaliação dos títulos possibilitou ainda a eliminação de 31 artigos duplicados, a partir da leitura dos resumos foram removidos 34 artigos, restando 42 artigos para leitura integral e por fim 29 artigos foram excluídos por não atenderem aos quesitos.

Após a seleção, permaneceram 13 estudos que foram analisados de acordo com tipo de estudo, tamanho da amostra, definição de evento adverso cirúrgico e de complicação cirúrgica, incidência de EAs cirúrgicos e desenho da avaliação realizada. O processo de seleção e avaliação está ilustrado na Figura 1.

A maioria das publicações foi obtida por meio do cruzamento dos descritores “Segurança do paciente AND Centro cirúrgico” (34,3%), seguido do descritor “Medidas de segurança AND Centro cirúrgico” (33,8%) e a base de dados MEDLINE compreende a grande maioria dos artigos (1763), como se observa na Tabela 1.

Os 13 artigos selecionados apresentam os eventos adversos cirúrgicos mais frequentes. Em relação ao local de realização

Figura 1 - Fluxograma de seleção das publicações da revisão sistemática



Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 1 - Relação de artigos obtidos por base de dados.

Descritores	LILACS N°	MEDLINE N°	BDNF N°	SCIELO N°	Total %
Medidas de segurança AND Centro Cirúrgico.	31	640	14	3	33,8

Eventos adversos* AND Centro Cirúrgico.	32	10	16	5	3,1
Gestão de riscos AND Centro Cirúrgico.	11	570	4	1	28,8
Segurança do paciente AND Centro Cirúrgico.	92	543	31	32	34,3
Total	166	1763	65	41	100%

*Eventos adversos não é um descritor do DeCS.

Fonte: Elaborado pelos autores

dos estudos, 4 foram realizados nos Estados Unidos da América e no Brasil (30,8%), respectivamente, dois na Inglaterra (15,3%) e um na Espanha (7,7%), Itália(7,7%) e Japão (7,7%). Quanto ao ano de publicação, observa-se uma organização temporal dos

estudos, com início em 2010 ininterruptamente até 2015. Em relação ao idioma principal da publicação, oito artigos foram publicados na língua inglesa (61,5%), quatro artigos na língua portuguesa (30,8%) e um na língua espanhola (7,7%).

Os principais eventos adversos relatados no momento do período perioperatório está descrito no Quadro 1.

Foram identificados, eventos adversos relacionados à comunicação no serviço de saúde: falha no plano de comorbidades,

Quadro 1 - Publicações, por autor, título, país/ano, momento cirúrgico e eventos adversos.

Autores	Título	País /Ano	Momento cirúrgico	Eventos adversos
Nagpal,Kamal.et al.	A systematic quantitative assessment of risks associated with poor communication in surgical care	Inglaterra/2010	Pré-operatório	-Falha na investigação de exame. -Ausência de tomada de decisão. -Falha no plano de comorbidades.
Wu, Rebecca L. Aufses, Jr. Arthur H.	Characteristics and costs of surgical scheduling errors	EUA***/2012		-Erro de lateralidade -Procedimento incompleto -Erro de abordagem ou abordagem indevida
Clarke, D.L. et al.	The introduction of an acute physiological support service for surgical patients is an effective error reduction strategy	Inglaterra/2013	Trans-operatório	-Relacionado à infusão de líquidos intravenosos -Relacionado à medicação -Relacionado a dispositivos
Takefumikitazawa. et al.	Perioperative patient safety indicators and Hospital surgical volumes	Japão/2014		-Reação transfusão -Corpo estranho deixado durante procedimento -Punção/laceração acidental
Hongsoo, K. et al.	Prevalence and predictors of adverse events in older surgical patients: impact of the present on admission indicator	EUA/2010	Pós-operatório	-Lesão por pressão -Embolia pulmonar ou trombose venosa profunda -IRAS*
Moura, M. L. O. Mendes, W.	Avaliação de eventos adversos Cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro	Brasil/2012		-Outros problemas com a ferida cirúrgica -Infecção de ferida cirúrgica -Infecção não relacionada à ferida cirúrgica
Rebollo-Rodrigo, H. Madrazo-Leal, C. Gómez-Fleitas, M.	Sistema de vigilância continua de eventos adversos los servicios quiruricos de Cantabria	Espanha/2010	Sem momento definido	-Complicação cirúrgica -IRAS -Outros
Rebollo-Rodrigo, H. Madrazo-Leal, C. Gómez-Fleitas, M.	Sistema de vigilância continua de eventos adversos los servicios quiruricos de Cantabria	Espanha/2010		-Complicação cirúrgica -IRAS -Outros

Mattioli, G. et al.	Near-miss events are really missed! Reflections on incident reporting in a department of pediatric surgery	Itália /2012		-Infecção -Eventos organizacionais -Obstrução intestinal
Heslin, J.M. et al.	A 100% departmental mortality review improves observed-to-expected mortality ratios and university healthsystem consortium rankings	EUA/2014	Sem momento definido	-Trombose venosa profunda/ embolia pulmonar. -Parada respiratória -Sangramento ou hematoma
Bezerra, W. R. et al.	Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental	Brasil/2015		-Cirurgia suspensa -Perfuração de luva -Falhas técnicas envolvendo o paciente -Falhas organizacionais
Silva, F. G. et al.	Análise de eventos adversos em um centro cirúrgico ambulatorial	Brasil/2015		-Erro de processo -Queixa técnica -Evento adverso

*IRAS, Infecção relacionada à assistência; **PCR, parda cardiorrespiratória; EUA, Estados Unidos da América.

Fonte: Elaborado pelos autores

ausência de tomada de decisão, falta de investigação de exame, erro de abordagem, procedimento incompleto; eventos adversos relacionados a lesões por pressão: lesão por pressão; eventos adversos relacionados a medicamentos: erro na transfusão de líquido endovenoso e erro de medicação; eventos adversos relacionados ao uso de dispositivos para a saúde: falta de manutenção de equipamentos, erro relacionado ao dispositivo, perfuração da luva e embolia pulmonar/trombose venosa profunda e outros que consistem em eventos adversos organizacionais ou inespecíficos como: erro de processo, queixa técnica, falta de humanização no cuidado, falha técnica envolvendo paciente, falhas organizacionais, falha na previsão e provisão de materiais e eventos organizacionais.

O maior volume de eventos adversos em pacientes cirúrgicos está diretamente relacionado ao procedimento cirúrgico e ao ato anestésico: erros de lateralidade, punção/ laceração acidental, corpo estranho deixado durante o procedimento, complicações cirúrgicas, suspensão de cirurgia, alterações respiratórias/instabilidade hemodinâmica, problema relacionado ao sítio cirúrgico, obstrução intestinal, hemorragia ou hematoma pós-operatório, reação a transfusão, parada/falha respiratória, falha na reanimação e falha na avaliação pré-operatória.

DISCUSSÃO

A busca por eventos adversos na literatura dos últimos anos teve por objetivo refletir as evidências, no que diz respeito a eventos adversos cirúrgicos. Foram analisados 13 artigos de seis países, publicados em sua maioria na língua inglesa.

No Brasil a ANVISA recebe as notificações de EA relacionadas à assistência à saúde pelo sistema Notivisa, desde fevereiro de 2014, como previsto na RDC nº. 36/2013. Segundo relatório de eventos adversos, de 2014 a 2017 o número de hospitais com núcleo de segurança do paciente cadastrados nesse sistema era de 2.595, sendo que desses 969 realizaram ao menos uma notificação, a maior parte das notificações são realizadas em serviços hospitalares, sendo 126.349, o centro cirúrgico foi considerado o quarto setor que mais notifica eventos adversos no hospital com 4.873 notificações¹⁴. A ideia de ter dados referentes a eventos adversos de todo o país compilados em um único lugar é boa e necessária, contudo o sistema sofre uma subnotificação severa, tornando os dados em parte obsoletos⁷.

Complicações cirúrgicas têm potencial para causar grandes danos. A incidência de pacientes com eventos adversos cirúrgicos é de 3,5%, de todos os pacientes internados e a proporção de pacientes cirúrgicos com eventos adversos é de 5,9%¹⁵. Um estudo realiza-

do, no Rio de Janeiro, sobre as características de eventos adversos evitáveis observou predominância de EAs evitáveis nas enfermarias com 56,9% e no centro cirúrgico em 30,8% dos casos, o mesmo estudo buscou os fatores contribuintes para a ocorrência de EAs evitáveis e identificou a não adesão a normas, ou seja, em 55,9% dos casos os profissionais não seguem os protocolos ou diretrizes clínicas¹⁶.

Carvalho e Vieira¹⁷ afirmam que o profissional de saúde tem que aceitar que é falível, pois erros acontecem e vários fatores externos e internos contribuem para o erro. Os eventos adversos resultantes de erros técnicos ou abordagens inadequadas acarretam em sérios danos, que vão da incapacidade temporária ao óbito, contudo os danos podem ser minimizados com planos de ação e trabalho em equipe.

O protocolo de segurança cirúrgica da OMS tem a proposta de aplicar um checklist cirúrgico que envolve toda equipe cirúrgica e pode ser adaptado para qualquer realidade institucional, ele compreende três momentos cruciais para realizar a checagem o *sing in* – antes da indução anestésica, *time out* – antes da incisão cirúrgica e o *sing out* – antes do paciente sair da sala de cirurgia. Cada um desses momentos é composto por um conjunto de itens e procedimentos a serem checados antes de partir para o próximo momento, o protocolo propõe ainda o monitoramento de alguns indicadores ine-

rentes à segurança cirúrgica, ao percentual de pacientes que recebeu antibiótico-profilaxia no momento adequado, ao número de cirurgias em local errado, ao número de procedimentos errados, à taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco e à taxa de adesão ao checklist, que permitem a identificação de pontos críticos na assistência cirúrgica para desenvolvimento de ações específicas e efetivas^{3,18-20}.

Pacientes cirúrgicos, assim como outros pacientes hospitalizados, estão sujeitos as infecções relacionadas à assistência, como: sepse pós-operatória, infecção sítio cirúrgico, infecção não relacionada ao sítio cirúrgico e outras infecções. O primeiro desafio global para segurança do paciente, lançado em 2005, teve o intuito de promover a higiene das mãos entre profissionais e cidadãos por meio do protocolo de higiene das mãos, reduzindo e prevenindo as infecções relacionadas à assistência à saúde^{10,11}.

Padovezel²² alerta sobre as IRAS serem um problema de saúde pública e diz que,

mesmo com algumas iniciativas, as proporções do problema são ocasionalmente subestimadas, obtendo suporte para ações de prevenção insuficientes.

A autonomia do paciente e a comunicação médico/paciente é crucial ao considerar o princípio da capacitação no cuidado centrado na pessoa, pois auxilia o paciente a desenvolver os conhecimentos, as aptidões e a confiança necessária para gerir as informações sobre si e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde assumindo o protagonismo de seu cuidado^{10,12}.

Em geral, os eventos adversos mais frequentes no centro cirúrgico são complexos por se tratarem de pacientes críticos, no entanto, são passíveis de ser prevenidos por meio da sistematização da assistência, da educação permanente da equipe multiprofissional, da aplicação efetiva de protocolos de prevenção de trombose, do checklist de segurança cirúrgica e do cumprimento de diretrizes e protocolos baseados em evidência²³. Um estudo realizado em três hospitais brasileiros em 2013,

identificou fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos e observou que em 55,9% dos casos o fator contribuinte estava relacionado ao não cumprimento de protocolos ou diretrizes clínicas¹⁶.

A partir desse estudo, os profissionais de saúde podem rever os processos e seus fluxos dentro do bloco cirúrgico, a fim de desenvolver ou fortalecer barreiras para reduzir os danos e contribuir para segurança do paciente cirúrgico.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, os profissionais de saúde podem rever os processos e seus fluxos dentro do bloco cirúrgico a fim de desenvolver ou fortalecer barreiras para reduzir os danos e contribuir para segurança do paciente cirúrgico.

O estudo teve como limitação a inexistência de uma classificação mundial dos eventos adversos, com nomenclatura própria que auxilie a identificação dos eventos adversos em diferentes países. 🐦

Referências

- Penna MM, Duarte I, Cohen C, Oliveira RA. Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência. *RevBioét(Impr)*. 2012;20(1): 78-86.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, BreizatAHS, Dellinger EP. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009; 360(1): 491- 499.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS). Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009.
- Brasil. Anexo 03: Protocolo para Cirurgia Segura. [Internet]. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz; jul.2013a [Acesso em: 31 de agosto de 2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/fit/em/protocolo-de-cirurgia-segura>.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991; 324(6):370-376.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- Vila Nova VR, Marques JL, Santos TB, Oliveira JR, Prates DO, Santos AS, et al. Analysis of the patient safety culture in a public hospital in Brazil. *International Journal of Development Research*. 2019; 9(3): 26254-26259.
- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNP). *Diário Oficial da União*; 2013b; (62):43.
- Paiva MCMVS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos Adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *RevEscEnferm USP*. 2010; 44 (1): 287-94.
- Fiocruz. Simplificando o cuidado centrado na pessoa: o que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa - Guia rápido. Fiocruz: Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde; 2016.
- Cassiani, SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev. Bras. Enferm*. 2005; 58(1): 95-99.
- IBSP. Termo de Consentimento: como elaborar e aplicar para evitar problemas jurídicos. IBSP- Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente. Cultura de Segurança & Gestão. São Paulo/SP: 2018.
- Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. *Lancet*. 2008; 372(9633) :139-44.
- ANVISA. Relatórios dos Estados: eventos Adversos [Acesso 17 Out 2017]. 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados>.
- Moura MLO, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *RevBrasEpidemiol*. 2012; 15(3): 523-35.
- Mendes W, Pavao ALB, Martins M, Moura MLO, Travassos C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2013; 9(5): 421-428.
- Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J. Pediatr*. 2002; 78 (4): 261-8.
- Carmanho G. Cirurgia segura para todos. *Rev. Bras. Ortop*. 2014; 49(6): 553-554.
- WHO. World Alliance For Patient Safety. Implementation manual - surgical safety checklist - safe surgery saves lives. [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [Acesso em: 23 de maio de 2017]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/index.html.
- Canthpole K, Russ S. The problem with checklists. *Bmj Quality & Safety*. 2015; 24(9): 545-549.
- Brasil. Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Ministério da Saúde/ Anvisa/ Fiocruz; 2017.
- Padovezei MC, Fortaleza CMCB. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. *ver. Saúde Pública*. 2014; 48(6): 995-1001.
- Costa Junior AS. Assessment of operative times of multiple surgical specialties in a public university hospital. *Einstein (São Paulo)*. 2017; 15(2): 200-205.

O estágio curricular supervisionado em enfermagem sob a ótica dos concluintes do curso

RESUMO | Objetivo: Investigar as dificuldades e contribuições do estágio supervisionado sob a ótica dos estudantes de enfermagem de uma instituição privada do município de Belém-Pa. Método: Estudo de caráter exploratório, de campo com abordagem qualitativa. A coleta de dados, por meio de entrevista semiestruturada ocorreu no mês de maio de 2019. A análise de dados foi de conteúdo segundo Bardin. Resultados: Evidenciaram-se uma divergência equilibrada entre os participantes, sobre o estágio como lugar de aprendizagem, visto que ao pensar sobre esse aspecto os estudantes associam a aprendizagem, ao relacionar teoria com a prática clínica e a realização de procedimentos técnicos específicos das atividades de enfermagem. Os estudantes identificam as dificuldades e as suas consequências para seu aprendizado e a contribuição do estágio para sua formação profissional. Conclusão: O estágio supervisionado é o momento de se desenvolverem competências e habilidades de ser enfermeiro tanto no aspecto assistencial, quanto gerencial.

Palavras-chaves: Estágio Clínico; Estudantes de Enfermagem; Metacognição.

ABSTRACT | Objective: To investigate the difficulties and contributions of the supervised internship from the perspective of the nursing students of a private institution in the city of Belém-Pa. Method: Exploratory, field study with qualitative approach. Data collection through semi-structured interviews occurred in May 2019. Data analysis was based on Bardin's content. Results: A Balanced divergence was evidenced among the participants about the internship as A place of learning, since when thinking about this aspect, students associate learning, by linking theory with clinical practice and the realization of Specific Technical procedures of nursing activities. Students identify the difficulties and their consequences for their learning and the contribution of the internship to their professional training. Conclusion: The supervised internship is the moment to develop competencies and skills to be a nurse in both the care and managerial aspects.

Keywords: Clinical Clerkship; Students, Nursing; Metacognition.

RESUMEN | Objetivo: Investigar las dificultades y aportaciones de la pasantía supervisada desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería de una institución privada en la ciudad de Belém-Pa. Método: Exploratorio, estudio de campo con enfoque cualitativo. La recopilación de datos a través de entrevistas semiestructuradas se produjo en mayo de 2019. El análisis de datos se basó en el contenido de Bardin. Resultados: Se evidenció una divergencia equilibrada entre los participantes sobre la pasantía como lugar de aprendizaje, ya que al pensar en este aspecto, los estudiantes asocian el aprendizaje, vinculando la teoría con la práctica clínica y la realización de Procedimientos técnicos específicos de las actividades de enfermería. Los estudiantes identifican las dificultades y sus consecuencias para su aprendizaje y la contribución de las prácticas a su formación profesional. Conclusión: La pasantía supervisada es el momento de desarrollar competencias y habilidades para ser enfermera tanto en el aspecto asistencial como en el de gestión.

Palabras claves: Prácticas Clínicas; Estudiantes de Enfermería; Metacognición.

Marcos Neuilly De Almeida Rodrigues

Enfermeiro pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia UNIFAMAZ. Belém-PA.

Rosenil Brito Dos Santos

Enfermeiro pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia UNIFAMAZ. Belém-PA.

Fernanda Farias Da Silva

Enfermeira pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia UNIFAMAZ. Belém-PA.

Daniele Melo Sardinha

Mestranda em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, pelo Instituto Evandro Chagas IEC. Ananindeua-PA.

Pedrinha do Socorro Castro dos Prazeres

Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia UNIFAMAZ. Belém-PA.

Ana Gracinda Ignácio Da Silva

Doutora em Enfermagem, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ. Docente do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia UNIFAMAZ. Belém-PA.

Recebido em: 20/07/2019

Aprovado em: 18/09/2019

INTRODUÇÃO

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), número 441 de 2013, O (ECS) é o ato educativo supervisionado e obrigatório e desenvolvido no ambiente de trabalho visando à preparação dos estudantes para o trabalho. O estágio deve fazer parte do Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso, que além de integrar o itinerário formativo do estudante, promove o aprendizado das características próprias da atividade profes-

sional, objetivando o desenvolvimento deste para a vida cidadã e para o trabalho¹.

O estágio supervisionado garante ao discente uma oportunidade de se autodescobrir como profissional, de conviver com outros colegas de profissão, de vivenciar habilidades como responsabilidades que lhes são conferidas e liderança de equipe, tão essenciais para a formação do futuro enfermeiro².

Essa atividade curricular é entendida por Dias et al³ como um importante instrumento para formação dos profissionais de enfermagem, no qual se desenvolvem habilidades profissionais e se aperfeiçoam técnicas e procedimentos realizados diariamente no exercício da profissão.

Esse período de aprendizagem em campo tem a função de consolidar o aprendizado teórico para formar profissionais mais capacitados e prepará-los para en-

frentar o mercado de trabalho. Portanto, o estágio passa a ser valorizado no sentido de proporcionar o exercício de aproximação ao mundo real. Nessa perspectiva, explicita-se a preocupação com a formação de enfermeiros generalistas, ressaltando-se a obrigatoriedade do estágio curricular como elemento indispensável nessa construção⁴.

Porém, de um modo geral, a negociação para a realização do estágio na rede de saúde é tensionada pelo embate entre forças que envolvem o saber e o poder². Além disso, vivencia-se no estágio supervisionado curricular dificuldades que vão desde técnicas, humanísticas, estruturais e de acessibilidade, levando a seguinte questão de pesquisa: Qual a ótica sobre o estágio curricular, dos concluintes do curso de bacharelado em enfermagem de uma Instituição Privada de Ensino Superior, do município de Belém?

O estudo é relevante pois, tem como base a percepção dos estudantes que realizam o estágio curricular, abordando sua experiência durante esse período, estimulando-os a pensar sobre sua aprendizagem a partir desse espaço importante para significar o conteúdo teórico-prático no espaço de vida profissional real.

MÉTODO

Estudo exploratório, do tipo estudo de campo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro elaborada com base nos objetivos do estudo. Participaram do estudo 21 estudantes de ambos os gêneros, dos 43 alunos matriculados no último período do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior privada do município de Belém-Pará. Essa amostra foi alcançada,

considerando a facilidade de acesso aos participantes no campo de estágio ou na faculdade e disposição e aceitação deles para participar da pesquisa. Teve como critério de inclusão, alunos de ambos os sexos devidamente matriculados na Instituição de Ensino Superior, cursando o 10º período do curso de bacharelado em enfermagem. Como critério de exclusão, alunos que não estejam em campos de estágio supervisionado durante a coleta de dados, ou que estejam de licença de saúde.

A coleta de dados aconteceu nos locais de estágio dos participantes e algumas na dependência da faculdade, considerava-se sempre a opção do participante. A entrevista foi registrada no roteiro de entrevista, pois os participantes preferiram que não fossem gravadas. Assim, procedeu-se a escuta sensível, registro e validação dos registros com os participantes.

Procedeu-se a análise de conteúdo de Bardin⁵, para tal seguiu-se as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na fase de pré-análise organizou-se todos os documentos de registros, por cada questão do roteiro e procedeu-se a análise exaustiva dos dados em busca de convergências e divergências nas informações produzidas que indicasse as categorias temáticas. Para tal foram construídos quadros e sistematizados nos mesmos as falas dos participantes em cada questão investigada.

Na segunda fase, a de exploração de material, foram identificadas as frases, palavras-chaves, que após a leitura foram agrupadas e formaram as categorias temáticas do estudo. A partir das categorias temáticas foram agrupadas as falas que tinham o mesmo significado em quadros temáticos. Identificou-se

cinco categorias temáticas: Estágio: oportunidade de aprendizagem; transferência de experiência de aprendizagem; dificuldades no campo de estágio; contribuições do estágio supervisionado; estratégias de melhoria para o estágio supervisionado.

Na terceira fase, ocorreu o tratamento dos resultados e interpretação, realizou-se a descrição das categorias temáticas e a discussão dessas categorias, com base em autores que corroboraram os resultados encontrados.

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos da Resolução 466/12⁶ e foi submetida a avaliação ética e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia- UNIFAMAZ e aprovado sob protocolo: CAAE:09609419.8.0000.5701 e Número do Parecer: 3.222.290.

RESULTADOS

O quadro 1. Apresenta os dados demográficos dos participantes do estudo.

Dos 21 participantes, 18 tem idade entre 20 e 35 anos, a maioria (15) são mulheres, são solteiros (11) e casadas (os) ou em união estável (10). Portanto, tem-se um perfil de estudantes jovens, predominantemente feminina e dividido entre aqueles que já tem uma família constituída e os que não tem.

Categorias Temáticas

Os resultados sob a ótica dos estudantes quanto ao estágio supervisionado, foi distribuído em categorias temáticas que serão descritas a seguir.

Estágio: Oportunidade de aprendizagem

A metade dos participantes (11) consideram que ocorre aprendizagem no dia a dia do estágio, e os demais consideram que há pouca aprendizagem. A aprendizagem acon-

Quadro 1 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

Idade	Qt	Gênero	Qt	Estado Civil	Qt
20-30anos	14	MASC	06	CASADO	06
31-40anos	06	FEM	15	UNIÃO ESTÁVEL	03
+40anos	01	-	-	SOLTEIRO	11
		-	-	VIÚVO	01

Fonte: Dados da Pesquisa

tece sob a ótica desses estudantes, quando há uma relação entre teoria e prática, com oportunidade de realizar cuidados que foram aprendidos em sala de aula, conforme exemplificação de algumas falas:

“...oportunizando o agir, corrigir e melhorar algo que demonstramos dificuldades” (4, 2019).

“Consigo relacionar com qualificação o teórico da prática”. (14, 2019)

O estágio também é visto como forma de ajudar a exercer a profissão dando oportunidades de desenvolver conhecimentos, condutas, aprimoramento de técnicas. A técnica utilizada para o desenvolvimento do estágio é considerada satisfatória, isso significa ter condições de relacionar teoria e prática e atender diversos casos clínicos, assim como, ter orientação adequada do preceptor e quando o preceptor apresenta autonomia no local de prática, a aprendizagem é desenvolvida com mais propriedade. É o que se verifica por exemplo, nas seguintes falas:

“Descrevo como plausível devido a forma de cobrança do preceptor por busca de conhecimento e aprimoramento de técnicas” (7, 2019).

“Somos orientados de que maneira devemos executar o que aprendemos em sala”. (4, 2019)

Nesse sentido, o estágio atendeu as expectativas dos estudantes de aprendizagem, de conseguir relacionar teoria e prática e realizar procedimentos. Alguns relataram que tinham receio do estágio por considerarem que ele poderia ser difícil, assim como, medo de não conseguirem colocar em prática a teoria. Como exemplifica-se com algumas falas:

“Percebi que a teoria e a prática se corresponderam” (9, 2019)

“Por que os preceptores nos deram oportunidades para praticar.” (4, 2019)

Entretanto, outra metade dos participantes caracterizam o estágio com pouco aprendizado, os que definem dessa forma afirmam que o fluxo de pacientes e atividades no turno da

tarde é menor se comparado com a manhã. É relatado ainda, a falta de estrutura do local de estágio, assim como, pouca atenção por parte do preceptor e grande número de alunos por grupo. Além disso, nem sempre é possível relacionar teoria com a prática, e o tempo de estágio é considerado menor do que pensam que deveria ser. Como apontam as falas a seguir:

“Insatisfatório, quantidade grande de alunos para apenas um grupo” (6, 2019).

“De maneira falha, pois sem praticar o que aprendemos na teoria não teremos confiança e habilidades para exercer a profissão”. (12, 2019).

Quanto as expectativas sobre o estágio supervisionado, uma significativa parcela dos participantes (13), relatou expectativas de que o estágio apresentasse mais oportunidades de aprendizagem, de realizar procedimentos técnicos, de atuar como enfermeiro na assistência e gerência do serviço, de mais disponibilidade do campo de prática, de certa autonomia nas consultas dos pacientes.

Entretanto, relatam poucas oportunidades para desenvolver atividades em virtude do horário (vespertino), poucos procedimentos, por falta de autonomia do preceptor no campo de estágio, principalmente, na atenção básica.

Observa-se que nesta categoria há uma divergência equilibrada entre os participantes, sobre o estágio como lugar de aprendizagem, visto que ao pensar sobre esse aspecto os estudantes associam a aprendizagem quando podem relacionar teoria com a prática clínica e realização de procedimentos técnicos específicos das atividades de enfermagem. Da mesma forma, definem a aprendizagem insatisfatória, quando as oportunidades de atendimento ao paciente e realização de técnicas são quantitativamente deficientes.

Transferência de experiência de aprendizagem

Nesta categoria, a maioria dos participantes (16) relataram que já levaram uma experiência de aprendizagem para outra situação semelhante. Entre as experiências que puderam reproduzir em mais de um momento de estágio estão: a consulta de enfermagem, pro-

cedimentos como sondagens, curativos, ações educativas no pré-natal, acolhimento, coleta de PCCU, teste rápido para sífilis. Como observa-se nos seguintes relatos:

“Ações educativas de acolhimento, aleitamento materno etc.” (2, 2019)

“Tratamento de feridas em pé diabético e acompanhar a evolução dela.” (12, 2019)

“Aspirar, passagem de sondas” (20, 2019)

Essa é uma reflexão importante sobre seu aprendizado, pois o faz pensar no quanto ele se desenvolveu a partir do primeiro contato com uma determinada situação de aprendizagem e como ela ajudou quando se deparou com situações semelhantes.

Dificuldades no campo de estágio

Sobre esta categoria, a maioria dos participantes (13) relataram como dificuldades: distância dos locais de estágio, insegurança, de locomoção, infraestrutura inadequada dos locais de estágio, falta de equipamentos e materiais no campo de estágio, falta de logística para os alunos, falta de oportunidades para realizar atendimento e procedimentos como PCCU, falta de autonomia do preceptor.

Sobre a localização de campos de estágio, relatam que são em bairros considerados perigosos, de acesso difícil e distantes dos locais que residem. Esse fato faz com que prejudique o aprendizado, pois entre sair do local de trabalho ou de sua residência até o local de estágio, faz com que cheguem cansados, com sensação de fadiga física o que interfere no aproveitamento e aprendizagem. É o que se observa nos exemplos a seguir:

“Cansaço devido a distância que gerava fadiga, dificultando o aprendizado”. (17, 2019)

“Porque os campos são em bairros perigosos”. (1, 2019)

Quanto a infraestrutura dos locais de estágio, principalmente de atenção básica, a falta de equipamentos e materiais leva a improvisação, que alguns chamam de criatividade. Também a falta de um local destinado

aos alunos, dificulta que eles se reúnam para discutir casos, tirar dúvidas. As dificuldades em relação ao atendimento, são indicadas pela baixa demanda de usuários ao setor no turno vespertino, assim como da pouca autonomia dos preceptores. Por exemplo:

“Poucos recursos para o trabalho” (16, 2019)

“População usa o serviço pela manhã.” (10, 2019)

Os estudantes identificam com clareza as dificuldades e suas consequências para seu aprendizado, demonstrando maturidade e preocupação com suas limitações. Indicam algumas alternativas, como por exemplo, procurar alocar os alunos em locais de estágio próximo a área em que residem, assim como, preceptores que tenham aproximação com os locais de prática, o que para eles pode diminuir algumas das dificuldades apontadas. Essa é uma problemática que reflete em primeiro lugar, a questão de segurança do estado e até nacional, entretanto, apesar de serem áreas consideradas “vermelhas” não se pode furtar de atender a população que nela vive, mas que sem dúvida é necessárias políticas públicas que garantam aos profissionais de saúde serenidade para esse atendimento e condições estruturais aos serviços de saúde.

Contribuições do estágio supervisionado

As contribuições do estágio supervisionado, percebidas pelos participantes do estudo são apontadas como aprimoração do conhecimento, segurança profissional, qualificação para o exercício profissional, crescimento, desenvolvimento e formação específica, gerando expectativa de se tornar um profissional qualificado e de contato com a realidade de saúde no Brasil, que de certa forma é o que vão lidar como profissionais.

Isso significa para os participantes, que o estágio supervisionado ajuda o estudante a se tornar um bom profissional, com ética e postura profissional. É no estágio que se aprende ser enfermeiro e como deve agir em diversas situações de conflitos e com o paciente, ou seja, ensina a tomar decisões assistenciais e gerenciais. Além disso, desenvolve a habilidade técnica fazendo com que

eles se sintam com mais segurança para atuar como enfermeiro. É uma oportunidade de experiência que auxilia no desenvolvimento da autonomia na realização de procedimentos, no contato direto com o paciente e na relação da teoria com a prática do sistema de saúde. Exemplificado nas falas a seguir:

“O estágio me deu a segurança de ser enfermeiro”. (3, 2019)

“A confiança que podemos adquirir em nós mesmos, sentir-se realmente enfermeiro”. (4, 2019)

Os que consideram fragilidades na contribuição do estágio supervisionado, indicam a falta de oportunidades, de logística e que não exerceram o gerenciamento e sim predominantemente, procedimentos técnicos, segundo esses, de responsabilidade mais do técnico de enfermagem, do que do enfermeiro. É importante ressaltar, entretanto, que os participantes reconhecem o seu papel nesse processo e refletem que precisam melhorar em várias áreas, que precisam ser mais participativos e ativos no seu aprendizado. Percebem que precisam aproveitar as oportunidades, saber sanar as dúvidas e se aprofundar nos estudos. Sentem-se que são responsáveis pelo seu aprendizado e que tem papel de fortalecer esse aprendizado para transferir isso no cuidado aos pacientes. Observa-se por exemplo nas falas:

“Bom aproveitamento das oportunidades, sanar dúvidas, aprofundamento nos estudos.” (6, 2019)

“Temos o papel de fortalecer nosso aprendizado e procedimentos para passarmos para nossos pacientes de forma correta.” (19, 2019)

Quanto aos preceptores, os participantes de modo geral, vem esses profissionais como, bons profissionais, acessíveis, com conhecimentos teórico e prático, esforçados, dinâmicos e ativos, que mesmo com todas as dificuldades, se esforçam para melhorar o estágio. Isso quer dizer, que em sua maioria os participantes reconhecem o preceptor como alguém que repassa conhecimento e o direcionam em busca do aprendizado. Como exemplos a seguir:

“Bons profissionais, acessíveis, tem conhecimentos científicos, teórico e prático”. (6, 2019)

“Depende do preceptor, uns são muito esforçados e outros tem dificuldades” (21, 2019)

A contribuição dos enfermeiros no seu aprendizado, é considerado pelos participantes importante, pois, são acolhedores na sua maioria, receptivos, cordiais, dão oportunidade para os estudantes realizarem as atividades, como por exemplo, consultas de enfermagem, porém são pouco participativos, não se envolvem no processo de aprendizagem, não se preocupam com os estudantes, o que consideram que isso ocorra pela sobrecarga de trabalho que eles têm na unidade. Como por exemplo:

“De muita importância pois ele é quem nos dá oportunidades para fazer consultas.” (17, 2019)

“Pouco participativo no processo de aprendizagem, devido à sobrecarga de trabalho na unidade” (7, 2019)

Dessa forma, os participantes sabem identificar a contribuição de cada segmento que faz parte do seu processo de aprendizagem no estágio curricular, inclusive seu próprio papel, com suas diferenças, possibilidades, limitações., o que indica um claro processo metacognitivo.

Estratégias de melhoria para o estágio

Os participantes relataram que algumas estratégias podem melhorar os campos de estágio. Entre essas, apontam: campos de estágio mais centrais, com melhor acessibilidade, de melhor qualidade de infraestrutura e material, ou seja, melhoria de convênios para prática e estágios curricular. Consideram ser necessário a reformulação nos campos de estágio, com mudanças de alguns desses locais, e considerar uma logística em relação aos campos, alocando os estudantes mais próximos de sua área residencial, consideram que tais medidas trariam impacto positivo ao aprendizado. Os participantes possuem uma visão crítica sobre os aspectos do estágio su-

pervisionado que na sua percepção, precisam ser reorganizados e reformulados, para que os estudantes possam alcançar as expectativas que possuem em relação ao mesmo.

DISCUSSÃO

Os participantes (11) do estudo apontam, que no estágio supervisionado foi possível relacionar o conteúdo teórico com a prática e que o oportunizou o exercício profissional desenvolvendo conhecimentos, condutas, aprimoramento de técnicas, tal pensamento vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem DCN/ENF que apontam para a necessidade de definição de estratégias que articulem o saber (os conteúdos), o saber fazer (atitudes/habilidades) e o saber conviver (competências) e que esses parâmetros, por sua vez, oferecem os elementos para as bases filosóficas, conceituais e metodológicas que irão definir um perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdo, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação, pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no SUS⁷.

O Estágio Curricular Supervisionado no Curso de Graduação em Enfermagem, aprovado pela Lei nº. 11.788 de 25 de setembro de 2008 propõe desenvolver as atribuições conforme o exercício profissional, e determinar a realização do estágio como prática necessária para se alcançar o diploma (BRASIL, 2008). Portanto, a formação de um profissional para o mercado de trabalho não pode ser marcada apenas pela teoria é preciso, que o discente conheça seu espaço de atuação, e é no ECS, que se encontra a oportunidade de o aluno expandir conhecimentos, associando a teoria à prática².

O momento esperado do estágio supervisionado gera expectativas, que nem sempre foram atendidas na percepção da maioria dos participantes, em relação ao desenvolvimento de procedimentos e atividades de competência do enfermeiro e da disponibilidade dos campos de estágio nem sempre positivas. Isso vai de encontro ao que Rigobello et al⁹ colocam sobre o ECS possibilitar, ampliar as

oportunidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, dentre as quais destaca-se a gerência, realizando práticas de enfermagem junto a indivíduos, famílias, grupos e comunidade, vivenciando, situações concretas do mundo do trabalho, interligadas às demandas da população e aos desafios e possibilidades dos serviços de saúde, o que possibilita o desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes no cenário de trabalho contribuindo para que o acadêmico de enfermagem desenvolva várias competências gerenciais e relacionadas a assistência, o que torna esse momento fundamental. Além disso, a importância de se tomar a integralidade como objeto de reflexão de práticas da equipe de saúde e sua gerência se baseia na compreensão de que a construção da integralidade não ocorrerá em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial¹⁰.

Apesar disso, a maioria dos participantes (16) indicam que já tiveram oportunidade de levar um aprendizado do estágio supervisionado, para outra situação, o que significa que a experiência de aprendizagem foi positiva e que eles apresentam uma predisposição para aprendizagem de novas habilidades e competências. Isso ocorre devido a aprendizagem ser um processo psicológico que provoca mudanças no comportamento do indivíduo, que articula competências, habilidades e atitudes que resultam da interação dele com o meio onde está inserido, adquirindo a capacidade de utilizar o conhecimento na prática. Para tal, é necessário o processamento de informações que facilite a retenção, a recuperação e o uso posterior de novas informações, assim como, engloba comportamentos direcionados a aprendizagem e uso de novos conhecimentos e habilidades, bem como contribui para sua aplicação em diferentes contextos¹¹.

Além disso, ao indicar aspectos de sua aprendizagem, e refletir sobre sua participação nesse processo, os participantes estão fazendo uso da cognição e da metacognição, pois tomam consciência do modo pelo qual o

conhecimento é adquirido e gerenciam esse processo para facilitar o aprendizado e aplicá-lo em resolução de problemas a partir de sua interação com o meio¹². Para que isso aconteça é preciso que utilizem estratégias de memorização, conexão de aprendizagem, elaboração e reestruturação do conhecimento⁸.

Entretanto, esses estudantes enfrentam dificuldades que vão desde o acesso ao local de estágio, a infraestrutura dos campos disponibilizados, deficiência de recursos, falta de oportunidades de desenvolvimento de habilidades, nem sempre são acolhidos de forma que esperam pelos enfermeiros e este não tem menor envolvimento em dividir sua experiência e conhecimento com eles. Essas dificuldades são corroboradas por alguns autores, como Dias et al³, que apontam que a vivência no estágio nem sempre é positiva. Ao comunicar-se pela primeira vez com seu ambiente de estágio, os estudantes vivenciam diversos sentimentos em suas relações com o cliente, com o professor e com os próprios colegas da área da saúde, mobilizando diferentes expectativas. Dessa maneira, alguns acadêmicos sofrem muitas dificuldades para o ingresso no ECS, por inúmeros motivos, alguns por indisponibilidade de horários ou dificuldades de acesso, sendo que, alguns campos de estágios são situados em cidades diferentes da qual o aluno vive, e até mesmo por falta de local disponível para recebimento desses acadêmicos¹³. Sobre isso, Bosquetti e Braga¹⁴, ressaltam que, as dificuldades e angústias vivenciadas pelos graduandos no relacionamento com os pacientes, professor e com o ambiente em que estão inseridos produzem efeitos positivos e negativos no tocante as primeiras experiências práticas do aluno junto aos pacientes. Os fatores negativos estão relacionados aos cuidados de pacientes de alta complexidade, presenciar a morte, a percepção dos alunos de que os profissionais inseridos na área de saúde são insensíveis à dor e a morte.

Ao pensarem e perceberem a contribuição do estágio supervisionado em sua formação profissional, ressaltam que estão aprendendo a ser enfermeiros. Percebe-se que os estudantes sabem descrever e pontuar o que o estágio supervisionado oferece, desde o desenvolvimen-

to de habilidades até o desenvolvimento de condutas comportamentais. Para isso, se utilizam do conhecimento metacognitivo, que se refere ao mundo de conhecimentos adquiridos relacionados com questões cognitivas¹⁵. Isso é importante, visto que a metacognição não é apenas um conhecimento sobre a cognição, mas uma etapa do processamento de nível elevado, que é adquirida e desenvolvida pela experiência e pelo conhecimento específico que é armazenado, é uma conquista evolutiva do ser humano, devido a sua necessidade de adaptação ao ambiente.¹⁶

Observa-se que esses estudantes, sabem descrever seu aprendizado, ao longo do estágio supervisionado, relatam vivências e seu significado, sua satisfação e insatisfação e isso se caracteriza em eventos metacognitivos, o que é corroborado no estudo de Silva e Peixoto¹⁵, que pesquisaram sobre a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem em formando de enfermagem e evidenciaram que os acadêmicos pesquisados, também se utilizaram de eventos metacognitivos para

descrever sobre seu processo de aprendizagem, compartilhando suas vivências, experiências, conhecimentos, dúvidas, satisfação e desapontamentos que fizeram parte de seu contexto de aprendizagem.

CONCLUSÃO

Para os participantes, o estágio supervisionado é caracterizado como um local onde devem aprender ser enfermeiros, e para a maioria dos participantes tem cumprido esse papel, entretanto, relatam também, que é um espaço onde enfrentam algumas dificuldades, que vão desde acesso ao local de estágio, infraestrutura deficiente e pouca demanda de pacientes para o atendimento, principalmente, na atenção básica. Os estudantes apontam que o estágio supervisionado, atendeu as expectativas em parte e que a atuação do preceptor foi importante em alguns casos, porém, insuficiente em outros momentos por falta de autonomia e pela ausência de um planejamento conjunto com os enfermeiros das unidades. Sobre os

enfermeiros da unidade, os participantes definem como totalmente omissos no processo de aprendizagem dos alunos, limitando-se ao acolhimento e colocando à disposição a unidade. Consideram que algumas medidas podem contribuir para a melhoria do estágio supervisionado, como por exemplo, melhorar a acessibilidade aos campos de estágio, convênios com campos que sejam mais bem estruturados para receberem os alunos e qualificação da preceptoria. Conclui-se, que sob a ótica dos estudantes, o estágio supervisionado é o momento de desenvolverem as competências e habilidades de ser enfermeiro tanto no aspecto assistencial, quanto gerencial, porém, que atende em parte a esse propósito. Observa-se, portanto, a necessidade de discussões sobre estratégias que viabilizem o melhor aproveitamento pelos discentes desse momento, que se configura, entre outras estratégias, na maior aproximação com os campos de prática e assegurar que os estudantes desenvolverão as competências exigidas para sua futura prática profissional. 🐦

Referências

1. Marchioro D, Ceratto P, Bittencourt JVV, Martini JG, Silva CC da, Silva TG Da. Estágio Curricular Supervisionado: Relato Dos Desafios Encontrados Pelos (As) Estudantes. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2017;21(2):119–22.
2. Lima D, Pereira O. Contribuições Do Estágio Supervisionado Para a Formação Do Profissional De Enfermagem: Expectativas E Desafios. *Rev Enferm Contemp*. 2014;3(2).
3. Dias EP, Stutz BL, Resende TC de, Batista NB, Sene SS de. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. *Rev Psicopedag*. 2014;31(94):44–55.
4. Martins KRM, Oliveira T de, Filho ALDB, Gouveia PS, Sousa, Almeida EP de O, et al. Perspectiva de acadêmicos de enfermagem diante dos estágios supervisionados. *C&D-Revista Eletrônica da Faionar*. 2016;9(1):56–73.
5. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70th ed. Pinheiro A, editor. São Paulo; 2016. 281 p.
6. Brasil M da S. Resolução No 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. *Diário Oficial da União DOU*. 2012 [cited 2019 Sep 14]. p. 12. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Teixeira E. O ensino de graduação em enfermagem no Brasil : o ontem, o hoje, o amanhã [Internet]. Brasília: INEP, Ministério da Educação; 2006 [cited 2019 Jul 6]. 69–96 p. Available from: https://www.estantevirtual.com.br/boniek/elizabeth-teixeira-euclea-gomes-e-outras-ensino-de-graduacao-em-enfermagem-no-brasil-o-ontem-o-hoje-e-o-265763692?gclid=Cj0KCQjw-jYHpBRC4ARsAI-3GkHXI2BvDJ7TnLy5IXHD4z9HO0mBmrxN3IBQ-XB1WA-bUIZjgAaP-xeAaAs_DEALw_wcB
8. Brasil M da E. LEI No 11.788, DE 25 DE SETEMBRO DE 2008. [Internet]. *Diário Oficial da União DOU*. 2008 [cited 2019 Sep 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11788.htm
9. Rigobello JL, Bernardes A, Moura AA de, Zanetti ACB, Spiri WC, Gabriel CS, et al. Supervised Curricular Internship and the development of management skills: a perception of graduates, undergraduates, and professors. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 Apr 9 [cited 2019 Sep 14];22(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000200203&lng=en&tlng=en
10. Fracollí LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2011 Oct [cited 2019 Sep 14];45(5):1135–41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015&lng=pt&tlng=pt
11. Coelho Junior FA, Borges-Andrade JE. Uso do conceito de aprendizagem em estudos relacionados ao trabalho e organizações. *Paid (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jul 6];18(40):221–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2008000200002&lng=pt&tlng=pt
12. Neves DA de B. Meta-aprendizagem e Ciência da Informação: uma reflexão sobre o ato de aprender a aprender. *Perspect em Ciência da Informação* [Internet]. 2007 Dec [cited 2019 Jul 6];12(3):116–28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-99362007000300009&lng=pt&tlng=pt
13. Silva CMV da, Silva LF da, Silva MEBV da S, França SB de, Silva ARS. Sentimentos dos enfermeiros frente ao estágio curricular: Quais as dificuldades e expectativas? *Cad Grad*. 2013;1(1):51–66.
14. Bosquetti LS, Braga EM. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2008 Dec [cited 2019 Sep 14];42(4):690–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400011&lng=pt&tlng=pt
15. Silva AGI da, Peixoto MAP. *Metacognição e aprendizagem do diagnóstico de enfermagem Experiências e perspectivas*. 1st ed. Novas Edições Acadêmicas; 2015. 60 p.
16. Andretta I, Silva JG da, Susin N, Freire SD. Metacognição e Aprendizagem: como se relacionam? *PSICO*. 2010;41(1):7–13.

