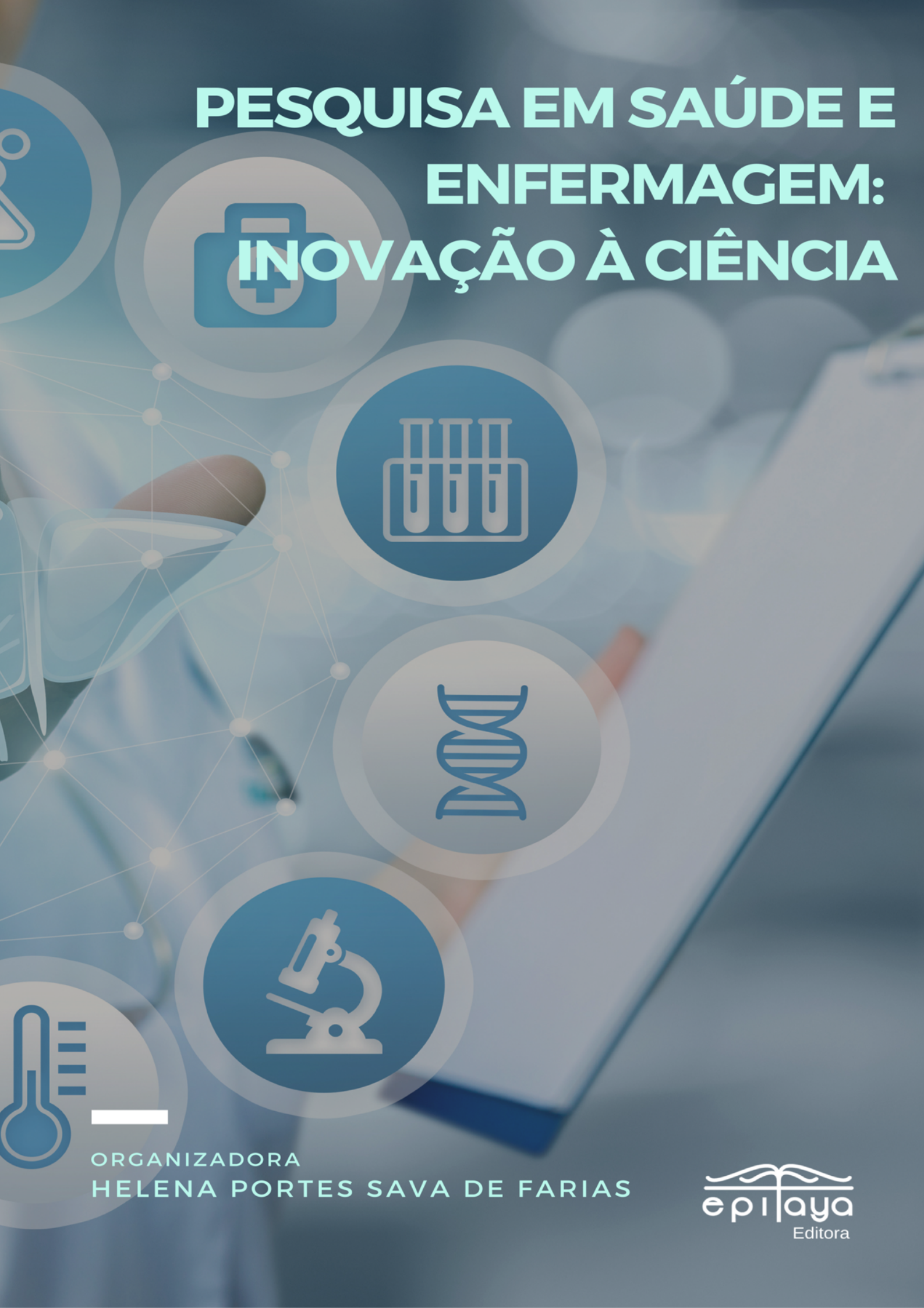
PESQUISA EM SAÚDE E ENFERMAGEM: INOVAÇÃO À CIÊNCIA