Percepção do homem sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica

RESUMO | Objetivo: identificar e analisar a percepção do homem sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica. Método: estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado com 30 homens adultos em tratamento cirúrgico, em uma instituição pública federal no município do Rio de Janeiro, Brasil. Aprovação CEP-INCA-CAAE nº52647116430015274. A técnica de coleta de dados se deu no período de maio a julho de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em MP3 e apoiadas em um roteiro com questões pertinentes, relacionadas à qualidade de vida e à saúde do homem antes da cirurgia. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin para investigação dos dados e organização por categorias temáticas. Resultados: emergiu uma categoria temática central denominada “percepção sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia”, que se caracterizou por dois eixos: atitudes consideradas positivas; e atitudes que levaram o homem ao adoecimento por câncer. Conclusão: a avaliação de qualidade de vida antes da cirurgia torna-se necessária e deve ser incluída no plano de cuidado de enfermagem da saúde do homem.

Palavras-chaves: Saúde do homem; Neoplasias bucais; Qualidade de vida relacionada à saúde.

ABSTRACT | Objective: To identify and analyze the perception of men about health-related quality of life before cancer surgery. Method: a descriptive, exploratory, qualitative study conducted with 30 adult men undergoing surgical treatment at a federal public institution in the city of Rio de Janeiro, Brazil. Approval CEP-INCA-CAAE No. 52647116430015274. The data collection technique took place from May to July 2016, through semi-structured interviews recorded in MP3 and supported by a script with pertinent questions related to the quality of life and men's health before surgery. Bardin's Content Analysis technique was used for data investigation and organization by thematic categories. Results: A central thematic category emerged called “health-related perception of quality of life before surgery”, which was characterized by two axes: attitudes considered positive; and attitudes that led the man to illness by cancer. Conclusion: The assessment of quality of life before surgery becomes necessary and should be included in the Men's Health Nursing Care Plan.

Keywords: Men's health; Oral neoplasms; Health-related quality of life.

RESUMEN | Objetivo: identificar y analizar la percepción de los hombres sobre la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía del cáncer. Método: estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo realizado con 30 hombres adultos sometidos a tratamiento quirúrgico en una institución pública federal de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Aprobación CEP-INCA-CAAE No. 52647116430015274. La técnica de recopilación de datos tuvo lugar de mayo a julio de 2016, a través de entrevistas semiestruturadas grabadas en MP3 y respaldadas por un guión con preguntas pertinentes relacionadas con la calidad de vida y la salud de los hombres antes de la cirugía. La técnica de análisis de contenido de Bardin se utilizó para la investigación y organización de datos por categorías temáticas. Resultados: surgió una categoría temática central llamada “percepción de la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía”, que se caracterizó por dos ejes: actitudes consideradas positivas; y actitudes que llevaron al hombre a la enfermedad por cáncer. Conclusión: La evaluación de la calidad de vida antes de la cirugía se hace necesaria y debe incluirse en el Plan de atención de enfermería para hombres.

Descriptorios: Salud de los hombres; Neoplasias orales; Calidad de vida relacionada con la salud.

Ana Angélica de Souza Freitas

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora e Preceptora da Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidar Cuidados de Enfermagem CNPq. RJ, Brasil.

Maria José Coelho

Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Líder do Grupo de Pesquisa Cuidar Cuidados de Enfermagem CNPq. RJ, Brasil.

Júlio Cesar Santos da Silva

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca - CEFET - RJ. Membro do Grupo de Pesquisa de Estudos de Prevenção de Riscos e Agravos à Saúde. CNPq. RJ, Brasil.

Raquel de Souza Ramos

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Hospital Universitário Pedro Ernesto - RJ, Brasil.

Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor da Universidade de Vassouras. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidar Cuidados de Enfermagem CNPq. RJ, Brasil.

Recebido em: 26/07/2019

Aprovado em: 18/09/2019

Introdução

A saúde do homem é um assunto bastante complexo, que parece deitar raízes nos constructos sociais que determinaram – e ainda perpetuam – os modelos de masculinidades hegemônicas. Tais constructos podem auxiliar no entendimento das dificuldades dos homens a procurarem espaços para atendimento de suas necessidades de saúde não apenas em situações emergenciais. Baseado nestes aspectos, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção ao Homem que, em linhas gerais, se propõe a organizar, implantar, qualificar e humanizar, em consonância com os princípios do SUS, a atenção integral à saúde do homem.

Neste sentido, tal política caracteriza-se como uma estratégia de cuidado direcionado às ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde¹, objetivando a promoção da qualidade de vida relacionada à saúde deste grupo social, considerando este conceito de qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição no mundo, no contexto da cultura, expectativas e valores aos seus objetivos².

Assim, esta política preconiza que os profissionais de saúde estejam capacitados e sensíveis ao reconhecimento da necessidade de identificar os elementos psicossociais que potencializam a vulnerabilidade masculina, bem como os principais fatores de morbimortalidade, na direção de atuar principalmente nos agravos evitáveis através de medidas de prevenção primária¹.

O câncer é uma patologia que pertence ao grupo de doenças e agravos não transmissíveis, é a segunda maior causa de adoecimento e morte no Brasil e no mundo^{3,4}. Uma das modalidades de tratamento para a doença é a cirurgia oncológica. Para o presente estudo, realizou-se um recorte para o tratamento das neoplasias do trato aerodigestivo superior, que englobam as regiões da cavidade

“ Neste sentido, tal política caracteriza-se como uma estratégia de cuidado direcionado às ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde¹, objetivando a promoção da qualidade de vida relacionada à saúde deste grupo social, considerando este conceito de qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição no mundo, no contexto da cultura, expectativas e valores aos seus objetivos². ”

oral, faringe e laringe⁵, na medida em que estes agravos são mais incidentes em homens.

As pessoas com neoplasia de tal topografia precisam lidar, para além do processo de adoecimento, com o impacto do tratamento cirúrgico sobre os aspectos funcionais e estéticos, o que nos permite a elaboração de estratégias para a avaliação de medidas de suporte nas questões clínicas, sociais e de cuidado à saúde.

De posse das reflexões anteriores, definimos como objeto de pesquisa a qualidade de vida do homem antes da adesão ao tratamento cirúrgico oncológico.

Como objetivos do presente estudo, foram definidas as ações de identificação e análise da percepção dos homens sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica.

A identificação e análise destas percepções poderão contribuir para o fortalecimento da pesquisa, ensino e assistência na área da prevenção, promoção e no cuidado à saúde do homem e áreas afins, tendo em vista a escassez, na literatura brasileira, sobre esta temática, além de gerar novos conhecimentos científicos no campo da Saúde e da Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Para os critérios de inclusão, foram considerados os pacientes do sexo masculino, com indicação de tratamento cirúrgico e em condições mentais que viabilizassem a participação para responder à entrevista. Foram excluídos os homens em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico, com demência mental e que apresentavam diagnóstico clínico de recidiva do câncer. Após a aplicação dos critérios, os participantes foram 30 homens adultos com neoplasias do trato aerodigestivo superior.

O cenário do estudo foi uma instituição de saúde pública federal especializada no tratamento oncológico clínico e

cirúrgico, situada no município do Rio de Janeiro, região Sudeste do Brasil.

A técnica para coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, apoiada em um roteiro com questões pertinentes a qualidade de vida relacionada à saúde do homem antes da cirurgia oncológica. Foi realizado um teste piloto do roteiro da entrevista com oito participantes, com pequeno ajuste no roteiro. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos.

A etapa da coleta de dados ocorreu entre o período de maio a julho de 2016. Todas as entrevistas foram registradas em gravador de MP3. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, com aprovação da Plataforma Brasil CEP-INCA-CAAE nº52647116430015274⁶.

Para análise dos dados da pesquisa, se utilizou a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin. Os dados foram organizados e classificados por categorias temáticas, agrupados em polos cronológicos, tais como: pré-análise; exploração do material; tratamento; e interpretação dos resultados. A saturação teórica foi o critério utilizado para interrupção da coleta de dados⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise das entrevistas, emergiu uma categoria analítica central – “a percepção sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica” –, que será apresentada e discutida a seguir.

1- Categoria temática central – Percepção sobre qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica

Essa categoria se caracterizou por dois eixos principais: o primeiro, “atitudes dos homens consideradas positivas”; e o segundo, “atitudes que levaram o homem ao adoecimento por câncer”.

Eixo 1 – Atitudes dos homens consideradas positivas

Caracterizou-se pela alimentação por via oral e atividades de trabalho formal.

Alimentação pela boca

Para os homens, a qualidade de vida antes da cirurgia era muito melhor, porque sentiam prazer em poder se alimentar pela boca, sentiam o paladar, podiam mastigar, comer hambúrguer e churrasco e beber, como evidenciados nos trechos das falas a seguir:

[...] Antes de ficar doente e antes da cirurgia, a minha qualidade de vida era muito melhor, porque podia me alimentar pela boca, mastigar, fazer tudo, entendeu? [...]. (H9).

[...] Antes da cirurgia, era muito melhor. Podia comer e beber de tudo pela boca [...] (H19).

[...] Antes do câncer e da cirurgia, eu gostava de comer hambúrguer e churrasco [...]. (H23).

A indicação do tratamento cirúrgico ao homem pela neoplasia do trato aerodigestivo superior impõe sofrimento físico, social e psicológico, tendo em vista as alterações causadas nas funções básicas de vida, como a mastigação e a deglutição, com impacto na qualidade de vida. Um estudo de representações sociais sobre o tratamento oncológico evidenciou que, antes da cirurgia, os pacientes confirmavam medos e expectativas principalmente quanto às necessidades de adaptação e às limitações funcionais de mastigação e deglutição decorrentes do tratamento cirúrgico⁸.

Assim, a Enfermagem deve promover o acolhimento, a escuta ativa e o diálogo que se constituam em estratégias para estimular a autonomia do paciente no cuidado, contribuindo para sua reabilitação. O cuidado da escuta ativa caracteriza-se pelo acolhimento das necessidades psicossociais, como a ansiedade e a depressão, em situação de incerteza e fragilidade frente ao tratamento oncológico na neoplasia do trato aero digestivo superior.

A concepção de poder se alimentar por via oral é característica de uma

alimentação normal que envolve uma ingestão balanceada do alimento para satisfazer os requisitos de energia necessários para a função orgânica do corpo, movimento e trabalho⁹.

Para os homens, o aspecto de poder alimentar-se pela boca antes da cirurgia foi um dos fatores considerados positivos na percepção de qualidade de vida.

Atividades de trabalho

Os participantes do estudo relataram que a qualidade de vida antes da cirurgia era muito melhor, porque tinham autonomia, trabalho, possuíam uma vida que consideravam saudáveis, uma vez que podiam realizar as atividades de trabalho formal ou informal, sentindo-se ativos e fortes:

[...] Antes da cirurgia, minha vida era muito melhor, porque estava trabalhando como guarda municipal em uma empresa de contrato. Já estava frequentando a igreja e pagando minha casa própria [...] (H17).

[...] Antes de ficar doente e da indicação de cirúrgica, eu tinha uma vida normal. Trabalhava, era uma pessoa saudável, carregava dois sacos de cimento e subia escada. Era bem forte, uma pessoa sempre ativa [...] (H23)

Evidencia-se nos relatos a masculinidade hegemônica: “carregava sacos de cimento”; “estava trabalhando e pagando a casa própria”. Estudos com homens e masculinidades constataram que os pacientes trazem consigo a responsabilidade de provedor, papel esse atribuído historicamente à população masculina, que se torna prioridade por possibilitar o cumprimento de suas obrigações¹⁰.

Nesse sentido, masculinidades hegemônicas fazem parte da teoria de gênero de Connell, que reconhece múltiplas masculinidades que variam ao longo do tempo, da cultura e do indivíduo¹¹. Com a configuração atual da

prática que legitima a posição dominante dos homens na sociedade e justifica a subordinação das mulheres e outras formas de ser homem.

Observa-se que esses depoimentos são repletos de alusões ao estereótipo de que a masculinidade é ser um homem forte, que trabalha, carrega peso, é produtivo, ativo, envolvido nas tarefas múltiplas da vida cotidiana do ser masculino. Dessa forma, a masculinidade hegemônica marca questões complexas, pois a sua construção não é somente pelo homem, mas pela sociedade, caracterizando-o como forte e provedor da família¹².

Além disso, os profissionais de saúde também valorizam esse estereótipo de masculinidade na prática de cuidado. Estudos mostram que, no atendimento na Atenção Primária de cuidado à saúde, os profissionais colocam os homens invisíveis e invulneráveis a problemas de saúde, por acreditarem que são fortes e responsáveis pelo sustento da família, não podem e não devem ficar doente¹³⁻¹⁴.

Naturalmente, a construção das masculinidades imposta pela sociedade contemporânea influencia na decisão do homem em buscar ou não o serviço de cuidado à saúde, visto que há uma tendência em priorizar o trabalho laboral, considerado como primordial para a manutenção da função de provedor, ainda que colocando em risco a sua saúde e a sua vida.

Eixo 2 – Atitudes que levaram o homem ao adoecimento por câncer

Constata-se que os participantes dessa pesquisa adoeceram por algumas atitudes do cotidiano, como atividades de trabalho em excesso colocadas em primeiro lugar, com procura tardia por cuidado à saúde somente ao sinal de algum sintoma – como a disфонia, a dispneia e a genética das neoplasias do trato aerodigestivo superior – com hábitos de vida considerados não saudáveis, como a ingestão de bebida alcoólica e o consumo

de tabaco, praticados durante uma vida inteira, às vezes iniciados na infância ou na adolescência.

Atividades de trabalho em excesso

Os dados da pesquisa mostraram que os homens colocavam o trabalho em primeiro lugar, dando pouca atenção ao cuidado da saúde, que era deixada em segundo plano mesmo o corpo sinalizando alguma alteração orgânica:

[...] Não me cuidava. Só pensava no trabalho e no dinheiro. Quando descobri que estava doente passei a me cuidar [...] (H1).

[...] Sempre trabalhei muito. Antes da cirurgia, não dava para fazer nada, porque não tinha fôlego, não conseguia respirar direito [...] (H4).

[...] Trabalhava muito, fiquei muito rouco, um mês antes do diagnóstico da doença, estava correndo atrás de trabalhar. Falei com a médica que trabalhava comigo. Aí, ela conseguiu uma fonoaudióloga para mim, fiz por três meses tratamento com a fono e não melhorava. A única coisa que me incomodava era a rouquidão. Não teve jeito: foi indicada a cirurgia [...] (H5).

Nota-se que os serviços de saúde estão pouco preparados para atender a demanda de cuidado à saúde da população masculina. Estudos mostram que esses serviços funcionam de maneira centrada nas consultas individuais, valorizando a assistência médica. Em geral, as consultas são rápidas e os profissionais estão mais preocupados em oferecer uma pronta resposta, o que faz com que tomem decisões voltadas a condutas já conhecidas e centradas na terapêutica de patologias¹⁵⁻¹³⁻¹⁴.

A partir dessas constatações, pensa-se existir um caminho a ser trilhado na busca por ultrapassar as barreiras estru-

turais e culturais responsáveis pelas atitudes negligentes de cuidado à saúde do homem, a fim de atender às necessidades dessa população no que diz respeito à promoção e prevenção de doenças, visando à qualidade de vida.

A impossibilidade de abandonar as atividades laborais funciona não só como um empecilho na busca pelos serviços de cuidado, mas contribui também para a perspectiva de ser o trabalho a única atividade importante na vida cotidiana dos homens.

Além disso, as atividades de trabalho em excesso podem ser refletidas nos dados do estudo de Moura¹⁶, mostram que a maioria das causas de mortes ocorre em homens adultos, de 2,3 vezes maior do que nas mulheres, e com menor expectativa de vida, pois a busca por uma consulta médica acontece somente com o surgimento de uma doença, inviabilizando as ações voltadas à promoção e prevenção de doenças à saúde do homem. Isso se caracteriza pela estrita relação entre um modelo culturalmente construído pela sociedade contemporânea de masculinidades e sua influência no cuidado com a saúde.

Por outro lado, encontra-se, no discurso dos homens, a questão dos fatores de riscos relacionados ao fator ocupacional e ao tipo de trabalho, tais como: o material sintético; a cola; a poeira de asfalto e a madeira:

[...] Não me cuidava. Trabalhava com madeira, poeira e barulho, pegando peso [...] (H24).

[...] Trabalhava com poeira, usina de asfalto e como motorista de caminhão. A rouquidão ia e voltava. Nos últimos cinco anos, foi aumentado. Fazia gargarejo com romã, diziam que era bom para garganta, não resolvia nada. Antes, tinha ido ao clínico geral, mas não pediu exame, passou um remédio que não resolveu. [...] (H19).

[...] O problema do meu câncer foi porque trabalhava com

tinta sintética, que tinha um mau cheiro, coleí muito vulcapiso com a cola [...] (H14)

Conforme os relatos acima, se nota que o trabalho em oficinas mecânicas expõe o trabalhador ao risco de desenvolver câncer da laringe e faringe. O mesmo vale para pintores; açougueiros; pedreiros; encanadores; trabalhadores da construção civil; indústria de vidro; borracha; cerâmica; metal; trabalho em mineração de carvão; trabalho na fundição de ferro e aço¹⁷.

Nas neoplasias da laringe e da faringe, algumas atividades profissionais estão implicadas, como o trabalho na indústria de vidro, cerâmica, manufatura de produtos de metal, mineração de carvão, construção civil, fundição de ferro e aço e borracha¹⁷⁻¹⁸. Assim, as neoplasias do trato aerodigestivo apresentam um diagnóstico e tratamento que influenciam na vida ocupacional do homem e na sua qualidade de vida relacionada à saúde. O estudo evidenciou que os pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento cirúrgico vivenciaram mu-

danças e perdas de atividades laborais, com consequências psicossociais que foram consideradas e cuidadas¹⁸.

Constatou-se ainda que as atitudes consideradas positivas pelos homens frente aos cuidados com a saúde se sobressaíram perante os aspectos de atitudes que levaram ao adoecimento, merecendo destaque as seguintes atitudes: as mudanças nos hábitos de vida cotidiana, como cessação do fumo e da bebida alcoólica antes do adoecimento; a promoção de atividades de lazer, como ir à praia, festinhas de finais de semana; os jogos de futebol com os amigos; o desenvolvimento de atividades laborais; a alimentação por via oral; a anatomia e fisiologia da mastigação e deglutição normais; a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos na pesquisa, concluiu-se que a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde antes da cirurgia oncológica significava poder trabalhar, como realização pessoal; ter condições financeiras para sustentar a família; ter satisfação das necessidades

básicas, como sentir prazer com a alimentação pela boca, poder comer churrasco; mastigar, beber em uma festa com familiares e amigos.

Apesar de saberem que a cirurgia oncológica pode acarretar alterações nas funções básicas de sobrevivência, como na mastigação e na deglutição, influenciando na qualidade de vida, os homens se mantiveram otimistas, pois sabiam que o tratamento iria curar o câncer. Esses resultados mostram que a avaliação da qualidade de vida torna-se necessária como incorporação no cotidiano de cuidado de enfermagem à saúde do homem.

Para as áreas da Saúde e da Enfermagem, essas demandas se tornam desafiadoras, pois a Política de Cuidado à Saúde do Homem tem apenas onze anos e precisa ser pesquisada para a população geral, científica e, em especial, a população masculina brasileira.

Assim, novas pesquisas se fazem necessárias, principalmente para avaliar a qualidade de vida em outras faixas etárias, que possam contribuir para o planejamento do cuidado ao paciente antes da cirurgia oncológica. 🐦

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral Saúde do Homem. Brasília DF, 2008.
2. Organização Mundial de Saúde. The WHOQOL Group 1993. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409.
3. American Cancer Society. Cancer facts e figures 2019. Atlanta, 2019
4. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2017.
5. Galbiatti ALS, Armando PJJ, Victor MJ, Soares RCD, Cristina PE, Maria GBE. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J orhinolaryngol*, São Paulo. 2013; 79 (2): 239-47.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União 13/06/2013, seção 1 p.59.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
8. Leitão BFB, Duarte IV, Bettega PB. Paciente com câncer de cavidade bucal submetidos a cirurgia: representações sociais acerca do adoecimento e tratamento. *Rev SBPH (Minas Gerais)*. [Online]. 2013 [citado 31 mar 2017]; 16 (1):113-40.
9. GUYTON AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
10. Cavalcanti JRD. et al. Assistência integral a saúde do homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc. Anna Nery (Rio de Janeiro)*. [Online]. 2014 [citado 16 fev 2017]; 18 (4): 628-34.
11. Connell, RW. Masculinidades, University of California Press: Berkeley, 1995.
12. Couto MT et al. O homem na Atenção Primária à saúde: discutindo a(in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface comun.saúde educ.* (Online). 2010 mar; [citado jun 2017];14(33): Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/13.Levorato CD, et.al Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. saúde coletiva, 19 (4): 1263-1274, 2014.>
13. Alves, RF. et al Genero e saúde: o cuidar do homem em debate. <i>Psicol. teor. práct</i>, São Paulo, v.13, n 3 p. 152-166, 2011.
14. Schraiber LB et al . Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. <i>Cad. Saúde Pública</i> [Online]. 2010 May [cited 2017 Aug 31]; 26(5): 961-970. Disponível em : <a href=)
15. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira; 2012.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro; 2012.
17. Barrozo BM, Carlo MMRP, Ricz HMA. Os papéis ocupacionais de pessoas com câncer de cabeça e pescoço. *Rev. Ter. Ocup. (São Paulo)*. [Online]. 2014 [citado 19 mar 2017];25(3):255-63. Disponível em : <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/61865>

Proposta de um instrumento de enfermagem direcionado à saúde da mulher: revisão integrativa

RESUMO | Objetivo: identificar artigos que norteiam a elaboração de uma proposta de instrumento de coleta de dados com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, como fase inicial do Processo de Enfermagem com o seu guia instrucional. Método: revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE e BDEF disponíveis na BVS/BIREME, no período de 2004 a 2014. Resultados: os sete artigos que corresponderam à amostra do estudo foram indexados na base de dados LILACS, no idioma português, dois foram publicados em 2005, três em 2008, e dois em 2012. Os periódicos foram: Acta Paul Enferm, Esc Ana Nery, Ciênc Cuid Saúde, Rev Eletr Enferm, Rev Bras Enferm, Rev Rene. Conclusão: os artigos analisados chegaram ao mesmo resultado, de que a construção dos instrumentos de coleta de dados de enfermagem foi eficaz para a implantação do PE. O estudo identificou subsídios para estruturar-se de forma científica uma proposta de instrumento que poderá ser aplicado na prática assistencial do enfermeiro.

Palavras-chaves: coleta de dados; anamnese; enfermagem obstétrica.

ABSTRACT | Objective: to identify articles that guide the elaboration of a proposal for a data collection instrument based on the theory of basic human needs, as the initial phase of the Nursing Process with its instructional guide. Method: integrative literature review, conducted in the electronic databases LILACS, MEDLINE and BDEF available in the BVS/BIREME, from 2004 to 2014. Results: the seven articles that corresponded to the study sample were indexed in the LILACS database, in the Portuguese language, two were published in 2005, three in 2008, and two in 2012. The journals were: Acta Paul Enferm, Esc Ana Nery, Ciênc Cuid Saúde, Rev Eletr Enferm, Rev Bras Enferm, Rev Rene. Conclusion: the analyzed articles reached the same result, that the construction of the nursing data collection instruments was effective for the implementation of the NP. The study identified subsidies to scientifically structure a proposal for an instrument that can be applied in nursing care practice.

Keywords: data collection; medical history taking; obstetric nursing.

RESUMEN | Objetivo: identificar artículos que guíen la elaboración de una propuesta de instrumento de recopilación de datos basado en la teoría de las necesidades humanas básicas, como la fase inicial del Proceso de Enfermería con su guía instructiva. Método: revisión de la literatura integrativa, realizada en las bases de datos electrónicas LILACS, MEDLINE y BDEF disponibles en la BVS/BIREME, de 2004 a 2014. Resultados: los siete artículos que correspondieron a la muestra de estudio se indexaron en la base de datos LILACS, en portugués, dos se publicaron en 2005, tres en 2008, y dos en 2012. Los periodicos fueron: Acta Paul Enferm, Esc Ana Nery, Ciênc Cuid Saúde, Rev Eletr Enferm, Rev Bras Enferm, Rev Rene. Conclusión: los artículos analizados alcanzaron el resultado, que la construcción de los instrumentos de recolección de datos de enfermería fue eficaz para la implementación del PE. El estudio identificó subvenciones para estructurar científicamente una propuesta de instrumento que se puede aplicar en la práctica de cuidados de enfermería.

Descriptores: recolección de datos; anamnesis; enfermería obstétrica.

Maru Jorge de Pinho Barreiros

Mestre em Enfermagem no Processo do Cuidar em Saúde, Especialista em Administração Hospitalar (UNAERP), Especialista em Linguística Portuguesa (UNIFAP), Enfermeiro Assistencial do Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), Docente de Ciências Físicas e Biológicas do Ensino Fundamental II, EMEF Maestro Miguel. Macapá (AP), Brasil. Artigo extraído da Dissertação de Mestrado apresentada ao Centro Universitário São Camilo (CUSC). São Paulo (SP), Brasil.

Ivonete Sanches Giacometti Kowalski

Doutora e Mestre em Educação (Psicologia da Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo. São Paulo (SP), Brasil.

Grazia Maria Guerra

Doutora em Ciências (USP), Mestre em Fundamentos de Enfermagem (USP). Pesquisadora do Centro de Pesquisa Clínica Translacional do INCOR - Hospital das Clínicas, USP. Diretora do Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Hipertensão. Coordenadora da Residência da Universidade Santo Amaro (UNISA). São Paulo (SP), Brasil.

Recebido em: 02/06/2019

Aprovado em: 24/10/2019

INTRODUÇÃO

É essencial que o enfermeiro possa analisar e avaliar o seu cliente globalmente, tendo como objetivo as dimensões biopsicossociais e espirituais. Quando o corpo e/ou a mente sofrem, a pessoa é afetada em sua totalidade. Portan-

to, não podemos dar enfoque somente às partes que perturbam o indivíduo^{1,2}. Faz-se necessário que o enfermeiro tenha conhecimento técnico e científico para assistir o seu cliente, resgatando os princípios das necessidades humanas básicas, citadas por Maslow, Mohana e Horta³.

Para que essas necessidades sejam atendidas, deve-se realizar uma minuciosa entrevista de enfermagem (anamnese), acompanhado de um completo exame físico, tornando possível um elo de confiança entre o enfermeiro e cliente, visando coletar dados indispensáveis para o seu tratamento e identificar sinais e sintomas da enfermidade³.

É importante salientar que a anamnese, hoje chamada de entrevista de enfermagem e o exame físico, caracterizam a fase inicial do Processo de Enfermagem

(PE), e as demais etapas que compõem este método científico devem ser rigorosamente contempladas. Implantar todas as etapas do PE é uma maneira de tornar a atuação da enfermagem mais científica, possibilitar prognósticos mais precisos e oferecer uma assistência de enfermagem de qualidade³.

A anamnese e o exame físico são peças complementares do PE, que consiste em uma metodologia sistematizada que o enfermeiro põe em prática durante a sua assistência humanizada com o cliente, auxiliando os demais profissionais a tomarem decisões e avaliarem os Diagnósticos de Enfermagem (DE), com a intenção de prevenir complicações e facilitar o tratamento do cliente. Nesta etapa, é feito o levantamento de dados do indivíduo, pois se for insuficiente ou incorreto, pode levar ao DE equivocado, resultando em um planejamento, implementação e avaliação totalmente inadequadas⁴.

O instrumento de coleta de dados, denominado de Histórico de Enfermagem (HE), pode ser realizado no primeiro contato com o paciente, ou seja, na admissão, podendo ocorrer no domicílio, no ambulatório, no quarto ou na sala de uma clínica ou hospital¹.

Diante da importância do HE e da inexistência do PE em uma maternidade pública no município de Macapá, surgiu a questão norteadora do estudo: Quais os modelos conceituais utilizados na construção do HE para a avaliação da saúde da mulher, disponíveis na literatura, que contemplam os focos de avaliação de Enfermagem?

A pesquisa tem como meta identificar publicações científicas que norteiam a elaboração de uma proposta de um HE direcionado à saúde da mulher, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) de Wanda Horta, como fase inicial do PE.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura com abordagem

quantitativa, utilizada para subsidiar a elaboração de uma proposta de um HE para pacientes em tratamento ginecológico e obstétrico de uma maternidade pública estadual no município de Macapá-AP.

O estudo percorreu duas principais etapas metodológicas; a primeira foi a revisão integrativa, que seguiu seis procedimentos de busca dos artigos, que são:

- a) Seleção dos descritores: a busca e seleção dos dados foram realizadas por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS);
- b) Seleção das bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDNF, utilizou-se o operador booleano AND entre os descritores, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME);
- c) Critérios de inclusão do estudo: artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; com texto completo que retratassem a temática referente ao PE com foco no HE, que contemplassem o modelo conceitual de Horta, nas áreas de enfermagem obstétrica e enfermagem ginecológica, no período de 2004 a 2014;
- d) Critérios de exclusão do estudo: artigos que não enfatizaram a primeira fase do PE e os focos de avaliação ou atenção de enfermagem, artigos de revisão de

literatura e reflexões e artigos replicados;

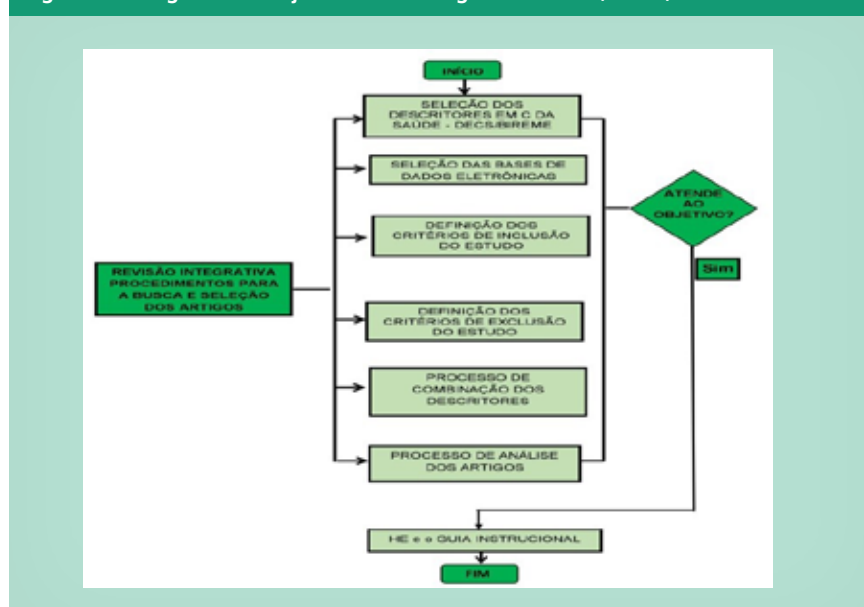
e) Processo de combinação dos descritores: Coleta de Dados AND Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Obstétrica AND Anamnese; Coleta de Dados AND Ginecologia; Processos de Enfermagem AND Exame Físico; Processos de Enfermagem AND Teoria de Enfermagem e Saúde da Mulher AND Registros de Enfermagem;

f) Análise dos artigos na íntegra e motivos de exclusão: foram analisados e selecionados 7 artigos que representam a amostra do estudo. Para a aquisição dos dados e análise dos artigos foi utilizado um instrumento de URSI, validado unicamente para a pesquisa de revisão integrativa da literatura⁶.

A segunda etapa da pesquisa foi a elaboração de uma proposta de HE com o seu guia instrucional. O fluxograma da trajetória metodológica abaixo ilustra as etapas do estudo (Figura 1)..

A elaboração do objeto de estudo deu-se através de dados coletados a partir de três HE, encontrados na amostra, fundamentados pelos Padrões Funcionais de Saúde, Taxonomia II da NANDA e pela Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE) Versão 1.0, com

Figura 1. Fluxograma da trajetória metodológica. São Paulo, Brasil, 2019.



ênfase nos focos de avaliação ou atenção de enfermagem da TNHB, de Horta. Sendo assim, a proposta do HE em formato de checklist foi dividida em duas partes: a identificação e a entrevista de enfermagem e exame físico.

RESULTADOS

Foram encontradas 285 publicações, sendo 183 artigos, 87 teses, 12 monografias, 1 documento de projeto e 2 documentos não convencionais, com textos completos, incompletos, replicados e indexados nas bases de dados LILACS (263),

MEDLINE (19) e BDEF (3).

Após uma nova busca e seleção dos artigos na BVS/BIREME, chegou-se a um achado de 115 artigos (93,92%) com texto completo, porém não foram fiéis aos critérios de inclusão propostos pela pesquisa. Em seguida, foi realizada outra busca e seleção minuciosa para que, no mínimo, todos os artigos contemplassem a elaboração e/ou construção do histórico de enfermagem voltado à saúde da mulher.

Apesar dos esforços para a identificação das produções científicas, foi obtido um achado de 7 artigos (6,08%), que corresponde ao tamanho (n) da amostra desta

pesquisa (Gráfico 1).

Todas as publicações científicas referentes à amostra da pesquisa foram encontradas indexadas na base de dados LILACS (100%), no idioma português (100%).

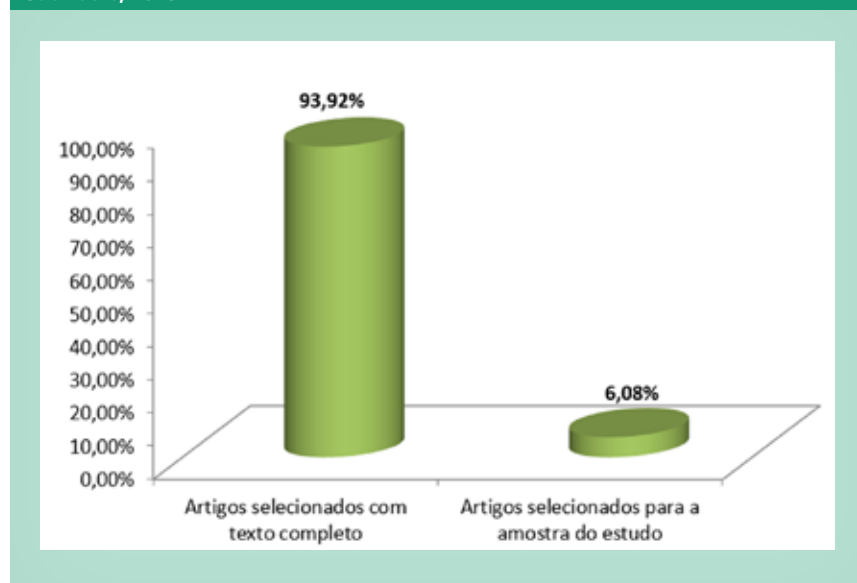
Quanto aos periódicos, observou-se uma variedade de revistas, tais como: dois artigos na Acta Paulista de Enfermagem (28,57%); um na Escola Ana Nery (14,28%); um na Ciência, Cuidado e Saúde (14,28%); um na Revista Eletrônica de Enfermagem-REE (14,28%); um na Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn (14,28%) e um artigo na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev. Rene (14,28%).

Quanto ao ano de publicação, observou-se que dois artigos foram publicados em 2005 (28,57%), três publicados em 2008 (42,85%) e dois publicados em 2012 (28,57%).

Com relação ao tipo de publicação, foram encontradas quatro produções científicas no formato de Artigo Original (57,14%), duas no de Pesquisa (28,57%) e uma no formato de Relato de Experiência (14,28%). A Caracterização dos artigos estão demonstrados no Quadro 1.

Após a caracterização da amostra do estudo, os artigos foram agrupados de acordo com os modelos conceituais que utilizaram e divididos em três categorias: na Categoria A, foram agrupados 4 artigos (57,1%), que fazem abordagem sobre a TNHB e/ou a CIPE nas Versões 1.0 e Beta 2. Na Categoria B, foram agrupados 2 artigos (28,57%) fundamentados na Taxonomia II da NANDA, com base nos Padrões

Gráfico 1. Distribuição da busca e seleção das produções científicas na BVS/BIREME—E. São Paulo, 2019.



Fonte: o autor, 2019.

Quadro 1 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES

N.º	Periódico	Título	Método	Ano	Tipo de Publicação
01	Acta Paul Enferm. (Online)	Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia	Estudo survey, descritivo, exploratório	2005	Artigo Original
02	Acta Paul Enferm. (Online)	Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente	Estudo descritivo	2005	Artigo Original
03	Rev Rene (Online)	Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas	Estudo descritivo	2008	Artigo Original
04	Rev Eletr Enferm. (REE)	Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia	Estudo retrospectivo, documental, quantitativo	2008	Artigo Original

05	Ciênc Cuid Saúde.	Sistematização da assistência em enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a TNHB e a CIPE© versão 1.0	Estudo de caso	2008	Relato de Experiência
06	Rev Bras Enferm. (REBEn)	Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico	Revisão de literatura	2012	Pesquisa
07	Esc Anna Nery	Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço	Pesquisa convergente-assis-tencial	2012	Pesquisa

Fonte: o autor, 2019.

de Saúde Multiaxial e no Modelo de Atividade de Vida. Na Categoria C, foi incluído 1 artigo (14,28%) que utilizou o Modelo Bifocal da Prática Clínica, segundo os Padrões Funcionais de Saúde.

As informações obtidas foram desmembradas e, de acordo com os modelos conceituais, estabeleceram-se: Teoria das Necessidades Humanas Básicas-TNHB, CIPE Versões 1.0 e Beta 2, Taxonomia II da NANDA, Atividade de Vida e Padrões Funcionais de Saúde (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A enfermagem tem contribuído para pesquisa científica ao longo da história, porém a literatura é escassa no que concerne à saúde da mulher voltada para a primeira fase, o Histórico de Enfermagem do PE, norteado pela TNHB de Horta, visando a demanda de cuidados relacionados aos desequilíbrios do sistema reprodutor feminino e do ciclo vital da reprodução humana em instituições hospitalares.

Com base na análise dos artigos sele-

cionados do centro obstétrico de um hospital público em Recife, baseado na CIPE Versão 1.0 e recomendam que a visão holística do enfermeiro obstetra associado ao PE favoreça uma assistência individualizada.

Souza e colaboradores⁸, em estudo convergente-assistencial, propõem aperfeiçoar instrumentos de exame físico como primeira fase do PE, embasados na TNHB direcionados à parturiente e ao RN, em alojamento conjunto de uma maternidade de ensino superior, em Belo Horizonte. Evidenciam a importância dessa pesquisa como um método apropriado para introduzir inovações na prática assistencial e a interação entre pesquisadores e enfermeiros.

Albuquerque, Nóbrega e Fontes⁹ propuseram um estudo de caso, fundamentado na TNHB e na CIPE Versão 1.0, com objetivo de sistematizar a assistência de enfermagem a uma mãe puérpera e suas filhas gêmeas internadas num hospital universitário da Paraíba. Relatam que a aplicação das fases do PE permitiu estabelecer os diagnósticos, resultados e as intervenções de enfermagem, proporcionando melhora na qualidade da assistência.

Para Carvalho e colaboradores¹⁰, a consulta de enfermagem ginecológica exige entrevista de enfermagem e exame físico completo. Foi um estudo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa, com a finalidade de avaliar os registros das consultas de enfermagem ginecológicas realizadas por acadêmicos de enfermagem no Centro de Parto Natural da Universidade Federal do Ceará. O instrumento utilizado foi um checklist, elaborado conforme requisitos que o Ministério da Saúde preconiza para a consulta em ginecologia, com base na CIPE, Versão Beta 2.

Tabela 1. Distribuição dos artigos selecionados, de acordo com os modelos teóricos/conceituais para a elaboração do instrumento. São Paulo, 2019

Modelos teóricos ou conceituais	Nº de artigos	%
TNHB	2	22,22
CIPE	3	33,33
Taxonomia II – NANDA	2	22,22
Atividade de Vida	1	11,11
Padrões Funcionais de Saúde	1	11,11
TOTAL	9	100,0

Os critérios para a apresentação do HE e do guia instrucional, são:

a) Identificação: inclui o nome da paciente, responsável legal, grau de parentesco, endereço, tempo de residência, data de nascimento, idade, etnia etc.

b) Entrevista de enfermagem e exame físico: faz abordagem às percepções e expectativas a respeito da paciente e às necessidades humanas básicas (NHB): as dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. O exame físico está incorporado em cada classe dos referidos domínios do instrumento.

cionados, observou-se que a maior parte dos autores utiliza os modelos conceituais: TNHB, NANDA, CIPE, Padrões Funcionais de Saúde e Atividade de Vida concomitantemente, com a finalidade de fortalecer e estabelecer melhor qualidade nos cuidados prestados às pacientes, buscando aperfeiçoar, descrever e construir instrumentos de coleta de dados para tornar a assistência humanizada, com o propósito da implantação ou implementação do PE/SAE, nas unidades hospitalares.

Santos e Ramos⁷, em um estudo descritivo-exploratório, propuseram um protocolo visando o desenvolvimento da SAE às partu-

A pesquisa de Nicolau e colaboradores¹¹ mostra um estudo descritivo sobre a construção de um HE elaborado a partir dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA e norteado pelo Modelo de Atividade de Vida de Roper-Logan-Tierney. Descrevem a construção e aplicação de um HE para a SAE em um serviço de consulta de enfermagem em ginecologia para prostitutas, identificando suas peculiares necessidades.

Sumita, Abrão e Marin¹² realizaram um estudo descritivo sobre a construção de um HE para parturiente com base na Taxonomia II da NANDA-Padrões de Saúde Multiaxial. O instrumento mostrou-se adequado para a coleta de dados em clínica cirúrgica de ginecologia, uma vez que permitiu a identificação de 17 DE, favorecendo a SAE e gerando ações individualizadas.

Já para Soares, Pinelli e Abrão¹³, em um levantamento descritivo-exploratório, com o objetivo de construir um HE para implantação da SAE numa clínica de cirurgias ginecológicas, fundamentado no Modelo Bifocal da Prática Clínica de Carpenito, segundo os Padrões Funcionais de Saúde. Buscaram uma forma de organizar e registrar um número maior de informa-

ções sobre as condições gerais e especiais de saúde das pacientes. O instrumento mostrou-se adequado para a coleta de dados em clínica cirúrgica de ginecologia, pois possibilitou a identificação de 48 DE.

Baseado na análise da amostra do estudo, constatou-se que os autores têm a preocupação de tornar o cuidado de enfermagem mais holístico e acolhedor, por meio de instrumentos que subsidiarão as demais etapas do processo como diagnóstico, resultados e intervenções, fundamentados em teorias de enfermagem, escolhidas conforme a realidade assistencial de cada instituição hospitalar. Porém, se o instrumento não obedecer a um raciocínio clínico lógico da coleta de dados, o planejamento assistencial torna-se inoperante.

Todos os estudos selecionados e analisados chegaram ao mesmo resultado, ou seja, que a construção do instrumento foi eficiente e eficaz para a implantação e/ou implementação do PE/SAE. As possíveis lacunas encontradas na amostra foram a inexistência da estrutura formal do HE em seus conteúdos e o não estabelecimento dos critérios de exclusão da população envolvida na pesquisa.

Espera-se que os focos de avaliação

contidos no HE deste estudo proporcionem maior clareza para a obtenção de informações importantes das pacientes, podendo facilitar a identificação dos DE para subsidiar ações voltadas ao planejamento da assistência, a fim de descrever os resultados e intervenções de enfermagem específicas e individualizadas, segundo as NHB detectadas. O instrumento proposto deve passar, em outro momento, por testes, refinamento e validação, antes de ser implantado na prática assistencial pelo enfermeiro na maternidade.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu alcançar o objetivo proposto, o de elaborar uma proposta de instrumento de coleta de dados de enfermagem, com base na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta, a partir da revisão integrativa da literatura para pacientes em tratamento ginecológico e obstétrico de uma maternidade pública estadual, com a finalidade não só de prestar uma assistência sistematizada, mas também de dar subsídio ao raciocínio ou julgamento clínico do enfermeiro durante a sua prática diária. 🐦

Referências

- Horta WA. Processo de enfermagem: enfermagem essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
- Maslow AH. Introdução à psicologia do ser. 2. ed. Rio de Janeiro: Eldorado; 1978.
- Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exercício físico para o cuidado ao enfermeiro. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [citado 2018 ago. 23];64(2):355-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>
- Freitas EP, Nass F, Sponchiado F. O processo de enfermagem como perspectiva na melhoria da qualidade da assistência. *Rev Enferm* [Internet]. 2007 [citado 2019 jan 23];2(2-3):45-52. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/1018/1492>
- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. 2009 out. 23 [citado 2018 dez 19]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2006 Jan/Feb [citado 2018 nov 14];14(1):124-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>
- Santos RB, Ramos KS. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2018 ago 13];65(1):13-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/02.pdf>
- Souza KV, Assis LTM, Chianca TCM, Ribeiro CL, Gomes AC, Lima RJ. Roteiro de coleta de dados de enfermagem em alojamento conjunto: contribuições da articulação ensino-serviço. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [citado 2018 dez 11];16(2):234-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/04.pdf>
- Albuquerque CC, Nóbrega MML, Fontes WD. Sistematização da assistência de enfermagem a um binômio mãe-lactentes utilizando a teoria das necessidades humanas básicas e a CIPE© versão 1.0. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2008 [citado 2019 mar 15];7(3):392-8. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6518/3867>
- Carvalho ALS, Nobre RNS, Leitão NMA, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2008 [citado 2018 dez 19];10(2):472-83. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a18.pdf>
- Nicolau AIO, Aquino PS, Falcão Junior JSP, Pinheiro AKB. Construção de instrumento para a consulta de enfermagem em ginecologia com prostitutas. *Rev Rene* [Internet]. 2008 [citado 2018 dez 29];9(4):91-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5240/3866>
- Sumita SLN, Abrão ACFV, Marin HF. Elaboração de um instrumento de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [citado 2018 dez 19];18(4):413-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a10v18n4.pdf>
- Soares LM, Pinelli FGS, Abrão ACFV. Construção de um instrumento de coleta de dados de enfermagem em ginecologia. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [citado 2019 fev 10];18(2):156-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a07v18n2.pdf>

Desenvolvimento de prontuário eletrônico para pacientes com insuficiência cardíaca (PEP_IC): estudo metodológico

RESUMO | Objetivou-se desenvolver um prontuário eletrônico para consulta de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca crônica. Estudo metodológico pautado no modelo de prototipação, realizado em seis fases: coleta de requisitos, projeto rápido, construção, avaliações pelos pesquisadores, incluindo uma avaliação técnica sobre ergonomia, funcionalidade, usabilidade e eficiência, para o refinamento do protótipo e construção do produto. Foram coletados os requisitos essenciais para o desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente com insuficiência cardíaca com o profissional da área de programação de sistemas e os pesquisadores após a verificação da viabilidade de um projeto rápido. A primeira versão do protótipo continha nove telas, que foram refinadas em cinco, além da organização do menu, tornando-o mais intuitivo e remetendo às etapas da consulta de enfermagem e sistemas de linguagens padronizadas. Quanto à ergonomia, funcionalidade, usabilidade e eficiência em uma avaliação global, foi considerado adequado, no entanto, os itens da ergonomia e usabilidade necessitaram de ajustes. Conclui-se que este prontuário eletrônico subsidiará documentação e informação do registro sistematizado de enfermeiros em clínicas especializadas de insuficiência cardíaca, no entanto, ainda torna-se necessário a validação clínica do mesmo para utilização.

Palavras-chaves: Insuficiência Cardíaca; Terminologia de Enfermagem Padronizada; Registros Eletrônicos de Saúde.

ABSTRACT | The aim was to develop an electronic medical record for nursing consultation of patients with chronic heart failure. Methodological study based on the prototyping model, carried out in six phases: requirements gathering, rapid design, construction, evaluations by researchers, including a technical evaluation on ergonomics, functionality, usability and efficiency, for prototype refinement and product construction. The essential requirements for the development of the electronic medical record of the heart failure patient were collected with the system programming professional and the researchers after verifying the feasibility of a rapid project. The first version of the prototype contained nine screens, which were refined into five, in addition to the menu organization, making it more intuitive and referring to nursing consultation steps and standardized language systems. Regarding ergonomics, functionality, usability and efficiency in a global assessment, it was considered adequate, however, the ergonomics and usability items required adjustments. It is concluded that this electronic medical record will support documentation and information from the systematic registry of nurses in specialized heart failure clinics, however, its clinical validation is still necessary for use.

Keywords: Heart Failure; Standardized Nursing Terminology; Electronic Health Records.

RESUMEN | Objetivo: identificar y analizar la percepción de los hombres sobre la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía del cáncer. Método: estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo realizado con 30 hombres adultos sometidos a tratamiento quirúrgico en una institución pública federal de la ciudad de Río de Janeiro, Brasil. Aprobación CEP-INCA-CAAE No. 52647116430015274. La técnica de recopilación de datos tuvo lugar de mayo a julio de 2016, a través de entrevistas semiestructuradas grabadas en MP3 y respaldadas por un guión con preguntas pertinentes relacionadas con la calidad de vida y la salud de los hombres antes de la cirugía. La técnica de análisis de contenido de Bardin se utilizó para la investigación y organización de datos por categorías temáticas. Resultados: surgió una categoría temática central llamada "percepción de la calidad de vida relacionada con la salud antes de la cirugía", que se caracterizó por dos ejes: actitudes consideradas positivas; y actitudes que llevaron al hombre a la enfermedad por cáncer. Conclusión: La evaluación de la calidad de vida antes de la cirugía se hace necesaria y debe incluirse en el Plan de atención de enfermería para hombres.

Descriptores: Insuficiencia Cardíaca; Terminología de Enfermería Estandarizada; Registros Electrónicos de Salud.

Geandra Quirino Da Silva

Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense – UFF.

Paula Vanessa Peclat Flores

Enfermeira. Doutora em Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói-RJ. Professora Adjunta II do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói-RJ. Docente Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói-RJ.

Mariana Santos Cunha

Graduada de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói; Bolsista de Iniciação Científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

Alyne Santos Borges

Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem em Alta Complexidade da Universidade Estácio de Sá - UNESA / RJ.

Ana Carla Dantas Cavalcanti

Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS. Professora permanente do Programa de Pós-graduação em Ciências do cuidado e Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói - RJ; Professora Associada III da Universidade Federal Fluminense - UFF Niterói – RJ.

Recebido em: 30/05/2019

Aprovado em: 31/05/2019

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica de caráter multissistêmico e multifatorial, que ocasiona um inadequado aporte sanguíneo para atender às necessidades metabólicas teciduais, tornando-se, assim, a via final das doenças cardiovasculares⁽¹⁾. Nos EUA, aproximadamente 5,1 milhões de indivíduos apresentam as manifestações clínicas de insuficiência cardíaca e a tendência é continuar aumentando, portanto, estima-se que até 2050 um em cada cinco norte-americanos maior que 65 anos apresentará as manifestações clínicas⁽²⁾. No Brasil, segundo dados obtidos no DATASUS, entre o período de março de 2018 a março de 2019, a IC continua sendo a primeira causa de internação hospitalar das doenças do aparelho circulatório, totalizando 214.164 mil casos⁽³⁾.

O tratamento para IC pode ser dividido em farmacológico e não-farmacológico, tendo como intuito melhorar a condição clínica do paciente, gerar um aumento na tolerância de atividades físicas, reduzir o número de internações por descompensações, favorecer as condições para o autocuidado e aumentar a sobrevida com qualidade de vida do paciente⁽⁴⁾.

Uma das maneiras de manejar a doença é o acompanhamento multiprofissional desse paciente em clínicas especializadas⁽¹⁾. Nas clínicas de IC, o enfermeiro desenvolve papel central e fundamental através da consulta de enfermagem (CE), que é considerada ação privativa por utilizar o Processo de Enfermagem (PE), um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional e a documentação da sua prática^(5,6). Este propicia assistência de qualidade, organização, continuidade e integralização por incitar o pensamento crítico para determinar julgamentos clínicos que subsidiam o alcance dos resultados^(7,8), favorecendo o tratamento farmacológico e não-farmacológico. Desta forma, a CE em clínicas especializadas em IC é alta-

mente recomendada (Classe I com nível de evidência A) por reduzir os riscos de morbimortalidade, aumentar a adesão ao tratamento e o autocuidado, além de melhorar a qualidade de vida⁽¹⁾.

A CE ao paciente com IC exige pensamento crítico para o alcance de resultados através de tomadas de decisões assertivas e sistematizadas sobre a complexidade desta síndrome. Para tal, é indicado utilizar Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP), que são instrumentos utilizados por uma disciplina ou profissão para organizar e padronizar uma terminologia única, aplicável de forma lógica, formal e compartilhada⁽⁷⁻⁹⁾.

Na Enfermagem, os SLP mais conhecidos e utilizados são: o NANDA International - NANDA I⁽¹⁰⁾ utilizado para classificação dos DEs; a Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC⁽¹¹⁾ utilizada para Resultados Esperados; Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC⁽¹²⁾. Estes apresentam ligações que são definidas como uma relação ou associação entre um diagnóstico e uma intervenção de enfermagem que, de forma conjunta, obtém um resultado e/ou soluciona um problema, facilitando o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão⁽¹³⁾.

Contudo, na prática assistencial ao paciente com IC, o enfermeiro, além de ter que cumprir as exigências éticas/legais que demandam uma CE pautada no PE com SLP, também tem que gerenciar o grande volume de informações que precisa ser detalhadamente organizado e registrado no prontuário do paciente, não perdendo de vista a relação de confiabilidade que precisa construir com o paciente e sua família. Portanto, o registro manual no prontuário pode tornar a documentação incompleta e comprometer a avaliação dos resultados esperados e a comunicação efetiva da equipe multiprofissional, principalmente em clínicas especializadas em IC⁽⁸⁾.

Desta maneira, o registro eletrônico da consulta de enfermagem do paciente com IC surge como uma possibilidade de suporte clínico-assistencial necessária à

prática destes profissionais, subsidiando a organização de DEs, IEs e RE para rápida recuperação, padronização de termos e linguagens e documentação, assegurando o acesso, otimizando tempo e diminuindo informações controversas.

Com isso, este estudo teve como objetivo desenvolver um prontuário eletrônico para consulta de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca crônica (PEP_IC).

METODOLOGIA

Estudo metodológico que abrange o desenvolvimento de um prontuário eletrônico do paciente (PEP) para o registro da Consulta de Enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca crônica (PEP_IC), pautado em um instrumento previamente construído e utilizado na Clínica de Insuficiência Cardíaca Coração Valente – UFF/Niterói – RJ, através do Modelo de Prototipação de Pressman⁽¹⁴⁾. O estudo foi desenvolvido em seis fases:

Fase 1 - Coleta e refinamento de requisitos: Iniciou-se com a realização do planejamento estratégico pela equipe de pesquisa. Para a execução do plano estratégico, destacou-se o desenvolvimento da Matriz SWOT ou Matriz FOFA⁽¹⁵⁾. Após organização dos requisitos, foi feito o primeiro contato com o profissional da área de programação de sistemas da Tecnologia da Informação (TI), quando foi apresentada a proposta do desenvolvimento de um PEP e entregue para ele o conteúdo que deveria ser usado para esse fim. O conteúdo do protótipo é composto por um Histórico de Enfermagem, 24 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, 23 Resultados de Enfermagem de acordo com a Taxonomia de NOC e 43 Intervenções de Enfermagem com 97 atividades da NIC, sendo chamado de Instrumento NNN.

Fase 2 - Projeto rápido: Construção do projeto rápido, que originou um esboço escrito feito pelo programador com a apresentação de algumas telas visíveis ao usuário, em apreciação e acordo da pesquisadora. Além disso, foi feita a criação

do diagrama de classes e modelagem do banco de dados de acordo com a ferramenta que mais se aplica aos requisitos; foram definidas as linguagens adotadas – Visual Studio 2017 (para plataforma Windows, possibilitando a aplicação do ASPN. Net) para o desenvolvimento das telas de entrada de dados, e; foram definidas as regras de interatividade entre as plataformas/telas e o banco de dados.

Fase 3 - Construção do protótipo: Implementação do projeto rápido, ou seja, a construção do protótipo, que também foi realizada pelo programador do sistema, utilizando as seguintes ferramentas: Microsoft Visual Studio 2017, SQL Server, para edição de textos e mensagens foi utilizado o programa Notepad ++ e para edição de imagens foi utilizado o programa PhotoScape.

Fase 4 - Avaliação do protótipo: Nesta fase, foi realizada a hospedagem do PEP_IC pelo programador, de maneira provisória e gratuita, porém segura, respeitando todos os requisitos de seguridade exigidos pela Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018⁽¹⁶⁾, do prontuário eletrônico para registro de enfermagem (PEP_IC) no servidor Master Of Link (MOL). Para o teste do protótipo, primeiramente avaliou-se cada tela com seus respectivos comandos e, ao final, foi elaborado um relatório descritivo e entregue ao programador. O principal foco desta avaliação foi reduzir ao máximo inconformidades nas apresentações das telas, buscando torná-las autoexplicativas, além de estabelecer a sequência lógica do PE e das ligações NNN.

Na segunda avaliação, foi realizada a revisão das adequações sugeridas na avaliação anterior. Também foram avaliadas possíveis falhas de funcionamento nos comandos propostos pelo sistema. A terceira avaliação teve como foco os aspectos técnicos do protótipo PEP_IC, através dos critérios propostos por Clunie⁽¹⁷⁾ que vem sendo utilizado por Lopes em alguns estudos de avaliação e validação de software⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

O instrumento que se propõe à avaliação técnica que prevê a avaliação da ergonomia, funcionalidade, usabilidade e efi-

ciência. Cada item foi avaliado através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo (1) “totalmente inadequado”; (2) “consideravelmente inadequado”; (3) “de algum modo adequado”; (4) “consideravelmente adequado”; e (5) “totalmente adequado”.

A última avaliação foi realizada pelo grupo de pesquisa deste estudo, caracterizando uma avaliação de consenso de especialistas em IC, composto por 01 (uma) Doutora em IC, 01 (uma) Doutora em Ciências Cardiovasculares, 01 (uma) Mestranda e Especialista em Cardiologia e 01 (uma) Acadêmica de Enfermagem bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq); todas com mais de dois anos de experiência de atuação em Clínica Especializada/IC.

Foi realizada a avaliação dos itens que envolvem ergonomia, funcionalidade, usabilidade e eficiência, e ainda realizaram as sugestões de modificações dos itens que não obtiveram pontuação máxima (5 pontos). Gerando um terceiro relatório descritivo qualitativo, encaminhado ao programador para refinamento e desenvolvimento da versão final.

Fase 5 - Refinamento do protótipo: Nessa fase, foi encaminhado ao progra-

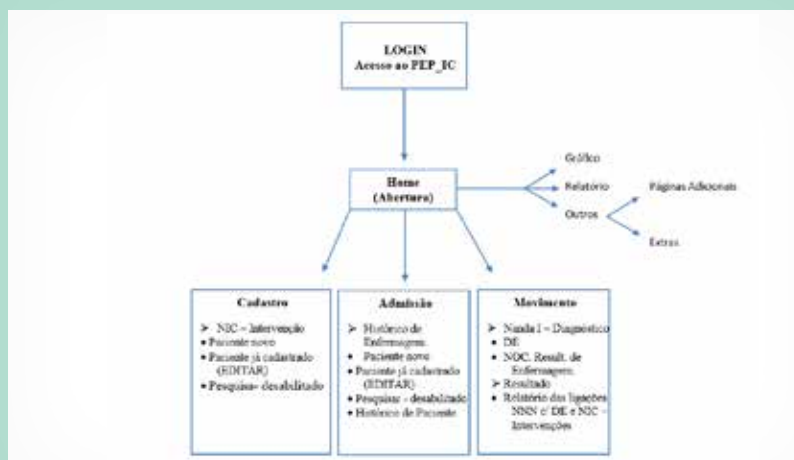
rador todos os apontamentos da pesquisadora em forma de relatório, como descrito na fase anterior, para o refinamento dos requisitos do protótipo.

Fase 6 – Construção do Produto: Após serem redefinidos os novos requisitos, o protótipo foi descartado e a versão de produção, ou versão final, foi construída considerando os critérios de qualidade gerados pelo cumprimento das alterações necessárias e encaminhado os códigos Fonte e Rash para Agência de Inovação da Universidade Federal de Enfermagem (AGIR) e formalização do registro de patente.

RESULTADOS

O desenvolvimento do prontuário eletrônico para consulta de enfermagem em pacientes com IC (PEP_IC) trouxe como resultados preliminares a apresentação de um protótipo composto inicialmente por 09 (nove) telas, sendo que apenas 04 (quatro) delas estavam disponíveis para acesso na primeira avaliação ou avaliação da primeira versão do protótipo. Foram elas: Login de acesso ao sistema; Home ou tela de abertura; Cadastro; Admissão; Movimento; Gráfico; Relatório; Outros – Páginas adicionais e Extras. As 4 (quatro) últimas telas que não estavam disponíveis. Apresentadas no fluxograma I.

Fluxograma 1. Telas para Apresentação da Primeira Versão do Protótipo PEP_IC. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Na segunda avaliação, foi realizado um teste minucioso de todos os comandos do PEP_IC, simulando uma CE de um paciente fictício e verificou-se que, de uma forma geral, o programador se deteve na organização da barra de ferramentas ou Menu Geral, de forma que elas mostrem uma seqüência sistemática da CE e tornasse o Menu Geral mais sugestivo ao enfermeiro que realizar a CE.

Sendo assim, foi elaborado o Fluxograma 2, para uma maior compreensão da organização das telas da segunda versão do protótipo PEP_IC, visto que sua segunda versão apresenta um total de 5 telas, que são: Login do Sistema, Home, Admissão, NANDA/NOC e NIC.

vos dados lançados no sistema; além de incluir mensagens de erros.

Na avaliação da funcionalidade, buscou-se identificar as funções previstas pelo software e que estão dirigidas a facilitar a realização da CE. Constatando que a segurança dos dados precisa ser avaliada, visto que é possível apagar os itens do HE ainda durante o lançamento dos mesmos, o que já foi descrito na avaliação da ergonomia. Verificou-se a necessidade de adequação porque o protótipo não é capaz de gerar relatório do HE; não faz ligação de NIC com NANDA e NOC, ou seja, não estabelece ligações NNN; e também porque é possível apagar os itens do HE ainda durante o lançamento dos

A efetividade refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do software e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas. É a etapa que permite a avaliação da aplicabilidade da SAE e do Sistema NNN pelo software. Na avaliação, verificou-se que é possível estabelecer ligações entre os DE e os RE pelo fato dos dois estarem juntos na mesma tela, favorecendo esta etapa, porém determinadas informações contidas nas telas da aba Intervenção de Enfermagem (NIC) não possibilitam a ligação dos DE com as intervenções e também às atividades relacionadas à mesmas, e quando se seleciona uma intervenção na tela principal de NIC através do comando “Editar”, são apresentadas todas as atividades propostas para a intervenção selecionada, não sendo possível a seleção da atividade que mais se aplica às necessidades do paciente.

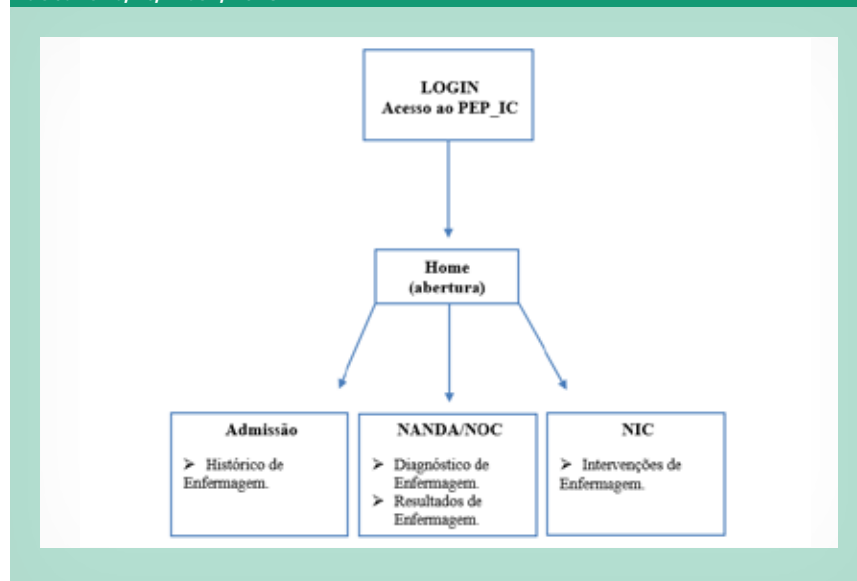
O protótipo não foi considerado “totalmente adequado” de acordo com as avaliações de ergonomia, funcionalidade, usabilidade, porém foi considerado “adequado”. Os itens da ergonomia e usabilidade são os que mais necessitam de ajustes.

DISCUSSÃO

Este estudo desenvolveu o Prontuário Eletrônico para Consulta de Enfermagem em Pacientes com Insuficiência Cardíaca (PEP_IC) através das ferramentas e linguagens de programação Microsoft Visual Studio 2017 com aplicação web em ASP. Net, gerenciador de banco de dados SQL Server, Notepad ++ e PhotoScape, aplicadas de acordo com o modelo de prototipação de Pressman^(14,21).

A proposta do desenvolvimento do PEP_IC foi de apresentar nas telas do sistema computacional o PE em todas as suas fases, estabelecendo o SLP através do Sistema NNN, com as etapas de DE, RE e IE direcionadas para o público-alvo, ou seja, para o paciente com IC. Vários estudos^(5,22-24) apontam que a implementação do PE é de extrema impor-

Fluxograma 2. Telas para Apresentação da Segunda Versão do Protótipo PEP_IC. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.



Na terceira avaliação, o quesito ergonomia foi avaliado na aplicação de conhecimentos científicos para facilitar o desempenho global ou as condições que afetam diretamente a interação com o software. Verificou-se a necessidade de adequar a tela de abertura; a fonte do menu geral quanto a tamanho e negrito; inclusão de alguns comandos como “próximo”, “anterior” nas telas do Histórico de Enfermagem e “salvar” em todas as telas, para manter a seguridade dos no-

mesmos.

Quanto à avaliação de usabilidade, que verifica a facilidade de aprendizagem, a quantidade de erros e a satisfação dos usuários, foi possível constatar a necessidade de adequação pois o consenso sugeriu que seria necessário um tutorial para manuseio do PEP, visto que o mesmo não é auto explicativo e que seriam importantes ícones de alerta ou de esclarecimento sobre a sistematização e preenchimento das etapas.

tância para a segurança e autonomia da prática assistencial do enfermeiro, além de ser uma exigência legal inerente ao exercício profissional, no entanto, quando é feita em todas as suas etapas pode se tornar complexa, porém a dinamização deste processo tem maiores chances de ser alcançada com a informatização.

A informatização do sistema de saúde traz muitas vantagens ao processo assistivo do paciente, principalmente porque o mesmo precisa ser cuidado por uma equipe multiprofissional, como os pacientes com IC⁽²⁵⁾. Por isso, nos últimos tempos tem havido especial interesse e investimento no desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação em saúde em várias áreas e partes do mundo, e também na enfermagem⁽²⁰⁾.

No Brasil, o PEP vem sendo utilizado com crescente frequência, respaldado por diversas legislações inclusive através de recomendações e regulamentações para uso de órgãos de classe como o Conselho Federal de Medicina e de Enfermagem⁽²⁶⁻²⁸⁾. A enfermagem gera um número expressivo de informações no processo de assistência ao paciente, associado a necessidade de cumprimento de exigências éticas e legais^(5,6) que estabelecem a obrigatoriedade da execução do PE e implementação da SAE em todos os serviços de saúde, evidenciando-se a importância do desenvolvimento de registros eletrônicos de enfermagem, podendo ser através do desenvolvimento de PEPs.

Cada vez mais verificam-se evidências sobre a importância dos PEP nos cuidados clínicos e melhoria da qualidade da assistência a nível ambulatorial e hospitalar, contribuindo, principalmente, com os cuidados e prevenção de morbidades, e também auxiliando na solicitação de exames de rastreamento. Além disso, a utilização de dados de PEPs para dar suporte a pesquisas clínicas é uma tendência mundial e iniciativas, como o projeto Electronic Health Records for Clinical Research, procuram desenvolver inventários de dados necessários para dar suporte a pesquisas por meio deles^(29,30). Já para a enfermagem, o

desenvolvimento de PEPs favorece a realização de uma assistência de enfermagem mais segura, sistematizada, estimulando o raciocínio clínico baseado nas necessidades específicas de cada paciente, consequentemente, proporcionando qualidade e autonomia.



A Insuficiência Cardíaca Crônica é uma condição clínica complexa e grave que demanda um manejo especializado e multidisciplinar, para assegurar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e, consequentemente, reduzir os índices de morbimortalidade. [...]



Nesse contexto, o desenvolvimento do prontuário eletrônico para consulta de enfermagem em pacientes com IC (PEP_IC) proporcionou o entendimento da importância e complexidade do cumprimento de toda metodologia proposta por diversos estudos que abordam o tema e também pelo método estabelecido nesse estudo, evidenciando a essencialidade da apropriação de todos os conceitos envolvidos em todo o processo de trabalho, de forma que o produto final seja entregue para “consumo” da forma a gerar eficiência, eficácia, acurácia e facilidade aos autores do cuidado.

Para desenvolver o protótipo do software, foi preciso unir os conhecimentos sobre a sistematização da assistência de enfermagem, os sistemas de classificação da prática de enfermagem e suas ligações ou SLPs, a lógica da programação ou engenharia de software no modelo escolhido e que melhor se adequava à proposta, o cenário e os sujeitos em que seria utilizada a tecnologia e ainda as metodologias utilizadas para avaliação do protótipo, de forma que ele efetivamente cumprisse a sua proposta⁽³¹⁾.

Para minimizar esse efeito, faz-se necessário submeter o protótipo à avaliação ou avaliações, etapa está contemplada como obrigatória do desenvolvimento de software. Vale ressaltar que existem diversas maneiras de avaliação de software, ou avaliação sob diversos aspectos, inclusive proposta tanto por estudiosos da temática “engenharia de software” quanto o próprio Ministério da Saúde que propõe a Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS) reforçando a necessidade desta etapa.

Este estudo requer continuidade para cumprimento da etapa de validação clínica do PEP_IC, configurando-se como limitação em virtude do tempo escasso para cumprimento das etapas para finalização do mestrado, e também porque novos ajustes sempre serão necessários para acompanhar as atualizações dos SLP.

CONCLUSÃO

A Insuficiência Cardíaca Crônica é uma condição clínica complexa e grave que demanda um manejo especializado e multidisciplinar, para assegurar a adesão ao tratamento, melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, reduzir os índices de morbimortalidade. Dentre as práticas recomendadas pelas diretrizes para o manejo clínico desta síndrome

destaca-se a realização de acompanhamento desses pacientes em clínicas especializadas de IC, como eficaz medida de tratamento não-farmacológico.

Nesse cenário, a Consulta de Enfermagem Especializada passa ser um instrumento importante, principalmente quando realizada através da implementação do Processo de Enfermagem pautado em Sistema de Linguagem Padronizada regis-

trado eletronicamente. Considerando essas questões, foi desenvolvido e avaliado um prontuário eletrônico para consulta de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca crônica (PEP_IC) que subsidiará documentação e informação do registro sistematizado de enfermeiros em clínicas especializadas, no entanto, ainda torna-se necessária a validação clínica do mesmo para sua utilização. 🐦

Referências

- Bocchi EA, Marcondes FGB, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues DDA, et al. Updating of the Brazilian guidelines for chronic heart failure - 2012. *Arq Bras Cardio* [Internet]. (1 Suppl 1): 1-33 [acesso em: 26 de abr 2018]. Disponível em: http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/11607/art_BOCCHI_Updating_of_the_Brazilian_guidelines_for_chronic_heart_2012.PDF?sequence=1&isAllowed=y
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013; (128):240-327.
- Datasus [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [acesso em 01 abr 2019] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>
- Pelegriño FVM, Nascimento SL, Kiyomi FR, André S, Aparecida RL, Spadoti DRA. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. *Rev. esc. enferm. USP*. 2015 Junho; 49(3): 387-393.
- Brasil. Resolução n.º 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem, 2009. [acesso em: 2019 abr 20] Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Brasil. Resolução n.º 544, de 09 de maio de 2017. Revoga a Resolução COFEN n.º 159/1993. [Internet]. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem, 2017. [acesso em: 2019 abr 20] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br>
- Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmeil MAH, Domiciano APV. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37(1).
- Rondina JM, Canêo PK, Campos MS. Conhecendo a experiência de implantação do prontuário eletrônico do paciente no hospital de base de São José do Rio Preto. *RAHIS*. 2016; 13(1).
- Riegel F, Junior NJO. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. *Cogitare Enferm*. 2017; 22(4): 01-05.
- Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- Moorhead, Sue et al. Classificação dos resultados esperados: mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Bulechek, GM et al. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- Marçal JA. Processo de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*. 2017; 11(11): 4533-4534.
- Pressman R, Maxim B. Engenharia de Software. 8. ed. Brasil: McGraw Hill; 2016.
- Kummer DC, Silveira RLL. A importância da Matriz SWOT (FOFA) no contexto dos planos estratégicos de desenvolvimento do Rio Grande do Sul. *Revista Jovens Pesquisadores*. 2016; 6(1).
- Brasil. Lei n.º 13.709 de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei n.º 12.965 de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). Brasília: Presidência da República, 2018.
- Lopes MVO. Validação de Software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais. [Tese] Ceará – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (UFCF); 2001
- Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Desenvolvimento lógico-matemático do software. *Rev. Latino Am. Enferm*. 2004; 12(1): 92-100.
- Lopes MVO, Sousa VEC. Desenvolvimento e Validação de Software para apoio ao ensino-aprendizagem sobre diagnóstico de enfermagem. [Tese] Ceará – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (UFCF); 2015.
- Nguyen L, Bellucci E, Nguyen LT. Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *Int J Med Inform* 2014; 83(11):779-796.
- Pressman RS. Engenharia de Software. 6. ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
- Ribeiro ACG. Consulta de enfermagem em um ambulatório de insuficiência cardíaca: uma pesquisa convergente assistencial. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Paraná, 2016.
- Palomares, MLE, Isaac R M. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. *Journal of Health Informatics* 2.3. *J. health inform*. 2010; 2(3):78-82.
- Pereira RB, Coelho MA, Bachion, MM. Tecnologias de informação e registro do processo de enfermagem: estudo de caso em UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2016; 18:1-13.
- Almeida MJGG, Figueiredo BB, Torturella IM, Salgado HC. Discussão ética sobre o prontuário eletrônico do paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016 jun./set.; 40(3).
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n.º 429 de 11 de junho de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.639 de 10 de julho de 2002. Aprova as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico", dispõe sobre tempo de guarda dos prontuários, estabelece critérios para certificação dos sistemas de informação e dá outras providências [Internet]. Brasília, 2002 [acesso em: 2019 abr 20]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/>
- Conselho Federal de Medicina. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: a certificação de sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. Brasília (DF): CFM; 2012
- Ancker JS, Kern LM, Edwards A, et al; HITEC Investigators. Associations between healthcare quality and use of electronic health record functions in ambulatory care. *J Am Med Inform Assoc*. 2015; 22(4):864-871.
- Feitosa ACR, Ávila AN. Uso do prontuário eletrônico na assistência pré-natal às portadoras de diabetes na gestação. *RBGO*. 2016; 38(1): 9-19.
- Silva KL, Évora YDM, Cintra CSJ. Desenvolvimento de software para apoiar a tomada de decisão na seleção de diagnósticos e intervenções de enfermagem para crianças e adolescentes. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(5):927-935.

Cuidados paliativos e espiritualidade no câncer: um estudo bibliométrico

RESUMO | O objetivo foi realizar um estudo bibliométrico sobre cuidados paliativos e espiritualidade buscando saber o que tem sido produzido em artigos nacionais e internacionais. Foram selecionados estudos nas bases de dados LILACS, SciELO e MEDLINE, sendo encontrados 728 estudos, desses selecionados 95 atenderam aos critérios de inclusão. Entre esses critérios estão estudos publicados em português, espanhol ou inglês, entre 2008 e 2018, classificados como artigo empírico, artigo teórico, revisão sistemática ou teórica, ter acesso livre, e ter como temas centrais tanto a espiritualidade como o cuidado paliativo. A busca foi realizada com os descritores “palliative care” e “spirituality”. Os indicadores bibliométricos apontaram um aumento de publicações sobre espiritualidade e cuidados paliativos de 2008 a 2018, especialmente em 2012. Além disso, há um aumento sobre a abordagem sobre o assunto como um maior enfoque dos profissionais de saúde para abordar a espiritualidade como parte do cuidado de pacientes em cuidados paliativos.

Palavras-chaves: Espiritualidade; Cuidados Paliativos; Oncologia.

ABSTRACT | The aim was to conduct a bibliometric study on palliative care and spirituality seeking to know what has been produced in national and international articles. Studies were selected from the LILACS, SciELO and MEDLINE databases, and 728 studies were found, of which 95 met the inclusion criteria. Among these criteria are studies published in Portuguese, Spanish or English, between 2008 and 2018, classified as empirical article, theoretical article, systematic or theoretical review, having free access, and having as central themes both spirituality and palliative care. The search was performed using the keywords “palliative care” and “spirituality”. Bibliometric indicators pointed to an increase in publications on spirituality and palliative care from 2008 to 2018, especially in 2012. In addition, there is an increase in approaching the subject as a greater focus of health professionals to address spirituality as part of care. of patients in palliative care.

Keywords: Spirituality; Palliative Care; Oncology.

RESUMEN | El objetivo fue realizar un estudio bibliométrico sobre cuidados paliativos y espiritualidad buscando conocer lo que se ha producido en artículos nacionales e internacionales. Se seleccionaron estudios de las bases de datos LILACS, SciELO y MEDLINE, y se encontraron 728 estudios, de los cuales 95 cumplieron los criterios de inclusión. Entre estos criterios se encuentran los estudios publicados en portugués, español o inglés, entre 2008 y 2018, clasificados como artículo empírico, artículo teórico, revisión sistemática o teórica, que tienen acceso libre y tienen como temas centrales tanto la espiritualidad como los cuidados paliativos. La búsqueda se realizó utilizando las palabras clave cuidados paliativos y espiritualidad. Los indicadores bibliométricos señalaron un aumento en las publicaciones sobre espiritualidad y cuidados paliativos entre 2008 y 2018, especialmente en 2012. Además, hay un aumento en el enfoque del tema como un mayor enfoque de los profesionales de la salud para abordar la espiritualidad como parte de la atención. de pacientes en cuidados paliativos.

Descriptor: Espiritualidad; Cuidados Paliativos; Oncología.

Karine Mendonça Rodrigues

Enfermeira, Mestre em Antropologia Social (UFRGS), Doutoranda em Psicologia Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Vale do Rio do Sinos – Unisinos.

Deivid Felizardo

Acadêmico de Psicologia do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Rio do Sinos – Unisinos.

Elisa Kern de Castro

Psicóloga (PUCRS), Mestre em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS), Doutora em Psicologia Clínica e da Saúde (UAM-Espanha), Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos, pesquisadora do CNPq.

Recebido em: 31/07/2019

Aprovado em: 31/07/2019

INTRODUÇÃO

Entre muitas enfermidades que podem acometer o ser humano, há algumas que são mais delicadas e que exigem maior comprometimento para lidar com o processo de adoecimento, como é o caso das doenças em que o paciente requer cuidados paliativos. Nesses casos, pacientes e seus familiares precisam receber cuidados centrados na pessoa e não na doença, pois se trata de problemas de saúde que ameaçam a vida ou que não possuem possibilidade de cura⁽¹⁾.

Os cuidados voltados para pacientes em

estado de terminalidade, fora da possibilidade de cura ou que ameaçam a vida são chamados de cuidados paliativos (CP), definido pela própria Organização Mundial de Saúde - OMS⁽²⁾ como uma abordagem voltada para promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares, a fim de prevenir e aliviar o sofrimento dos envolvidos. Para prestar cuidados paliativos de maneira adequada, é preciso que haja uma identificação precoce da situação, avaliação e tratamento de problemas de ordem física, emocional, psicossocial e espiritual.

Um dos desafios em CP está relacionado à necessidade de dispor de conhecimento técnico refinado aliado a um atendimento que compreenda o ser humano como pro-

tagonista de sua história de vida e coparticipante do seu processo de adoecimento e finitude. Passar por um processo de adoecimento ou ameaça de vida é altamente complexo para quem adocece, bem como para os familiares que acompanham. Assim, garantir a promoção do bem-estar e atenção à evolução da doença e os acontecimentos subjacentes é essencial⁽³⁾.

Entre os aspectos a serem promovidos e garantidos nos cuidados paliativos, a espiritualidade relevante por ser uma dimensão da qualidade de vida do indivíduo⁽⁴⁾ e por se fazer ainda mais presente em situações de doença que ameaçam a vida, como é o caso do câncer⁽⁵⁾. A espiritualidade pode ser definida como um conjunto de aspectos, emoções e atitudes que estão relacionadas a um sentido de vida e transcendência⁽⁶⁾. Autor⁽⁷⁾ entende a espiritualidade como uma dimensão da pessoa que transcende apenas os aspectos físicos e psicossociais da saúde, dando sentido à vida. A espiritualidade, sendo inerente ao ser humano, pode servir como suporte para auxiliar na superação de situações de crise, encontrar uma finalidade e um reajustamento à vida. A espiritualidade pode também ser entendida como uma estratégia de enfrentamento diante da terminalidade, uma forma de pensar o sentido de vida ou como uma maneira de proximidade entre profissionais e pacientes/familiares em cuidados paliativos⁽⁶⁾.

Ao associar espiritualidade e cuidados paliativos, pode-se encontrar diferentes abordagens para o assunto, pode estar relacionado ao processo de saúde-doença do indivíduo⁽⁸⁾. Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo realizar um estudo bibliométrico de artigos que abordam espiritualidade em cuidados paliativos. Através da seguinte questão norteadora: Quais os conhecimentos produzidos em artigos científicos nacionais e internacionais sobre espiritualidade e cuidados paliativos? Será possível sumarizar ao leitor uma ampla diversidade e complexidade de estudos relevantes num espaço de tempo reduzido sobre o tema.

METODOLOGIA

Com intuito de elaborar o levantamento

bibliométrico, o percurso metodológico foi definido em seis etapas: elaboração da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; busca nas bases de dados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação do levantamento. Como questão norteadora tem-se: Quais os conhecimentos produzidos em artigos científicos nacionais e internacionais sobre espiritualidade e cuidados paliativos?

Para alcançar os objetivos propostos nesse estudo, foi realizada uma busca sistemática nos seguintes portais e bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e USA National Library of Medicine (MEDLINE), por serem bases de dados de referência na área. Os descritores utilizados foram "palliative care" "AND" "spirituality".

Estabeleceu-se como critérios de inclusão no estudo: artigos completos disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês e espanhol que apresentassem a temática proposta no título, resumo ou nos descritores; estudos que abordam cuidados paliativos em câncer. Constituíram critérios de exclusão: cartas ao editor, relatos de casos, editoriais, publicados em outros idiomas com exceção

do português, inglês e espanhol, bem como, estudos que abordam cuidados paliativos e pacientes pediátricos; cuidados paliativos e manejo/foco na dor; cuidados paliativos e pacientes e/ou familiares.

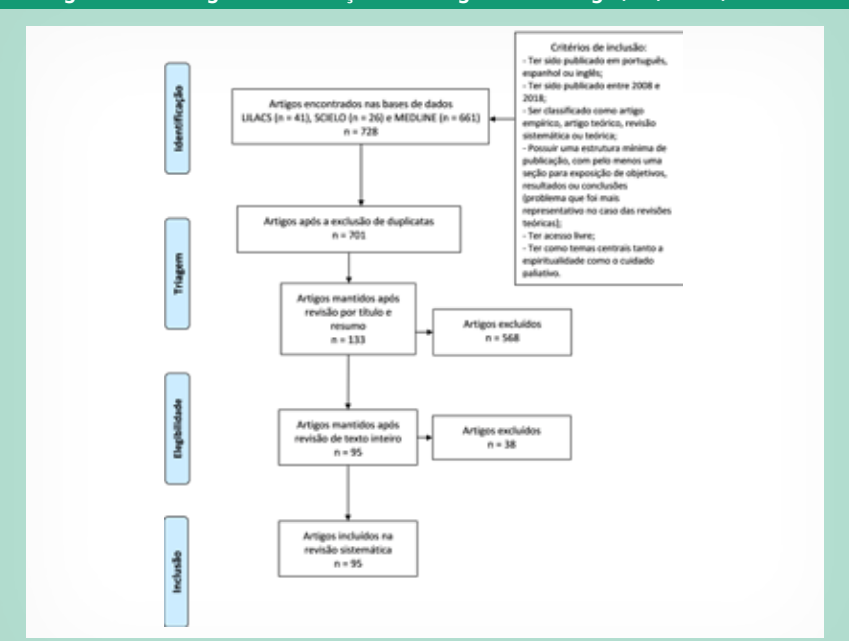
As bases de dados foram acessadas entre dezembro de 2018 e janeiro de 2019, sendo obtidos ao todo 728 textos científicos, de 2008 até esta data. Assim, foram obtidos no LILACS 41 textos, no SCIELO 26 textos e MEDLINE 661 textos, totalizando 728 estudos.

Foi realizada a leitura de todos os resumos, eliminando os artigos científicos que não estavam de acordo com objetivo do estudo proposto para esta pesquisa e os critérios de inclusão. Foram excluídos também, artigos repetidos. Ainda, aplicando-se os critérios de exclusão os textos científicos foram reduzidos para 95 artigos após a revisão do texto inteiro.

Com a intenção de melhor organizar e analisar os dados, construiu-se uma tabela no programa Excel contendo os seguintes indicadores: ano de publicação, país, autores, revista e delineamento de estudo. Os dados foram agrupados e avaliados por meio de estatística descritiva.

O Fluxograma 1 mostra a seleção dos artigos para o presente estudo:

Fluxograma 1. Fluxograma de seleção dos artigos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019



RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, os resultados referentes aos artigos sobre cuidados paliativos e espiritualidade em Oncologia serão apresentados a partir das seguintes categorias de análise: 1) Distribuição cronológica dos estudos; 2) Origem, idioma das publicações e número de autores por artigo; 3)

Modalidade das publicações e público estudado; 4) Produção por país; 5) Temas abordados nos artigos; 6) Medidas de espiritualidade com pacientes em cuidados paliativos; 7) Conceito de Espiritualidade/Cuidados Paliativos;

Distribuição cronológica dos estudos
Identificando temporalmente a frequ-

ência da produção (Figura 1), pode-se observar que houve picos de produtividade sobre o tema nos anos de 2012 e 2017. Observou-se que os últimos dois anos, 2017 e 2018, comportam 30% do total de publicações de artigos científicos sobre espiritualidade e cuidados paliativos na última década, demonstrando o aumento de interesse pela temática.

Figura 1. Distribuição dos artigos por ano de publicação. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019



Origem e idioma das publicações

Os artigos selecionados foram desenvolvidos em sua maioria no exterior (n = 84; 88,4%) e de forma que apenas 11 são estudos brasileiros.

O idioma predominante foi o inglês sendo observado de forma exclusiva em 83 publicações (88,4%) e apenas 1 artigo em espanhol e 11 em português.

Quanto ao número de autores por artigo, a produção individual foi observada em 8 publicações (9%). A proporção 4 autores por artigo foi de 38, sendo o

segundo maior índice (40%). Já trabalhos com mais de cinco autores representaram 51% do total de publicações. Não foram observados artigos científicos com dois ou três autores.

Modalidade das publicações e público estudado

A Tabela 1 mostra os dados relacionados às modalidades das publicações. Os artigos originais se destacaram pelo alto número de publicações, sendo maior que os artigos de revisão teórica ou sistemática de literatura.

Essas publicações, em geral, são de múltiplos autores e há estudos tanto quantitativos (n = 26; 28%) quanto qualitativos (n = 40; 42%), mistos (n = 4; 4,2%) e de revisão sistemática (n = 4; 4,2%).

Ao se verificar o delineamento metodológico dos artigos originais, observou-se que 24% (n=23) dos estudos foram quantitativos, ocorrendo 4 (%) de coorte e 19 (%) descritivos transversais. As pesquisas qualitativas correspondem a 39% (n=37) sendo divididos entre estudos de caso, etnografias e estudos exploratórios.

Tabela 1. Modalidade das publicações e população estudada. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Variáveis	Número de artigos	%
Modalidade do artigo		
Original	64	67,3%

Revisão Teoria	27	28,5%
Revisão Sistemática	4	4,2%
Público participante dos artigos originais		
Profissionais de enfermagem	8	13%
Equipes multiprofissionais	15	23%
Pacientes/familiares	41	64%

Constatou-se que a categoria pacientes/familiares esteve presente em 64% dos artigos. Nessa categoria foram incluídos pacientes e seus familiares que receberam atendimento de cuidados paliativos em variadas modalidades de patologias, porém sendo a mais recorrente o câncer. Essa categorização foi adotada em virtude da enorme recorrência de publicações objetivando saber sobre a experiência dos pacientes e seus familiares diante dos cuidados em situação de ameaça a vida.

Quinze publicações abordaram so-

bre equipes multiprofissionais e suas experiências no cuidado e atendimento à pacientes em cuidados paliativos, sendo que grande parte dos profissionais referidos nos estudos são médicos, residentes e capelães. Observou-se nesses estudos que esses profissionais são os mais requisitados nos cuidados paliativos e espiritualidade, sendo parte de 23% dos estudos. Já os profissionais de enfermagem aparecem nos estudos totalizando 13% deles e sendo parte da rotina diária dos cuidados dos pacientes em paliativismo, bem

como de seus familiares desde o início do processo paliativo.

Produção por país

Na Tabela 2 são apresentados dados referentes ao país onde foi realizado o estudo e sua publicação. Observou-se a distribuição de publicações entre dezoito países. Destacou-se mais publicações nos Estados Unidos da América com 39% dos artigos seguido do Reino Unido com 21% e Brasil 14% de artigos publicados.

Tabela 2. Resultado relacionado ao país. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Variáveis	Número de artigos	%
País do autor Principal		
Estados Unidos da América	31	39%
Reino Unido	17	21%
Brasil	11	14%
Austrália	8	10%
Canadá	7	9%
Outros	6	8%

Temas abordados nos artigos

Após realizada a leitura e sistematização dos artigos, emergiram categorias posteriori determinadas em virtude da similaridade de como o tema foi abordado nos estudos, sendo elas: Conceitos

de espiritualidade/cuidados paliativos; Elementos culturais em cuidados paliativos; Espiritualidade com familiares de pacientes em cuidados paliativos; Experiências de profissionais em cuidados paliativos; Medidas de espiritualidade

com pacientes em cuidados paliativos; Recursos terapêuticos em espiritualidade; Sentido e significado de vida e Validação de instrumento em espiritualidade. A Tabela 3 apresenta as temáticas desses 95 estudos.

Tabela 2. Resultado relacionado ao país. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Temas sobre Espiritualidade e Cuidados Paliativos	N (%)
Conceito de Espiritualidade/Cuidados Paliativos	18 (19%)
Elementos Culturais em Cuidados Paliativos	04 (4%)
Espiritualidade com familiares de pacientes em cuidados paliativos	08 (9%)
Experiência de profissionais em cuidados paliativos	23 (24%)
Medidas de espiritualidade com pacientes em cuidados paliativos	26 (27%)
Recursos Terapêuticos em espiritualidade	10 (11%)

Sentido e significado de vida	03 (3%)
Validação de Instrumento	03 (3%)

Medidas de espiritualidade com pacientes em cuidados paliativos

A maioria dos estudos (n = 26) aborda a forma como a espiritualidade é medida ou expressa pelos pacientes em cuidados paliativos. Dois estudos tratam sobre as necessidades espirituais de pacientes com câncer em cuidados paliativos e como a equipe de profissionais pode trabalhar essas necessidades. Três estudos focam no bem-estar espiritual de pacientes com câncer em estado terminal abordando como é possível proporcionar bem-estar nessa fase da doença. Os demais estudos avaliam de forma mais geral e variada como a espiritualidade é observada em pacientes em cuidados paliativos, na sua maioria em terminalidade. A maioria dos estudos são voltados para pacientes adultos.