ORGANIZADORA
HELENA PORTES SAVA DE FARIAS

epitaya Editora

Helena Portes Sava de Farias
Organizadora

PESQUISA EM SAÚDE E ENFERMAGEM: INOVAÇÃO À CIÊNCIA

1ª Edição

Editora

Rio de Janeiro – RJ
2020

Copyright © 2020 by Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

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

P474 Pesquisa em saúde e enfermagem [recurso eletrônico]: inovação à ciência/ Organizadora Helena Portes Sava de Farias. – Rio de Janeiro,RJ: Epitaya, 2020.
171p.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-65-87809-13-7

1. Enfermagem – Pesquisa - Brasil. 2. Saúde. I. Farias, Helena Portes Sava de.

CDD 610.734

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
Rio de Janeiro / RJ
contato@epitaya.com.br
http://www.epitaya.com.br

epitaya Editora

Helena Portes Sava de Farias
Organizadora

PESQUISA EM SAÚDE E ENFERMAGEM: INOVAÇÃO À CIÊNCIA

Editora
Rio de Janeiro – RJ
2020

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
1º Edição - Copyright © 2020 dos autores
Direitos de Edição Reservados à Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98.
Todo o conteúdo, assim como as possíveis correções necessárias dos artigos é de responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA	Helena Portes Sava de Farias
EDITORIAL	Gercton Bernardo Coitinho
MARKETING / DESIGN	Bruno Matos de Farias
DIAGRAMAÇÃO/ CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

CONSELHO EDITORIAL

COMITÊ CIENTÍFICO	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

PREFÁCIO

Pesquisa em saúde e enfermagem: inovação à ciência é um texto que convida o leitor a estar em trânsito. O que quero dizer é que, aquele que aceitar caminhar por dentre as páginas deste livro, não só poderá fazer deslocamentos entre cenários geográficos diferentes, uma vez que foi elaborado por pesquisadores dos Estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Macapá, Pará, Piauí e Santa Catarina, como também poderá fazê-lo por contextos diferenciados de cuidado em saúde.

Destarte, as pesquisas delineadas em tais territórios e contextos deram origem a presente obra e produziram o que Abrahão (2014) chama de *in-mundização*, isto é, os pesquisadores implicados com a enfermagem e com a saúde se afetaram e se misturaram ao objeto de pesquisa. Esse movimento de compartilhamento de mundos, de saberes, de pesquisas e de práticas de cuidado, permitirá ao leitor se aproximar do fazer micropolítico do enfermeiro considerando as práticas de cuidado em suas profusas dimensões: Atenção, Gestão e Educação.

Os textos que tratam da Atenção oferecem muitas e variadas possibilidades de deslizes entre os temas do campo da saúde, já que aborda o cuidado da Atenção Básica a Atenção Terciária, da pele aos órgãos, do acesso a falta, da liberdade a prisão. Assim, o material nos convida a pensar: é possível produzir cuidado de outra maneira? Os autores nos dão pistas de que autonomia, humanização e acesso são modos possíveis de performarmos outras realidades no campo da saúde.

Já os autores que abordaram aspectos da Gestão nos provocam a pensar na construção de um modo de gerir o cuidado que escapa a burocratização e a prescrição de modos de viver. Assim como na Atenção, a questão não mudou. É possível organizar a gestão do cuidado de outra maneira? Os resultados mostraram que é mais do que necessário escuta qualificada, comunicação eficiente entre serviço, usuário e trabalhador e ainda uma tomada de decisão gerencial ancorada na segurança, na acessibilidade e na qualidade da oferta em saúde.

Já os que trataram de algum modo a Educação, chamam-nos a atenção para estratégias de produção de conhecimentos que adotem tecnologias inovadoras, que coloquem as teorias de enfermagem a serviço da vida, de qualquer vida, de toda a vida. Assim, os autores e seus textos nos impulsionam a refletir como o enfermeiro, por meio da educação, pode responder às solicitações

intensivas e extensivas do cuidado em saúde nos conduzindo a uma multiplicidade de caminhos que fazem transpirar idéias.

Assim, ao transitar nesse livro, que trata de pesquisas que desconstruíram e reconstruíram o cuidado segundo a égide do fazer micropolítico e científico do enfermeiro, o leitor pode depreender e interpelar o que pode o enfermeiro implicado com o cuidado na Atenção, na Gestão e na Educação no cotidiano da saúde. É disso que o livro trata, da força e da potência de Ser enfermeiro.

Profa. Dra. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
Doutora em Ciências do Cuidado em Saúde e Mestre em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS com ênfase no campo da Educação Permanente em Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. Enfermeira servidora pública na Prefeitura Municipal de Resende/RJ. Professora Universitária do Curso de enfermagem/UNISUAM. Especialização em Ativadores dos Processos de Mudança na Formação Superior pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e especialização em Vigilância Sanitária.

SUMÁRIO

Capítulo 1 ..... *09*

A SATISFAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM

Jéssica Lopes da Silva; Aline Miranda da Fonseca Marins; Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva; Eliane Ramos Pereira; Francimar Tinoco de Oliveira

Capítulo 2 ..... *19*

CUSTO DO ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Érika Almeida Alves Pereira; Aline Ramos Velasco; Renata da Silva Hanzelmann; Giovana Cópio Ferreira; Antônio Augusto de Freitas Peregrino; Joanir Pereira Passos

Capítulo 3 ..... *33*

VANTAGENS E DESVANTAGENS DA APLICABILIDADE DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE NO REPARO TECIDUAL

Eide Nascimento Silva; Marcelo José Pedrosa; Paulo Cesar de Souza Neiva Junior; Renata de Oliveira Baptista Nakajima; Solange Rodrigues de Sousa

Capítulo 4 ..... *41*

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Adriana Antonia de Oliveira; Bianca Morais de Oliveira; Maria Lucimaria Gama Ribeiro

Capítulo 5 ..... *48*

A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA UTILIZADA PARA DETECÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Jonatan Ferrari da Silva; Priscila Cristina Pereira de O. da Silva; Antonio da Silva Ribeiro

Capítulo 6 ..... *60*

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS PARA AMENIZAR A DOR DO TRABALHO DE PARTO: MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

Alayanne Castro Vasconcelos Soares; Patrícia Rodrigues Maciel Caldas ; Marlene Cardoso do Nascimento; Núbia Lafaiete do Nascimento Lima; Patrícia Moreno Pereira; Glaucia Pereira de Lucena

Capítulo 7 ..... *73*

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA UMA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA NA APS

Beatriz Pereira Garcia Gomes; Leila Barroso da Silva Oliveira

Capítulo 8 ..... *84*

AS INTERFACES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Adrean Scremin Quinto; Fabiane Pertille

Capítulo 9 ..... *96*

ACESSIBILIDADE NO QUOTIDIANO DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR: DESCONHECIMENTO OU FALTA DE CONSCIÊNCIA?

Adriana Dutra Tholl; Rosane Gonçalves Nitschke; Danielle Alves da Cruz; Natália Aparecida Antunes; Thamyres Cristina da Silva Lima; Lucas Andreolli Bernardo

Capítulo 10 ..... *106*

CARATERIZAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES EM UM SERVIÇO DE OUVIDORIA DE HOSPITAL DE ENSINO

Herica Silva Dutra ; Aline dos Santos Becho; Letycia Neves Martins; Tarsila Ferreira Guimarães Goyatá; Gisele Cardoso da Silva; Rejane Guingo Martins Ribeiro

Capítulo 11 ..... *116*

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA FIBROSE CÍSTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Anie Soraia Nascimento Furtado; Eva Silva da Costa; Felipe dos Santos Paixão; Ingrid Maira Brito Gibson; Rafael Nascimento da Silva; Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini; Rubens Alex de Oliveira Menezes

Capítulo 12 ..... *125*

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM: UMA PRÁTICA EXITOSA NO INTERNATO DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO TERCIÁRIA

Rosana Martineli; Jarbas Galvão; Nádia Lisieski

Capítulo 13 ..... *130*

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA VIOLÊNCIA URBANA COMO FATOR INTERVENIENTE NA QUALIDADE DE VIDA

Janaina Moreno de Siqueira; Viviane Brasil Amaral dos Santos Coropes; Marilurde Donato; Ana Inês Sousa; Sheila Nascimento Pereira de Farias

Capítulo 14 ..... *145*

AGRAVAMENTO DE MORBIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos; Diniz Antonio de Sena Bastos; Lucas Gleyson Pires Vasconcelos; Altemiro Barbosa da Costa; Ewerton Felipe Rocha Fonseca; Karina Morais Wanzeler