Conceito de Espiritualidade/Cuidados Paliativos

Dezoito estudos referem-se aos conceitos de espiritualidade e cuidados paliativos. Dentre eles, alguns comparam os conceitos de espiritualidade e religiosidade, qual o significado do conceito de espiritualidade do ponto de vista do paciente e ainda, cuidados paliativos e terminalidade. Espiritualidade é vista como um elemento vital conectado à busca de sentido, propósito e a transcendência na vida. Porém, esta visão

não é unânime, há vertentes que apontam para espiritualidade como um recurso para enfrentamento de situações adversas de vida ou uma dimensão inerente a cada ser humano. Em todos os entendimentos sobre o que é espiritualidade há uma relação que tende ao positivismo.

CONCLUSÃO

Os indicadores bibliométricos apontaram um aumento de publicações sobre espiritualidade e cuidados paliativos crescente no período de 2008 a 2018, especialmente a partir de 2012. Os países que mais publicaram sobre o tema de cuidados paliativos e espiritualidade possuem uma organização e estrutura política e assistencial quanto aos cuidados paliativos que contemplam as premissas previstas no conceito da OMS, como nos Estados Unidos, Reino Unido e Brasil.

Além disso, há um aumento sobre a abordagem do assunto com um maior enfoque dos profissionais de saúde para abordar a espiritualidade como parte do cuidado de pacientes em cuidados paliativos. Pacientes e seus familiares são a principal preocupação dos profissionais com intuito de garantir um melhor cuidado, para isso, incluindo a espiritualidade como um recurso terapêutico ou uma dimensão do cuidado.

Outro ponto é que tendo como um

dos princípios dos cuidados paliativos o foco no paciente e familiar, é possível perceber que ao abordar as necessidades de pacientes, bem como de seus familiares que estão envolvidos na situação de cuidados paliativos, é preciso dar atenção a espiritualidade de ambos.

Dos estudos avaliados, a maioria aponta a espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento para situações adversas como significado ou sentido de vida diante da morte ou terminalidade ou forma de tentar compreender a doença ou adversidade de vida.

Os resultados dos estudos analisados indicam uma condição facilitadora para que se possa ter uma ideia panorâmica sobre o que se tem produzido e focado sobre o tema proposto. Os estudos sobre a temática podem contribuir para ações de saúde mais adequadas e humanizadas, na medida que se compreende mais sobre a importância da abordagem sobre espiritualidade e dos valores culturais que cada pessoa carrega.

Esse estudo pode contribuir para a área, disponibilizando informações sobre espiritualidade e cuidados paliativos, enfatizando a necessidade de focar sobre as necessidades espirituais dos pacientes e incentivar que mais estudos sejam realizados para aprimorar essa discussão e novas abordagens de cuidado. 🌱

Referências

1. Agência Nacional de Cuidados Paliativos. O que são cuidados paliativos? [Internet]. 2012 [acesso em 10 abr 2017]. Disponível em: <http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao>.
2. Organização Mundial da Saúde. Who definition of palliative care [Internet]. [acesso em 10 abr 2017]. Disponível <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/em/>.
3. Arrieira I, Thofehn M, Porto A, Palma J. Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. *Ciência, Cuidado E Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 10 abr 2017]; 10(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i2.15689>.
4. Panzini, RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Archives of Clinical Psychiatry* [Internet]. 2007 [acesso em 10 abr 2017]; 34(Suppl. 1):105-115. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>.
5. Fornazari SA, Ferreira RR. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2010 [acesso em 10 abr 2017]; 26(2):265-272. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000200008&script=sci_abstract&tlng=pt.
6. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso em 10 abr 2017]; 22(10):2055-2066. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000011>.
7. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research finding and implications for clinical practice. *South Med J* [Internet]. 2004 [acesso em 10 abr 2017]; 97:1194-1200. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15646757>.
8. Buck H. Cuestiones sobre cuidados paliativos y final de la vida. *Nursing (Ed. Española)* [Internet]. 2014 [acesso em 10 abr 2017]; 31(3):11-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nursi.2014.07.005>.

Gestão de informação em saúde: processo de digitalização de prontuários em uma maternidade de alta complexidade na cidade de São Luís-MA

RESUMO | O objetivo é descrever os estágios de adequação do processo de digitalização de prontuários em uma maternidade em São Luís-MA. O início foi em julho de 2018 com a realização de diagnóstico da situação documental, organização de prontuários com o Serviço de Arquivo Médico e instalação do sistema, com o apoio da Secretaria Estadual da Saúde, Instituto Acqua e o setor técnico de informática. A documentação manual deu-se a partir de 1998 até o ano em curso. O processo conta com 3.603 prontuários digitalizados. Os dados referentes há 11 anos estão catalogados para entrega à Secretaria Estadual de Saúde para o arquivo permanente. Em um ano é possível mensurar os principais ganhos como a agilidade, visualização e impressão dos prontuários. A perspectiva é melhor atender as demandas. O projeto é embrionário e um marco na otimização da documentação digital servindo como referência na eficiência administrativa.

Palavras-chaves: Gestão Hospitalar; Maternidade de Alta Complexidade; Serviço de Arquivo Médico.

ABSTRACT | The aim is to describe the stages of adequacy of the process of digitalization of medical records in a maternity hospital in São Luís-MA. The beginning was in July 2018 with the diagnosis of the documentary situation, organization of medical records with the Medical Archive Service and installation of the system, with the support of the State Department of Health, the Acqua Institute and the IT department. Manual documentation took place from 1998 until the current year. The process has 3,603 digitized medical records. The data for 11 years are cataloged for delivery to the State Department of Health for permanent archive. In a year it is possible to measure the main gains such as agility, visualization and printing of medical records. The prospect is better meet the demands. The project is embryonic and a milestone in the optimization of digital documentation serving as a reference in administrative efficiency.

Keywords: Hospital Management; High Complexity Maternity; Medical File Service.

RESUMEN | El objetivo es describir las etapas de adecuación del proceso de digitalización de registros médicos en un hospital de maternidad en São Luís-MA. El comienzo fue en julio de 2018 con el diagnóstico de la situación documental, la organización de registros médicos con el Servicio de Archivo Médico y la instalación del sistema, con el apoyo del Departamento de Salud del Estado, el Instituto Acqua y el departamento de TI. La documentación manual tuvo lugar desde 1998 hasta el año en curso. El proceso tiene 3,603 registros médicos digitalizados. Los datos de 11 años están catalogados para su entrega al Departamento de Salud del Estado para su archivo permanente. En un año es posible medir las principales ganancias, como la agilidad, la visualización y la impresión de registros médicos. La perspectiva es mejor satisfacer las demandas. El proyecto es embrionario y un hito en la optimización de la documentación digital que sirve como referencia en eficiencia administrativa.

Descriptor: Complejidad; Servicio de Archivo Médico; Digitalización de Historias Clínicas.

Maria Margarida de Carvalho Neta

Gestora Hospitalar e Enfermeira. Gerente Administrativa da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão – MACMA, em São Luís-MA.

Ana Cássia Martins Ribeiro Cruz

Enfermeira. Adjunta da subseção de Auditoria em Saúde. Esquadrão de Saúde-Força Aérea Brasileira- Alcântara-MA.

Joelma da Silva Raposo

Enfermeira. Auditora em Saúde/Secretaria do Estado de Saúde-SES. Presidente Dutra-MA.

Recebido em: 24/07/2019

Aprovado em: 29/07/2019

Wesley Thauann dos Santos Albuquerque

Bacharel em Ciências Contábeis. Agente Administrativo. Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão – MACMA.

INTRODUÇÃO

A tecnologia da informação configura-se uma ferramenta indispensável à implantação dos processos de reestruturação global, um dos principais fatores de mudanças ocorridas nas várias formas de relações⁽¹⁾. Nesse cenário, as organizações também se encontram no viés do gerenciamento e utilização de tecnologia transformando, de forma constante, seus sistemas de informação. Como enfatizam autores⁽²⁾,

com a disponibilização das tecnologias da informação, as organizações têm utilizado esse recurso para dar apoio ao fornecimento de dados proporcionando acessos dinâmicos e personalizados que facilitam a administração no cotidiano.

Novos sistemas e métodos de informação são utilizados como estratégias visando a ampliação técnica das gerências no seio das diversas formas de negócios. Autores^(3:210) acentuam que “os sistemas de informações, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, compreendidos como instrumento de trabalho na saúde, têm contribuído nas ações administrativas e burocráticas ancoradas em conhecimento técnico-científico”.

A evolução da informática atinge todos os setores da sociedade e, no âmbito da gestão de informação hospitalar, estudo⁽⁴⁾ aponta que o uso dos sistemas significa a melhoria de armazenamento e preservação das informações, quer seja na área pública ou privada.

No que se refere à documentação e saúde, destacando o prontuário médico, observa-se autor^(5:19), que cita a Resolução de n.º 1.638/2002, Art. 1º do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre normas técnicas para uso de sistema informatizado, em que define que o prontuário médico é “documento único constituído de um conjunto de informações [...] sobre a saúde do paciente e a assistência prestada. Possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”. Quanto ao volume crescente de documentos armazenados nos diversos estabelecimentos de saúde, esclarece ainda que os sistemas de armazenamentos de dados passaram a subsidiar as informações sobre a manutenção da saúde de pacientes, favorecendo o compartilhamento das mesmas entre os profissionais da área.

Nesse âmbito, autor^(6:9) explica que “toda documentação criada nas diversas fases de atendimento e atividades exercidas pela instituição deve ser preservada, necessitando de ser concentrada em locais adequados”. No processo de armazenamento eletrônico, diversas etapas são imprescindíveis, como a classificação da massa documental, organização para formação dos arquivos e digitalização, visando facilitar a busca, o armazenamento e dar celeridade no acesso à documentação, sendo necessária sua preservação⁽⁷⁾.

Todos os aspectos mencionados dão base à apresentação do processo de digitalização que ocorre em uma maternidade na cidade de São Luís-MA, com o intuito margeado na Gestão em Saúde, beneficiando, assim, o andamento do uso dinâmico das informações de

prontuários médicos, cuja referência é o acolhimento e atendimento humanizado voltado para pacientes obstétricas, na rede pública de saúde do Maranhão.

Assim, esse artigo apresenta a experiência vinculada à preocupação: Como preservar toda a documentação de registro do atendimento aos pacientes que se avoluma em 21 anos desde o início das atividades da maternidade? Nesse aspecto, referente ao processo eletrônico de preservação de documentação, o objetivo é descrever os estágios em que se encontra a digitalização de prontuários na referida maternidade.

METODOLOGIA

O presente artigo de caráter exploratório e descritivo trata da digitalização de prontuários de pacientes como recurso de gestão hospitalar para a Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA). Contemplou, inicialmente, o encontro dos pressupostos que embasaram teoricamente este artigo, através de publicações que dispõem de dados em revistas, artigos eletrônicos e periódicos.

Apoia-se, seguidamente, nas determinações e normas estabelecidas pelos órgãos competentes cujas disposições servem de pilar para seu desenvolvimento. Assim, parte da Portaria do Ministério da Saúde n.º 900, de 31 de março de 2017, que dispõe sobre a implantação e o funcionamento do Sistema Eletrônico de Informações – SEI⁽⁸⁾. Outras determinações são evidenciadas pelo então Governador do Estado do Maranhão, Flávio Dino, através do Decreto n.º 32.607, de 25 de janeiro de 2017, que “dispõe sobre os documentos de arquivo e gestão”. No uso de suas atribuições: “considerando estabelecer um programa de gestão documental que integre as fases corrente, intermediária e permanente, pelas quais tramitam os documentos de arquivos”^(8:5). Destaca-se também a Resolução n.º 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina - CFM (publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252), que

aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde⁽⁹⁾.

A partir da viabilização das propostas para a digitalização de prontuários da maternidade, foco deste estudo, foi elaborado planejamento das etapas para a implantação do sistema. Inicialmente, foi realizado um diagnóstico da situação-problema verificando que em todo período de 21 anos de atividades, o acúmulo de prontuários ficou inoperante quanto ao acesso e guarda de documentos em papel.

As dificuldades do acesso por qualquer necessidade, em um total de papéis arquivados não permitia a contagem de sua numeração existente e apresentava dificuldade, por exemplo, no tempo que levava para encontrar uma determinada documentação. Em instância paralela, o envelhecimento dos prontuários provocava distúrbios à saúde dos profissionais do setor, exigindo redobrados cuidados aos mesmos.

A etapa seguinte foi a organização de prontuários médicos no hospital através do Serviço de Arquivo Médico (SAME), que atualmente possui duas salas. A sala principal com aproximadamente 89m², equipada com armários deslizantes e uma sala complementar de aproximadamente 35m², organizada com prateleiras de metal onde encontram-se também quantitativo de prontuários não catalogados.

A otimização do espaço físico e condução dos recursos humanos observou as fases essenciais para o início de todo processo de digitalização:

- a) Equipe certa – o gerenciamento é liderado por um gerente administrativo, um supervisor que controla a classificação dos prontuários e a equipe de catalogadores e digitalizadores totalizando quatro profissionais no

âmbito dos sistemas de controle;

b) Espaço físico – a área por pessoa é de 12m², considerando a preparação de arquivos e os equipamentos de digitalização - scanners, com velocidade de leitura e recursos de armazenamento necessários para cumprir o cronograma do projeto;

c) Software de digitalização adequado – Klinikos - é o sistema de gerenciamento eletrônico que concentra os primeiros módulos instalados com a entrada de dados que permite gerar os relatórios necessários ao movimento de prontuários de pacientes. São observadas as etapas de automação, indexação, imagem e identificação de dados;

d) Políticas e procedimentos claramente documentados – todas as instruções de entrada de dados, armazenamento, processamento e saídas seguem devidamente todas as instruções, inicialmente, abordadas e determinadas, seguindo as exigências do sistema instalado, para evitar ônus, imprecisões e inconsistências;

e) Acesso aos documentos digitalizados - a dinâmica de relatórios está estabelecida, principalmente, na confiabilidade, rapidez e eficiência diante das necessidades dos prontuários digitalizados;

f) Destino dos documentos digitalizados – considerando os benefícios da digitalização documental da maternidade são devidamente catalogados, digitalizados, armazenados em caixas de arquivo verde (o que preconiza o arquivamento na área da saúde), contabilizados em 30 prontuários por cada caixa, feito a identificação das caixas e enviados ao órgão controlador para o arquivo permanente, que é o

arquivo da Secretaria de Saúde do Estado (SES).

O projeto prevê visitas da Administração superior com vistas ao reconhecimento do processo para determinar reuniões que possibilitam equacionar os problemas que eventualmente possam ocorrer. Toda equipe deve atender aos critérios determinados para consolidar toda elaboração com o resultado esperado diariamente, a fim de atender todo cronograma, não havendo ainda um período determinado para a finalização da digitalização dos prontuários elaborados manualmente e, conseqüentemente, dar continuidade ao processo eletrônico, quando atualizado, para atender com mais eficiência todo sistema documental do hospital.

A coleta dos dados deu-se a partir do acesso aos prontuários da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão-MACMA com autorização da Diretoria da unidade e da instituição gestora por Carta de Anuência.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se ao processo em andamento de digitalização dos prontuários das pacientes na MACMA, em que são notificadas as informações desde a admissão até o arquivamento definitivo.

Estrutura da MACMA

A Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA) está localizada à Av. Jerônimo de Albuquerque, S/N, bairro Cohab Anil III, na capital maranhense, São Luís, com 163 leitos, para atendimento a pacientes obstétricas, como referência à atenção à saúde na gestação de alto risco e ambientação adequada para o acolhimento e atendimento humanizado.

O hospital é uma unidade completa e oferece espaço para atendimento digno à população maranhense. A Unidade de Terapia Intensiva Materna (UTIM) da maternidade atende pacientes obsté-

tricas graves, nos períodos pré, intra e pós-parto, com atendimento às doenças próprias da gravidez ou nela intercorrentes e que necessitem de internação em regime de cuidados intensivos.

A equipe de profissionais é formada por especialistas em terapia intensiva e ginecologistas obstetras, além de uma equipe de enfermagem especializada em UTI, assim como a presença e o apoio de médicos nas especialidades de cardiologia, anestesiologia, neurologia, infectologia, fisioterapia respiratória e psicologia, entre outras necessidades prementes, refletindo na redução dos indicadores de mortalidade materna.

Com a gestão do Instituto Acqua em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, sucederam-se mudanças na maternidade desde maio de 2015, como reorganização, ganho de novos leitos e equipamentos, o que reforça o papel de referência no atendimento às gestantes de alto risco em todo Estado.

SAME

O Serviço de Arquivo Médico (SAME) que opera dentro da maternidade tem por finalidade a guarda e a preservação do prontuário do paciente (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias etc.) e a elaboração de relatórios e boletins estatísticos referentes ao movimento hospitalar. É um serviço imprescindível ao hospital, permitindo estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes que recorrem ao mesmo.

O SAME funciona 24 horas para atender às demandas assistenciais da Instituição, manuseando diariamente cerca de 300 prontuários (arquivamento e desarquivamento), que estão disponíveis para consultas ambulatoriais, internações, pesquisa científica e solicitação da Direção. A equipe de trabalho do SAME é constituída por 13 funcionários efetivos que estão distribuídos em três turnos (manhã, tarde e plantão noturno).

As atividades incluem:

- a) Localizar e fornecer prontuários solicitados para consultas ambulatoriais, internação, estudos, pesquisa, auditoria;
- b) Manter o controle de saídas e devolução de prontuários, fornecidos para consultas ambulatoriais, unidades de internação e/ou setores da maternidade;
- c) Manter o registro numérico nos prontuários pelo método Dígito Terminal Simples com base no registro gerado pelo Sistema KLINIKOS no momento da abertura;
- d) Receber, revisar e ordenar os prontuários de pacientes de alta, que retornam do Faturamento;
- e) Unificar os prontuários;
- f) Manter sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente;
- g) Revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas;
- h) Selecionar prontuários para uso das comissões hospitalares;
- i) Colaborar nas pesquisas científicas e nos trabalhos de investigação, quando solicitado;
- j) Preparar os relatórios estatísticos mensais, trimestrais e anuais, referente às suas atividades, de interesse do Hospital;
- k) Receber e providenciar respostas de informações aos interessados, quando autorizados pela Diretoria da Maternidade;
- l) Capacitar os funcionários lotados no SAME.

O SAME se entrosou com os demais serviços técnicos e administrativos da Instituição, colaborando no aprimoramento da assistência prestada ao paciente. É o responsável por organização, armazenamento e guarda de prontuários dos pacientes, permitindo sua rastreabilidade sempre que necessário.

Diagnóstico Situacional

A MACMA foi fundada em 1998 com o nome Hospital e Maternidade Marly Sarney, para atender às necessidades assistenciais da população ludovicense, atendendo, atualmente, usuários de outros municípios e distritos vinculados à cidade de São Luís.

O SAME dispõe, atualmente, de 1 Arquivo Médico Corrente, constituído por acervos de Prontuários Correntes e Intermediários, dispondo aproximadamente de 69,8 metros lineares de documentos arquivados, que datam de 1998 a 2019. A carência de espaço físico adequado para armazenamento e preservação dos prontuários, é evidente nesse Arquivo, considerando que o SAME não dispõe de espaço físico para ampliação do Acervo.

Assim, a importância do Arquivo para a instituição está ligada ao aumento expressivo do volume de documentos que utiliza no exercício de suas atividades e a necessidade de se estabelecerem critérios de guarda. A adoção de técnicas arquivísticas adequadas permite não apenas a localização eficiente da informação desejada, mas também a economia de recursos para a instituição.

Processo de digitalização dos prontuários

A partir da iniciativa de contratação pela SES-MA, a tecnologia KLINIKOS foi instalada junto ao departamento de

TI da maternidade com funcionalidade para os registros eletrônicos, incluindo o atendimento em todos os níveis assistenciais: clínico, administrativo, operacional e gerencial, significando registros quanto às internações, emergência, ambulatórios, farmácia, consultas, exames e prontuários médicos.

No módulo de documentação médica, o sistema controla a abertura e movimentação de prontuários permitindo a visualização do histórico assistencial e consulta dos resumos dos atendimentos. O sistema proporciona integração entre os registros de forma multidisciplinar.

Resultados do andamento do processo de digitalização

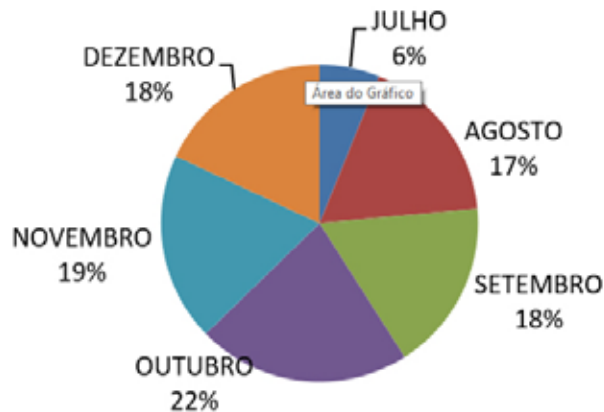
O arquivamento da documentação da maternidade deu-se a partir de 1998, marcando 21 anos de evolução do acervo de prontuários até o ano em curso. O início do processo de arquivo eletrônico foi a partir de julho de 2018. O montante de prontuários digitalizados até junho de 2019 somam 3.603 registros, nos quais foram trabalhadas as etapas de acordo com a realidade da unidade, e com apoio e conhecimento da Secretaria de Estado da Saúde, Instituto Acqua e o setor técnico de informática da maternidade. A evolução dos números é apresentada nos quadros e gráficos que seguem abaixo, referentes ao segundo semestre de 2018 e primeiro semestre de 2019:

Quadro 1 - Relatório dos Prontuários Digitalizados. São Luís, MA, Brasil, jul/dez 2018

TOTAL MENSAL PRONTUARIOS DIGITALIZADOS	
MÊS	TOTAL
JULHO	84
AGOSTO	238
SETEMBRO	239
OUTUBRO	298
NOVEMBRO	263
DEZEMBRO	247
TOTAL	1.369

Gráfico 1. Percentuais de Prontuários Digitalizados. São Luis, MA, Brasil, 2018

Distribuição Percentual de Prontuários Digitalizados - Mensal - 2º Semestre 2018



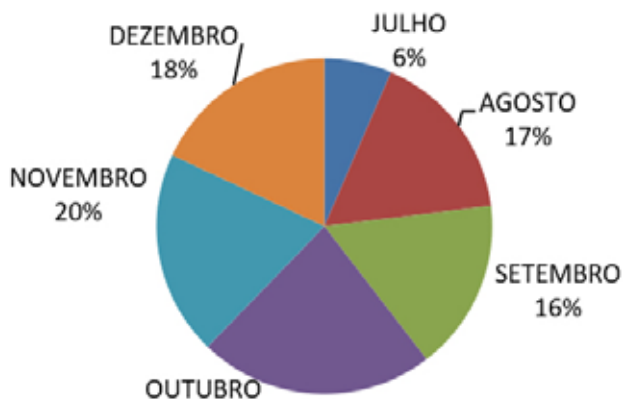
Quadro 2. Relatório de folhas de Prontuários Digitalizados. São Luis, MA, Brasil, jul/dez 2018

TOTAL MENSAL PRONTUARIOS DIGITALIZADOS	
MÊS	TOTAL
JULHO	4526
AGOSTO	11.532
SETEMBRO	11.481
OUTUBRO	15.780
NOVEMBRO	13.716
DEZEMBRO	12.558
TOTAL	69.593

Observa-se no Quadro 1, o montante inicial de 84 prontuários digitalizados em julho de 2018, representando 4526 folhas. A evolução gradativa se deu acompanhada pelo supervisor dos trabalhos, seguindo em agosto do período semestral, com 17%, inseridos no modulo de prontuários, Gráfico 1, e folhas respectivas, Gráfico 2. Relacionados aos meses seguintes, em dezembro/2018 o total de prontuários digitalizados foi 1.369, Quadro 1, sendo o número de folhas fechado em 69.593, Quadro 2.

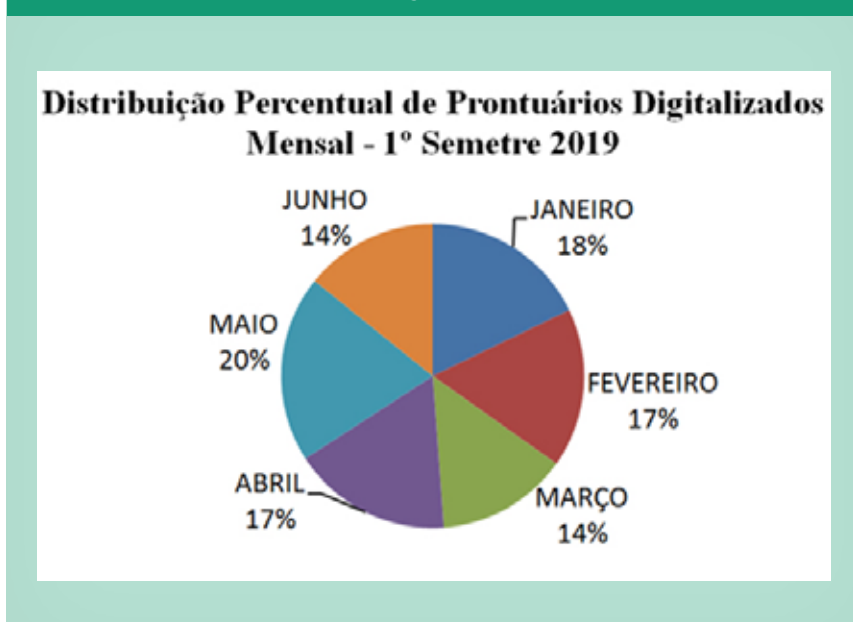
Gráfico 2. Percentuais de folhas de Prontuários Digitalizados. São Luis, MA, Brasil, 2018

Distribuição Percentual de Folhas Digitalizadas 2º Semestre 2018



Quadro 3 - Relatório dos Prontuários Digitalizados. São Luis, MA, Brasil, jan/jun 2019

TOTAL MENSAL PRONTUARIOS DIGITALIZADOS	
MÊS	TOTAL
JANEIRO	399
FEVEREIRO	378
MARÇO	314
ABRIL	381
MAIO	444
JUNHO	318
TOTAL	2.234

Gráfico 3. Percentuais de Prontuários Digitalizados. São Luis, MA, Brasil, 2019**Quadro 4. Relatório de folhas de Prontuários Digitalizados. São Luis, MA, Brasil, jan/jun 2019**

TOTAL MENSAL PRONTUARIOS DIGITALIZADOS	
MÊS	TOTAL
JANEIRO	19.204
FEVEREIRO	16.340
MARÇO	14.841
ABRIL	18.076
MAIO	20.908
JUNHO	17.950
TOTAL	107.319

No período de janeiro a junho de 2019, o número de prontuários digitalizados correspondeu a 2.234, somados ao segundo semestre de 2018, fecha o montante apresentado de 3.603 registros com 176.973 folhas. A variação percentual diária e mensal não é estável devido algumas circunstâncias consideradas na preparação da documentação, a média diária de inserção no módulo pode ser considerado entre 21 a 23 prontuários.

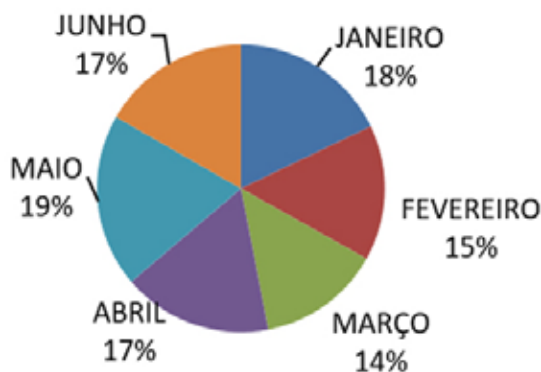
DISCUSSÃO

A importância que se dá nesse processo é o fato de que o prontuário do paciente se constitui o documento que inclui e relata toda história e vida clínica do mesmo. Nesse aspecto, tem valor imensurável para a instituição, assim como para o próprio paciente e para a equipe dos profissionais que forma a instituição hospitalar. Portanto, deve receber um tratamento diferenciado, ser bem elaborado e manuseado com cuidado, zelando-se pela integridade dos seus componentes. É um instrumento legal que comprova o atendimento prestado ao paciente e possibilita uma análise acurada dos fatos ocorridos, servindo de instrumento de defesa ou acusação, dada a sua elaboração. Assim, a sua guarda deve atender aos critérios estabelecidos.

Remete-se ainda à confiabilidade das informações, a segurança e o sigilo das mesmas, que devem ser observadas segundo os padrões exigidos, especificados e disponibilizados pela Resolução CFM n.º 1.821/2007, que inclusive pode ser submetido a uma comissão especial para conceder o selo de qualidade relacionado com os sistemas informatizados. As exigências culminam também no prazo mínimo de vinte anos, a partir do último registro, para a preservação do prontuário físico de paciente que não foi arquivado digitalmente. A digitalização dos prontuários concorre para ganho de tempo nas buscas de informações do paciente, facilita o manuseio dessas, diminuído o

Gráfico 4- Percentuais de folhas de Prontuários Digitalizados. São Luis, MA, Brasil, jan/jun 2019 Fluxograma de seleção dos artigos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Distribuição Percentual de Folhas Digitalizadas - Mensal - 1º Semestre 2019



espaço físico para sua preservação.

Os trabalhos realizados na MACMA, conjuntura deste estudo, notifica a importância da preservação de informações necessárias e imprescindíveis na vivência de atendimentos à pacientes obstétricas com suas inúmeras necessidades, muitas vezes de risco. Eleva-se, portanto, o grau de relevância quanto ao uso das tecnologias de armazenamento dos dados na instituição.

Assim, com o processo em pleno funcionamento na MACMA, o que vem ocorrendo há um ano, é possível mensurar os principais ganhos proporcionados pela

iniciativa, entre os quais merece destaque a agilidade na procura, visualização e impressão dos prontuários pelos profissionais do setor, considerando a necessidade de aprimorar o espaço físico. De todo período de digitalização de prontuários na referida unidade de saúde, os dados referentes a 11 anos já estão sendo catalogados e arquivados adequadamente para entregar à Secretaria de Estado de Saúde para o arquivo permanente. O volume de prontuários digitalizados até o momento presente altera-se diariamente dando origem a um novo cenário de arquivo, eficiente, seguro e rápido.

CONCLUSÃO

Devido aos inúmeros benefícios que o investimento tecnológico em prontuário eletrônico poderá trazer para a unidade hospitalar MACMA, o uso de software atende melhor às demandas da instituição, representando a expansão no atendimento à saúde de seus pacientes.

A maternidade, em parceria com o Instituto Acqua, vem, nos últimos tempos, investindo neste projeto de prontuários, e o uso de tais tecnologias se constitui em facilitar os trabalhos que se realizam, levando a concluir ser este projeto a construção de um marco de maior referência e eficiência.

A preocupação inicial de como preservar a documentação de registro do atendimento aos pacientes, ponto relevante nesse projeto, encontrou solução para o controle do volume de prontuários que se forma desde a inauguração das atividades da maternidade, no processo de digitalização dos prontuários.

O projeto apresenta-se como embrionário, porém, a documentação digital da Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão conduz a uma melhor condição de andamento administrativo. Essa referência, certamente, estende-se a outras unidades de atendimento à saúde, como, por exemplo, as demais unidades sob a gestão do próprio Instituto Acqua, com tecnologias que refletem maior eficiência. 🐦

Referências

- Teófilo RB, Freitas LS. O uso de tecnologia da informação como ferramenta de gestão. *Gestão de Negócios pela FGV, Universidade Federal de Campina Grande, SEGET* [Internet]. 2019 [acesso em 08 mai 2019]. Disponível em: https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos07/652_SEGET%20rora.pdf.
- Souza P, Petri SM. As Tecnologias da Informação no Processo de Gerenciamento: Avanços do Governo Eletrônico. IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia [Internet]. 2012 [acesso em 10 mai 2019]. Disponível em <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/45016472.pdf>.
- Mai S, et al. O Uso das Tecnologias na Democratização da Informação em Saúde. *RGSS*. 2017 set./dez.; 6(3).
- Silva TCF. *Gestão de Documentos em Arquivo Hospitalar*. 2008. Monografia (Curso de Graduação em Biblioteconomia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte [Internet]. 2016 [acesso em 08 mai 2019]. Disponível em: https://simagestao.com.br/wp-content/uploads/2016/01/TeresaCFS_Monografia.pdf.
- Pinto VB. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico e informação e comunicação do domínio da saúde. *Enc. Bibli.:R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis*, n. 21, 1º sem. 2006.
- Pazin M. *Arquivos de empresas: tipologia documental*. São Paulo: Associação de Arquivistas de São Paulo; 2005.
- Ministério da Fazenda, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração, Coordenação-Geral de Recursos Logísticos (BR). *Procedimentos para digitalização de documentos e processos: cartilha*. Brasília: MF/SE/SPOA/COGRL, 2017.
- Ministério da Saúde (BR). GM. Portaria n.º 900, de 31 de março de 2017. Dispõe sobre a implantação e o funcionamento do Sistema Eletrônico de Informações-SEI [Internet]. 2017 [acesso em 19 jul 2019]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0900_310_03_2017.html.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução n.º 1.821/2007 [Internet]. Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg.252 [acesso em 19 jul 2019]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2007/1821>.

Lições extraídas de uma experimentação estética sobre a relação do estudante de enfermagem com a pessoa em sofrimento psíquico

RESUMO | Objetivo: analisar as emoções do estudante de enfermagem diante da iminência do estabelecimento da relação terapêutica com o usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem sociopoética, desenvolvida com 21 acadêmicos do 6º período do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública. Resultados: Foram relatadas diversas sensações, entre as quais: felicidade, tristeza, medo, surpresa, raiva e nojo, além de uma ambivalência de sensações. Por vezes, esta ambiguidade se fez patente e foi nítida a dificuldade de relatar e descrever as emoções e sentimentos na forma escrita, aparecendo melhor o que o corpo fala, e se apresenta de maneira marcante para expressar conteúdos velados dentro de si mesmo. Conclusão: Todos os participantes foram afetados pelos objetos contidos nas caixas, o que demonstrou grande necessidade e urgência para falarem sobre suas próprias afetações e sentimentos. **Palavras-chaves:** Saúde Mental; Emoções; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT | Objective: Analyze the emotions of nursing students facing the imminence of establishing a therapeutic relationship with the user of the Psychosocial Care Center (CAPS). Method: This is a qualitative research with a sociopoetic approach, developed with 21 students from the 6th period of the Nursing Undergraduate Course of a public university. Results: Several sensations were reported, including happiness, sadness, fear, surprise, anger and disgust, as well as an ambivalence of sensations. At times, this ambiguity was evident and the difficulty of reporting and describing the emotions and feelings in written form was clearer, better appearing what the body speaks, and is presented in a remarkable way to express veiled contents within itself. Conclusion: All participants were affected by the objects contained in the boxes, which showed great need and urgency to talk about their own affects and feelings.

Keywords: Mental Health; Emotions; Nursing Education.

RESUMEN | Objetivo: analizar las emociones de los estudiantes de enfermería ante la inminencia de establecer una relación terapéutica con el usuario del Centro de Atención Psicossocial (CAPS). Método: Esta es una investigación cualitativa con enfoque sociopoético, desarrollada con 21 estudiantes del sexto período del Curso de Pregrado en Enfermería de una universidad pública. Resultados: Se informaron varias sensaciones, entre ellas: felicidad, tristeza, miedo, sorpresa, enojo y asco, así como una ambivalencia de sensaciones. A veces, esta ambigüedad era evidente y estaba clara la dificultad de informar y describir las emociones y sentimientos en forma escrita, apareciendo mejor lo que el cuerpo habla, y se presenta de una manera notable para expresar contenidos velados dentro de sí mismo. Conclusión: Todos los participantes fueron afectados por los objetos contenidos en las cajas, que mostraron una gran necesidad y urgencia de hablar sobre sus propios afectos y sentimientos.

Descriptor: Salud Mental; Emociones; Educación de Enfermería.

Raquel Tavares Brito Fernandes

Mestranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS), Universidade Federal Fluminense (UFF).

Claudia Mara de Melo Tavares

Doutora em Enfermagem, Professora Titular do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS), Universidade Federal Fluminense.

Paulo Cesar Toledo de Almeida

Mestre em Psicologia Social. Professor Assistente da PRICHSA, Universidade de Vassouras.

Letycia Sardinha Peixoto Manhães

Doutoranda do Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS).

Marcela Pimenta Muniz

Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (MEP), Universidade Federal Fluminense (UFF).

Rafael Rodrigues Polakiewicz

Doutorando em ciências do cuidado em saúde. Professor Enfermagem em saúde coletiva -UFF.

Recebido em: 22/07/2019

Aprovado em: 29/07/2019

INTRODUÇÃO

O atual modelo de cuidar em saúde mental, orientado pela perspectiva do cuidado ampliado e operacionalizado por meio do projeto terapêutico singular (PTS), exige do enfermeiro grande capacidade de intenso diálogo com a equipe interdisciplinar e demais atores envolvidos no território do usuário dos serviços de saúde mental. O modo de Atenção Psicossocial requer operacionalização de ações de cuidado na comunidade, no espaço habitado pelas pessoas, de forma horizontal e cidadã, utilizando-se as mais variadas tecnologias de inclusão.

A convivência dentro de um cenário

em constante transformação começou a colocar o enfermeiro de saúde mental diante de novos e importantes desafios, exigindo que se fizesse uma análise crítica dos saberes que fundamentavam sua prática profissional⁽¹⁾.

Tradicionalmente, o ensino de enfermagem psiquiátrica é pautado na disciplina, controle dos sintomas e espaços de enclausuramento da doença mental. No entanto, com a mudança de modelo assistencial, é imperioso realizar transformações no ensino para atender às exigências de mudança da ação profissional do enfermeiro. Além disso, é necessário pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um sistema fechado, mas como um campo social amplo, devendo o ensino considerar a complexidade na formação profissional⁽²⁾.

A formação profissional em saúde mental é um processo em constante construção, sendo um tema frequentemente debatido com o intuito de criar estratégias e desenvolver ações capazes de qualificar profissionais para uma prática diferenciada, que tenha o sujeito como seu principal foco de ação e que seja mais condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS⁽³⁾.

Nas últimas décadas, pesquisas realizadas por economistas, psicólogos e educadores revelam que competências e habilidades como perseverança, autonomia e curiosidade são tão importantes quanto as habilidades cognitivas para a obtenção de bons resultados em diversas esferas do bem-estar individual e coletivo, como educação, renda e saúde. Para a construção de práticas mais efetivas, é irrefutável promover a dialogicidade do ensino teórico-prático com os saberes advindos das competências afetivas, emocionais e criativas que, quando combinadas, resultam em um processo de cuidado mais humanizado e eficaz⁽⁴⁾. Mas um aspecto muito importante presente na sociedade em relação à pessoa portadora de sofrimento psíquico, o estigma da loucura, compromete a aproximação e a interação social com essas pessoas, influenciando

também os estudantes de enfermagem. Estudos⁽⁶⁻⁷⁾ realizados no âmbito do ensino superior revelam a presença de estigma acentuado nos estudantes de saúde e evidenciam maior estereótipo face à perigosidade e imprevisibilidade, comparativamente aos outros estudantes.

Autores⁽⁸⁾ destacam que a negatividade apontada para esse sujeito não só afeta o interesse em atuar na área de enfermagem psiquiátrica como o próprio processo de ensino-aprendizagem de cuidar em saúde mental. Este desafio fica ainda mais problemático quando se trata de preparar os novos profissionais de enfermagem para o cuidado em diferentes cenários de atenção psicossocial em saúde mental.

Nosso interesse nesse estudo, diante das principais perspectivas teóricas e práticas, a partir das quais se analisa a necessidade de mudança no ensino de saúde mental, volta-se para a interação do estudante de enfermagem com a pessoa portadora de sofrimento psíquico nos novos espaços de atenção psicossocial. Nesse sentido, delineamos como objetivo desse artigo analisar as emoções do estudante de enfermagem diante da iminência do estabelecimento da relação terapêutica com o usuário do CAPS e levantar a seguinte hipótese para esta questão: O desenvolvimento do ensino de enfermagem nas disciplinas teórico-práticas dos Cursos de Graduação em Enfermagem é ainda insuficiente para o enfermeiro atender as demandas de cuidado exigidas na Atenção Psicossocial?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, na perspectiva da abordagem Sociopoética, realizado no ano de 2019, com 21 alunos do 6º período do Curso de Enfermagem na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), matriculados na disciplina "Concepções, Saberes e Práticas no Cuidar em Saúde Mental." Os critérios de exclusão foram: alunos com matrícula trancada ou em licença médica

no período da produção de dados.

Para aplicação da sociopoética ao estudo, nos valem da produção de dados em grupo-pesquisador, considerando a subjetividade, a sensibilidade, a criatividade e a relação com o corpo no processo de pesquisa, conforme preconiza Gauthier⁽⁹⁾.

Nesse estudo a produção de dados deu-se através de experimentação estética utilizando-se a técnica dos sentidos com "A Caixa do Inesperado", técnica inspirada no estudo desenvolvido por Fonseca⁽¹⁰⁾. Nessa técnica, caixas fechadas com materiais desconhecidos pelos participantes são colocadas sobre uma mesa, devendo os mesmos tocar os objetos em seu interior estando de olhos vendados. Todas as caixas estavam internamente forradas por plástico e continham, individualmente, um objeto/material diferente. Foram usadas: terra, chaves, slime, moedas e pedras polidas. A sexta caixa continha somente o plástico que forrava seu interior.

A experimentação iniciou-se com a apresentação da pesquisadora, do propósito da pesquisa a ser realizada e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em, seguida os participantes foram vendados, tendo início o relaxamento através de uma música tranquila, com sons da natureza. Foi solicitado ao grupo que, ao relaxar, apropriassem-se à percepção de seus corpos. Após relaxamento, os co-pesquisadores foram levados – ainda vendados - pelos facilitadores a 3 caixas para que tocassem seu conteúdo. Foi entregue a cada participante uma folha de papel dobrada em três partes, para que os mesmos descrevessem as sensações/percepções/afetos sentidos ao manuseio dos objetos/elementos contidos nas caixas, relacionando-os ao cuidado da pessoa portadora de sofrimento psíquico em serviços de atenção psicossocial.

Após a experimentação foi realizado um momento onde o grupo-pesquisador produziu a escrita desses afetos sentidos. A escrita foi feita de forma anônima. Após a produção de dados na forma escrita, o

grupo-pesquisador relatou verbalmente sua experiência, sendo essa etapa da pesquisa considerada para contra-análise.

O estudo obedeceu à Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (CEP/FMUFF), n.º 2.386.997.

RESULTADOS

Durante a experimentação estética, o tato foi utilizado como agente fomentador dos sentidos. Através do toque com as mãos, os co-pesquisadores deveriam descrever as sensações/percepções/afetos sentidos ao manuseio dos objetos/elementos contidos nas caixas, relacionan-

do-os ao cuidado da pessoa portadora de sofrimento psíquico em serviços de atenção psicossocial. Foi atribuído a cada co-pesquisador o nome de uma flor, conforme observado na transcrição dos relatos.

A seguir, são apresentados alguns depoimentos considerados significativos:

Foram relatadas diversas sensações, entre as quais: felicidade, tristeza, medo,

Quadro 1. Depoimentos resultantes da experimentação estética. Niterói, RJ, Brasil, 2019

CO-PESQUISADORES	RELATOS SOBRE AS PERCEPÇÕES DAS CAIXAS
Verbena	"Moedas. Sensação de frio, me fez refletir sobre o quanto se investe na saúde mental. O frio me retoma ao desconhecido." Caixa 2: Areia. "Sensação de incômodo, não há como tocar na areia e uma parte dela não ficar em você. Inúmeros grãos lembram inúmeras possibilidades, um grão contribui com o todo, faz parte do todo e é igual a todos outros (em sua constituição)." Caixa 3: "Amoeba? Sensação de estranheza, coisas que não sabemos lidar, mas podemos nos aprofundar e entender mais sobre, deixar de lado pré-conceitos."
Girassol	"Despertou um sentimento de nostalgia. Parecia terra, areia e pequenos pedaços de grama com pedrinhas. Lembrei de como era bom brincar na rua quando criança." Caixa (Cx) 2: "O slime com as bolinhas de isopor me deixou com nervoso. Fiquei com vontade de brincar." Cx 3: "Saudades, as chaves me fizeram sentir saudades da casa da minha mãe, em minha cidade natal. Acredito que esse contato pela inconsistência das coisas e pessoas é de suma importância. Principalmente ao lidar com o atendimento psicossocial na saúde."
Lírio	"Na Primeira caixa me senti vazio, sem nenhuma emoção e com medo do que estava ali." "Na segunda caixa me senti um pouco mais confiante e sem medo." "Na terceira caixa me senti tranquila e mais preenchida, tocando mais, tendo mais segurança."
Amarilis	"Estranheza. Receio, medo do que ia sentir, insegurança. Cx 2: Curiosidade e ao sentar senti minhas pernas e meus braços vibrando. Cx 3: Vontade de rir e ao sentar meu corpo vibra como se estivesse sentindo uma alma entrando em mim."
Gérbera	"Algo que remete a pegajoso, sensação de estranheza. Quando algo não é conhecido e causa estranhamento." Cx 2: "Algo que remete a sensação de leveza, sensação boa ao toque e conforto. Remete a um sentimento também de algo raso, que é incansável." Cx 3: "Algo que remete à frieza, sensação que a princípio é desagradável. Remete ao sentimento que provoca distanciamento."
Antúrio	"Moedas Os pacientes estavam em um quarto frio, todos no chão e amontoados." Cx 2: "Caixa vazia, com o plástico. Um quarto de hospital vazio, os pacientes não estavam mais." Caixa 3: "Areia- Os pacientes foram para a praia. Experimentei uma sensação de liberdade."
Centáurea	"Na primeira caixa pude sentir algo que me remeteu a algo sólido, porém sem conexão, um sentimento de que as coisas estavam fragmentadas." Cx 2: "A segunda caixa trouxe um sentimento de estranheza, de receio, de frieza, que levou a pensar em situações onde somos frios e incapazes de assumir uma postura de aproximação e acolhimento que os pacientes poderiam necessitar." "A terceira caixa foi, para mim, a que mais disse algo que eu pude trazer para a minha realidade. Senti o peso que o dinheiro exerce sobre todos nós e como ele pode ser um fator influenciador em todo o tratamento de um paciente."
Lavanda	"As chaves remetem a sensação dupla de liberdade e aprisionamento, uma vez que o mesmo material pode causar o aprisionamento e construir a barreira e esse mesmo material pode libertar de uma barreira, como nas algemas, nas prisões, nas casas. O mesmo material é capaz de ter e transportar a pessoa à duas realidades diferentes." Cx 2: "As pedras remetem a dureza e força, para desfragmentá-la é preciso de força, pela maneira que a mesma se encontra é possível remeter a sensação de dureza e força que é preciso para lidar com a vida. Onde uma sensação é capaz de suportar a outra (a força supera a dureza), sendo assim nos obstáculos da vida." Cx 3: "A gelatina remete à mutação, como um mesmo material pode ser modelado a formas distintas, mas a essência (matéria prima) é a mesma. Mostrando a capacidade do ser se apresentar de formas diferentes, mas com a mesma essência, do ser poder aparentar maneiras mas a matéria é a mesma."
Miosótis	"Primeiro senti um estranhamento e angústia em tocar em areia com pequenas pedras, que grudavam nas mãos. Pude relacionar com a solidão muitas vezes sentida por indivíduos que sofrem psicicamente." Cx 2: "Em segundo lugar, ao tocar em moedas, senti tristeza por pensar na possibilidade de relacionar à Saúde Mental. A partir disso, veio à minha mente em como muitas vezes esses pacientes são negligenciados pois não apresentam muito impacto na economia do país. A maioria dos indivíduos em sofrimento mental trabalham ou estudam e produzem economicamente. Por isto, estas condições ainda são negligenciadas e não recebem a devida atenção das autoridades e não recebem investimento financeiro." Cx 3: "Por último, ao tocar as chaves senti relaxamento pois imaginei em soluções e conforto para pacientes. Em minha interpretação, as chaves são o acompanhamento profissional da saúde e o apoio e suporte de familiares e amigos, essenciais para melhora e alívio do sofrimento psíquico."

Tulipa	<p>“Continha dinheiro. Ao tocar nessa caixa, eu pensei no poder que ele traz. Hoje as pessoas não são mais vistas pela essência e sim pelo poder aquisitivo. Quando lidamos com os pacientes precisamos pensar em que realidade ele está inserido para saber o tipo de tratamento e de demanda.” Cx 2: Continha areia. De imediato me trouxe desconforto, porque é uma coisa que me incomoda muito, mas ao longo eu pensei em férias, alívio. Temos que pensar nos incômodos e no que faz a pessoa relaxar. Cx 3: “Tinha chaves. Pensei nas conquistas e na questão de moradia e na localidade onde a pessoa vive. Essa caixa me trouxe um sentimento de sonho, porque sonho em ter a casa própria.”</p>
Margarida	<p>“O sentimento foi de vazio, de algo faltando, mesmo tendo uma folha plástica. Relacionado ao paciente psíquico, senti necessidade de ‘preencher aquele espaço, com algo a cooperar ao cuidado daquele paciente.” Cx 2: Senti novidade, tranquilidade e preenchimento. Fiquei um tempo analisando os formatos das pedras. Me lembra um paciente com várias personalidades, pode ser que tenha um sofrimento psíquico, mas meio que seria a essência dele. Várias caixinhas de vários formatos dando o formato de uma pessoa. A pessoa é agradável, tem um problema mental que precisa ser analisado.” Cx 3: “Senti nojo, repulsa, nem quis colocar a mão por muito tempo. Senti um sentimento de desafio. Pacientes difíceis que talvez produzam um sentimento desse nível são bem comuns. Os agressivos (verbalmente ou fisicamente), os que nem tomam banho etc. Esses são um desafio de cuidado e analisando o contexto, deve-se “colocar mais a mão e suportar”, a fim de conseguir mecanismos de cuidar daquele paciente e entendê-lo.”</p>

surpresa, raiva e nojo, além de uma ambiguidade de sensações, nem sempre expressas de forma clara. Por vezes, a ambiguidade de se fez patente e foi nítida a dificuldade de relatar e descrever as emoções e sentimentos na forma escrita, aparecendo melhor o que o corpo fala, e se apresenta de maneira marcante para expressar conteúdos velados dentro de si mesmo.

A caixa do inesperado deu lugar para a expectativa do contato com o imprevisível no campo da atenção psicossocial. Assim como a caixa provocou ansiedade e alegria no estudante durante o processo de explorar um objeto nela contido, ela também demonstrou poder ser um veículo ou se colocar como dispositivo para auxiliar o portador de transtorno psíquico a expressar seus sentimentos.

DISCUSSÃO

Com base na discussão produzida no grupo-pesquisador acerca das emoções relacionadas à interação com os usuários do CAPS, produzidas a partir das sensações provocadas pelos elementos surpresa presentes na caixa do inesperado, verificou-se que é marcante a presença do reducionismo das explicações meramente duais pela via da racionalidade teoria/prática certo e errado, limpo/sujo, bom ou ruim, entre outros. Isso se expressa quando um estudante fez referência a um sentimento de decepção, porque a prática não seria igual à teoria do que se aprende nas

disciplinas durante os espaços de formação em saúde de modo geral.

Essa é uma visão dual por parte do acadêmico, como se tudo se tratasse do sim ou não: a prática deve atender à teoria (sim ou não, sem outra possibilidade). Trata-se de uma visão reducionista da relação teoria/prática, como se a prática tivesse sempre que atender às expectativas criadas pela teoria. Tal reducionismo foi discutido por Dejours⁽¹¹⁾, na relação entre uma tarefa e um trabalho efetivamente realizado. O autor destaca a “infidelidade do meio” como aspecto fundamental de toda prática baseada em uma teoria. É a prática que existe em completude todo mundo da vida como ela é, não a teoria.

Mas esta realidade não existe com vertentes em relações totalmente lineares e, portanto, não podem ser analisadas de forma linear. A realidade da formação em saúde não está restrita a somente estas duas esferas (teoria e prática), porque elas não são tudo. Há infinitas variáveis entre a experiência da teoria e a experiência da prática, tantas quantas forem necessárias para que se contemple cada tipo de encontro no cuidado e que, por isso, são fabricadas em ato, no próprio encontro com o outro.

A experimentação fez com que o estudante se encontrasse com sentimentos inaceitáveis, isto é, a atividade produziu afetos que o estudante considerava que precisa apagar. Trata-se daqui-

lo que sentiu e que gostaria de suprimir de dentro de si por ser algo moralmente inadequado aos olhos externos, e que, por isso, ele considera que não pode aceitar. Isso se mostrou claramente quando uma caixa provocou estranheza e repulsa no estudante que, em seguida, considerou que, para cuidar de portadores de transtorno psíquico ele precisaria apagar estes sentimentos (ou, mesmo, não os ter), como se o cuidado precisasse ser estéril de afetos.

Nota-se que a experimentação instala uma tensão entre o corpo sensível e o corpo pensamento. Quando o estudante se vê diante de repulsa, quer se autocorriger, em vez de problematizar o que sente. A razão em conflito com a emoção é um dos principais desafios no campo da formação em saúde. A falácia da neutralidade dá um ar de resolução, mas a angústia permanece. Aquele que cuida, o faz com seu corpo pensamento e seu corpo sensível, mas o processo hegemônico de formação e trabalho em saúde tenta, equivocadamente, apagar ou negar as emoções nele contidas. Quem cuida não pode, simplesmente, fugir dele mesmo, pois o seu corpo sensível também está presente durante a sua formação e durante seus processos de trabalho. A diferença é que, quando se aceita que as emoções estão presentes nesses processos, pode-se tentar fazer delas instrumento de trabalho, em vez de algo que domina e torna o profissio-

nal como uma marionete daquilo que não se quer enxergar.

Nesse sentido, o uso de experimentações nos processos de ensino-aprendizagem legitima uma formação que não negue o corpo-sensível e faça dele instrumento de trabalho assim como é o corpo-pensamento.

Por outra via, a experimentação permite a abertura de linhas de fuga para o novo: chaves para abrirem as portas para novas explicações clínicas, estimuladas pela curiosidade tocada pelo contato das chaves. A chave está no senso comum como algo relativo às respostas, mas, fora do campo estritamente racional, ela pode ser, ao invés de resposta, uma pergunta, como foi o caso do encontro deste objeto que abriu para perguntas, provocar novos porquês, duvidar das explicações inicialmente mais óbvias. Ao invés das dualidades reducionistas que opõem elementos de uma relação, as linhas de fuga apontam para novos modos de experimentar os contatos entre esses elementos. Numa relação de cuidado que priorize a vida, em vez da reprodução de modelos, teoria e prática (e todos os pares que surgiram no processo) poderiam se encontrar de modo a se potencializarem mutuamente^(12,13).

Outra linha de fuga valiosa nesta experimentação foi a produção de euforia e de ansiedade no estudante durante a expectativa do contato com a caixa, misturado com um sentimento de alegria. Isso provocou no estudante o lugar da alteridade, como se estivesse diante de um paciente com transtorno psíquico precisando encorajá-lo a expressar seus sentimentos.

Ainda fora percebido uma visão manicomial nos co-pesquisadores, embora a Reforma Psiquiátrica tenha tido início no final da década de 70, em maioria, os depoimentos se concentram em experiências e em vivências com o a pessoa em sofrimento psíquico não atrelada ao atendimento territorial do CAPS, ambulatórios, Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou qualquer outro dispositivo de assistência pertencentes a Rede de Atenção Psicossocial. Da mesma maneira, em nenhum depoimento houve menção à equipe multiprofissional, levando a compreender que os alunos não enxergam a potência do trabalho de matriciamento, vital para a promoção do tratamento/acompanhamento do usuário na Atenção Psicossocial. Foi observado ainda que nenhum co-pesquisador fez referência ao portador de sofrimento psíquico pertencente

à classe média alta/classe A. Todos os relatos remeteram a pessoas de baixa renda ou pobreza extrema/miséria.

CONCLUSÃO

A experimentação estética objetivava que os co-pesquisadores relacionassem as sensações/percepções/afetos à interação com a pessoa portadora de sofrimento psíquico na atenção psicossocial no CAPS. Dos 21 participantes, apenas 10 fizeram menção à atenção psicossocial e, ainda assim, não conseguiram relacionar as três caixas ao tema solicitado. Todos os participantes foram afetados pelos objetos contidos nas caixas, o que demonstrou grande necessidade e urgência para falarem sobre suas próprias afetações e sentimentos. Os estudantes apresentaram uma visão hospitalocêntrica, além de falas estigmatizadas face ao portador de sofrimento psíquico. Diante do exposto, constata-se a experimentação estética da Sociopoética como potente geradora de mobilizações de afetos e emoções e de como este método pode ser utilizado como contributo no processo de ensino-aprendizagem na enfermagem em Saúde Mental. 🌱

Referências

- Fortes FLS, Peres MAA, Santos TCF, Martins GCS, Montenegro HRA, Almeida Filho AJ. Enfermeiro em saúde mental: concepções sobre qualificação profissional em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Rene* [Internet]. 2017 nov-dez [acesso em 19 jul 2019]; 18(6):763-70. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31086>.
- Cortes JM, Kantorski LP, Barros S, Antonacci MH, Chiavagatti FG, Willrich JQ. Saberes e fazeres que integram o ensino de enfermagem psiquiátrica na perspectiva de enfermeiros docentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2014 [acesso em 13 mai 2019]; 12:34-42. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300005&lng=pt&nrm=iso.
- Rosa M, et al. Inovações na formação em saúde: o programa de educação pelo trabalho – Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2016 out [acesso em 19 jul 2019]; 4(39). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400006.
- Santos D, Primi R. Desenvolvimento Socioemocional e Aprendizado Escolar: Uma Proposta de Mensuração Para Apoiar Políticas Públicas. Resultados preliminares do Projeto de medição de competências socioemocionais no Rio de Janeiro. 2014. Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, Instituto Ayrton Senna, OCDE – Des Politiques Meilleures Pour Une Vie Meilleure.
- Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
- Gil I. Crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem acerca das doenças e doentes mentais: Impacto do ensino clínico de enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2010.
- Querido A, Tomás C, Carvalho D. O estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2016 abr [acesso em 19 jul 2019]; 3(67). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000200012.
- Carvalho JCM, Tavares CMM. Nursing students? Depiction of mental disorder. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* [Internet]. 2017 [acesso em 19 jul 2019]; 12:323-330. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JMHTPE-12-2016-0057/full/html>.
- Gauthier J. O oco do vento: metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais. Curitiba: CRV; 2012.
- Fonseca PIMN. O autoconhecimento e sua multidimensionalidade aplicada a equipes de transplantes. Tese doutorado, Universidade Federal Fluminense, 2017.
- Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV; 2011.
- Espinosa B. Ética demonstrada à maneira dos geômetras. Lisboa: Olho d'água; 2002.
- Machado R. Deleuze, a arte e a filosofia. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.

Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica

RESUMO | Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de cunho qualitativo. Mas, que não exclui a presença de dados quantitativos, na medida em que inclui tabelas obtidas através da coleta de dados obtida utilizando-se como instrumento a entrevista semiestruturada, realizada no Hospital da Posse, em Nova Iguaçu - RJ. As perguntas elaboradas e aplicadas tiveram como objetivo a análise da fala dos profissionais de enfermagem na clínica pediátrica, buscando-se entender como a interação entre família e os profissionais enfermeiros no compartilhamento do cuidado à criança hospitalizada e pode representar uma conexão importante para o êxito do tratamento. Pode-se concluir que é importante promover melhorias no processo de comunicação e nas interações que são desenvolvidas, no sentido de considerar o acompanhante como parte fundamental dos cuidados. Da mesma forma, verificou-se a necessidade de utilizar estratégias de humanização hospitalar no atendimento à família e à criança hospitalizada, considerando suas demandas e promovendo a satisfação daqueles que estão envolvidos.

Palavras-chaves: Enfermagem Pediátrica; Família; Criança Hospitalizada.

ABSTRACT | This study is a descriptive, exploratory and qualitative research. However, it does not exclude the presence of quantitative data, as it includes tables obtained through the collection of data obtained using the semi-structured interview conducted at the Posse Hospital in Nova Iguaçu - RJ. The questions elaborated and applied had as objective the analysis of the speech of the nursing professionals in the pediatric clinic, trying to understand how the interaction between family and the professional nurses in the sharing of the care to the hospitalized child and can represent an important connection for the success of the patient. treatment. It can be concluded that it is important to promote improvements in the communication process and the interactions that are developed, in order to consider the companion as a fundamental part of care. Similarly, there was a need to use hospital humanization strategies to care for the family and hospitalized children, considering their demands and promoting the satisfaction of those involved.

Keywords: Pediatric Nursing; Family; Hospitalized Child.

RESUMEN | Este estudio es una investigación descriptiva, exploratoria y cualitativa. Sin embargo, no excluye la presencia de datos cuantitativos, ya que incluye tablas obtenidas a través de la recopilación de datos obtenidos mediante la entrevista semiestructurada realizada en el Hospital Posse en Nova Iguaçu - RJ. Las preguntas elaboradas y aplicadas tuvieron como objetivo el análisis del discurso de los profesionales de enfermería en la clínica pediátrica, tratando de entender cómo la interacción entre la familia y las enfermeras profesionales en el intercambio de la atención al niño hospitalizado y puede representar una conexión importante para el éxito del paciente. tratamiento. Se puede concluir que es importante promover mejoras en el proceso de comunicación y las interacciones que se desarrollan, para considerar al acompañante como una parte fundamental de la atención. Del mismo modo, era necesario utilizar estrategias de humanización en el hospital para cuidar a la familia y a los niños hospitalizados, teniendo en cuenta sus demandas y promoviendo la satisfacción de los involucrados.

Descriptores: Enfermería Pediátrica; Familia; Niño Hospitalizado.

Bruna Porath Azevedo Fassarella

Enfermeira, docente do curso de enfermagem da universidade iguacu(Unig); preceptora acadêmica da universidade Uniabeu; pós graduada em educação em saúde para preceptores do Sus, mestranda em urgência e emergência pela universidade de vassouras.

Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Docente do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem em Emergência e Terapia Intensiva da UNIG. Rio de Janeiro, RJ.

Letícia De Moraes Freitas

Enfermeira, graduada pela Universidade Iguaçu (UNIG).

Jenifer Cruz Do Nascimento

Enfermeira, graduada pela Universidade Iguaçu (UNIG).

José Carlos Cezar dos Santos

Bacharel em Enfermagem pela Associação Brasileira de Ensino Universitário, UNIABEU, Belford Roxo, Rio de Janeiro.

Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca

Enfermeira. Mestrado em Bioética e Ética Médica da Universidad Europea Del Atlántico, Espanha. Especialização em Gestão em Enfermagem, Urgência e Emergência e Auditoria em Sistemas de Saúde. Diretora da Global Academic Support. Docente do Curso de Pós-Graduação em Alta Complexidade da Universidade Veiga de Almeida (UVA). Rio de Janeiro, RJ.

Recebido em: 22/05/2019

Aprovado em: 25/05/2019

INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização é frequentemente marcado por uma combinação de anseios e medos, sensação de insegurança e desconforto para a criança e para a família, em especial para os pais, a mudança na rotina gera desconfiança e alto nível de estresse, além do pior entre todos estes sentimentos: o medo de perder sua criança tão amada para uma enfermidade qualquer⁽¹⁾.

Compreender as repercussões da hospitalização para a criança e sua família, como mudanças na rotina familiar, ausência da mãe em casa, conflitos conjugais e tensão em relação à criança doente é uma habilidade a ser desenvolvida pela equipe de saúde, sendo capaz de fornecer cuidados adequados às necessidades de cada família⁽²⁾.

Neste contexto, buscar interagir com a família supõe uma atitude ética, qualificada e humanizada, procurando estabelecer um espaço de diálogo que envolva angústias, as expectativas e outros sentimentos dos pais durante o atendimento à sua criança doente no ambiente hospitalar, assim como o compartilhamento das estratégias de tratamento a serem utilizadas, envolvendo-os nos cuidados não como espectadores, mas como verdadeiros partícipes da assistência⁽³⁾.

No Brasil, a presença dos pais ou responsáveis pela criança dentro do hospital adveio a ser ratificada legalmente através do Art. 12 da Lei n.º 8.069, de 1990 – Estatuto da Criança e de Adolescente (ECA). Esta lei distingue e estima a importância da permanência e da participação dos pais no procedimento de recuperação da saúde dos seus filhos e sugere a tentativa de adaptar a unidade quanto à infraestrutura e capacitar os profissionais de saúde para proporcionarem uma assistência apropriada a todos os envolvidos neste processo⁽⁴⁾.

A organização do processo de trabalho supõe a existência de normas e rotinas que possibilitem a convivência pacífica de diferentes pacientes, familiares e profissionais neste contexto, objetivando o cuida-

do da criança com qualidade e harmonia, preferencialmente, sem resistências e conflitos, o que só vem a contribuir para o alívio do sofrimento do paciente pediátrico e o restabelecimento pleno da saúde e do bem estar do mesmo⁽⁵⁾.

Sob a ótica da Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar significa inicialmente valorizar os sujeitos envolvidos (criança, família, equipe de saúde) e, por meio do acolhimento, enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar as queixas, e estabelecer vínculos⁽⁶⁾.

A relação entre quem presta e quem recebe o cuidado não adquire sentido e não pode ser vivida, a não ser que permita uma interação saudável com a pessoa tratada e os que o cercam; estimule a participação ativa; e contribua para assegurar a continuidade do cuidado. Não envolver a família no planejamento, intervenção, tomadas de decisões e evolução não é caracterizado como cuidado centrado na família, portanto, ainda são necessárias políticas e/ou programas que incluam a família no cenário hospitalar pediátrico⁽⁷⁾.

Outro aspecto necessário do cuidado é a preparação da família para a continuidade dos cuidados no domicílio. Apoiar esse processo a partir da alta hospitalar corresponde a uma das dimensões da assistência do enfermeiro. A capacitação do familiar para realizar os cuidados à criança proporciona a continuidade destes no domicílio⁽⁸⁾.

Os paradigmas aos quais este estudo se refere nasceram da evolução técnico-científica que acompanhou o surgimento do sistema capitalista. Este modelo, com fortes influências cartesianas, não considerava o homem nas suas múltiplas dimensões, mas restringia-se aos elementos doença-saber/médico-cura. O paciente era um objeto e não um sujeito sob o olhar dos profissionais de saúde, descartado, desvalorizado e sem voz⁽⁹⁾.

O pensar a saúde, com a evolução dos tempos, está deixando de se orientar da forma simplista de antes, como a mera

ausência de doença, adotando novas dimensões: o bem-estar físico, psíquico, socioeconômico. E no cerne de tudo, o ser: a pessoa dentro destas dimensões e como parte de uma perspectiva de cuidado muito mais ampla⁽⁹⁾.

É incontestável que o paciente precisa de assistência, de estímulo e de um suporte eficiente por parte de uma equipe multi e interdisciplinar, mormente enfermeiro, por ser aquela que mantém durante todo o processo de tratamento até seu termo, uma maior proximidade com o mesmo, relacionada ao cuidar. Mas não há como manter a família apartada de uma situação que envolve a saúde de um ente querido, mormente quando se trata de uma criança⁽¹⁰⁾.

A justificativa deste estudo situa-se em uma reflexão sobre a importância da interação do enfermeiro com os familiares acompanhantes da criança hospitalizada. É uma situação desconfortável assistir sua criança ser manipulada por estranhos, passando por procedimentos, muitas vezes dolorosos; tornando determinante se a equipe age unilateralmente ou se demonstra interesse numa salutar troca de ideias, já que a criança é um ser com muitas singularidades, já bastante conhecidas pela família, mas não pelos profissionais⁽¹¹⁾.

A essência da assistência de enfermagem deve estar centrada no cuidar integral, que envolva a restauração da saúde e da qualidade de vida. Neste sentido, a contribuição do enfermeiro ultrapassa a meta assistência técnico-científica ao aceitar a família como um grupo social dinâmico e que sua relação com o paciente envolve afetos, simbolismos próprios, códigos de comportamento e que o ato de criar uma conexão entre enfermagem-criança-família pode ser gratificante para todos⁽¹²⁾.

Pensar a família como contexto e foco de cuidado é um desafio que envolve ir além de orientar e esperar a colaboração no desempenho de ações de cuidado em relação ao paciente que demanda atenção. Afinal, o acompa-

nhante deve ser, não apenas na teoria, mas na prática dos serviços de saúde, um parceiro da enfermagem, respeitado e essencial no cuidar humanizado ao paciente⁽¹³⁾.

O cuidado destinado à criança e à família torna-se fragmentado quando se considera exclusivamente os princípios institucionais do ambiente hospitalar. Assim, a valorização das vivências da criança e de sua família representa o principal aspecto a ser contemplado pela equipe de enfermagem num cuidar que se pretenda humanizado⁽⁶⁾.

Ao adentrar o ambiente hospitalar com todo o seu pragmatismo, sua cientificidade, sua dinâmica rigorosa de procedimentos médicos e de enfermagem, as famílias veem-se submetidas a normas e rotinas impostas pela instituição como forma de organizar o processo de trabalho e harmonizar as funções dos diversos setores que coabitam aquele ambiente. Fica evidente que essas características ambientais se apresentam como mecanismos de poder disciplinar, com vistas a padronizar a atuação da família no interior da instituição⁽⁵⁾.

Ao longo da internação hospitalar da criança, é extremamente relevante que sua família se reconheça como sujeito de direitos, exercendo sua autonomia frente à equipe de saúde e auxiliando na busca, solicitação e luta pelos direitos dos seus familiares internados. Nesse contexto, para que cumpram objetivos, normas e rotinas no hospital, deve-se sempre levar em consideração as necessidades da criança e seus familiares cuidadores na unidade, qualificando seu cuidado, pois, assim, tornam-se parceiros importantes da equipe de enfermagem.

A questão norteadora deste estudo é a seguinte: Qual a percepção do enfer-

meiro em relação ao acompanhante da criança hospitalizada? Diante ao exposto, objetivou-se compreender como o enfermeiro e as famílias compartilham o cuidado à criança hospitalizada e como esta conexão é importante para o êxito do tratamento

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com olhar descritivo e exploratório de cunho qualitativo, onde se optou pela aplicação de entrevista semiestruturada a ser realizada no Hospital de Nova Iguaçu (HGNI), cujo objetivo foi entender como o enfermeiro e as famílias compartilham o cuidado à criança hospitalizada e como esta conexão é importante para o êxito do tratamento. Após a realização da coleta de dados, os quais foram quantificados e organizados em tabelas.

Pelo fato de envolver pessoas na pesquisa de campo, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Iguaçu (CEP/UNIG), com parecer positivo n.º 2.959.325; atendendo à Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que disserta sobre pesquisa com seres humanos.

A pesquisa foi realizada em 2018 utilizando-se a técnica da entrevista estruturada aplicada aos familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas na clínica pediátrica individualmente, desde que aceitaram (por consentimento escrito) participar da pesquisa. As pesquisadoras garantiram o anonimato dos entrevistados. Para tanto, os mesmos foram identificados pela letra E (entrevistados), seguido do número de ordem em que foram responderam

às entrevistas. Além disso, ficou bem esclarecido que não existia obrigatoriedade em participar e a recusa não lhes causaria prejuízos de qualquer natureza. O objetivo era atingir 20 enfermeiros que se disponibilizassem a responder às perguntas.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas a fim de garantir a transparência dos dados obtidos. O tratamento dado às informações coletadas através das entrevistas consistiu numa leitura atenta, buscando agrupar as respostas conforme o grau de incidência a fim de sistematizá-las em tabelas que foram posteriormente elaboradas. Metodologicamente, a pesquisa foi subsidiada pela Análise de Conteúdo desenvolvida por Bardin⁽¹⁴⁾.

A análise de conteúdo, segundo Bardin⁽¹⁴⁾, deve obedecer algumas fases: pré-análise, que compreende a leitura fluente do material coletado; exploração do material, que consiste na construção das operações de codificação, na definição de regras de contagem, classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas e, por fim, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os dados e discutidos os resultados obtidos na pesquisa de campo, tendo como finalidade oferecer respostas à questão norteadora proposta no projeto anteriormente apresentado: Qual a percepção do familiar acompanhante da criança frente ao cuidado humanizado?

Os participantes foram identificados pela letra "F" e números, seguindo a ordem de realização das entrevistas.

Quadro 1. Classificação dos sujeitos do estudo em relação ao gênero. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Sexo	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Feminino	15	75%
Masculino	5	25%
Total	20	100%

Os dados coletados acima corroboram a ideia de estudo⁽¹⁵⁾, que diz que as atividades de cuidar sejam no âmbi-

to familiar ou no âmbito institucional são desenvolvidas majoritariamente por mulheres, pois historicamente se

lhes atribui certas qualidades inatas em oposição às qualificações aprendidas no espaço público.

Quadro 2. Classificação etária dos sujeitos do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Idade	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Abaixo de 30 anos	7	35%
Entre 31 e 40 anos	6	30%
Entre 41 e 50 anos	6	30%
Entre 51 e 60 anos	1	5%
Acima de 61 anos	-	0%
Total	20	100%

De acordo com o que se pode observar no Quadro 2, fracionado em cinco faixas etárias variáveis entre indivíduos menores de 30 anos até indivíduos com mais de 61 anos, depreende-se que

35% dos profissionais enfermeiros tem menos de 30 anos, seguida das faixas entre 31 e 40 anos e 41 e 50 anos que são compostas cada uma por 30% da população estudada. Compreendidos

na faixa entre 51 e 60 anos, constatou-se apenas 5% de profissionais atuantes naquela unidade hospitalar, dentre os que foram entrevistados. Acima de 61 anos, não houve índice.

Quadro 3. Tempo de serviço em Pediatria dos sujeitos do estudo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018

Tempo de Serviço em Pediatria	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Abaixo de 1 ano	3	15%
Entre 1 e 5 anos	11	55%
Entre 5 e 10 anos	5	25%
Entre 10 e 15 anos	-	0%
Acima de 20 anos	1	5%
Total	20	100%

Conforme o que se pode observar no Quadro 3, igualmente fracionado em cinco faixas, variáveis entre menos de 1 ano de atividade profissional na área de pediatria até mais de 20 anos na referida atividade. Como se pode observar, mais da metade, expressa pelo percentual de 55% tem entre 1 e 5 anos trabalhando com pediatria. Dos sujeitos entrevistados, 15% tem menos de 1 ano de trabalho, 25% tem entre 5 e 10 anos. Nenhum indivíduo entrevistado compunha a faixa entre 10 e 15 anos trabalhando na área de enfermagem pediátrica e uma minoria de 5% referiu trabalhar há mais de 20 anos nesta área da enfermagem. O Quadro 2 é corroborada pelos núme-

ros do Quadro 3, pois, se a maioria dos sujeitos tem menos de 30 anos de idade, obviamente a minoria teria mais de 20 anos de profissão.

A partir da leitura do material coletado, surgiram três categorias: a primeira refere-se ao foco no qual os profissionais centram seu trabalho: Mais na criança e na família, mais nos procedimentos técnicos ou mesmo em ambos. A segunda refere-se ao tipo de interação entre enfermeiro e acompanhante da criança hospitalizada: Horizontal/Não hierarquizada ou Vertical/Hierarquizada. As discussões finalizam com a terceira categoria: Como se dá a interação entre o enfermeiro e o acompanhante da criança hospitalizada. Se é satisfa-

tória, interativa e se agrega valor ao melhor tratamento para a criança.

O foco do trabalho dos profissionais: na criança e na família ou nos procedimentos técnicos

Da amostra analisada, as referências mais frequentes estão centradas na criança e na família. Houve uma igualdade entre os profissionais que referiram centrar sua atuação nos procedimentos técnicos e naqueles que dizem centrar em ambos.

E5: “Centrado nos procedimentos técnicos, pois sou gestora”.

E6: “Na criança juntamente a (SIC) família que também adoece”.

E12: “Na criança e na família, com preocupação em eficiência técnica sempre. Pois, interfere sempre no bom prognóstico dessa criança e sua família”.

E21: “Trabalho com um olhar holístico, focando no paciente e atento aos procedimentos”.

Tipo de interação entre enfermeiro e acompanhante da criança hospitalizada horizontal/não hierarquizada ou vertical/hierarquizada

Todos os profissionais têm, pontualmente, seus erros e acertos. Na pesquisa de campo realizada no HGNI, alguns profissionais declararam preferir manter uma relação vertical e hierarquizada com os acompanhantes da criança, o que não parece ser uma postura muito produtiva. Entretanto, é preciso da parte do entrevistador compreender uma fala honesta, mantendo uma escuta descendente.

E4: “Uma dose de cada um soma para se chegar a um atendimento individualizado e de qualidade sem exceder. A técnica é importante, mas, a participação do acompanhante também”.

E12: “Sempre, minha primeira escolha é horizontal e não hierarquizada. Acredito que o processo de adoecimento é complexo (SIC) e difícil e é necessário trazer conforto e esperança a esse familiar e liberdade para ele se sentir acolhido”.

E18: “Interação horizontal onde a participação é de suma importância para promover uma assistência de qualidade à criança e ao acompanhante”.

Especificamente no HGNI, como



Este estudo possibilitou lançar um olhar crítico sobre as relações interpessoais em uma unidade de internação hospitalar no HGNI, no Município de Nova Iguaçu - RJ, uma vez que estas têm repercussão direta sobre as ações destinadas ao cuidado da criança internada.



se dá a interação entre o enfermeiro e o acompanhante da criança hospitalizada

O HGNI é um importante hospital para a população de sua região e, deve ser visto como um microcosmo desta realidade. Ali, a forma com que o enfermeiro se relaciona com o paciente infantil e seu acompanhante é crucial para a obtenção de resultados positivos. A grande maioria dos sujeitos entrevistados concorda que no HGNI as relações entre enfermeiros e acompanhantes de crianças hospitalizadas são muito boas e de caráter cooperativo.

E3: “De respeito, informativa, cordial, educada, porém deixando claro seus direitos e deveres diante da realidade que vivemos e todas as dificuldades enfrentadas”.

E5: “Não vejo muita paciência e esclarecimento aos familiares (SIC)”.

E17: “Não há uma orientação aos acompanhantes. Isso acaba surgindo várias dúvidas aos familiares (SIC), dificultando o trabalho e assistência”.

Aspectos Positivos

O principal aspecto positivo que se pode destacar, mediante uma análise da fala dos entrevistados, é que eles possuem uma noção de bom atendimento intrinsecamente relacionada a um cuidar compartilhado entre enfermeiros e acompanhantes na pediatria. Outro aspecto que se pode destacar é que, diante da comunidade, há uma satisfação por parte dos enfermeiros em partilhar conhecimentos, em orientar as pessoas em relação à forma correta de participar dos cuidados, apesar da demanda considerável pelo acesso à instituição.

Aspectos Negativos

Como ponto negativo, pode-se destacar que o relacionamento enfermeiro/accompanhante da clínica pediátrica ainda é, de acordo com a fala de alguns entrevistados, vertical e hierarquizado, o que pode gerar insatisfação nos acompanhantes por não se sentirem efetivamente parte integrante do processo de enfrentamento da doença da criança. Estes poucos profissionais precisam mudar esta mentalidade, seja através da sensibilização resultante de uma autocrítica ao próprio trabalho, seja através da educação continuada.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou lançar um olhar crítico sobre as relações interpessoais em uma unidade de internação hospitalar no HGNI, no Município de Nova Iguaçu - RJ, uma vez que estas têm repercussão direta

sobre as ações destinadas ao cuidado da criança internada.

Pôde-se verificar a importância de estar sempre buscando promover melhorias no processo de comunicação e nas interações que são desenvolvidas, no sentido de considerar o acompanhante como parte fundamental dos cuidados no ambiente hospitalar, tanto no que se refere ao seu direito à orientação para acompanhar e à atenção como usuário.

Verificou-se a importância da equipe de saúde utilizar estratégias de humanização hospitalar no atendimento à família e à criança hospitalizada, considerando suas demandas e promovendo a satisfação daqueles que estão envolvidos.

De acordo com as entrevistadas, a equipe de enfermagem do HGNI, num contexto geral, defende a importância da permanência do familiar acompanhante junto à

criança hospitalizada, o que favorece o estabelecimento de um clima agradável e contribui na realização dos cuidados e facilita a adesão da criança ao tratamento.

O cuidado da equipe de enfermagem destinado ao familiar/accompanhante relaciona-se à transmissão de orientações educativas. É necessária uma ampliação destas práticas por meio de uma interação que possibilite conhecer os diversos aspectos que são inerentes à vivência da criança, que são de conhecimento da família e que podem influenciar o processo.

Em síntese, este estudo permitiu a discussão de temas comuns vivenciados nas suas práticas, por exemplo, da comunicação enfermeiro/accompanhante na clínica pediátrica e das formas de cuidado, pelo fato de que essas iniciativas contribuem para a qualidade da assistência hospitalar. 🐦

Referências

- Oliveira TCB, et al. Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática. *Rev Psicol [Internet]*. 2017 [acesso em 14 jun 2018]; 11(35):492-530. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.
- Cruz DSM, Pedro SLB, Fassarella CS. Comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. *Rede de Cuidados em Saúde [Internet]*. 2013 [acesso em 26 mar 2018]; 7(1). Disponível em: <http://www.unigranrio.com.br>.
- Facio BC, et al. Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro-accompanhante. *Rev Eletr Enferm [Internet]*. 2013 [acesso em 02 mai 2018]; 15(2):447-53. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n2/pdf/v15n2a18.pdf>.
- Chagas MCS. Criança hospitalizada: cuidado compartilhado entre família e equipe de enfermagem. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2015.
- Xavier DM, et al. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2013 [acesso em 29 mai 2018]; 66(6):866. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600009&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Azevêdo AVS, et al. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2017 [acesso em 17 abr 2018]; 22:3653-3666. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017021103653&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Macedo IF, et al. As concepções da equipe de enfermagem frente à família da criança hospitalizada. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017 [acesso em 19 abr 2018]; 70(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500904&lng=en&nrn=iso&tlng=pt.
- Alcântara KL, et al. Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2017 [acesso em 28 mar 2018]; 11(2):645-655. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1c26/cb3a22a614c6edb245607e-c340ee3fb8a4ed.pdf>.
- Rodrigues FRA, Pereira MLD, Amendoeira J. A transição paradigmática da saúde e suas reflexões na enfermagem como disciplina. *Rede de Cuidados em Saúde [Internet]*. 2015 [acesso em 14 jun 2018]; 9(1). Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2516>.
- Kolhs M, et al. Sentimentos de Enfermeiros Frente ao Paciente Oncológico. *Journal of Health Sciences [Internet]*. 2017 [acesso em 14 mar 2018]; 18(4):245-250. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-834028?lang=es>.
- Barros SMM, Andrade MAC, Siqueira FAA. Cuidar de um familiar com câncer: contribuições da terapia familiar sistêmica. *Revista Pensando Famílias [Internet]*. 2013 [acesso em 21 mai 2018]; 17(2):96-110. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S-1679-494X2013000200008.
- Otani MAP, Barros NF, Marin MJS. A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos. *RBE [Internet]*. 2015 [acesso em 27 mar 2018]; 29(3):229. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12701>.
- Cruz AC, et al. Liga de enfermagem e família e sua interface com a formação em enfermagem pediátrica. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. [Internet]*. 2016 [acesso em 15 jun 2018]; 16(2):75-80. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n2/vol_16_n_2-relato_de_experienca_1.pdf.
- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Marques C, et al. O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. *Cuidado e Saúde [Internet]*. 2014 [acesso em 08 mai 2018]; 13(3). Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22133>.

Perfil sociodemográfico de pacientes com estomia definitiva por câncer colorretal: Interferência na qualidade de vida

RESUMO | Objetivo: Este estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico de pessoas com estomias definitivas acometidas pelo câncer colorretal de um município do Rio de Janeiro e associá-lo à qualidade de vida. Método: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro a abril de 2018, no Pólo de Ostomizados I do Município de Itaboraí. Os dados foram coletados mediante questionário estruturado e a análise dos dados foi realizada com o software Minitab versão 18. Resultados: De 83 pessoas cadastradas, somente 35 participaram. Identificou-se a predominância do sexo masculino, casados, estomia do tipo colostomia, tempo de estomia de 1-3 anos, idade entre 50 e 69 anos. Conclusão: Esse trabalho possibilitou conhecermos a população de ostomizados acometidos pelo câncer colorretal levando, assim, a uma melhor compreensão sobre pessoas com estomias definitivas com o intuito de poder orientar para uma melhor assistência de enfermagem.

Palavras-chaves: Estomia; Perfil de Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT | Objective: This study aimed to describe the sociodemographic profile of people with definitive ostomies affected by colorectal cancer in a municipality of Rio de Janeiro and associate it with quality of life. Method: This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out from January to April 2018, at the I Ostomized Complex in the Municipality of Itaboraí. Data were collected through a structured questionnaire and data analysis was performed using Minitab software version 18. Results: Of 83 people registered, only 35 participated. It was identified the predominance of males, married, colostomy-type, stomatal time of 1-3 years, age between 50 and 69 years. Conclusion: This study made it possible to know the population of ostomized patients suffering from colorectal cancer, thus leading to a better understanding of people with definite ostomies, to be able to guide them to a better nursing care.

Keywords: Ostomy; Health Profile; Quality of Life.

RESUMEN | Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo describir el perfil sociodemográfico de personas con estomias definitivas acometidas por el cáncer colorrectal de un Municipio de Río de Janeiro y asociarlo a la calidad de vida. Método: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en el periodo de enero a abril de 2018, en el Polo de Ostomizados I del Municipio de Itaboraí. Los datos fueron recolectados mediante cuestionario estructurado y el análisis de los datos fue realizado con el software Minitab versión 18. Resultados: De 83 personas cadastradas, sólo 35 participaron. Se identificó el predominio del sexo masculino, casados, estomia del tipo colostomía, tiempo de estomia de 1-3 años, edad entre 50 y 69 años. Conclusión: Este trabajo posibilitó conocer a la población de ostomizados acometidos por el cáncer colorrectal llevando así una mejor comprensión sobre personas con estomias definitivas con el propósito de poder orientar para una mejor asistencia de enfermería.

Descriptor: Estomia; Perfil de Salud; Calidad de vida.

Daniele Brito Valladão Maciel

Enfermeira - UFF; Pós - graduada em Estomaterapia - UERJ - Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde - UFF.

Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos

Enfermeiro. Professor EEAAC - UFF.

Norma Valeria Dantas de Oliveira

Enfermeira. Diretora da faculdade de enfermagem da UERJ; coordenadora do curso de pós-graduação em Estomaterapia da UERJ.

Patricia dos Santos Claro Fuly

Enfermeira. Doutora. Professora associada da EEAAC - UFF; Vice líder do GIEPO - UFF.

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho

Enfermeira Doutora. Professora adjunta IV do Departamento de fundamentos de enfermagem e administração da EEAAC - UFF.

Flavia Halasz Coutinho

Enfermeira. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde - UFF.

INTRODUÇÃO

O carcinoma colorretal é a terceira causa de neoplasia maligna mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama. No Brasil, esse é um dos tipos de neoplasias que mais aumentam na população e, segundo o Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA), estimam-se 17.380 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 18.980 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem

Recebido em: 14/05/2019
Aprovado em: 26/05/2019

a um risco estimado de 16,83 casos novos a cada 100 mil homens e 17,90 para cada 100 mil mulheres⁽¹⁾.

Temos atualmente no Brasil um total de, aproximadamente, 33.864 pacientes com estomias, especificamente na Região Sudeste do país, temos 17.669 pacientes e só no Estado do Rio de Janeiro temos um total de 3.000 pacientes ostomizados, segundo a Associação Brasileira de Ostomizados - ABRASO⁽²⁾.

Apesar dos avanços em diagnóstico e tratamento, a mortalidade causada por esses tumores continua alta. Fatores étnicos, dieta, idade, depressão, uso de álcool e tabaco, microorganismos multirresistentes e condições como retocolite ulcerativa, doença de Crohn e polipose adenomatosa familiar são relatados como principais causas de câncer colorretal⁽³⁾.

Com relação à sua epidemiologia, descreve-se uma discreta predileção por indivíduos do gênero masculino e com idade superior a 60 anos, com apenas 20% dos casos em idade inferior a 50 anos. Embora ainda haja controvérsia entre autores, relata-se que os tumores diagnosticados em pessoas mais jovens têm mostrado indicador de maior agressividade e indiferenciação, o que justificaria a alta taxa de doença avançada ao diagnóstico, menos possibilidade de cura e pior prognóstico⁽⁴⁾.

Entretanto, o risco de morte por este tipo de câncer diminuiu bastante devido à evolução do tratamento cirúrgico e da oncologia ao longo dos anos, já que na maioria dos casos a cirurgia é o tratamento de escolha para esse tipo de câncer. Trata-se de uma busca contínua para reduzir sua morbimortalidade, com uma preocupação constante na qualidade de vida (QV) do paciente, mas sem implicar em prejuízo na possibilidade de cura^(5,6).

O tratamento do câncer colorretal consiste em procedimento cirúrgico, quimioterapia e radioterapia, sendo as duas últimas associadas à cirurgia. É uma das causas principais de cirurgias para realização de estomias, em que consiste na ressecção cirúrgica do local afetado. O

acometimento de uma parte do intestino, seja ele delgado ou grosso, faz com que seja necessário desviar o trânsito normal das eliminações fisiológicas⁽⁷⁾.

Uma estomia significa abertura ou orifício, “estoma, ostoma, estomia, ostomia” são palavras de origem grega cujo significado se traduz em “abertura” ou “boca”, que é realizado através de um ato cirúrgico que exterioriza uma porção do intestino para parede abdominal que, do ponto de vista cirúrgico, alude-se à exteriorização de um órgão na pele do paciente, assim, se pode citar como exemplo a exteriorização do colón intestinal no abdome, denominada de colostomia; ou ainda a exteriorização da traquéia na região do pescoço, intitulada traqueostomia⁽⁸⁾.

A realização de um estoma pode ser temporária ou definitiva, dependendo das características e extensão da doença que gerou sua confecção. Porém, independente do tempo de permanência, o estoma é um procedimento extremamente invasivo que pode trazer constrangimentos de ordens psicossociais, físicas e espirituais, repercutindo assim, em transtornos nas relações sociais e familiares⁽⁹⁾.

A colostomia, ou exteriorização do cólon, geralmente na fossa ilíaca esquerda como tratamento definitivo da doença, é indicado nas seguintes patologias: a) neoplasia do reto; b) neoplasia do ânus e c) doença perianal complexa em paciente com doença intestinal inflamatória. Já nas lleostomias, a necessidade de fazer definitivas é, felizmente, menos frequente. Eles podem ser realizados fundamentalmente em dois casos: colite ulcerativa e polipose adenomatosa familiar, sendo esta última mais comum⁽⁹⁾.

Diante de tudo isso, acredita-se que a qualidade de vida seja alterada em decorrência da necessidade de um estoma, seja ele de caráter definitivo ou provisório e, que essa QV seja ainda pior quando se trata de um paciente portador de estoma por câncer colorretal, tendo em vista as dificuldades que os pacientes precisam enfrentar, não somente o diagnóstico de câncer, que traz consigo uma gama de

sentimentos como dor, incertezas, insegurança quanto ao futuro, sofrimento, mitos relacionados a ele como a possibilidade de morte eminente. E ainda ter que conviver com um estoma e todas as repercussões advindas deste⁽¹⁰⁾.

Estas mudanças tornam a confecção da estomia intestinal de eliminação um processo traumático e agressivo que reduz significativamente a QV da pessoa ostomizada⁽¹¹⁾.

Diante desse panorama e de todas essas modificações e repercussões sofridas por esses pacientes, torna-se fundamental a atuação de uma equipe multiprofissional, visando facilitar a aceitação, a reabilitação e a capacidade de autocuidado do indivíduo portador de estoma.

Considerando o exposto, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a população de pessoas portadoras de estomias definitivas cadastradas no Pólo de Ostomizados do Município de Itaboraí, tendo como hipótese de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico de pessoas com estomias definitivas por câncer cadastradas no Pólo de Estomizados do Município de Itaboraí-RJ? Esta pesquisa oportunizará a equipe de saúde dos Pólos, em especial o enfermeiro, a partir do perfil traçado, a aperfeiçoar o planejamento das ações assistenciais de modo integral por meio do conhecimento que o profissional interpreta e com o qual estabelece novos direcionamentos para sua prática, além de promover o aprimoramento da relação profissional-paciente para uma melhoria da qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, quantitativo e exploratório, cuja coleta aconteceu no período de dezembro de 2017 a abril de 2018. Os critérios de inclusão foram: pessoas cadastradas no pólo, com maioridade etária, que possuíam estomia intestinal definitiva por câncer colorretal, de ambos os sexos, deficiência mental e/ou déficit cognitivo e; os critérios de exclusão: pessoas com uma estomia intestinal temporária

ou definitiva por afecções distintas da neoplasia colorretal e que estavam realizando quimioterapia ou radioterapia, uma vez que esses tratamentos comprometem ainda mais a qualidade de vida, os pacientes acamados ou restritos ao leito e aqueles com os quais não se conseguiu contato telefônico.

Depois de selecionados os participantes através de prontuários, que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, através do registro da unidade, foi realizado contato telefônico com os mesmos explicando detalhadamente como era a pesquisa, seus riscos e benefícios e oferecido o convite para participar do estudo.

Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi agendada uma data e um horário para que este participante compare-

cesse ao Pólo de Ostomizados do Município de Itaboraí.

Foi realizado pela autora um questionário sociodemográfico e clínico contendo 22 perguntas. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, religião, presença de filhos vivos, estado civil, nível educacional, renda familiar, comorbidades, se mora só ou com família, tempo de estoma, se tem cuidador, quanto tempo de seguimento no ambulatório, se foi encaminhado ao ambulatório pelo hospital, se realiza o autocuidado, situação atual.

Participaram do estudo 35 pacientes, em um total de 83 cadastrados, sendo que 11 pessoas se encontravam acamadas, 06 não aceitaram participar da pesquisa, 02 estavam fazendo tratamento quimioterápico e com 29 não foi possível contato telefônico.

Conforme prevê a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a consulta aos impressos foi realizada após autorização da diretoria da referida associação e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/HUAP (CAAE: 71086117.6.0000.5243), sob número do parecer de aprovação: 2.413.516. Todos os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos foram atendidos.

RESULTADOS

Para este trabalho, utilizou-se do software Minitab versão 18 para todas as análises realizadas.

Realizou-se uma análise descritiva dos dados sociodemográficos e clínicos na qual apresenta-se na tabela abaixo a frequência e porcentagem.

Tabela 1. Frequência dos dados demográficos de pessoas com estomas definitivos do Pólo de Ostomizados do Município de Itaboraí. Itaboraí, RJ, Brasil, 2018

Variáveis	Frequência	Percentual (%)	
Sexo	F	13	37,14
	M	22	62,86
Religião	Católica	15	42,86
	Cristã	18	51,43
	Outros	2	5,71
	0	3	9,68
Filhos Vivos	1	9	29,03
	2	11	35,48
	3	8	25,81
	Sem informações	4	
Nível Educacional	Ensino Médio Completo	3	8,57
	Ensino Médio Incompleto	1	2,86
	Fundamental Completo	7	20
	Fundamental Incompleto	14	40
	Pós-Graduado	2	5,71
	Superior Completo	3	8,57
	Superior Incompleto	1	2,86
Comorbidades	Nenhum	4	11,43
	DM	1	2,86
	HAS	11	31,43
	Nenhuma	22	62,86
	Outros	1	2,86

Tempo de Estoma	1 ano	2	5,71
	1 a 3 anos	15	42,86
	3 a 6 anos	5	14,29
	> 6 anos	13	37,14
Tem cuidador	Não	23	65,71
	Sim	12	34,29
Encaminha ao programa pelo Hospital de Origem	Não	17	48,57
	Sim	18	51,43
Costuma sair de casa	Não	4	11,43
	Sim	31	88,57
Idade	40 - 49 anos	5	14,29
	50 - 59 anos	8	22,86
	60 - 69 anos	16	45,71
	70 - 79 anos	4	11,43
	>= 80 anos	2	5,71
Praticante	Não	7	20
	Sim	28	80
Estado Civil	Casado	17	48,57

Observa-se que 62,9% dos pacientes são do sexo masculino e 37,1% do sexo feminino. Tem-se que a maioria dos pacientes possuem entre 60 a 69 anos, o que representa 45,7% do grupo analisado, seguindo por pacientes de 50 a 59 anos com 22,9%, pacientes de 40 a 49 anos com 14,3%, pacientes de 70 a 79 anos com 11,4% e com apenas de 5,7% de pacientes com idade acima de 80 anos.

A faixa etária mais acometida ficou entre 60 a 69 anos, o que representa 45,7% do grupo analisado, seguindo por pacientes de 50 a 59 anos com 22,9%, pacientes de 40 a 49 anos com 14,3%, pacientes de 70 a 79 anos com 11,4% e com apenas de 5,7% de pacientes com idade acima de 80 anos.

Em relação à religião, tem-se que 51,4% se considera cristão, 42,9% católico e 5,7% outra religião. Em relação à questão anterior sobre religião, tem-se que 80% dos pacientes é praticante e 20% não pratica a religião citada.

DISCUSSÃO

Podemos perceber que 62,9% dos pacientes entrevistados são do sexo mas-

culino, o que desencontra um pouco da literatura, pois, segundo o INCA⁽¹⁾, a maioria das pessoas afetadas pelo câncer colorretal são do sexo feminino.

Em comparação a alguns estudos^(12,13) analisados, em dois deles obtivemos uma similaridade no quesito gênero, em que em ambos os estudos houve uma prevalência do sexo masculino. Um estudo⁽¹⁴⁾ realizado em 2014 apontou uma diferenciação, na qual, o gênero mais acometido foi o sexo feminino, atingindo uma porcentagem maior (70%), quando comparadas ao sexo masculino. Dois anos após, foi realizado outro estudo⁽¹⁵⁾ no qual a proporção de homens e mulheres estomizados foram iguais.

Em todos os estudos têm-se que a principal causa de confecção de uma estomia é o câncer colorretal, o que demonstra que tanto o sexo masculino como o feminino são afetados⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Todos os participantes também alegam ter uma religião, pois isso contribui para uma busca pela fé na esperança de cura ou de viver plenamente com uma estomia. Nesse estudo, 18% dos participantes disse pertencer à religião cristã e

15% disse professar o catolicismo. Acredita-se que a religião é um fator importante para melhorar a saúde, fornecendo apoio espiritual. E outros estudos^(12,15) também vão de encontro a esse, em que a maioria dos participantes participa de algum credo religioso.

Dos 35 participantes, 11 pacientes possuem dois filhos vivos, o que representa 35,5%, seguindo pelos que possuem um filho com 29%, três filhos com 25,8% e sem filhos vivos com 9,7%. Ter um suporte familiar influencia positivamente no auxílio para o autocuidado, bem como interfere em todo processo saúde-doença, melhorando dessa forma a QV⁽¹⁴⁾.

Em relação à escolaridade, tem-se que 40% dos pacientes possuem Fundamental Incompleto, seguido de 20% com Fundamental Completo e 11,4% sem nenhum nível educacional, sendo que os 28,6% restantes apresentando os demais níveis educacionais, a maioria tem nível fundamental incompleto o que corrobora para dificuldades em relação a tratamentos e diagnósticos.

Analisando outros estudos^(12,13,15,16), existe semelhança em relação ao nível

educacional dos participantes do estudo, em que dois estudos citam o nível fundamental como predominante e outros dois aparecem uma prevalência maior de pessoas analfabetas e semianalfabetas. A escolaridade é um aspecto relevante para o entendimento das diretrizes para o cuidado com o estoma, dispositivos com a coleta de resíduos, o acompanhamento regular da saúde, nutrição e higiene, bem como as diversas condições estabelecidas a partir da cirurgia⁽¹⁵⁾.

Em relação às comorbidades, 62,9% não apresentam; 31,4% apresentam HAS; e 2,9% apresentam DM e outras (2,86%). Esses dados desencontram da pesquisa realizada em 2017⁽¹⁷⁾, onde (57,15%) com um n=32 apresentaram HAS e (35,50%) com n=21, apresentaram DM. Essas comorbidades, principalmente a HAS e o DM, se relacionam com a grande possibilidade de desenvolvimento do câncer colorretal em associação, por exemplo, com outros fatores como o alcoolismo e tabagismo.

O tempo de estoma dos participantes era de 1 a 3 anos, seguido pelo tempo acima de 6 anos, o que já se considerava um tempo razoável de adaptação do indivíduo. Um estudo realizado em uma Associação de Ostomizados em São Paulo⁽¹⁴⁾, afirma que indivíduos com maior tempo de estomia apresentaram um grau de satisfação maior com a vida.

A variável tem cuidador, mostrou que de 35 indivíduos, 23 (65,71%) não têm cuidador, ou seja, realizam o autocuidado, o que é considerado um fator positivo para aceitação da situação. Na prática, percebe-se que as pessoas recém-operadas têm uma dificuldade de adaptação, porém, com o tempo e aceitação da estomia, elas passam a se interessar pelo autocuidado, a partir de orientações dadas pelos profissionais.

Na variável encaminhado pelo hospital de origem, podemos perceber que ficaram bem equilibrados os valores, já que 18 (51,43%) afirmaram que foram encaminhados ao Pólo de atendimento pelo hospital de origem, fortalecendo a

referência e contrarreferência no Sistema Único de saúde (SUS), obedecendo ao Art. 5º da Portaria n.º 400 em que diz: “estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência para a assistência às pessoas com estoma na atenção básica, média complexidade e alta complexidade, inclusive para cirurgia de reversão de estomias nas unidades hospitalares”. Em contrapartida, 17 (48,57%) disseram não terem sido encaminhadas pelo hospital de origem⁽¹⁸⁾.

Dos 35 indivíduos, 31 (88,57%) alegam sair de casa com frequência, enquanto quatro (11,43%) não saem de casa. Esta variável está diretamente relacionada à QV, pois pessoas que costumam sair de casa com frequência tendem a aceitar sua deficiência, colaborando assim para melhorar sua QV, já que tendem a ser pessoas mais independentes.

A faixa etária se encontrou entre 60-69 anos, o que representa 45,7% do grupo analisado, seguindo por pacientes de 50 a 59 anos com 22,9%, pacientes de 40 a 49 anos com 14,3%, pacientes de 70 a 79 anos com 11,4% e com apenas 5,7% de pacientes com idade acima de 80 anos, que vai de encontro à literatura que diz acometer pessoas acima de 50 anos. Esse resultado também se assemelha a alguns estudos, já que segundo a literatura, com o aumento da idade há maior incidência de casos de câncer, como é o caso do câncer colorretal.

Percebe-se também uma faixa etária de 40 a 49 anos sendo acometida, o que comprova que o câncer colorretal vem aumentando progressivamente e acometendo uma faixa etária menor do que a esperada para esse tipo de câncer em decorrência de vários fatores já citados anteriormente, como: nutrição desequilibrada, falta de atividade física, aumento de consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, dificuldade em realização de exames preventivos, dentre outros^(12,13,15,16,19).

De 35, 17 (48,5%) são casados, indo de encontro aos outros estudos analisados, o que de certa forma está

ligado ao autocuidado, pode influenciar positivamente o modo como as pessoas estomizadas satisfazem seu novo estado de saúde, graças ao apoio emocional oferecido pelo seu parceiro. Ter alguém que o ajude e também está ligado à função sexual, o que neste estudo não foi tão impactante como em outros estudos^(15,20,21).

Um estudo⁽¹⁶⁾ citou o impacto da estomia na sexualidade dessas pessoas, interferindo para diminuir a qualidade de vida, já que a pessoa entra em um ciclo de isolamento, mudanças nas relações pessoais, dentre outras.

Os distúrbios da função sexual têm duas origens, físicas ou emocionais. A cirurgia realizada também pode causar alguns distúrbios fisiológicos, como: a redução ou perda de libido, diminuição ou ausência da capacidade de ereção, ejaculação anormal, dentre outros. Assim como no homem a mulher pode apresentar dispareunia, redução ou perda da libido⁽¹⁴⁾.

Além disso, alguns estudos^(17,21) indicam que os indivíduos casados gozam de níveis mais elevados de bem-estar físico e psicológico em relação a pessoas separadas ou divorciadas.

Dos 35 participantes, 12 (35,3%) são aposentados por doença ou tempo de serviço e no geral, os que trabalham, preferem aposentar-se. Os que estavam desempregados não conseguem se integrar ao mercado de trabalho. Dos quatro estudos analisados, apenas dois citam a situação de ocupação dos participantes, que prevaleceram aposentadoria, porém não especificam que tipo de aposentadoria, se por doença ou por idade^(13,15).

Quanto à renda familiar, (42,9%) possui uma renda de dois a três salários, 31,4% apenas um salário, 17,1% menos que um salário e 8,6% apresenta uma renda familiar maior que três salários. A renda da população estudada foi de encontro a que se encontra na literatura, em que se observa uma população com renda de mais ou menos um a três salários mínimos^(12,15,16).

Quanto ao perfil clínico, a maior parte dos participantes tem uma colostomia, e quanto ao tempo tem de 1-3 anos de estomia. Uma grande parte também faz acompanhamento de 3-4 anos no Pólo. Isso contribui para o fato de não terem sofrido um impacto tão grande na qualidade de vida, pois segundo a literatura quanto mais tempo de convivência com o estoma, mais adaptados estarão às novas condições e melhor será sua QV⁽²²⁾.

CONCLUSÃO

Podemos concluir com este estudo que esta população de estomizados

definitivos é caracterizada pela prevalência de pessoas do sexo masculino, casadas, com filhos, que moram com a família, com idade entre 50 a 69 anos, sem comorbidades, com ensino fundamental incompleto com uma renda de 2-3 salários mínimos. A grande maioria realiza o autocuidado com estoma, saem de casa com frequência e possuem uma religião.

Esse estudo teve como limitações, as anotações incompletas dos prontuários como tipo de estoma, tempo de estoma, se o estoma era definitivo ou temporário e a desatualização de contato telefônico, o

que impossibilitou uma abordagem maior de participantes.

Caracterizar a população de pessoas com estomias definitivas foi muito importante para ampliar o conhecimento e constatar algumas semelhanças com outros estudos realizados no Brasil.

Estudos dessa natureza poderão auxiliar o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, a planejar a assistência do serviço de referência. Dessa forma, atividades educativas e atendimentos clínicos poderão ser melhor compreendidos pelos estomizados, uma vez que se compreende melhor o seu contexto. 🐦

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>.
2. Associação Brasileira de Ostomizados. Quantitativo aproximado de pessoas ostomizadas no Brasil [Internet]. 2007 [acesso em 12 dez 2017]. Disponível em: https://abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm.
3. Rêgo AGS, Borges ICV, Valença RJV, Teles JBM, Pinto LSS. Câncer colorretal em Pacientes Jovens. Rev. bras. cancerol. [Internet]. 2012 [acesso em 15 dez 2017]; 58(2):173-180. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/07_artigo_cancer_colorretal_pacientes_jovens.pdf.
4. Rocha JJR. Coloproctologia: princípios e práticas. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2011.
5. Matsubara MGS, Villela DL, Hashimoto SY, Reis HCS, Saconato RA, Denardi UA et al. Feridas e estomas em oncologia: uma abordagem interdisciplinar. São Paulo: Editora Lemar; 2011.
6. Instituto Oncoguia. Estatística para o câncer colorretal [Internet]. 2018 [acesso em 10 mar 2018]. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatistica-para-cancer-colorretal/7284/178/>.
7. Vieira LM, Ribeiro BNO, Gatti MAN, Simeão, SFAP, Conti MHS, Vitta A. Câncer Colorretal: entre o sofrimento e o repensar da vida. Saúde em debate [Internet]. 2013 [acesso em 04 jan 2018]; 37(97):261-269. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000200008>.
8. Souza MJ. Qualidade de vida de pessoas ostomizadas [dissertação]. Bahia: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; 2015.
9. García MCV, Prats TP. Manual de cuidados em ostomias. [Internet]. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009 [acesso em 06 jan 2018]. Disponível em: <http://www.enfermeriaaaps.com/portal/download/ENFERMERIA%20TECNICAS/Manual%20de%20Cuidados%20en%20Ostomias%202009.pdf>.
10. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. O impacto da ostomia no processo de viver humano. Texto Contexto – Enferm. [Internet]. 2007 [acesso em 07 jan 2018]; 16(1):163-167. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072007000100021>.
11. Silva CRDT, Andrade EMLR, Luz MHBA, Andrade JX, Silva GRF. Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 07 jan 2018]; 30(2):144-151. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700023>.
12. Moraes JT, Assunção RS, Sá FS, Lessa ER, Corrêa LS. Perfil de pessoas ostomizadas de uma região de saúde mineira. Enferm. foco [Internet]. 2016 [acesso em 09 jan 2018]; 7(2):22-26. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2016.v7.n2.788>.
13. Melotti LF, Bueno IM, Silveira GV, Silva MEN, Fedosse E. Characterization of patients with ostomy treated at a public municipal and regional reference center. J. Coloproctol. [Internet]. 2013 [acesso em 10 jan 2018]; 33(2):70-74. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2013.04.003>.
14. Salles VJA, Becker CPP, Faria GMR. The influence of time on the quality of life of patients with intestinal stoma. J. Coloproctol. [Internet]. 2014 [acesso em 15 jan 2018]; 34(2):73-75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2014.02.007>.
15. Sousa MJ, Andrade SSC, Brito KKG, Matos SDO, Coêlho HFC, Oliveira SHS. Sociodemographic and clinical features and quality of life in stomized patients. J. Coloproctol. (Rio J) [Internet]. 2016 [acesso em 20 jan 2018]; 36(1):27-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2015.12.005>.
16. Salomé GM, Almeida AS, Silveira MM. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. J. Coloproctol. (Rio J) [Internet]. 2014 [acesso em 20 jan 2018]; 34(4):231-239. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2014.05.009>.
17. Kimura CA, Kamada I, Guilhem DB, Modesto KR, Abreu BS. Perceptions of ostomized persons due to colorectal cancer on their quality of life. J. Coloproctol. (Rio J) [Internet]. 2017 [acesso em 21 jan 2018]; 37(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.05.007>.
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (BR). Portaria n.º 400, de 16 de novembro de 2009. Institui Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília [Internet]. 2009 [acesso em 26 nov 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html.
19. Neto MAFL, Fernandes DOA, Didoné EL. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. J. Coloproctol. (Rio J) [Internet]. 2016 [acesso em 22 jan 2018]; 36(2):64-68. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2014.08.016>.
20. Mahjoubi B, Mirzaei R, Azizi R, Jafarinia M, Zahedi-Shoolami L. A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. Health and Quality of Life Outcomes [Internet]. 2012 [acesso em 22 jan 2018]; 10:136. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-136>.
21. Kimura CA, Guilhem DB, Kamada I, Abreu BS, Fortes RC. Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an important dimension in quality of life. J. Coloproctol. (Rio J) [Internet]. 2017 [acesso em 23 jan 2018]; 37(3):199-204. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.03.009>.
22. Verweij NM et al. The impact of an ostomy on older colorectal cancer patients: a cross-sectional survey. Int. J. Colorectal Dis. [Internet]. 2016 [acesso em 23 jan 2018]; 32(1):89-94. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00384-016-2665-8>.

Higienização das mãos: Educação permanente para a família de pacientes em tratamento com a diálise peritoneal

RESUMO | Objetivo: identificar a compreensão dos familiares sobre a importância da técnica de higienização das mãos para a realização de diálise peritoneal em domicílio. Metodologia: estudo descritivo, abordagem qualitativa, método de pesquisa convergente-assistencial. O estudo foi realizado em um Hospital Universitário Estadual do Rio de Janeiro, no setor de Nefrologia. O estudo envolveu 06 familiares que realizam terapia de diálise peritoneal para seus familiares. A coleta de dados ocorreu no período de 13 de julho de 2017 a 31 de agosto de 2017. Principais resultados: dos 06 participantes do estudo 02 realizaram o saneamento das mãos corretamente de acordo com o vídeo fornecido pela pesquisadora. Conclusão: Percebe-se que, para alguns participantes, ainda há receio e insegurança em relação à execução da técnica de higienização das mãos corretamente.

Palavras-chaves: Diálise Peritoneal; Enfermagem; Desinfecção das Mãos.

ABSTRACT | Objective: the present study has the following aims: to identify the family members' understanding of the importance of hand hygiene technique for peritoneal dialysis at home. Methods: a descriptive study, qualitative approach, using Convergence - Assistance Research as a method. The study was conducted at a State University Hospital located in the city of Rio de Janeiro, in the Nephrology sector. Sixty family members undergoing peritoneal dialysis therapy of their relative at home participated in the study. Data collection occurred from July 3, 2017 to August 31, 2017. Results: of the 06 participants in study 02 performed the hand hygiene correctly according to the video provided by the researcher. Conclusion: the study reached the proposed objectives; with this it was perceptible that for some participants there is still fear and insecurity about the execution of the technique of hand hygiene correctly.

Keywords: Peritoneal Dialysis; Nursing; Handwashing.

RESUMEN | Objetivo: identificar el entendimiento de los familiares sobre la importancia de la técnica de higienización de las manos para la realización de la diálisis peritoneal en el domicilio. Metodología: estudio descriptivo, abordaje cualitativo, método de Investigación Convergente-Asistencial. El estudio fue realizado en un Hospital Universitario Estadual de Río de Janeiro, en el sector de Nefrología. Participaron del estudio 06 familiares que realizan la terapia de diálisis peritoneal de su pariente. La recolección de datos ocurrió en el periodo de 13 de julio de 2017 al 31 de agosto de 2017. Resultados principales: de los 06 participantes del estudio 02 realizaron la higienización de las manos de forma correcta de acuerdo con el vídeo proporcionado por la investigadora. Conclusión principal: Fue perceptible que para algunos participantes aún exista el miedo y inseguridad con relación a la ejecución de la técnica de higienización de las manos de forma correcta.

Descriptor: Diálisis Peritoneal; Enfermería; Lavado de las Manos.

Samanta Nascimento Cesário

Enfermeira nefrologista pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Joyce Martins Arimatéa Branco Tavares

Doutora em enfermagem, professora adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), enfermeira do Hospital Universitário Antônio Pedro /Universidade Federal Fluminense (UFF).

Frances Valéria Costa e Silva

Doutora em enfermagem, professora adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro . FENF- UERJ, coordenadora do ambulatório de diálise peritoneal e de tratamento da doença renal crônica do HUPE / UERJ.

Priscilla Valladares Broca

Doutora em enfermagem , professora adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Viviane Ganem Kipper de Lima

Mestre em enfermagem, professora assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. FENF- UERJ.

George Roberto Ferreira

Enfermeiro especialista em Oncologia pela Universidade do Grande Rio – Unigranrio, atualmente é enfermeiro assistencialista pelo Grupo Santa Celina.

Recebido em: 10/05/2019

Aprovado em: 13/05/2019

INTRODUÇÃO

A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária, mas muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Por esse motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e do controle de infecções nos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes⁽¹⁾.

Na realização da diálise peritoneal (DP), um dos primeiros passos e, senão, o mais importante, é a higienização das mãos. Através dela, o paciente e o familiar responsável pelo seu cuidado esta-

ção aptos a realizar as trocas das bolsas, curativos e manusear o cateter de forma correta. A mesma deve ser realizada de acordo com os parâmetros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que visa à segurança do paciente e do método utilizado, refletindo em maior eficácia para o tratamento.

Os pacientes que aderem a DP precisam de um processo de adaptação, estando incluídos o processo educativo do indivíduo e do familiar, consultas mensais para avaliação médica e de enfermagem onde são repassados pelo enfermeiro todo o processo que envolve a DP, ou seja, demonstram se os objetivos da capacitação estão sendo alcançados. Esse processo ocorre por um tempo médio de 1-2 meses até que a pessoa responsável pela realização do tratamento podendo ser o próprio paciente ou familiar se mostre apto a seguir o mesmo em seu domicílio.

Na prática do setor, foi percebido que durante as consultas de enfermagem da diálise peritoneal, quando a família se faz presente e apoia o paciente, o mesmo se sente mais seguro e confiante a ingressar na terapêutica proposta. Sendo assim, o apoio familiar é importante nos momentos de dúvidas e medo, pois tudo é desconhecido.

Para a realização da DP, é necessário que um cateter seja inserido por meio cirúrgico no abdômen do paciente. O cateter de Tenckhoff é o mais utilizado. Ele é reto e tem dois cuffs, um fica localizado mais profundamente e dentro do músculo reto abdominal e o outro é subcutâneo, aproximadamente 2-3 cm do orifício de saída. Os cuffs têm a função de proteger o cateter contra a migração bacteriana através da pele pelo trajeto subcutâneo⁽²⁾.

O enfermeiro, dentre os profissionais de saúde, é o que atua de modo mais próximo e constante junto aos pacientes. A interação entre o enfermeiro e o paciente que vai iniciar a terapia dialítica dura muitos anos e, por vezes, é bastante intensa. Dessa maneira, no desenvolvimento de práticas educativas, o enfermeiro deve ter, além da fundamentação científica e da competência técnica, conhecimentos

dos aspectos que levam em consideração os sentimentos, necessidades e desejos do paciente sob sua orientação. Nesse sentido, não basta um material didático que não promova questionamentos e não origine motivação interna para mudar. Certamente, faz-se necessária essa abertura ao diálogo, a possibilidade do outro se perceber como ser único, embora com vivências comuns aos seus semelhantes⁽³⁾.

A higienização das mãos é uma técnica que envolve todo o processo da DP, pois a mesma é utilizada desde o momento em que o material é preparado até a troca das bolsas. A realização da técnica de forma correta e efetiva confere segurança ao tratamento evitando que haja contaminação pelos microrganismos que estão presentes na pele do paciente.

O protocolo para prática de higienização das mãos em serviços de saúde do Ministério da Saúde (MS) tem como finalidade instituir e promover a higienização das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes⁽¹⁾.

A higienização das mãos utilizada na realização da diálise peritoneal está em conformidade com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da unidade em que o estudo foi realizado, e obedece o Programa Nacional de Segurança do Paciente – (Meta 5) que estabelece e promove a higiene das mãos nos serviços de saúde.

Na diálise peritoneal, a higienização das mãos, além de ser um procedimento obrigatório para realização do tratamento, previne a contaminação do cateter e infecções, como por exemplo a peritonite, que permanece como a principal complicação do paciente que realiza diálise peritoneal, estando no topo de causas que levam à falência de acesso e insucesso do tratamento. O principal agente infeccioso relacionado à peritonite, no Brasil, é o *Staphylococcus aureus*, que é fator contribuinte em 16% dos óbitos e 18% da mortalidade⁽⁴⁾.

Sendo assim, o estudo se justifica

pela necessidade de expor aos pacientes e familiares o quanto a higienização das mãos correta influencia de forma positiva no tratamento da DP, permitindo que esta terapia seja executada sem oferecer riscos aos pacientes.

Questões norteadoras: Como identificar o entendimento dos familiares sobre a importância da técnica de higienização das mãos para a realização da diálise peritoneal no domicílio? Como descrever a forma como os familiares realizam a técnica de higienização das mãos para o tratamento com a diálise peritoneal? Como verificar a ocorrência de mudança na forma de fazer a higienização das mãos destes familiares para realização da diálise peritoneal após a utilização de um vídeo explicativo?

Desta forma, os objetivos da pesquisa foram: identificar o entendimento dos familiares sobre a importância da técnica de higienização das mãos para a realização da diálise peritoneal no domicílio; descrever a forma como os familiares realizam a técnica de higienização das mãos para o tratamento com a diálise peritoneal e verificar a ocorrência de mudança na forma de fazer a higienização das mãos destes familiares para realização da diálise peritoneal após a utilização de um vídeo explicativo.

METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, onde o método utilizado foi o da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), que é definida como um tipo de pesquisa empregada nas áreas assistenciais onde se desenvolva uma prática com participação ativa dos sujeitos da pesquisa, estando orientada para a resolução ou minimização dos problemas na prática, ou para a realização de mudanças e/ou introdução de inovações nas práticas de saúde podendo levar a construções teóricas⁽⁵⁾.

O estudo ocorreu mediante as etapas propostas pela PCA, que são elas: concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

A fase da concepção se relacionou com a origem da pesquisa, mediante definição

do objeto, objetivos e justificativa do estudo. A fase de instrumentação definiu os procedimentos metodológicos que foram utilizados, delimitou o espaço físico, os participantes envolvidos e os métodos e técnicas para obtenção das informações. O cenário do estudo foi um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, no setor de Nefrologia, especificamente no serviço de Diálise Peritoneal. Até a finalização da coleta de dados, faziam parte do programa de DP 17 pacientes. O serviço contava com uma equipe multiprofissional formada por: uma enfermeira líder, uma técnica de enfermagem, residentes de enfermagem e medicina, médico, nutricionista e psicóloga.

As técnicas para produção de dados foram compostas por observação participante, entrevista individual semiestruturada gravada e preenchimento do roteiro para caracterização do perfil dos participantes da pesquisa que foram os familiares que realizam o tratamento dos pacientes com a diálise peritoneal.

Os critérios de inclusão foram: familiares de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que já tivessem recebido ou estivessem em processo de aprendizagem da técnica de DP na atividade educativa de capacitação para início da terapia e que tenham realizado o tratamento do seu parente por no mínimo 06 (seis) meses no domicílio.

Com isso, dos 17 (dezessete) pacientes cadastrados, 04 (quatro) foram excluídos por realizarem a própria terapia, restando 13 (treze) pacientes em que os familiares eram os responsáveis por realizar o tratamento no domicílio. Dos familiares responsáveis pelo tratamento destes 13 (treze) pacientes, apenas 07 (sete) aceitaram participar do estudo. Dos 7 (sete) familiares, 01 (um) desistiu na segunda etapa por problemas de saúde. Foram excluídos 06 (seis) familiares do estudo por não terem comparecido as consultas de enfermagem e médica junto aos seus parentes. Vale ressaltar que cada paciente possui um familiar elegido como responsável pela terapia dialítica. Sendo assim, o total de participantes da pesquisa foram 06 (seis).

A fase de perscrutação foi caracteriza-

da pelas estratégias de refinamento da obtenção das informações, como coleta de dados e entrevistas, estando diretamente relacionada ao momento do primeiro e do segundo encontro da pesquisadora com os participantes da pesquisa.

No primeiro momento da produção dos dados, o participante comparecia ao serviço de DP para acompanhamento do seu familiar na consulta de enfermagem, medicina ou para realizar algum atendimento. Com isso, era apresentada a proposta do estudo e perguntado se o mesmo aceitava participar. Em caso positivo, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma delas para a pesquisadora e outra para o participante. O documento informava detalhadamente os aspectos éticos da pesquisa, incluindo benefícios e possíveis riscos. Vale ressaltar que a pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição que serviu de cenário, obtendo parecer aprovado com número de protocolo: 2.138.707. Todos os aspectos éticos que dizem respeito ao desenvolvimento da pesquisa com seres humanos foram respeitados, garantindo-se a proteção dos direitos dos participantes da pesquisa, conforme preconiza a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sendo assim, iniciou-se o processo de produção dos dados, que ocorreu mediante aplicação dos instrumentos previamente autorizados pelos participantes envolvidos voluntariamente na pesquisa.

A pesquisa consistia em: no primeiro momento, foi preenchido um roteiro de identificação para caracterizar os participantes da pesquisa; no segundo momento, realizou-se uma entrevista individual gravada utilizando um roteiro de entrevistas semiestruturado, previamente elaborado e testado, contendo 11 perguntas relacionadas ao tema central da pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de 03 de julho de 2017 a 31 de agosto de 2017. As entrevistas foram gravadas em aparelho de telefone móvel e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Foi iniciada a coleta de dados com o preenchimento do roteiro de identificação e caracterização. Em seguida, era realizada a entrevista semiestruturada gravada com utilização do roteiro de entrevistas. Após, para realização da primeira observação, era solicitado ao participante que demonstrasse para a pesquisadora como o mesmo higienizava as mãos em casa para realizar o tratamento do seu familiar ou como havia aprendido na atividade educativa de capacitação realizada pelo enfermeiro. Nesse mesmo momento, a pesquisadora enquanto observava, realizava os registros em um roteiro de observação participante.

Em seguida, foi disponibilizado ao participante um DVD (digital versatile disc) com um vídeo produzido pela pesquisadora sobre a técnica de higienização das mãos ensinada para a realização da terapia de diálise peritoneal e solicitado ao mesmo que assistisse ao vídeo no domicílio, quantas vezes fosse necessário, para orientar a realização da técnica e esclarecimento de possíveis dúvidas. O retorno deste participante foi agendado para 30 (trinta) dias após a primeira etapa de coleta de dados, coincidindo com a data de retorno mensal das consultas de enfermagem e médica.

No retorno dos participantes para a segunda observação, foi pedido aos mesmos que realizassem a técnica de higienização das mãos mediante ao que tinham assistido no vídeo para avaliar a aprendizagem e o impacto deste como ferramenta educativa. Nesta observação, também foi preenchido um roteiro para que a pesquisadora pudesse comparar com a observação anterior e avaliar se houve mudanças na execução da técnica de higienização das mãos.

Com relação a análise dos dados, a mesma ocorreu mediante as etapas preconizadas pela PCA. Desta forma, no processo de apreensão, os dados foram organizados para facilitar sua codificação, reconhecendo no relato das informações as palavras, frases, parágrafos ou termos chave que mais se repetiam nas falas dos participantes. Após essa codificação, teve início a formação das categorias empíricas, que são o conjunto de expressões

com características similares ou que possuem estreita relação de complementaridade para fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos, seguida da aplicação da técnica de análise de conteúdo. Todo material gerado na coleta de dados foi submetido à técnica de análise de conteúdo, com vistas a manutenção da coerência durante o processo de análise⁽⁶⁾.

Foram utilizados pseudônimos para identificar os participantes e garantir, assim, o seu anonimato através da utilização de nomes de cores, como por exemplo: azul, amarelo, verde, etc.

RESULTADOS

Os resultados obtidos mediante a aplicação do roteiro de caracterização dos participantes da pesquisa revelaram que 05 (cinco), dos 06 (seis) participantes eram do sexo feminino e todos se autodeclararam brancos na cor da pele. A média de idade variou entre 24 e 64 anos, sendo 01 (um) com 24 (vinte e quatro) anos, 01 (um) com 32 (trinta e dois) anos, 01 (um) com 48 (quarenta e oito) anos, 01 (um) com 54 (cinquenta e quatro) anos, 01 (um) com 63 (sessenta e três) anos e 01 (um) com 64 (sessenta e quatro) anos com grau de parentesco relacionado à família nuclear, ou seja, pai, esposas e filhas. Todos participantes declararam possuir renda própria e terem como cidade natal e residência o município do Rio de Janeiro. Apenas 01 (um) participante declarou não morar na mesma residência que o seu familiar. Quanto ao estado civil, 02 (dois) participantes são solteiros, 03 (três) casados e 01 (um) divorciado. 05 (cinco) participantes declararam ter filhos. Com relação à religião, 03 (três) informaram ser católicos e 03 (três) evangélicos.

O tempo de participação no programa de Diálise Peritoneal variou de 01 mês a 01 ano, sendo que 01 (um) participante estava em break in no momento da coleta de dados, que é o período em que o paciente já realizou a inserção do cateter de Tenckhoff, porém, ainda está em treinamento para

início da terapia no domicílio. Desta forma, dos 05 (cinco) participantes em que seu parente realiza a terapia dialítica, 03 (três) fazem a modalidade automatizada e 02 (dois) intercalam entre automatizada e manual.

Após análise do conteúdo da técnica de higienização das mãos dos participantes antes e após a aplicação do vídeo educativo, foram percebidas similaridades e divergências nas falas e no modo como os participantes as executavam. Através disso foi gerada uma matriz temática sendo dividida em duas categorias: O processo de higienização das mãos para diálise peritoneal antes da execução do vídeo educativo e a ocorrência de mudanças na técnica de higienização das mãos após aplicação do vídeo educativo.

O processo de higienização das mãos para diálise peritoneal antes da execução do vídeo educativo

A realização das entrevistas e das observações sistemáticas antes e após a utilização do vídeo mostrou o entendimento de 03 (três) dos familiares sobre o que é a terapia dialítica, sua finalidade e a importância da higienização das mãos para que a terapia seja executada de forma correta e segura contribuindo para manutenção da saúde do seu familiar.

“A higienização das mãos é muito importante, é a questão da segurança principalmente do paciente quanto da pessoa que está cuidando dele, porque o risco de uma infecção pode ser a qualquer momento” (Rosa).

Em relação aos familiares responsáveis pela execução do tratamento, quando questionados sobre o motivo pelo qual realizam a terapia do seu parente, 04 (quatro) responderam que o fazem por escolha, porém são as únicas pessoas disponíveis para realização do tratamento, o que traz à tona uma imposição velada. Somente 02 (dois) participantes responderam que exercem o tratamento por não ter opção.

“Por não ter opção, porque sou a esposa dele e sou a única pessoa disponível para realizar o tratamento” (Lilás).

Durante a observação sistemática realizada antes do fornecimento do vídeo, verificou-se que no entendimento de alguns participantes o número de vezes que higienizam as mãos é mais importante do que a forma como elas são higienizadas, ou seja, se um familiar higienizou as mãos 03 vezes e realizou cada passo 10 vezes no seu entendimento elas estão limpas, não importando se o passo 03 foi executado no lugar do passo 02. Esse tipo de falha foi encontrado em 03 dos 06 participantes.

A ocorrência de mudanças na técnica de higienização das mãos após aplicação do vídeo educativo

Na realização da segunda observação sistemática após o fornecimento do vídeo, dos 06 (seis) participantes do estudo apenas 02 (dois) executaram a higienização das mãos de forma correta de acordo com o preconizado pela terapia, o que pode ser explicado pelo fato dos participantes não terem assistido ao vídeo ou terem assistido e não assimilado o conteúdo do mesmo. Como referido anteriormente, durante a entrevista semiestruturada, quando perguntado sobre o motivo pelo qual realizam a terapia do seu parente, 04 (quatro) deles responderam por não ter opção ou porque são as únicas pessoas que eles possuem para serem responsáveis pelos cuidados, ou seja, muitas vezes realizam o treinamento/capacitação por falta de opção ou por uma imposição velada, o que pode causar um bloqueio nesse processo de educação em saúde.

Com relação ao processo de capacitação dado pelo enfermeiro, os 06 (seis) participantes expressaram satisfação e demonstraram interesse pelo aprendizado e oportunidade de compartilhar conhecimentos com a pesquisadora.

“Eu achei excelente, adorei mesmo, eu gostei de ter visto, gostei de ter aprendido, a cada dia mais eu quero aprender para ajudar meu paciente” (Vermelho).

No processo da diálise peritoneal, a higienização das mãos é primordial para o sucesso da terapia e, embora os participantes da pesquisa sintam dificuldade de adaptação a terapia dialítica no domicílio, quando questionados em relação à higienização das mãos para a realização do tratamento, os 06 (seis) participantes informaram saber da importância desta etapa para o sucesso da terapia.

“É 90 % do sucesso da DP, porque sem a higienização pode ocasionar muitas outras coisas para ela. É uma coisa que seria a solução e acaba sendo o problema” (Marrom).

DISCUSSÃO

Embora existam evidências de que higienizar as mãos corretamente consiste em uma medida indispensável para reduzir a transmissão de microorganismos por meio das mãos, a adesão a esta prática permanece baixa e estudos relatam taxas inferiores a 60% em diferentes realidades de assistência à saúde⁽⁷⁾.

Durante o processo de capacitação/treinamento, o enfermeiro é o responsável pelo ensinamento, por mostrar técnicas que deverão ser executadas de forma segura, por construir um vínculo onde o familiar responsável sinte-se seguro para expor seus medos, inseguranças e dúvidas mediante ao que está sendo ensinado e vivenciado e o que se pode esperar futuramente. É um processo em que é importante seguir etapas, pois a partir disso, ele poderá entender que mudanças e adaptações precisarão ser feitas.

O processo de capacitação depende de como o familiar entende o que é ensinado em cada etapa e se mediante a isso saberá executá-lo de forma correta. Em alguns mo-

mentos este processo pode não estar claro e o familiar não sanar possíveis dúvidas, executando com o passar do tempo a técnica da forma que acha ser correta. Caso identifique que esta atitude não ocasionou dano a saúde, começam a tornar o uso da técnica incorreta um hábito, comprometendo a terapia e trazendo riscos para o paciente.

Por isso, é necessário que o familiar crie vínculo e confie no enfermeiro que o está capacitando, da mesma forma que o enfermeiro precisa entender as limitações e identificar as potencialidades deste familiar, em constante movimento de troca e compartilhamento, pois a terapia dialítica é algo novo e, por muitas vezes, um desafio, cabendo ao enfermeiro entender que para cada família existe um tempo certo, cada ser é único e o tempo de aprendizagem de um familiar não é o mesmo do outro. O enfermeiro deve saber distinguir a forma de abordagem correta para que no futuro não traga riscos para ambos, paciente e família.

A higienização das mãos é um processo mundialmente conhecido por evitar riscos ao paciente e cuidador, sendo a primeira medida adotada em qualquer cuidado à saúde. Durante a capacitação/treinamento da diálise peritoneal, ela é primeira etapa a ser aprendida e, apesar de ser a forma mais eficaz e simples de evitar a transmissão de doenças, é onde encontra-se maior dificuldade durante o aprendizado.

A higienização das mãos vem sendo reconhecida e recomendada desde 1846 como prática obrigatória para os profissionais da área da saúde, com base na constatação de sua efetividade na redução das infecções e, conseqüentemente, de mortalidade entre os pacientes. Com a introdução das práticas de higienização das mãos, a redução imediata da microbiota transitória tem sido verificada. Desde então, estudos sobre a transmissão de microrganismos, tendo as mãos dos profissionais como carreadoras, têm sido frequentes. Atualmente, sabe-se que a higienização das mãos reduz a transmissão de patógenos e, sobretudo, a incidência de infecções relacionadas ao cuidar em saúde (IRCS), sendo considerada

uma medida simples e importante⁽⁸⁾.

Um estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva de um Hospital Universitário na Alemanha fez uma comparação entre médicos e enfermeiros e sua crença em relação de que a desinfecção das mãos impede a transmissão de patógenos. Os resultados mostraram que primeiro, os enfermeiros perceberam redução de risco associado à higiene das mãos, e indicou melhor conhecimento sobre diretrizes de higiene das mãos do que os médicos, essa questão ainda é consistente com maiores taxas de adesão relatadas para os enfermeiros na literatura. Desta forma, o estudo pode mostrar que a promoção eficaz da higienização das mãos pode implicar tanto em medidas educativas quanto em treinamento de habilidades⁽⁹⁾.

Analisando as observações sistemáticas após o vídeo, identificou-se que os familiares participantes que realizam a terapia do seu parente por um tempo prolongado adquirem segurança e realizam a higienização das mãos baseada em um saber leigo. Eles percebem que com o tempo realizando a técnica da forma como acham mais adequada não causam danos ao paciente e isso acaba tornando-se um hábito.

Por outro lado, ficou claro que para 02 (dois) familiares a higienização das mãos é importante e está incluída na sua rotina, porém de forma errada. Existem situações em que o hábito de higienizar as mãos torna-se vicioso e, se executado de forma correta e excessiva, pode trazer danos à saúde do familiar, como por exemplo, a destruição da microbiota residente.

Em outro contexto, pode-se citar a questão do ser humano ao ser apresentado a algo novo e sua adaptação mediante a sua responsabilidade sobre isso. O homem, por sua constituição psíquica, mental, espiritual e física, é um ser adaptável a todas as mudanças e a todas as situações em que a vida o coloca, à medida que avança para seu aperfeiçoamento. Pode-se dizer que é geral – visto que se produz em todos – a reação que o ser experimenta quando, premido pelas circunstâncias, deve aceitar situações às quais, por vontade

de própria não haveria jamais tratado de se adaptar. O tempo, com a série de reflexões que sustenta em seus poderosos meios de expressão, faz com que o homem admita, aceite e se adapte a mudanças e a situações, mas sem alcançar – salvo exceções – a compreensão exata de tais fatos. Daí a diferença entre os que se adaptam por obrigação e os que buscam a adaptação natural, com plena noção do que isso significa para seu processo evolutivo⁽¹⁰⁾.

Por este e por outros fatores é importante que os familiares que passam pelo processo de treinamento/capacitação tenham em mente que o cuidado que deverá ser realizado em todas as etapas do tratamento, visando evitar infecções e outras possíveis complicações, reforçando a questão da técnica adequada de higienização das mãos, que é o primeiro passo para a realização da DP e que acontece em todo o momento, desde a separação e limpeza do material até o preparo da terapia, conexão e desconexão do paciente na máquina de DP. Esta técnica é importante para a segurança do paciente e para a o sucesso do tratamento.

Desta forma, o estudo confirmou o quanto a educação permanente que o enfermeiro promove pode influenciar de forma positiva na vida do paciente e familiares e estará ligada diretamente ao sucesso do

tratamento, melhorando a adesão à terapia e aumentando o conhecimento de ambos sobre a DP e tudo que a cerca.

Quanto à limitação do estudo, está relacionada ao fato da pesquisa ter sido realizada em um único serviço de DP e ter tido um número reduzido de participantes pelo próprio perfil da instituição.

CONCLUSÃO

A higienização das mãos é e sempre será importante para os cuidados de saúde e, embora seja uma tarefa difícil torná-la um hábito diário, é necessário que o enfermeiro como gestor de cuidado e educador em saúde reforce a sua importância para que se torne uma prática cada vez mais forte e seja agregada a rotina de pacientes e familiares.

A Pesquisa Convergente-Assistencial contribuiu para a obtenção de informações relevantes acerca desse cuidado, sendo fundamental para a produção dos dados, principalmente, durante a coleta dos mesmos, pois, além de proporcionar maior interação entre os participantes da pesquisa, permitiu que eles revelassem objetivamente suas vivências e experiências. O estudo conseguiu alcançar os objetivos propostos e, com isso, foi perceptível que para alguns participantes

ainda existe o medo em relação à execução da técnica de higienização das mãos de forma incorreta e insegurança em saber que podem causar dano ao seu parente.

Por outro lado, existe o excesso de segurança em perceberem que durante o período em que executaram a higienização das mãos de forma errada, seja quebrando a técnica ou realizando o passo a passo da mesma fora da sequência, não causou danos permanentes, dando continuidade desta forma ao erro. Tal situação foi perceptível em familiares que realizam a terapia do seu parente por um longo período, ao contrário dos familiares que estão no início da terapia, onde existe uma insegurança de iniciante, em saber se está realizando de forma correta ou não a técnica.

A utilização da Pesquisa Convergente Assistencial como método foi positiva para o estudo, porque houve proximidade entre a pesquisadora e os participantes, que puderam compreender como é importante a junção da prática e teoria na aplicação do processo de cuidado e educação em saúde. Desta forma, a pesquisadora se comprometeu em fornecer o vídeo para o setor como ferramenta de educação em saúde para os familiares e pacientes que estão no período de capacitação para aprimorar o seu aprendizado. 🐦

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n.º 36, de 25 de julho de 2013. Aprova o Protocolo Nacional de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União [Internet] [acesso em 10 de junho de 2016]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente>.
2. Neto O.M.V., Dantas M. Princípios da diálise peritoneal. Diálise peritoneal: manual prático - Uso diário, ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Balieiro; 2013.
3. Dias AC, Prado JP, Hericko O, Galdino GS. O papel do enfermeiro na prevenção da peritonite: revisão integrativa. Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco Online [Internet]. 2014 [acesso em 30 de março de 2017]; 8(7). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9893/10149>.
4. Figueiredo AE, Poli CE, Meneghetti F, Lise GAP, Detofoli CC, Silva LB. Peritonites em pacientes em diálise peritoneal: análise de um centro brasileiro segundo as recomendações da Sociedade Internacional de diálise peritoneal. Jornal Brasileiro de Nefrologia – JBN [Internet]. 2013 [acesso em 22 de julho de 2016]; 35(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n3/v35n3a08.pdf>.
5. Trentini M, Paim L, Silva DGV. A convergência de concepções teóricas e práticas de saúde: uma reconquista da Pesquisa Convergente-Assistencial. Porto Alegre: Moriá; 2017.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Giordani AT, Sonobe HM, Ezaías GM, Valério MA, Andrade D. Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos: fatores motivacionais. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE [Internet]. 2014 [acesso em 5 de agosto de 2016]; 14. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/v12n2a06.htm.
8. Oliveira AC, Paula AO. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. Revista Acta Paul Enfermagem [Internet]. 2011 [acesso em 5 de agosto de 2016]; 24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300016.
9. Lutz B, Chaberny IF, Graf K, Krauth C, Lange K, Schwadtke L, Stahmeyer J, Lengerke T. Intensive care physicians' and nurses' perception that hand hygiene prevents pathogen transmission: Belief strength and associations with other cognitive factors. Journal of Health Psychology [Internet] 2017 [acesso em: 24 de março de 2018]; 22(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26253651>.
10. Pecotche CBG. Introdução ao conhecimento logosófico [Internet]. São Paulo: Fundação Logosófica, 2011. p.161 [acesso em: 22 de março de 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26253651>.

Validação de uma tecnologia educacional: Manual obstétrico para a atenção primária

RESUMO | Objetivo: Elaborar e validar um manual obstétrico direcionado aos profissionais da atenção primária, do município de Marabá-PA. Método: Trata-se de pesquisa aplicada de tecnologia educacional, de natureza experimental que objetiva a criação de um manual a ser utilizado em consultas de pré-natal por profissionais da atenção primária. Após a confecção do manual seguiu-se com a validação. Neste trabalho foi utilizada a teoria da psicometria de acordo com Pasquali, optou-se por capturar 06 especialistas de acordo com a área de interesse para validação, sendo utilizada a escala tipo Likert. Resultados: Quanto à validação junto aos especialistas todos os itens foram considerados validados, haja vista terem apresentado IVC (Índice de Validade do Conteúdo) maior que 0,78 ou 78%. Conclusão: Após o manual elaborado foi considerado validado em conteúdo e aparência por especialistas, sendo importante a realização de estudo posterior para verificar o seu impacto na cidade de Marabá na qual será utilizado.

Palavras-chaves: Tecnologia Educacional; Manual; Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT | Objective: Elaborate and validate an obstetric manual aimed at primary care professionals, from the municipality of Marabá-PA. Method This is applied research of educational technology, of experimental nature that aims to create a manual to be used in prenatal consultations by primary care professionals. After the manual was created, it was followed by validation. In this work the psychometry theory was used according to Pasquali, it was chosen to capture 06 specialists according to the area of interest for validation, using the Likert scale. Results: Regarding the validation with the experts, all items were considered validated, since they presented IVC (Content Validity Index) greater than 0.78 or 78%. Conclusion: After the elaborated manual was considered validated in content and appearance by specialists, being important to carry out a later study to verify its impact in the city of Marabá where it will be used.

Keywords: Educational Technology; Guide; Prenatal Care.

RESUMEN | Objetivo: Elaborar y validar un manual obstétrico dirigido a los profesionales de la atención primaria, del municipio de Marabá-PA. Método Se trata de investigación aplicada de tecnología educativa, de naturaleza experimental que objetiva la creación de un manual a ser utilizado en consultas de prenatal por profesionales de la atención primaria. Después de la confección del manual se siguió con la validación. En este trabajo se utilizó la teoría de la psicometría de acuerdo con Pasquali, se optó por capturar a 06 especialistas de acuerdo con el área de interés para validación, siendo utilizada la escala tipo Likert. Resultados: En cuanto a la validación junto a los especialistas, todos los ítems se consideraron validados, habiéndose visto que el índice de validez del contenido (índice de validez del contenido) mayor que 0,78 o 78%. Conclusión: Después del manual elaborado fue considerado validado en contenido y apariencia por especialistas, siendo importante la realización de estudio posterior para verificar su impacto en la ciudad de Marabá en la que será utilizado.

Descriptor: Tecnología Educativa; Manual; Cuidado Prenatal.

Kecyani Lima dos Reis

Enfermeira assistencial. Docente Faculdade Carajás. Mestra pelo Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental – CIPE. Universidade Estadual do Pará - UEPA

Percília Augusta Santana da Silva

Enfermeira assistencial. Docente Faculdade Carajás, Mestra pelo Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental - CIPE. Universidade Estadual do Pará - UEPA

Mariseth Carvalho de Andrade

Estatística, Mestra pelo Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental – CIPE. Universidade Estadual do Pará - UEPA

Anderson Bentes de Lima

Farmacêutico. Doutor. Professor Assistente da Universidade do Estado do Pará- UEPA.

Marcus Vinicius Henriques Brito

Médico. Doutor. Professor Titular da Universidade do Estado do Pará - UEPA. Coordenador da Capes.

Nara Macedo Botelho

Médica. Doutora. Professora Titular da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

INTRODUÇÃO

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado em 1983, o qual viabilizou o acesso da população a medidas de contracepção, integrando ainda a assistência às ações educativas, preventivas, diagnósticas e de tratamento, tanto no que concerne à especialidade da ginecologia como também no âmbito do pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e cânceres de mama e colo-uterino⁽¹⁾.

Em março de 2011, foi lançado pelo Ministério da Saúde o programa nacional intitulado Rede Cegonha, que tem por

objetivo prestar atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e puerpério, até os dois primeiros anos de vida da criança⁽²⁾.

No município de Marabá, o programa da Rede Cegonha foi implantado em junho de 2012 e, em 2014, a atenção primária realizou o treinamento do sistema do pré-natal (SISPRENATAL), sendo que este, ainda se encontra em processo de instalação gradativa. No momento, todas as unidades básicas estão efetivando o programa com a atuação dos enfermeiros e dos médicos na consulta de assistência ao pré-natal.

O pré-natal é caracterizado pelo acompanhamento da mulher grávida, desde o início da gestação que em 90% das mulheres é diagnosticado pela ausência de menstruação e sintomas clássicos como enjoos e vômitos matinais, visando manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Assim, durante toda a gravidez serão realizados exames e avaliações complementares com vistas a identificar e tratar precocemente as situações de risco que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança^(4,5).

O acompanhamento do pré-natal na rede básica de saúde é realizado pelo enfermeiro e pelo médico, com objetivo de monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades educativas acerca da gravidez, parto e puerpério. No entanto, compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco⁽⁵⁾.

De acordo com o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica do Município de Marabá, a porcentagem de óbitos por causas perinatais em relação ao número de nascidos vivos no período de 2012 a 2016 configurou-se da seguinte forma: 2012 - 62,17%, 2013 - 140,84%, 2014 - 77,83%; 2015 - 38,61% e 2016 - 42,12%. No ano de 2016, foi obtido um total de 4229 (100%) de gestantes com a ficha de pré-natal preenchida, mas somente 17,09% com 1 a 3 consultas, 43,48%

com 4 a 6 consultas e 39,41% com mais de 7 consultas durante a gestação.

É necessário planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico puerperal, desenvolvendo atividades de promoção à saúde e de prevenção, cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse período, incluindo os cuidados com o recém-nascido. Para isso, é preciso haver integração entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo retaguarda ambulatorial especializada e hospitalar, se for o caso⁽⁸⁾.

“
Trata-se de uma
pesquisa aplicada
de tecnologia
educacional
e natureza
experimental que
objetiva a criação
de um manual
a ser utilizado
em consultas de
pré-natal por
profissionais da
atenção primária.”

A busca pela qualidade da assistência passa pela organização e o gerenciamento dos serviços. Nesta perspectiva, a criação de manuais direcionados a profissionais da área da saúde pode ser considerada uma ferramenta facilitadora no processo de cuidar, pois à medida que as condutas assistenciais tornam-se atua-

lizadas e padronizadas, a qualidade do atendimento tende a crescer. Logo, a elaboração de um manual que vise orientar as condutas dos profissionais na atenção primária para a assistência pré-natal poderá contribuir para o aumento da adesão das gestantes aos serviços de saúde, aumentando a cobertura pré-natal, dessa forma, garantindo maior qualidade no acompanhamento e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da mortalidade materna⁽⁹⁾.

Neste sentido, o problema de nossa pesquisa é: Como podemos elaborar e validar um manual que vise orientar as condutas dos profissionais na atenção primária para a assistência do pré-natal? Nosso objetivo é elaborar e validar um manual obstétrico sobre o pré-natal para os profissionais da atenção primária, do município de Marabá-Pará.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa aplicada de tecnologia educacional e natureza experimental que objetiva a criação de um manual a ser utilizado em consultas de pré-natal por profissionais da atenção primária. Esta pesquisa teve caráter prospectivo e a forma de abordagem foi quantitativa analítica, envolvendo sujeitos e local.

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do estudo, em concordância com a Convenção de Helsinki, e de acordo com as Resoluções n.º 466/12 e 510/16 que tratam das normas para pesquisas envolvendo seres humanos. O presente trabalho foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará (UEPA) com o parecer de aprovado em 30 de novembro de 2017 sob o n.º 2.406.696, de forma que, após a sua aprovação, foi iniciada a coleta de dados em fevereiro de 2018, conforme prevê a resolução (CAAE: 79972117.5.0000.5174).

Os participantes do trabalho foram

06 profissionais da área de saúde, especialistas em ginecologia e obstetrícia, saúde da mulher, que atuam na atenção básica do município de Marabá.

O manual será utilizado por profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Marabá-PA. Esta cidade faz parte da Mesorregião Sudeste do Estado do Pará, e apresenta 23 UBS com 12 localizadas na zona urbana e 11 na zona rural. As Unidades Básicas do município de Marabá são compostas por equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que atuam de acordo com os programas do Ministério da Saúde (hipertensão e diabetes, tabagismo, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde da criança, saúde da família, imunizações, saúde do idoso e saúde na escola).

O manual foi elaborado de acordo com as diretrizes e manuais do Ministério da Saúde, documentos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e artigos científicos, priorizando as revisões sistemáticas com metanálise e os ensaios clínicos randomizados, por serem esses estudos de maior nível de evidência pelo município de Marabá. Devido respeitar normas e rotinas do Sistema Único de Saúde (SUS), por se tratar de atenção primária de saúde relacionada à saúde da mulher.

A estrutura do manual foi de acordo com a necessidade de capacitar os profissionais e de fornecer o referenciamento e fluxos dentro do município. O manual é composto de onze capítulos que foram desenvolvidos para responder todas as indagações dos profissionais durante a consulta do pré-natal na rede de atenção primária.

Após a confecção do manual, foi realizada a segunda etapa da pesquisa, a validação. Este processo propôs como objetivo a avaliação da qualidade do material construído e de instrumentos. É recomendado que seja realizada a validação por profissionais da área de saúde,

especialistas em ginecologia e obstetrícia e/ou saúde da mulher, como enfermeiros ou médicos especialistas nesta área. Neste estudo, optou-se pela validação junto a profissionais da saúde, com titulação mínima de especialista e pelo menos dois anos de experiência na área específica do material didático elaborado, e tendo como base critérios elaborados por Fehring⁽¹⁰⁾ e adaptados para este estudo.

Quanto ao número ideal de especialistas para o processo de validação de conteúdo, a literatura é diversificada. Os trabalhos de Pasquali⁽¹¹⁾ e Bertinello⁽¹²⁾ ressaltam que o número de seis especialistas é o recomendável para a validação do processo. Neste trabalho optou-se por capturar 06 especialistas para validar o manual do pré-natal.

Os profissionais foram identificados por meio do currículo lattes, considerando os critérios de inclusão: com titulação de enfermeiro ou médico especialista na área de ginecologia e obstetrícia, que possuía vínculo com o município, ter tempo de serviço de no mínimo dois anos e local de atuação na rede municipal na atenção primária e/ou secundária.

Para a validação da primeira fase, foi utilizada a escala tipo Likert, que tem como objetivo alcançar o consenso entre um grupo de profissionais sobre um tema específico. O funcionamento da técnica de se dá por diversas aplicações de questionários baseados em Likert, aplicado em um grupo de especialistas na área de estudo, que devem permanecer em anonimato. Um feedback com as respostas do grupo e aprimoramento do instrumento é realizado, visando obter o consenso de todos os profissionais especialistas. Foi solicitado aos seis profissionais para lerem e sugerirem modificações quanto ao conteúdo, clareza (coerência) e linguagem de cada um dos tópicos do manual. O instrumento que foi utilizado caracteriza-se por uma escala com quatro pontos, sendo 1 (totalmente adequado), 2 (adequado), 3 (parcialmente adequado) e 4 (inadequado). Caso o profissional opte pelos pontos 3 ou 4, este terá que sugerir

as modificações necessárias para adequação do manual⁽¹³⁾.

Posteriormente, foram contatados e explicados os objetivos do estudo. Após a concordância, a pesquisadora principal aplicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor, sendo uma cópia para o pesquisador e outra para o especialista e entregou o instrumento de avaliação, bem como o manual sobre o pré-natal para o profissional, sendo solicitado o retorno em até 15 dias.

Para a validação do manual, foi utilizado o Índice de Validade do Conteúdo (IVC) tendo que ser igual ou superior a 0,78 ou 78%. O IVC mede a concordância entre as opiniões dos especialistas⁽¹⁴⁾. Esse método emprega a escala do tipo Likert com pontuação de um a quatro. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados como "1 e 2" pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas. Para avaliar o manual de forma geral foi utilizada uma das formas de cálculo recomendada por Polit e Beck⁽¹⁴⁾, na qual o somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento, devendo o valor ser também superior a 0,78 ou 78% para ser considerado validado.

As informações da caracterização amostral foram apuradas em um banco de dados elaborado no software Microsoft Office Excel[®] 2010.

Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição como média aritmética e desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o manual de atenção ao pré-natal de baixo risco⁽²⁾, os Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência (retorno da gestante para atenção primária).

A utilização do manual vem para facilitar a orientação da equipe multiprofissional, bem como uniformizar a informação por meio de uma linguagem fácil para um melhor entendimento do paciente e com eficácia comprovada⁽¹⁵⁾.

O protocolo é um instrumento normativo que orienta os profissionais na realização de suas funções. Ele tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com uma realidade extremamente dinâmica, o que o obriga, necessariamente, a ser avaliado permanentemente e modificado segundo as circunstâncias envolvidas. Todo ano o Ministério da Saúde lança manual e cadernetas com intuito de orientar essas consultas ao pré-natal⁽¹⁶⁾.

Na primeira etapa de validação,

os seis profissionais tinham idade entre 30 e 45 anos, com uma média de 35,8 anos. Todos os profissionais eram do sexo feminino (100%). Em relação à formação, todos tinham especialização, sendo 03 em ESF(50%) e 03 em Ginecologia e Obstetrícia (50%). Uma tinha mestrado e 02 estavam cursando o mestrado. Quanto aos anos de atuação, as enfermeiras trabalhavam entre 12 e 22 anos, com uma média de 15,6 anos e as médicas trabalhavam entre 11 a 25 anos, com uma média de 14,6 anos. Todos dos profissionais trabalhavam em Unidade de Atenção Primária de Saúde, especificamente na área de saúde da mulher. Quanto à validação do conteúdo do manual informativo, utilizando-se a escala tipo Likert para se obter o consenso en-

tre os especialistas de acordo com cada item do questionário.

Observa-se que os especialistas reúnem em si experiência prática aliada a cursos de pós-graduação e/ou atuação na docência, fato que contribui para um processo de validação mais criterioso de modo que se verifica a capacidade que possuem para julgarem a adequabilidade do manual.

Inicialmente, os especialistas fizeram uma avaliação dos objetivos do manual, o qual se refere aos propósitos, metas ou fins que desejam atingir com a utilização do material. Quanto aos objetivos, todos os itens foram considerados validados, haja vista terem apresentado IVC maior que 0,78 ou 78%. Ressalta-se que a maioria dos especialistas classificou os itens como totalmente adequados.

Tabela 1. Objetivos. Marabá, PA, Brasil, 2018

Avaliação do Manual: 1 - OBJETIVOS	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
1.1 - São coerentes com as necessidades dos profissionais: médico e enfermeiro na atenção primária durante as consultas de pré-natal.	----	100%
1.2 - São coerentes do ponto de vista da assistência no pré-natal.	----	100%
1.3 - Pode circular no meio científico na área da obstetrícia.	16.7%	83.3%
1.4 - Atende aos objetivos da atenção primária que trabalha com assistência no pré-natal.	----	100%

Após análise e avaliação dos objetivos, foi dado seguimento com a avaliação da estrutura e apresentação do manual, as quais se referem à forma de apresentar as orientações, incluindo sua organização

geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação. No quesito estrutura e apresentação, o manual também foi considerado validado em todos os itens, pois o menor valor para o IVC foi de 0.83

ou 83% para o subitem 2.9 relacionado às figuras. Mais uma vez, mais da metade dos avaliadores classificou os itens como totalmente adequados, fato que colabora para o processo de validação desse material.

Tabela 2. Estrutura e Apresentação. Marabá, PA, Brasil, 2018

Avaliação do Manual: 2 - ESTRUTURA e APRESENTAÇÃO	Inadequado	Parcialmente Adequado	Totalmente Adequado
2.1 - O manual serve de suporte de orientação aos enfermeiros e médicos durante a realização das consultas de pré-natal.	----	----	100%
2.2 - As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	----	----	100%
2.3 - As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	----	----	100%
2.4 - Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto.	----	----	100%
2.5 - As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	----	----	100%
2.6 - As informações da capa, contracapa e apresentação são coerentes.	----	----	100%
2.7 - O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	----	----	100%
2.8 - O número de páginas está adequado.	----	----	100%
2.9 - As figuras são expressivas e suficientes.	----	16.7%	83.3%

A última etapa do processo de validação do manual foi referente à relevância do material, a qual avalia o grau de significação do material apresentado. O manual foi considerado validado no tocante à relevância, com variação do IVC de 1,0 ou 100%.

Tabela 3. Relevância. Marabá, PA, Brasil, 2018

Avaliação do Manual: 3 - RELEVÂNCIA	Totalmente Adequado
3.1 - Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	100%
3.2 - O manual propõe aos profissionais da atenção primária adquirir mais conhecimento quanto às condutas adequadas durante as consultas de pré-natal.	100%
3.3 - O manual aborda assuntos necessários a serem oferecidos às gestantes em acompanhamento pré-natal.	100%
3.4 - Está adequado para ser usado por enfermeiros e médicos durante as consultas de pré-natal.	100%

Ao final do instrumento de avaliação, que foi entregue aos especialistas, foi destinado espaço para que fossem feitas sugestões visando o aperfeiçoamento do material. Foi sugerido também que, caso necessário, escrevessem observações no próprio manual. A partir dessas considerações, foram realizadas as modificações pertinentes. Para se contar com um instrumento validado com o rigor científico, que possa ser usado com plena confiança para futuras investi-

ções, é preciso haver uma série de provas denominadas psicométricas. Algumas delas estão relacionadas à validade, comumente definida como a capacidade da prova de medir o que se intenta medir⁽¹⁷⁾.

A participação de especialistas no assunto e indivíduos que receberão as informações aumenta a credibilidade e melhora o conteúdo do manual obstétrico, tornando-o com uma linguagem acessível⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

O manual foi elaborado e considerado válido pelos profissionais especialistas que atuam na Atenção Primária de Marabá-PA. A elaboração de tecnologias educativas que visem desenvolver e melhorar o conhecimento técnico-científico de profissionais da saúde na assistência deve ser incentivada, pois promove a qualificação profissional, fortalecendo a prática assistencial da equipe da unidade básica de saúde no atendimento da gestante. 🐦

Referências

- Freitas LV, Teles LMR, Lima TM, Vieira NFC, Barbosa RCM, Pinheiro AKB, et al. Physical examination during prenatal care: construction and validation of educational hypermedia for nursing. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4):581-8.
- Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Rede Cegonha [Internet]. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013 [acesso em 18 abr 2017]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Vieira, S. M. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto contexto – enferm.* 2011; 20(spe).
- Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006 out.; 14(5).
- Ministério da Saúde (BR). Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. Brasília, Publicação da OPAS; 2002.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Moraes, J.R. Protocolo para a consulta de enfermagem no pré-natal: construção e validação. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- Fehring, RJ. The Fehring model. In: Carool-Johnson RM, Paquete M, editor. *Classification of nursing diagnoses: Tenth Conference.* Philadelphia: JB Lippincott; 1994
- Pasquali L. *Psicometria: teorias e aplicações.* Brasília: Unb; 1998.
- Bertoncello KCG. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- Maciel BS, Barros ALBL, Lopes JL. Elaboração e validação de um manual informativo sobre cateterismo cardíaco. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(6):633-42.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Avaliação da Mensuração e da qualidade dos dados. In: _____. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 285-306.
- Lopes JL, Barbosa DA, Nogueira-Martins LA, Barros AL. Nursing guidance on bed baths to reduce anxiety. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(3):437-43.
- Garces, S. B. B. *Classificação e Tipos de Pesquisas.* Cruz Alta: Unicruz; 2010.
- Rodríguez MA, Lopera J. Conceptos básicos de La validación de escalas em salud mental. *CES Medicina.* 2002; 16(3):31-39.
- Teles LMR, et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(6):977-84.

Percepção e dilemas éticos frente à decisão de não reanimação cardiopulmonar

RESUMO | Objetivo: Analisar a percepção e os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à decisão de não ressuscitação cardiopulmonar. Método: Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Amostra envolve critério por conveniência. Foram entrevistados 18 profissionais de uma unidade de terapia intensiva adulto. Os relatos foram analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. Resultados: A equipe se vê preparada para a decisão de não reanimar, mas desconhecem a existência de protocolos institucionais. A decisão de não reanimação é realizada de forma verbal, o que gera ansiedade e frustração nos profissionais. A família não é informada sobre a decisão da não reanimação. Considerações finais: Tornou-se evidente que os dilemas éticos estão presentes na assistência a esse tipo de situação limítrofe, e que faltam protocolos, normas e envolvimento multiprofissional, para que ocorra uma assistência segura e efetiva tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente e sua família.

Palavras-chaves: Bioética; Unidade de Terapia Intensiva; Ética em Enfermagem; Reanimação Cardiopulmonar.

ABSTRACT | Objective: Analyze the perception and ethical dilemmas of the nursing team regarding the decision not to use cardiopulmonary resuscitation. Method: A descriptive-exploratory study with a qualitative approach. Sample involves criterion for convenience. We interviewed 18 professionals from an adult intensive care unit. The reports were analyzed using the Collective Subject Discourse method. Results: The team is prepared for the decision not to resuscitate, but they are unaware of the existence of institutional protocols. The decision not to resuscitate is performed verbally, which creates anxiety and frustration in professionals. The family is not informed of the decision not to resuscitate. Final considerations: It has become clear that ethical dilemmas are present in the assistance to this type of borderline situation, and that protocols, norms and multiprofessional involvement are lacking, so that a safe and effective assistance can occur both for the health professional and for the patient and your family.

Keywords: Bioethics; Intensive Care Units; Ethics, Nursing; Cardiopulmonary Resuscitation.

RESUMEN | Objetivo: Analizar la percepción y los dilemas éticos del equipo de enfermería con respecto a la decisión de no utilizar la reanimación cardiopulmonar. Método: Un estudio descriptivo-exploratorio con un enfoque cualitativo. Muestra implica criterio de conveniencia. Entrevistamos a 18 profesionales de una unidad de cuidados intensivos para adultos. Los informes fueron analizados utilizando el método de Discurso de sujeto colectivo. Resultados: el equipo está preparado para la decisión de no reanimar, pero desconocen la existencia de protocolos institucionales. La decisión de no reanimar se realiza verbalmente, lo que genera ansiedad y frustración en los profesionales. La familia no está informada de la decisión de no reanimar. Consideraciones finales: Ha quedado claro que existen dilemas éticos en la asistencia a este tipo de situación límite, y que faltan protocolos, normas y participación multiprofesional, de modo que pueda darse una asistencia segura y efectiva tanto para el profesional de la salud como para el paciente. Y su familia.

Descriptor: Bioética; Unidades de Cuidados Intensivos; Ética em Enfermería; Reanimación Cardiopulmonar.

Michele Campagnoli

Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), Piracicaba – SP, Brasil.

Recebido em: 06/07/2019

Aprovado em: 08/07/2019

INTRODUÇÃO

Pacientes em estado crítico crônico sofrem com disfunções de órgãos e permanecem em estado inflamatório por longos períodos, esses são submetidos a medidas terapêuticas com baixa probabilidade de alcançar um objetivo previamente traçado, definido por meio de dois critérios: a ausência da eficácia médica,

julgada pelo médico e a não sobrevivência com significado, julgado pelos valores pessoais do paciente^(1,2).

A futilidade, no sentido clínico, “apenas significa que o processo de doença progrediu a tal ponto que a intervenção médica proposta não consegue contribuir para o bem do paciente”. Neste contexto, o termo distanásia define uma morte vagarosa e sofrida para o doente e a família em que o foco está voltado para a doença^(1,2).

A tomada de decisão frente à terminalidade da vida tem sido alvo de grande interesse dos pesquisadores, devido ao fato do avanço tecnológico tornar possível o prolongamento a vida por

outro lado, com consumo substancial de recursos. Existe uma angústia ao falar da morte aos pacientes e familiares e uma dificuldade em aceitá-la, o que, muitas vezes, ocasiona o prolongamento artificial da vida⁽³⁻⁵⁾.

Os profissionais de saúde e os familiares se veem com sentimento de impotência, frustração e revolta em conduzir os cuidados aos pacientes fora das possibilidades de cura⁽⁴⁾.

A Resolução nº 1.805/2006, que dispõe sobre a ortotanásia, do Conselho Federal de Medicina (CFM), foi elaborada sob a influência do princípio da dignidade humana. Ela permite a limitação ou a suspensão de procedimentos

e terapia que visam prolongar a vida do paciente terminal, porém determina que a vontade do paciente seja respeitada e que sejam esclarecidos quais são os tratamentos mais adequados. Nesta resolução, foi definida que na ortotanásia, a vida do paciente não é abreviada nem prolongada, visto que o paciente já se encontra fragilizado com a patologia e não deseja ter o seu sofrimento prolongado por práticas que não lhe trarão benefícios e estenderão a agonia em pacientes fora da possibilidade terapêutica de cura^(5,6).

A forma mais comum de limitação terapêutica perante um evento terminal é a decisão dos médicos responsáveis pelo paciente de não reanimar, o que implica na cessação súbita da atividade de mecânica ventricular. O médico do paciente é o mais indicado em determinar o diagnóstico e o prognóstico, porém, a vontade e a decisão expressas pelo paciente devem ser sempre que possível consideradas e respeitadas no prosseguimento das medidas terapêuticas. Outras pessoas podem participar na decisão, assim como o doente e/ou a sua família, o diretor do serviço e a equipe médica^(3,7).

No Brasil, existe contradição deixando de ser realizada anotação do processo de decisão da não reanimação no prontuário do paciente, fato pelo qual não existe padronização nos processos desta tomada de decisão. Os princípios éticos da bioética, a beneficência e a não maleficência, são norteadoras dos processos de saúde-doença, porém, no caso da decisão de não reanimar, é predominante o princípio bioético da não maleficência diante de um paciente fora das possibilidades terapêuticas de cura⁽⁸⁾.

O direito dos pacientes adultos e capazes em escolher sobre a recusa de tratamentos que buscam apenas em prolongar o processo de morte quando o quadro clínico for irreversível foi proposto pela primeira vez nos Estados Unidos em 1969. Conhecido no Bra-

sil como Testamento Vital, ou Diretivas Antecipadas, é respaldado pelas Resoluções do CFM, n.º 1.805/2006 e 1.995/12, visto que esses cuidados garantem o tratamento digno previsto na legislação visando o direito à morte digna sem sofrimento^(4,6).

Os profissionais da enfermagem precisam participar das decisões da ortotanásia, respeitando a opinião do paciente e familiar, entretanto, a tomada da decisão é do profissional médico⁽⁸⁾.

Sendo assim, este estudo tem o objetivo de caracterizar os profissionais de enfermagem que atuam na Unidade de Terapia Intensiva e analisar a percepção e os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à decisão de não ressuscitação cardiopulmonar.

Objetivou-se analisar a percepção e os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à decisão de não ressuscitação cardiopulmonar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Foram convidados todos os profissionais que compunham o quadro da enfermagem da UTI adulto, e os que aceitaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), excluiu-se os que estavam de férias ou licença no período da entrevista.

Entrevistou-se 18 profissionais da equipe de enfermagem dentre eles: 06 enfermeiros, 11 técnicos e 01 auxiliar de enfermagem que trabalhavam na UTI adulto de um hospital de grande porte, no interior do Estado de São Paulo.

Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2017 e todas as entrevistas foram realizadas em uma sala privativa que fazia parte do espaço físico da respectiva UTI. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos e ocorreu ao final do plantão de cada participante.

No processo de coleta de dados,

foram utilizados dois instrumentos: um formulário para caracterização dos sujeitos e um roteiro para condução da entrevista. A questão norteadora da entrevista foi: Conte-me como você percebe as tomadas de decisões de não reanimação cardiopulmonar na UTI. A partir dessa, novas questões surgiram com o intuito de entender melhor a percepção do sujeito da pesquisa em relação à temática abordada, como exemplo: Como foi para você lidar com a decisão de não reanimação do paciente? O que você entende pela decisão de não reanimar? Explique melhor como, em quais situações e quem era responsável pela tomada de decisão de não reanimação cardiopulmonar.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, na sequência, para que detalhes importantes à análise dos dados não fossem perdidos.

Para a análise dos dados qualitativos, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizado como orientação metodológica. O DSC é uma técnica que destina-se a fazer a coletividade falar diretamente. Consiste na leitura dos relatos de cada entrevista para a identificação das Expressões-Chave de trechos significantes para o estudo e da Ideia Central presente em cada um dos discursos individuais, caracterizada pela abstração da essência contida em cada uma das Expressões-Chave. Posteriormente, estas são reunidas por similaridade em uma síntese, que origina o DSC, identificados por temas. Os relatos dos participantes são representados em cada DSC construído, e este representa a coletividade⁽⁹⁾. As questões fechadas foram analisadas de forma descritiva com o cálculo de frequência simples.

Esse estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de Piracicaba (CEP/UNIMEP), registrado sob o parecer n.º 2375290 e autorização do referido hospital.

RESULTADOS

Em relação à caracterização, os sujeitos eram majoritariamente do sexo feminino, jovens, trabalhando há menos de cinco anos na instituição e sem outros vínculos empregatícios, houve predominância de técnicos de enfermagem (Figura 1).

intensivos desde que foram admitidos na instituição.

Na UTI estudada, 72% (n=13) dos entrevistados referiu estar preparada para o atendimento da decisão de não reanimar, porém, a mesma proporção de indivíduos referiu desconhecer a existência de protocolos institucionais que regem o assunto. A maioria (83%,

reanimar ou não o paciente, enquanto 33% referiu ser uma decisão médica juntamente com a família e, somente 5% referiu ser uma decisão compartilhada entre o médico e o enfermeiro.

Quando questionados sobre os fatores que interferem sobre a decisão de não reanimação cardiopulmonar, 39% referiu ser o prognóstico do paciente, 33% (n=6) referiu ser a doença terminal e o prognóstico. E 22% (n=4) referiu a opção idade, patologia, doença terminal e prognóstico.

A maioria dos entrevistados (89%, n=16) considera benéfica a decisão de não reanimar o paciente fora das possibilidades de cura e 11% (n=2) relatou não ser benéfica.

Após a análise qualitativa dos dados, o agrupamento das Ideias Centrais Similares originou três Discursos do Sujeito Coletivo: DSC1. Acreditando que a não reanimação interrompe o sofrimento prolongado e desnecessário do paciente na UTI e de sua família; DSC2. Percebendo a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar centrada na figura do médico e gerando dilemas éticos e DSC 3. Percebendo a não existência de protocolo para atuar em situações de não ressuscitação cardiopulmonar.

Acreditando que a não reanimação interrompe o sofrimento prolongado e desnecessário do paciente na UTI e de sua família

Para a equipe de enfermagem, a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar é uma forma de não prolongar o sofrimento, ou seja, a distanásia em pacientes em UTI que vivenciam situações de terminalidade e sem prognóstico curativo.

DSC1- “[...] eu não sou muito a favor não, da reanimação cardiopulmonar em casos em que se vai prolongar o sofrimento. São sempre casos terminais, onde não há mais o que ser feito.

Figura1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Piracicaba, SP, Brasil, 2017.

Variáveis + Categorias	Frequência	%
Sexo		
Feminino	14	78%
Masculino	4	22%
Faixa Etária		
19 – 30	10	55%
31 – 40	6	31%
41 – 50	1	6%
51 – 60	0	0%
Mais de 60	1	6%
Formação Profissional		
Enfermeiros	06	33%
Técnicos	11	61%
Auxiliares	1	6%
Tempo de Formação		
<12 a 12 meses	2	11%
1 a 5 anos	10	55%
6 a 10 anos	5	28%
11 a 15 anos	1	6%
Vínculo empregatício		
Único	14	78%
Dois ou mais	4	22%
TOTAL:	18	100%

Dos entrevistados, 78% (n = 14) referiu não possuir atualizações em UTI desde a formação, 66% (n = 12) relatou que trabalham de um a cinco anos na UTI e 78% (n = 14) possuía tempo de trabalho de menos de um ano a cinco anos na instituição estudada.

Sobre o tempo de UTI e o tempo de instituição, 66% (n = 12) dos indivíduos trabalha no setor de cuidados

n=15) relatou que a decisão de não reanimação é transmitida pelo médico à equipe de enfermagem de forma verbal e informal, sem nenhum registro da decisão no prontuário do paciente. Dos entrevistados (55%, n=10) referiu não saber se a família tem conhecimento sobre a decisão da não reanimação.

Metade da equipe refere, que são os médicos, somente, que decide sobre

Acontece do paciente de parar (parada cardiorrespiratória) três, quatro vezes no plantão. Você reanima uma, reanima duas, depois falam pra você deixa quieto. Deixa pra lá. Não vai mais reanimar. Eu já cheguei a ver casos do paciente pedir para morrer de tão cansado que já estava [...]. Sabe-se que foi feito o melhor para o paciente e os recursos se esgotaram e é a hora de deixá-lo descansar...Se for reanimar para deixar o paciente em estado vegetativo, é melhor deixar ele morrer. Pra que reanimar pra deixar ele assim? [...]. É desumano se for parar pra pensar [...] em algumas situações é uma decisão humana, tá sendo humano com o paciente, de certa forma não deixando sofrer mais, não prolongando o sofrimento. [...] Em casos onde o paciente está em sofrimento e não há mais nada a ser feito, isso traz conforto. Porque dependendo do quadro só prolonga o sofrimento do paciente [...]. No começo eu achava um pouco estranho, mas depois que a gente vai vivenciando, vendo a dor do paciente, sofrimento da família [...] hoje eu penso que se fosse à minha família também ia querer assim desta forma. [...] ele (paciente) pode estar num estágio de sofrimento, de dor, de angústia, tanto para ele quanto pra família. Então se for um paciente que não tem prognóstico eu concordo. Pra evitar tanto sofrimento pro paciente quanto pra família”.

Percebendo a decisão de não ressuscitação cardiopulmonar centrada na figura do médico e gerando dilemas éticos

Para equipe de enfermagem, a decisão pela não ressuscitação do paciente não é fácil de ser tomada, pois esbarra

em dilemas éticos centralizados na mão de um único profissional, o médico. As decisões não são compartilhadas entre equipe de saúde e família caracterizando um modelo biomédico de assistência.

DSC 2- “Embora eu não concordo com isso (não reanimação), aqui a gente obedece a ordens. Vem o médico, fala que o paciente é paliativo, que não tem mais prognóstico nenhum. [...] me envolvo o mínimo possível. Eu não me envolvo nos questionamentos com o médico. Eu fico só nos cuidados, a gente não interfere, não dá palpite. [...] É complicado porque independente de qualquer situação é uma vida. O paciente paliativo, ele está sofrendo, pra que prolongar o sofrimento, mas eu acho que quem nos dá a vida, é quem tem o direito de tirar a vida. É complexo. [...] eu sei que esta decisão é uma decisão difícil em tomar né? [...] Porque é um dilema ético que tira a possibilidade de vida do paciente. [...] Porque há vários fatores a serem considerados e avaliados antes de optar por não ressuscitar”.

Percebendo a não existência de protocolo para atuar em situações de não ressuscitação cardiopulmonar

Percebe-se que a não existência de protocolos de cuidado frente a situações de não reanimação cardiopulmonar gera conflitos e dificuldades da equipe de enfermagem para lidar com situações de terminalidade.

DSC3- “Em algumas instituições que eu passei, nunca vi isso protocolado (protocolo de não reanimação cardiopulmonar) [...], mas a equipe toda está ciente do que está acontecendo naquele momento com o

paciente. [...] Não há protocolo aqui, as ordens são dadas pelo médico verbalmente. [...] no Brasil, não sei. Com o consentimento da família eu já vi muitos casos, da família que não quer que intuba, que não quer que prolongue o sofrimento, mas eu não sei se tem algum respaldo legal, embora a não ressuscitação cardiopulmonar seja uma prática bem comum”.

DISCUSSÃO

Observa-se que o número de mulheres entre profissionais de enfermagem trabalhando no serviço de terapia intensiva é superior ao de homens⁽¹⁰⁾.

Constata-se a predominância de profissionais jovens, que atuam em um emprego, com tempo de formação inferior a cinco anos, a maioria dos profissionais se encontra na faixa etária mais produtiva de suas vidas⁽¹¹⁾.

Em relação de tempo de atuação em UTI e tempo de instituição está atrelada com a afinidade dos profissionais com o setor juntamente com a baixa rotatividade de funcionários⁽¹²⁾.

A capacitação de profissionais de enfermagem que atuam nas UTIs deve ocorrer de forma contínua, de acordo com a qualificação exigida, atendendo a legislação profissional e as necessidades de educação permanente⁽¹³⁾.

Dos sujeitos da pesquisa, 78% disse não ter discussões sobre a decisão de não reanimação cardiopulmonar desde a conclusão do curso de formação, sendo importante salientar que a maioria (55%) tem tempo de formação entre um a cinco anos e 28% entre seis a 10 anos.

A inexistência de protocolos em relação ao paciente terminal, fora de condições terapêuticas, no âmbito hospitalar, ocasiona dilemas éticos, além de conflitos nas equipes de enfermagem, dificultando a tomada de decisão diante da proximidade da morte. Atualmente, no Brasil as decisões de não ressuscita-

ção, ainda, não possuem amparo legal, nem há previsão de documentá-las, razão pela qual não existe padronização das condutas no processo desta tomada de decisão⁽¹⁴⁾.

A existência de protocolos contribui para a construção de debates éticos pela equipe, promovendo maior qualidade e confiança à assistência prestada⁽¹⁵⁾.

Na assistência de cuidados paliativos, estudos^(3,6,16) consideram indispensável despende um tempo para o esclarecimento das opções para o paciente e seus familiares. O prolongamento de terapias sem resultado, em situações irreversíveis consiste em uma violação à dignidade humana, causando dor e sofrimento não somente ao paciente, como também à família.

Notou-se que a decisão de não reanimar é frequente e que o principal objetivo é promover o alívio do sofrimento em situações que a reanimação cardiopulmonar é considerada uma intervenção desproporcionada, em pacientes fora da possibilidade de cura⁽¹³⁾.

O sofrimento caracteriza-se como obstinação terapêutica, ou distanásia, e vem sendo cada vez mais estudada. Esse fato é entendido como o prolongamento do processo de morrer por medidas que têm por objetivo a manutenção da vida sem levar em consideração a dor e o sofrimento do indivíduo^(3,7,13,17).

A não reanimação em pacientes fora da possibilidade de cura atende ao princípio bioético da não maleficência, tendo a intenção de minimizar o sofrimento humano, evitando, assim, a distanásia⁽⁷⁾.

O cuidado paliativo ou de conforto é visto como estratégia ao sofrimento, em pacientes fora das possibilidades de cura, sendo considerada benéfica e humanizadora^(1,2).

A equipe de enfermagem acompanha a maioria das mortes, vivencia o conflito de ter a responsabilidade pelo cuidado do paciente e o

“

Por meio dos discursos analisados, pode-se perceber que a decisão de não reanimar o paciente, na opinião dos profissionais de enfermagem, não está legalmente amparada por leis que regem o assunto nacionalmente e não apresenta anotação em prontuários que valide a vontade do paciente em sua fase final de vida, sendo expressa verbalmente pelo médico.

”

desejo de melhorar/recuperar a saúde dos pacientes que, muitas vezes, se encontram fora das possibilidades de cura⁽¹⁸⁾.

Nesse estudo e em outras pesquisas sobre o tema, percebe-se que a equipe de enfermagem defende a existência das limitações terapêuticas, acreditando no prolongamento do sofrimento do indivíduo. No entanto, sabe-se que é indispensável o preparo da família, visto que a impossibilidade curativa e a proximidade da morte de um ente querido desencadeiam alterações psicossociais no âmbito familiar, e dificultam estabelecer precocemente os cuidados paliativos⁽⁵⁾.

O processo de morte e morrer desperta nos profissionais a consciência de sua própria finitude e de seus entes queridos, gerando dilemas e conflitos internos, relevância na qualidade dos cuidados prestados. Em especial, os processos de tomada de decisão focados em uma única pessoa, gerando questionamentos sobre reverter a situação⁽¹⁹⁾.

Ao se deparar com situações limítrofes de fim de vida, a atitude mais comum da equipe de enfermagem é neutralizar-se do paciente e da própria morte, desenvolvendo mecanismos de defesa e variados comportamentos de fuga. Assim, os profissionais limitam-se aos cuidados apressados, podendo ajudá-los no controle dos seus próprios sentimentos, ou ter atitudes ritualizadas e bloqueadoras de relações interpessoais⁽¹⁵⁾.

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, da inquestionável contribuição da enfermagem para a sociedade e apesar do seu inegável histórico de crescimento, a participação dos profissionais de enfermagem nas discussões relativas a decisões de não reanimar ainda não acontecem em sua plenitude, fato que contribui relativamente para a falta de autonomia e de decisão que a profissão ainda esbarra, além das decisões não compartilhadas entre as equipes multidisciplinares⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Por meio dos discursos analisados, pode-se perceber que a decisão de não reanimar o paciente, na opinião dos profissionais de enfermagem, não está legalmente amparada por leis que regem o assunto nacionalmente e não apresenta anotação em prontuários que valide a vontade do paciente em sua fase final de vida, sendo expressa verbalmente pelo médico. Os entrevistados referiram ainda não saber se a família tem conhecimento sobre a decisão de não reanimar, fato que acarreta ansiedade e angústia para a equipe de enfermagem.

Percebeu-se que nas atualizações no atendimento de PCR não incluíam situações e dilemas relacionados a não reanimar e a cuidados na terminalidade.

Tornou-se evidente que os dilemas éticos estão presentes na assistência, visto que por meio das falas

dos indivíduos percebe-se o sofrimento da equipe de enfermagem de diversos ângulos. Entre eles, o envolvimento dos entrevistados com o paciente e com a família, o sofrimento desses perante a terminalidade da vida, assim como o desenvolvimento de barreiras emocionais de defesa frente a essas situações.

A família é o pilar essencial de suporte para o paciente, e deve ser incluída em todas as etapas do processo saúde-doença. Nesta perspectiva, atualmente, o cuidado centrado na família vem sendo amplamente estudado e difundido como essencial para uma assistência de excelência.

Nesta pesquisa, verifica-se o modelo biomédico ainda muito presente e enraizado na prática dos profissionais de saúde, caracterizado por condutas engessadas, falta de comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional e acomodação da equipe de enfermagem

sobre as decisões que são exercidas somente pela equipe médica.

As discussões sobre as decisões que devem ser tomadas diante das situações de terminalidade são recentes e extremamente importantes para uma assistência humanizada e de qualidade para o indivíduo e para a sua família, porém os estudos sobre esse tema, tanto nacional quanto internacionalmente, ainda são escassos e falta respaldo ético legal para ações cotidianas.

Tornou-se evidente que os dilemas éticos estão presentes na assistência a esse tipo de situação limítrofe. É salientado ainda que os conselhos que regulamentam os exercícios profissionais até o momento não apresentam discussões acumuladas sobre o tema e que, apesar das limitações desta pesquisa, há consenso entre os entrevistados que são necessários estudos aprofundados. 🌱

Referências

- Loss SH, Nunes DSL, Franzosi OS, Salazar GS, Teixeira C, Vieira SRR. Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas? *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2017; 27(1):87-95.
- Vilhena RRVSM. Cuidados paliativos e obstinação terapêutica: Decisões em fim de vida. Tese (Mestrado) – Universidade Católica Portuguesa- Lisboa, 2013. 76f.
- Monteiro MC. No palco da vida a morte em cena: as repercussões da terminalidade em UTI para a família e a equipe médica. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2015. 200f.ii.
- Cogo SB. Aplicabilidade das diretivas antecipadas de vontade: novo olhar acerca da morte e da relação com a vida. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação, Rio Grande, 2016. 191 f.
- Calado V, Coelho L. Ortotanásia e limitação consentida de tratamento: Delimitações ético-médicas e jurídicas. *Rev. de Direito do IAP*. 2016; 1(1):127-49.
- Matbun MM, Marchetto PB. O debate ético e jurídico sobre as diretivas antecipadas da vontade. 1.ed. – São Paulo: Ed. Cultura Acadêmica/UNESP; 2015.
- Putzel EL, Hilleshein KD, Bomíngio EL. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva dos médicos. *Rev. bioet*. 2016; 24(3):596-602.
- Conselho Regional de Enfermagem. Parecer sobre a participação do profissional enfermeiro na ortotanásia [Internet]. Parecer COREN-SP 066-13 [acesso em 22 abr 2017]. Disponível em: http://portal.coren.sp.gov.br/sites/default/files/parecer_066_ortotan%3%a1sia_aprovado.pdf.
- Levéfre F. O sujeito que fala. *Rev. interface - comunic. saúde, educ*. 2006; 10(20):517-24.
- Silva RS, Evangelista CLS, Santos RD, Paixão GPN, Marinho CLA, Lira GG. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Rev. bioét*. 2016; 24(3):579-89.
- Paranhos GK, Rego S. Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. *rev. bioética*. 2017; 25(1):158-67.
- Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canevar BP. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(2):252-8.
- Conselho Regional de Enfermagem. Parecer sobre o tempo ideal para realizar capacitação em serviço para profissionais de enfermagem admitidos em atendimento ao paciente crítico ou na Unidade de Terapia Intensiva [Internet]. Parecer COREN-DF 19/2011 [acesso em 13 dez 2017]. Disponível em: <http://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-19-2011/>
- Nogueira EC, Monteiro TG, Santos TV. Aspectos éticos e legais da ordem de não ressuscitar – Percepção do enfermeiro. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*. 2015; 3(3):39-48.
- Freire ER. Futilidade médica, da teoria à prática. *Arq Med*. 2015; 29(4):98-102.
- Mazutti SRG, Nascimento AF, Fumis RRL. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev. Bras. Ter Intensiva*. 2016; 28(3):294-300.
- Bandeira D, Cogo SB, Hildebrandt LM, Badke MR. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(2):400-7.
- Mota MS, Gomes GC, Coelho MF, Lunardi Filho WD, Sousa LD. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(1):129-135.
- Santos DCL, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KGM, Gaspar RB. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(3):295-300.
- Ribeiro JMS. Autonomia profissional dos enfermeiros. *Rev. enf. em ref*. 2011; 3(5):

Educação permanente em saúde: Estratégia de prevenção e controle de infecção hospitalar

RESUMO | Objetivo: analisar através da literatura as estratégias da educação permanente que contribuem para a mudança de condutas de prevenção e controle de infecção em assistência à saúde pela equipe multidisciplinar. Método: Revisão integrativa com busca nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDEF. Elaborou-se um instrumento de coleta de dados que sinaliza as características para análise dos estudos. Resultados: Incluíram-se 12 artigos e foram agrupados por similaridade didática de acordo com as estratégias implementadas quanto à prevenção e controle em assistência à saúde. Conclusão: Ficou evidente que a utilização de diversas estratégias da educação permanente, na assistência à saúde, traz melhorias à medida que estimulam os profissionais no aperfeiçoamento, qualificação e na atualização de conceitos e ações práticas, contribuindo também para o desenvolvimento da reflexão crítica, trazendo mudança comportamental, favorecendo desta forma o crescimento pessoal e profissional e a interação da equipe multidisciplinar, propiciando assim a melhora na qualidade da assistência.

Palavras-chaves: Pessoal de Saúde; Educação Continuada/Permanente; Controle de Infecções.

ABSTRACT | Objective: analyze through the literature the strategies of the permanent education that contribute in the change of conduits of prevention and control of infection in health care by the multidisciplinary team. Method: Integrative revision with search in LILACS, MEDLINE and BDEF databases. Elaborated an instrument of data collection that signals the characteristics for analysis of the studies. Results: Were included 12 articles and grouped by didactic similarity according to the strategies implemented regarding prevention and control in health care. Conclusion: It was evident that the use of several strategies of permanent education in health care, brings improvements as they stimulate professionals in the improvement, qualification and updating of concepts and practical actions, also contributing to the development of critical reflection, bringing change behavioral, thus favoring personal and professional growth and the interaction of the multidisciplinary team, thus improving the quality of care.

Keywords: Health Personnel; Continuing/ Permanent Education; Infection Control.

RESUMEN | Objetivo: analizar a través de la literatura las estrategias de la educación permanente que contribuyen en el cambio de conductas de prevención y control de infección en asistencia a la salud por el equipo multidisciplinario. Método: Revisión integrativa con búsqueda en las bases de datos LILACS, MEDLINE y BDEF. Elaboró un instrumento de recolección de datos que señala las características para el análisis de los estudios. Resultados: Se incluyeron 12 artículos y fueron agrupados por similitud didáctica de acuerdo con las estrategias implementadas en cuanto a la prevención y control en asistencia a la salud. Conclusión: Es evidente que la utilización de diversas estrategias de la educación permanente en la asistencia a la salud, trae mejoras a medida que estimulan a los profesionales en el perfeccionamiento, calificación y actualización de conceptos y acciones prácticas, contribuyendo también al desarrollo de la reflexión crítica, trayendo cambio comportamental, favoreciendo de esta forma el crecimiento personal y profesional y la interacción del equipo multidisciplinario propiciando así la mejora en la calidad de la asistencia

Descriptores: Personal de Salud; Educación Continua/ Permanente; Control de Infecciones.

Mônica Aparecida de Oliveira Pinto Porto

Enfermeira Especializanda em Controle de Infecção em Assistência à Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense

Maritza Consuelo Ortiz Sanchez

Enfermeira. Dra. em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Fundamento de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – Universidade Federal Fluminense.

Maria Lelita Xavier

Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ, Brasil.

Recebido em: 30/05/2019

Aprovado em: 30/05/2019

Miriam Marinho Chrizostimo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração. Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC). Niterói-RJ, Brasil.

Euzeli da Silva Brandão

Enfermeira, Professora Doutora no Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal Fluminense

Márcia Valéria Rosa Lima

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico (MEM) Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC). Niterói-RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

As ações de controle e prevenção de infecção relacionadas à assistência à saúde vêm sendo empregadas há centenas de anos, entretanto, a alta incidência de casos clínicos relacionados à infecção em assistência à saúde ainda continua sendo destacada, tendo sido reportada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que, 1 em 10 pacientes adquirem uma infecção durante a assistência prestada⁽¹⁻⁴⁾, permanecendo, assim, a alta incidência um problema de grande relevância nos dias atuais.

Ainda que as estimativas mundiais da infecção em assistência à saúde não este-

jam disponíveis, de acordo com os dados dos estudos publicados, ficam nítidas as evidências de que centenas de milhões de pacientes no mundo são afetados a cada ano, sendo que a prevalência da doença é maior em populações de baixa e média rendas⁽⁵⁾.

Esse fato se confirma no relatório do Banco Mundial - Organização e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e da OMS, que traz uma visão geral da assistência à saúde mundialmente, em que se evidencia que 10% dos pacientes adquirirá infecção hospitalar durante a internação em países de baixa renda e 7% dos pacientes em países de renda alta. Podendo ser em decorrência de erros de medicação, tratamento desnecessário, assistência clínica inadequada e ausência de treinamento da equipe de saúde, sendo uma realidade mundial tanto para baixa renda quanto para alta renda⁽⁶⁾.

Há forte incidência de que as infecções podem ser evitadas e o ônus reduzido em até 50% ou mais. As infecções em assistência à saúde devem ser tratadas de forma prioritária e por meio de amplas abordagens eficientes visando a segurança do paciente. O programa de segurança do paciente, em conjunto com outros Programa da OMS, auxiliam, avaliam, planejam e implementam as políticas de controle e prevenção da infecção e incluem ações oportunas em nível nacional e em níveis institucionais para reduzir as infecções⁽⁵⁾.

Na década de 1960, surgiram as primeiras Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) no Brasil e, gradativamente, por meio de ações e trabalho contínuo dos profissionais envolvidos, obteve-se nova concepção: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Concluiu-se que essas infecções não se dariam somente pela assistência hospitalar, mas também tendo riscos de adquiri-las em procedimentos ambulatoriais, nas instituições de longa permanência, instituições para doentes crônicos, "home care", serviços de hemodiálise e clínicas odontológicas⁽⁷⁾.

Em 2004, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade com a formação e capacitação dos trabalhadores de saúde, reconhecendo por meio da Portaria GM/MS n.º 198/2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), cuja qual foi instituída com a intenção de gerar condições favoráveis para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde⁽⁸⁾.

Em 2006, o Governo Federal instituiu o Pacto pela Saúde da Portaria GM/MS n.º 399/06, o qual apresenta modificações na gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo esta reestruturada em 2007 com a instituição da Portaria n.º 1996/07/GM/MS^(1,2), cuja proposta é qualificar e transformar as práticas de saúde e, com isso, prestar cuidado integral ao ser humano. As ações da EPS têm intuito de efetivar as práticas reflexivas, éticas, críticas e humanísticas visando à equipe e ao ambiente do trabalho⁽⁹⁾.

ca dos artigos, discussão dos resultados, apresentação da revisão e conclusão.

Elaborou-se na primeira etapa, a questão norteadora com a seguinte indagação: Quais as estratégias utilizadas pela educação permanente contribuem para a mudança de condutas da equipe multidisciplinar para prevenção e controle de infecção em assistência à saúde?

A estratégia de busca foi realizada através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para iniciação do levantamento nessa base, foi aplicada a estratégia PICO.

Foram utilizados para a seleção das produções os seguintes descritores: "Pessoal de saúde" ("Health Personnel") "AND" "Educação Continuada" ("Continuing Education") "OR" "Educação Permanente" "AND" "Controle de Infecções" ("Infection Control"). Utilizou-se a terminologia "Educação continuada" devido ao termo "Educação Permanente" não ser reconhecida pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Tabela 1. Descrição da estratégia PICO. Niterói, RJ, Brasil, 2019

Acrônimo	Descrição
P	Pessoal de Saúde
I	Educação Continuada
C	Controle de Infecções
O	Melhoria na assistência e redução do nível de infecção hospitalar

A Educação Permanente é a atualização das práticas do dia a dia, favorecendo o crescimento das relações e processos que surgem do interior das equipes⁽⁹⁾.

Esse estudo tem como objetivo analisar através da literatura as estratégias da educação permanente que contribuem para a mudança de condutas de prevenção e controle de infecção em assistência à saúde pela equipe multidisciplinar.

METODOLOGIA

Essa pesquisa utiliza o método de revisão integrativa, sendo assim realizada por meio das seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica

Na etapa seguinte, o portal da BVS nos remete às principais bases de dados, sendo selecionadas as seguintes bases: Bases da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Critérios de inclusão: as produções científicas disponíveis em português, inglês ou espanhol que abordem a educação permanente em saúde no fomento do conhecimento para promoção da prevenção e controle de infecção em assistência à saúde que foram publicados no período de 2004 a 2018. A razão para definição desse recorte temporal baseia-se na Portaria GM/MS n.º 198/2004, que reconheceu a PNEPS⁽⁸⁾.

Critérios de exclusão: estudos duplicados e incompletos que não atendem à questão do estudo.

Elaboraram-se instrumentos que compreendem os dados de identificação dos artigos. Os artigos extraídos estão em ordem de acordo com a letra inicial das bases de dados utilizadas, seguidos do número conforme descrito nas referências bibliográficas. Realizou-se também o agrupamento dos artigos por características de semelhanças didáticas referentes à contribuição da educação permanente, que promovem prevenção e controle das IRAs. Com ênfase no delineamento dos estudos e com base nas características das pesquisas, os artigos foram hierar-

quizados de acordo com cinco níveis de evidências descritas na tabela de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

Esse estudo possibilitou a análise de 12 artigos na íntegra, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A busca pelas produções científicas se deu até o dia 26 de fevereiro de 2019 e resultou num total de 7357 artigos publicados. Destes, 7192 contidos na base de dados da MEDLINE, 128 na LILACS e 37 na BDENF. Dentre estes, foram excluídas 5147 publicações por não apresentarem textos completos e 182

publicações foram excluídas por idioma. Após essas exclusões, foi realizada a leitura dos títulos e resumos das publicações com o propósito de analisar a relevância do estudo para sua inclusão na amostra. Em seguida, excluíram-se 15 artigos por motivo de duplicação e 2001 artigos por não responderem à questão da pesquisa. Dessa forma, 12 artigos foram incluídos, sendo 08 artigos da base de dados da MEDLINE, 02 artigos da base LILACS e 02 artigos da base BDENF para a construção dessa revisão integrativa.

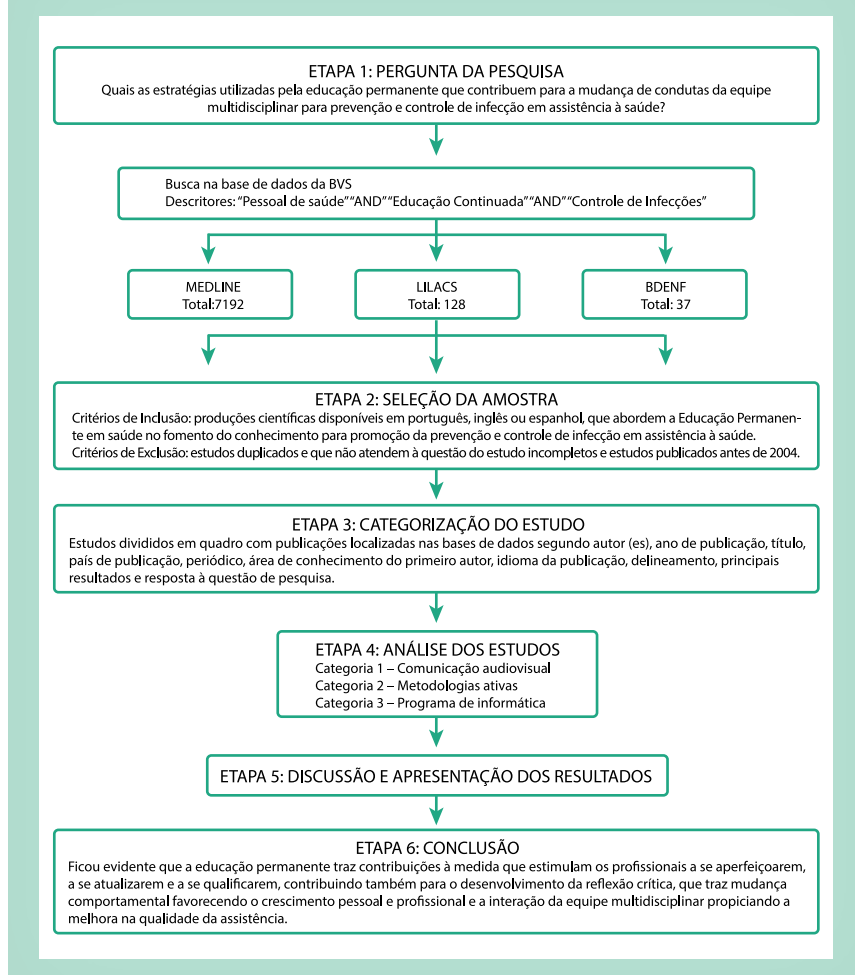
Em relação às informações sobre a composição dos estudos das amostras analisadas, evidencia-se que 83,34 % dos artigos eram artigos originais, enquanto 16,66% dos artigos eram relatos de experiência.

Quanto ao idioma de origem no qual o artigo foi publicado, observa-se um predomínio do idioma português em 66,66% dos artigos, do idioma inglês em 33,34% e do idioma espanhol não foi encontrado nenhum artigo.

Quanto ao ano de publicação, os artigos selecionados foram entre os anos 2004 a 2018 e verificou-se um maior volume de pesquisas nos últimos dez anos, sendo 02 artigos no mesmo ano citados a seguir: 2009 (16,66%), 2010 (16,66%) e 2017(16,66%). Nos seguintes anos obteve-se 01 artigo a cada ano respectivamente: 2004 (8,33%), 2006 (8,33%), 2007 (8,33%), 2011 (8,33%), 2013 (8,33%) e 2015 (8,33%). Entre os anos de 2005, 2008, 2012, 2014, 2016 e 2018 não se obteve estudo que respondesse à questão da pesquisa.

Ao que se refere ao periódico de publicação, 66,66% dos artigos estão publicados nas revistas dirigidas ao campo da enfermagem, 16,66% estão voltadas na área da infectologia e 8,33% dos artigos estão publicados nas revistas das áreas da medicina e microbiologia, respectivamente em cada um. Ao que concerne ao país de origem dos estudos, 66,66% dos artigos são oriundos da América do Sul; enquanto 8,33% são respectivamente da América do Norte, Continente Asiático e Oceania.

Figura 1. Fluxograma da estratégia de busca e seleção dos artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Niterói, RJ, Brasil, 2019



Considerando-se a formação profissional dos autores dos estudos, 50% dos artigos foram redigidos exclusivamente por enfermeiros, 25% exclusivamente redigidos por médicos, 8,33% foram redigidos por um enfermeiro e um médico, 8,33% redigidos por um médico e um microbiologista e 8,33% redigido por infectologistas. Verificou-se que a área de enfermagem foi a que mais produziu e publicou sobre o tema educação permanente.

Quanto à similaridade didática das

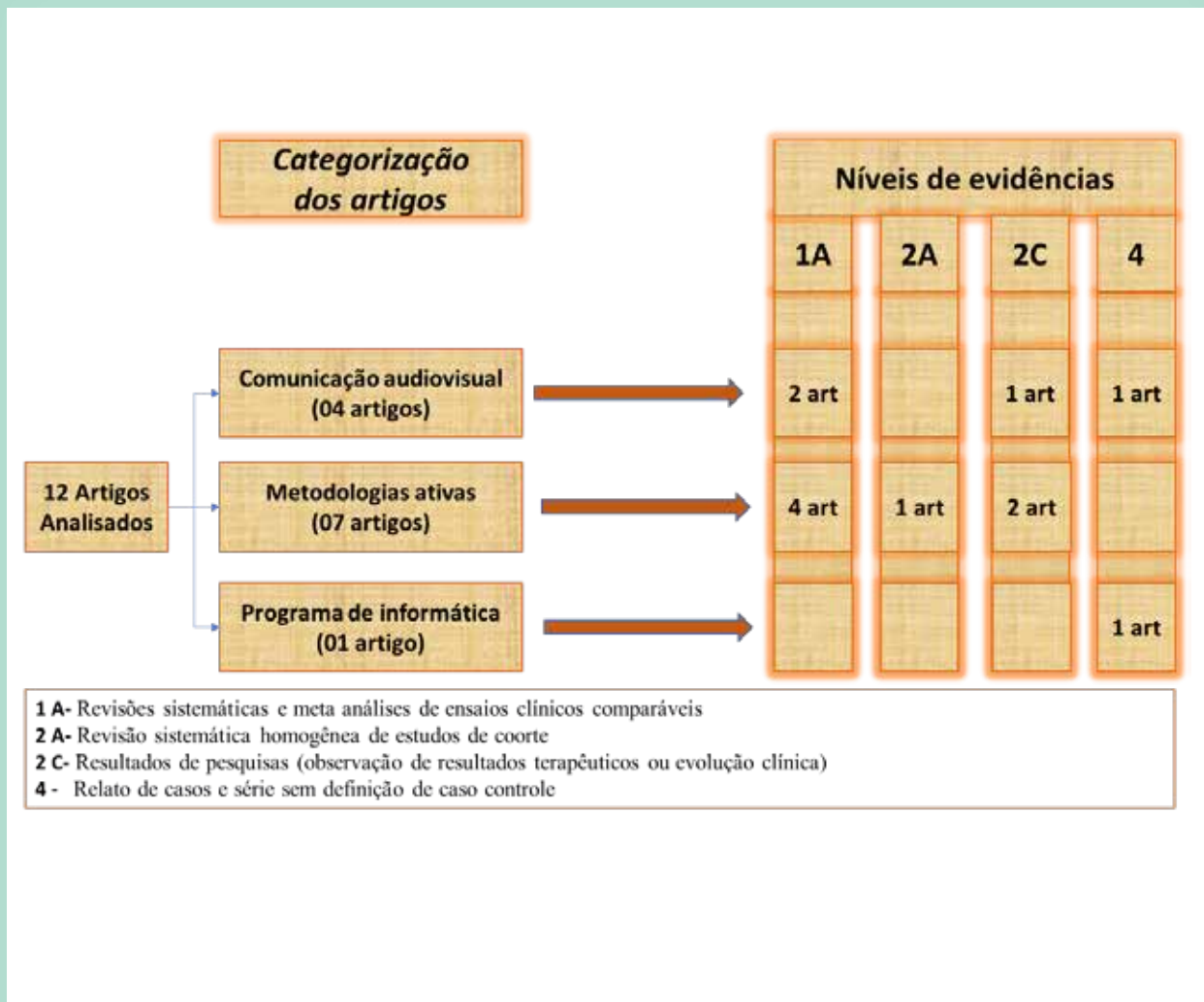
metodologias educativas empregadas, 58,33% dos artigos analisados utilizaram cartazes e pôsteres que promovem mudanças de condutas nos processos de educação permanente em saúde para o controle das infecções hospitalares.

Quanto à qualidade da evidência, observou-se a predominância dos artigos classificados como: NE 1A com 50% dos artigos; NE 2A 8,3% artigos; NE 2C com 25% dos artigos e NE 4 com 16,3% artigos. Dessa forma, percebe-se que 83,3% dos

artigos estão caracterizados entre NE de 1A e 2C possuindo delineamento adequado que nos mostram confiabilidade e precisão em condutas para a prevenção e controle da infecção em assistência à saúde.

O esquema de categorização dos artigos e a classificação dos níveis de evidências são descritos na Figura 2, relacionando a especificação de cada categoria com o grupo de artigos que nelas se enquadram e seus respectivos níveis de evidências classificados.

Figura 2. Categorização dos artigos e a classificação dos níveis de evidências. Niterói, RJ, Brasil, 2019



Os Quadros abaixo 1 e 2 resumem as principais características dos estudos revisados no que tange à educação permanente para promoção da prevenção e controle de infecção na assistência à saúde com finalidade de categorizar esses artigos contendo os seguintes aspectos: identificação dos artigos/autor/título/objetivo/ resposta à questão da pesquisa.

DISCUSSÃO

Ao se defrontar cada vez mais com as consequências decorrentes da infecção hospitalar (IH), torna-se necessário elaborar ações que visem o controle e prevenção. Dessa forma, as pesquisas evidenciam que a aplicação de estratégias que levem o profissional a atuar de forma crítica e reflexiva, sendo fundamental para obter efeitos positivos que

os estimulem a repensar as práticas cotidianas, favorecendo a transformação das atividades e contribuindo na qualidade dos serviços de saúde.

Dentre os 66 % de artigos de origem brasileira, observou-se que apenas um estudo mencionou a PNEPS. Apesar dos demais não citarem a PNEPS, utilizaram ações no intuito de fundir as práticas de forma reflexiva e crítica visando a equipe e o ambiente do trabalho, em concor-

Quadro 1. Descrição e análise dos estudos. Niterói, RJ, Brasil, 2019

Ord	Autor/Ano	Título	Resposta a questão de pesquisa
M ¹⁷	Musu, M, et al. (2017)	Controlling cateter-related blood stream infections trough a multi-centre education programe for intensive care units	Exposição de materiais (pôsteres e fichas informativas), treinamento e desempenho contínuo e programa de vigilância.
M ¹²	Kapil R. et al. (2015)	Hand hygiene in reducing transient flora on the hands of health care workers: An education intervention	Exposição de cartazes da OMS; Ensino interativo na prática e aplicação de questionário para avaliação sobre a percepção da Higiene das mãos
M ¹³	Ross, A. et al. 2006.	The impacto f na evidence-based practice education on the role of oal care in the prevention of ventilator-associated pneumonia	Cartazes, Story boards e ênfase no Protocolo de cuidados bucais.
M ¹⁸	Gibispil, E. et al. (2013)	Improving antibiotic stewardship by involving nurses	Capacitação dos enfermeiros na gestão de antibióticos; Reunião com apresentação de slides e discussão; Fornecimento de folhetos; Visitação diária à enfermaria pelo profissional do Centro de controle de infecção para esclarecimento de dúvidas.
M ¹⁴	Zilah, N. et al. (2006)	Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre os profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Paródias musicais com a temática da Higienização das mãos; Cartazes informativos estilizados; Divulgação de dez frases elaboradas pela equipe de saúde através do serviço de radiofonia.
M ¹⁹	Valente G. et al (2011)	O enfermeiro na educação em saúde do trabalhador da limpeza no ambiente hospitalar	Aplicação de questionário com perguntas específicas acerca da limpeza hospitalar e fornecimento de folders após a análise das respostas com intuito de potencializar o conhecimento e orientar as atividades dos profissionais.
M ²⁴	Silva, LMG. et al. (2009)	Ambiente virtual de aprendizagem na educação continuada em enfermagem	Programa educativo virtual com a intenção de o profissional levar à reflexão crítica de suas atividades diárias e permitindo a interação e expondo suas ideias e de forma conjunta propiciar a reconstrução dos trabalhos.
L ¹⁵	Neves, ZCP. et al. (2009)	Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos.	Cartazes estilizados
M ²⁰	Souza, MCB. et al. (2004)	Enfermagem no centro de material esterilizado – a prática da educação continuada	Realização de entrevista para cada membro da equipe de saúde.
B ²¹	Jacondino, -CB. et al. (2010)	Educação em serviço: Qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas	Encontros mensais com temas propostos pelo próprio grupo de enfermagem.
L ²²	Vilele, R. et al. (2010)	Equipe interdisciplinar reduz infecção sanguínea relacionada ao cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	Reuniões e publicação para grupos específicos como: medicina e enfermagem. Informativos pontuais direcionados à equipe de enfermagem
B ²³	Cucolo, DF. et al. (2007)	Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar	Entrevista coletiva realizado em quatro círculos de discussão.

Nota: M: MEDLINE; L: LILACS; B: BDEFN

Quadro 2. Principais características dos artigos revisados. Niterói, RJ, Brasil, 2019

Categorias	Variantes	Quantidade
País de publicação/ Continente	América do Norte (EUA) ¹³	1
	América do Sul (Brasil) ^{14,15,19,20,21,22,23,24}	8
	Continente Asiático (Índia) ¹²	1
	Europa (Itália) ¹⁷	1
	Oceania (Austrália) ¹⁸	1
Periódico/foco e escopo	Journal of Hospital Infection; AJ Infect Control ^{24, 25}	2
	Rev.Latino-Am Enfermagem; Cogitare Enferm; Acta Paul Enferm; Intensive and Critical Care Nursing; Rev.Eletr. Enf ^{13,14,15,20,21,23,24}	7
	R.Pesq.Cuid.Fundam. On line ¹⁹	1
	Rev. Paul Pediatr ²²	1
	Journal of medical microbiology ¹²	1
Área de conheci- mento do primeiro autor	Enfermagem ^{13,14,15,19,20,21,23,24}	8
	Medicina ^{12,17,22}	3
	Infectologista ¹⁸	1
Idioma de origem da publicação	Português ^{14,15,19,20,21,22,23,24}	8
	Inglês ^{12,13,17,18}	4
	Descritivo exploratória ²⁰	1
Delineamento	Qualitativa ²³	1
	Exploratória quantitativa ^{12,17,18,19,21}	5
	Não controlada antes-depois ¹⁴	2
	Relato de experiência ^{15,24}	2
	Coorte ²²	1
Principais resul- tados	Houve uma redução significativa quanto ao risco associado à infecção ^{12,17,22}	3
	Houve uma maior conscientização quanto ao conhecimento ao risco associado à infecção relacionada à saúde ¹⁸	1
	Demonstrou uma melhoria na qualidade dos cuidados ¹³	1
	Foi de grande contribuição para o serviço de saúde ¹⁹	1
	Favoreceu a construção de uma postura crítica e reflexiva, fez repensar nas práticas cotidianas favorecendo a transformação das atividades ^{14,15,23,24}	4
	Permitiu o desenvolvimento das atividades fundamentadas no conhecimento de forma imediata e oportuna. ^{20,21}	2
Níveis de evidência	1A- Revisões sistemáticas e meta análises de ensaios clínicos comparáveis ^{12,13,17,18,19,21}	6
	2A- Revisão sistemática homogênea de estudos de coorte (com grupos de comparação e controle de variáveis) ²²	1
	2C- Resultados de pesquisas (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica) ^{14,20,23}	3
	4- Relatos de casos e série sem definição de caso controle ^{15,24}	2
Resposta à questão de pesquisa	Pôsteres, Cartazes e serviço de radiofonia ^{12,13,14,15}	4
	Programa de informática ²⁴	1
	Entrevista, reuniões e encontros mensais ^{17,20,21,22,23}	5
	Capacitação e questionários ^{18,19}	2

dância com as recomendações dessa política e que favoreçam o aprimoramento da educação em saúde.

Observou-se que 8,33% dos estudos na educação permanente foram direcionados aos profissionais do setor de limpeza e dos 91,7% direcionados aos profissionais de saúde. A equipe de enfermagem participou da sua totalidade, 45,4% foram direcionados também a médicos, farmacêuticos, auxiliares de esterilização e atendentes e apenas 9% direcionados a todos os profissionais do serviço de saúde, embora sendo estes os que potencialmente possuem importante influência na diminuição dos índices de morbidade e mortalidade dos pacientes e redução de custo, conforme um estudo que destaca a necessidade de que as ações estejam presentes no cotidiano de todos os profissionais de saúde, uma vez que não se faz prevenção sem envolvimento altruístico de todos.

A realização da educação permanente pode ser feita por todo profissional de saúde, pois o mesmo tem habilitação para execução, mas como o enfermeiro está em constante aquisição de conhecimento, habilidade e competência, justifica-se o seu maior envolvimento na EPS⁽¹¹⁾.

Das estratégias empregadas, 33,3% dos estudos utilizaram cartazes, folders e serviço de radiofonia; 41,7 reuniões, entrevista e encontros mensais; 16,7% capacitação e questionários e 8,33% programa de informática. Dessa forma, para exibição das estratégias, foram organizadas categorias com seguintes subtítulos: comunicação audiovisual, metodologias ativas e programa de informática.

Meios auxiliares de aprimoramento do conhecimento quanto à prevenção e controle da infecção hospitalar

Comunicação audiovisual

Este tipo de estratégia está presente entre 04 artigos que mostraram a utilização de cartazes que eram afixados em locais proeminentes e estratégicos. Ou-

tro estudo apontou, além dos cartazes, a utilização de paródias musicais com a temática de higienização das mãos (HM) e frases construídas com palavras de intuito humorístico que, de certa forma, despertava inicialmente a curiosidade dos profissionais fazendo-os dar ênfase no conteúdo que estava sendo abordado levando-os à reflexão sobre o tema em questão, favorecendo a interação entre os profissionais na realização dos procedimentos de higiene das mãos⁽¹²⁻¹⁵⁾.

Na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV), foram utilizados cartazes storyboards que destacavam as melhores práticas existentes baseadas com o protocolo de cuidados orais, sendo desenhado para demarcar o papel do cuidado na prevenção da PAV. Foi publicado na Intranet do hospital para autoaprendizagem⁽¹³⁾.

Além da utilização dos cartazes, buscou-se conhecer o nível de entendimento dos profissionais sobre a HM por meio da aplicação do questionário, solicitando também que realizassem as etapas da HM e coletadas antes e depois da HM⁽¹²⁾.

Os resultados, segundo os autores⁽¹⁴⁾, indicam que esse tipo de ferramenta foi eficaz visto que resultou na interação dos profissionais, possibilitou instigar os mesmos à reflexão crítica e, por conseguinte, maior adesão dos procedimentos favorecendo a prevenção e controle da infecção relacionada à saúde. Porém, há citações em que a utilização dessa estratégia por um período maior não foi significativa na adesão pelos profissionais, pois não levaram à reflexão crítica e, consequentemente, à mudança de comportamento.

Este tipo de estratégia corrobora com a proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, que diz "a mudança das estratégias de organizações dos serviços e do exercício da atenção é construída na prática das equipes", ou seja, o profissional precisa refletir sobre sua realidade, os problemas existentes no seu cotidiano e, com isso, listar e

priorizar as necessidades de capacitação e atualização⁽¹⁶⁾.

O fato de a adesão pelos profissionais, através da utilização das ferramentas da educação permanente por um período maior não ter sido estatisticamente significativa e ter sido direcionada apenas aos profissionais que prestavam assistência diretamente aos RNs, supõe que no processo da educação, a ampliação do direcionamento para a equipe de saúde, inclusive a equipe de limpeza, poderia alcançar maior significância no período de considerado e, com isso, fazer diferença frente às ações realizadas por tais profissionais no controle da infecção hospitalar.

Metodologias ativas

Os estudos⁽¹⁷⁻²³⁾ citam uma variedade de estratégias que foram conduzidas através de: reuniões mensais, ensino interativo na prática, capacitação, visita diária do profissional do CCIH e entrevistas.

Durante os encontros mensais, os treinamentos e capacitação eram compostos por curta revisão de literatura, seguida de demonstração em vídeo acerca das práticas, levando-os à discussão sobre a atual prática com viabilidade para novas práticas. Em outro estudo⁽¹⁸⁾, incluiu-se também o fornecimento de folheto e visita diária do profissional do CCIH no setor de enfermagem para esclarecimentos de dúvidas.

Além das estratégias utilizadas acima, estudo⁽¹⁹⁾ utilizou um questionário para avaliar o nível de conhecimento dos profissionais acerca da higiene hospitalar e mediante às respostas, foi desenvolvido um folder para ser entregue aos profissionais, no intuito de potencializar o conhecimento e orientar quanto às atividades diárias.

Observou-se em um artigo⁽²⁰⁾, a realização de entrevista individual para verificar o conhecimento das práticas educativas da equipe e com base nas respostas, possibilitou a reflexão crítica sobre possíveis modificações.

Diferente do artigo acima, esse estudo realizou entrevistas coletivas, que levaram à discussão do processo educativo desenvolvido pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), para verificar o processo e reestruturar com vistas a resultados positivos⁽³⁰⁾.

Em dois artigos^(21,22), verificamos que utilizaram uma abordagem de intervenção educativa mais específica e pontual na qual a equipe se reunia mensalmente e utilizava os temas que eram propostos pela mesma, como o tema sobre as medidas de Prevenção e Infecção Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter (ICSRC) e os cuidados com feridas. Empregou-se a metodologia de antes e depois, tendo sido observados os profissionais antes das intervenções e após, para verificar a variabilidade nas taxas de infecção bem como o índice de adesão proposta nas intervenções.

Diante do exposto, percebeu-se que foi empregada como estratégia, a metodologia ativa e, de acordo com os autores, as estratégias implementadas obtiveram maior adesão dos profissionais quanto aos procedimentos, despertando o senso crítico de suas práticas e possibilitando a transformação de suas atividades.

Essa estratégia enfatiza o uso de métodos criativos, dinâmicos e reflexivos, que são materializados na prática através dos seguintes procedimentos na educação: Problemática da realidade e do processo do trabalho, exercícios em grupo, leitura comentada, exposições dialogadas, debates temáticos, apresentação de filmes e interpretações musicais. A execução desta metodologia leva à reflexão crítica sobre as atividades diárias, possibilitando a transformação da sua realidade⁽¹⁶⁾.

Desse modo, o uso dessa metodologia está em conformidade com o que propõe a educação permanente, no uso de estratégias que viabilizem a integração de conhecimento de diversas áreas através de análise, avaliação e síntese que resulte na resolução de problemas e tomada de decisão⁽²⁴⁾.



A educação permanente é uma proposta de intervenção fundamental na capacitação e qualificação dos profissionais, dando subsídios que levam à conscientização das necessidades reais de saúde e propiciam a mudança das práticas no âmbito do trabalho, favorecendo o atendimento de qualidade na assistência, possibilitando realizar com segurança os procedimentos e também o crescimento tanto do profissional quanto das organizações de saúde.



Acreditamos que esse tipo de estratégia possui um diferencial, pois estimula o envolvimento da equipe de saúde e permite a consolidação dos seus conhecimentos colocando-os na prática, estimulando o senso crítico e autonomia para possíveis propostas na mudança comportamental da prática.

Programa de informática

Nesse estudo, elaborou-se um programa educativo on-line e dinâmico contemplando suas funcionalidades num ambiente virtual de aprendizagem (AVA) com intuito de levar à reflexão crítica sobre as atividades diárias dos profissionais, possibilitando as interações que favoreçam a proposição de ideias e, assim, propicie a reconstrução dos processos de trabalho, proporcionando uma mudança da atual realidade⁽²⁴⁾.

É importante ressaltar ainda uma característica importante na elaboração desse programa: os profissionais que idealizaram tiveram participação contínua como mediadores nesse processo, favorecendo as ações baseadas na reflexão crítica e permitindo que os profissionais elaborassem suas considerações finais e possibilidades, não interferindo no processo e favorecendo o espaço para críticas, reflexões e para propor novas intervenções. No entanto, essas intervenções aconteceram mediante discussão entre os profissionais da instituição que, em seu cotidiano, vivenciam a realidade do problema em questão⁽²⁴⁾.

Acreditamos que o software utilizado é de grande valia, uma vez que alguns profissionais possuem limitações a aderirem ao processo da educação permanente presencial. Assim, essa ferramenta virtual, que flexibiliza a realização da educação, possibilita a inserção de todos os profissionais, proporcionando a interação com a equipe multidisciplinar, a troca de conhecimentos e experiências, levando-os à reflexão da prática atual e possíveis

propostas de mudanças e medidas, que podem ser encaminhadas aos gestores que auxiliarão na busca de soluções das dificuldades existentes na gestão e na prática profissional.

CONCLUSÃO

A educação permanente é uma proposta de intervenção fundamental na capacitação e qualificação dos profissionais, dando subsídios que levam à conscientização das necessidades reais de saúde e propiciam a mudança das práticas no âmbito do trabalho, favorecendo o atendimento de qualidade na assistência, possibilitando realizar com segurança os procedimentos e também o crescimento tanto do

profissional quanto das organizações de saúde.

Nessa revisão, verificou-se que os estudos, em sua maioria, não aplicaram a educação permanente direcionada para equipe multidisciplinar, mas para profissionais da equipe médica e de enfermagem.

Na pesquisa, evidenciou-se, de forma clara, três tipos de estratégias e percebeu-se maior adesão nas metodologias ativas que colocavam os profissionais como agentes ativos no processo da educação e de construção de novas mudanças.

Ficou claro que a utilização de diversas estratégias da educação permanente na assistência à saúde traz melhorias à medida que estimulam os profissionais no aperfeiçoamento, qualificação e na atualização de conceitos e ações práti-

cas, contribuindo também para o desenvolvimento da reflexão crítica, trazendo mudança comportamental, favorecendo, desta forma, o crescimento pessoal e profissional e a interação da equipe multidisciplinar propiciando a melhora na qualidade da assistência.

Portanto, é de suma importância a utilização da educação permanente na saúde, com foco na atualização da equipe multidisciplinar.

Dessa forma, frente à escassez de artigos e trabalhos publicados e, embora o assunto seja de alta relevância, percebeu-se, portanto, a necessidade do fomento de estudos voltados à educação permanente como forma de evidenciar a importância da prevenção e controle da infecção hospitalar. 🐦

Referências

- Moura MEB, Campelo SMA, Brito FCP, Batista OMA, Araujo TME, Oliveira ADS. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. *Rev Bras enferm.* Brasília. 2007; 60(4):416-21.
- Leiser JJ, Tognim MCB, Bedendo J. Infecções Hospitalares em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital de ensino do Norte do Paraná. *Cienc Cuid Saude.* 2007 Abr/Jun; 6(2):181-186.
- Perna TDGS, Puiatti MA, Pereira NMM, Couri MG, Ferreira CMD. Prevalência de infecção hospitalar pela bactéria do gênero klebsiella em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Soc Bras Clin Med.* UFJF. 2015 abr-jun; 13(2):119-23.
- Organização Mundial da Saúde. Prevenção e controle de infecção. Infecções associadas aos cuidados de saúde. OMS, 2018.
- Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre o ônus das infecções associadas aos cuidados de saúde endêmicos em todo o mundo: Uma revisão sistemática da literatura. OMS, 2011.
- World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. WHO, 2018.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2013 – 2015). ANVISA, 2013.
- Pereira SB, Backes DS, Martins FDP, Rangel RF. Educação Permanente em uma unidade obstétrica na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev enferm UFPE.* 2017; 11(supl.3):1458-63.
- Massaroli A, Saube R. Distinção Conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde. PIBIC, 2008.
- Pedrosa KK, Oliveira ICM, Feijão AR, Machado RC. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(4):733-74.
- Santana AS, Rodrigues, CSS, Bantim IO, Souza LM, Portela PP, Silva TS. Influência da educação permanente em saúde para redução das taxas de infecção na Unidade de terapia Intensiva. COVINBRA, 2017.
- Kapil R, Bhavsar HK, Madan M. Hand Hygiene in reducing transient flora on the hands of health care workers: an education intervention. *Indian Journ of Med Microb.* 2015; 33(1):125-28.
- Ross A, Crumpler J. The impact of an evidence-based practice education on the role of oral care in the prevention of ventilator-associated pneumonia. Elsevier. 2007; 23:132-36.
- Neves ZCP, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira MS, Melo DS, Ferreira LR. Higiene das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma Unidade de terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Latino-Am.* 2006; 14(4).
- Neves ZCP, Tipple AFV, Souza ACS, Ferreira LR, Silva EAC. Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. *Rev. Eletr.Enf.* 2009; 11(3):738-45.
- Cury MC, Mello KS. Metodologias ativas na educação permanente em saúde: Uma revisão de literatura. UNC. Curso de pós-graduação lato sensu em gestão de saúde. Curitiba, 2016.
- Musu M, Finco G, Mura P, Landoni G, Piazza MF, Messina M, Tidore M, et al. Controlling Catheter-related blood stream infections through a multicenter education program for intensive care units. *Journ of Hosp Infect.* 2017; 97(3):275-81.
- Gillespie E, Rodrigues A, Wright L, Williams N, Stuart RL. Improving antibiotic stewardship by involving nurses. *American Journ of Infec Cont.* 2013; 41(4):365.
- Valente GSC, Falcão PM, Barbosa SQ, Rosa SGM, Santos WA, Barbosa VQ. O enfermeiro na educação em saúde do trabalhador da limpeza no ambiente hospitalar. *R. pesq.:cuid fundam.* 2011; 3(1):1702-10.
- Souza MCB, Ceribelli MIP. Enfermagem no centro de material esterilizado- a prática da educação continuada. *Rev.Latino-Am Enfermagem.* 2004; 12(5):767-74.
- Jacondino CB, Severo DF, Rodrigues KR, Lima L, Einhardt RR, Amestoy SC. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(2):314-8.
- Vilela R, Dantas SRPE, Trabasso P. Equipe Multidisciplinar reduz infecção sanguínea relacionada ao cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Rev. Paul.Pediatr.* 2008; 28(4):292-98.
- Cucolo DF, Faria JIL, Cesariano CB. Avaliação emancipatória de um programa educativo do serviço de controle de infecção hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(1):49-54.
- Silva LMG, Gutiérrez MGR, Domenico EBL. Relato de experiência: Ambiente virtual de aprendizagem na educação continuada em enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(5):70-4.



A PRIMEIRA ESCOLHA

PARA PREVENÇÃO
DE TROMBOSE

Além das menores
taxas de infecção e
obstrução



Hemocat Matriz

Rua Ewerton Visco, 324, 12º Andar,
Caminho das Árvores,
Salvador - BA - Brasil, CEP 41.820-022
Tel: 71 3341-4775

Hemocat - Sudeste

Rua do Paraíso, 441 - Paraíso,
São Paulo - SP - Brasil,
CEP: 04.103-000
Tel: 11 3884-7812

Acesse: www.hemocat.com.br

Metalline[®]

Curativo não aderente.

Curativo especial em multicamadas para ferida.



Suprasorb[®] X + PHMB

Curativo antimicrobiano HidroBalance.



Debrisoft[®]

Almofada para desbridamento indolor de feridas.

- Praticamente indolor para o paciente;
- Remove debris de forma eficaz, rápida e simples;
- Não afeta o tecido de granulação recém-formado nem as células epiteliais já estabelecidas.



* Consulte o seu médico para a indicação ideal.*