Capítulo 15 ..... *153*

AFECÇÕES DERMATOLÓGICAS EM POPULAÇÃO CARCERÁRIA

Ana Cristina Gomes Waquim; Jaeane Pereira da Silva; Andreia Alves de Sena Silva; Tatyanne Silva Rodrigues; Maria da Cruz Lopes de Carvalho; Isaura Danielli Borges de Sousa

Capítulo 16 ..... *161*

VULNERABILIDADE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS MECANISMOS DE SOBREVIVÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Daiani Nunes Pio; Fabiana Ferreira Koopmans; Magda Guimarães de Araujo Faria; Hermes Candido de Paula; Donizete Vago Daher

A SATISFAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: CONSIDERAÇÕES DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO

1

Jéssica Lopes da Silva
Enfermeira, Residente do Programa de Residência em Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro / RJ.
Aline Miranda da Fonseca Marins
Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro / RJ.
Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva
Enfermeira, Professora Titular da Universidade Federal Fluminense, Fenomenóloga, Pós-Doutora em Filosofia (UERJ / IFCH), Doutora em Psicologia Social (UERJ/IFCH), Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / UFF/RJ.
Eliane Ramos Pereira
Enfermeira, Psicóloga, Professora Titular da Universidade Federal Fluminense, Pós-Doutora pela UERJ. Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa / UFF / RJ.
Francimar Tinoco de Oliveira
Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem Médico- Cirúrgica, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro / RJ.

RESUMO

O estudo tem como objetivo geral investigar, na literatura científica em saúde e enfermagem, os instrumentos utilizados na avaliação da qualidade assistencial da atenção primária à saúde a pessoa idosa, com vistas a elaboração de um instrumento de qualidade assistencial a essa clientela. Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, estruturado em duas diferentes etapas: Etapa 1: Revisão integrativa da literatura apresentando evidências acerca da percepção do idoso sob a qualidade do serviço dispensado na Atenção Primária à Saúde. Etapa 2: Estruturar domínios específicos para o delineamento de um instrumento sobre a satisfação da assistência prestada na Atenção Básica ao idoso, tendo como parâmetro o instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool - versão Adulto). Resultados: As evidências foram comparadas e agrupadas por similaridade de conteúdo e discutidas a partir de cinco categorias: 1. acesso de primeira vez, 2. integralidade, 3. longitudinalidade, 4. coordenação, 5. qualificação profissional. Essas cinco categorias embasaram uma contextualização preliminar sobre a criação de um instrumento direcionado a saúde da pessoa idosa, incluindo premissas específicas de abordagem a essa população, como, por exemplo: promoção da autonomia, funcionalidade e envelhecimento ativo. Conclusão: Esse estudo pode contribuir diretamente com o processo de trabalho dos profissionais integrantes da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família, pois identifica os nós críticos a uma assistência de qualidade a partir de quem se utiliza dos serviços oferecidos, bem como com a construção de estratégias locais

para sua resolução. Nesse sentido, aponta contribuições para melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas, especialmente das pessoas idosas.

Descritores: Qualidade da Assistência. Avaliação em Saúde. Atenção primária à saúde. Idoso. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Para o Sistema Único de Saúde (SUS), superar desafios postos e propor novas formas de atuação tornou-se, nos últimos anos, um imperativo. É necessário avançar na construção de uma abordagem diferenciada de cuidado a fim de modificar o cenário de intensa fragmentação, demonstrado cotidianamente por lacunas assistenciais importantes presentes nos serviços e na articulação entre eles, com grandes incoerências entre a oferta de serviços e as necessidades de saúde da população.[1-2]

É fundamental que o sistema de saúde atenda adequadamente às crescentes demandas da população que envelhece, levando em consideração as questões que refletem as peculiaridades desse grupo etário. Isso trouxe à tona a necessidade de elaboração e adequação de ações e políticas públicas com vistas à melhoria das condições de vida do novo perfil populacional.[3-4]

A Atenção Primária a Saúde (APS) funciona como porta de entrada do sistema de saúde ofertando serviços. No Brasil, a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente está presente na Política Nacional de Atenção Básica, que caracteriza a atenção básica por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, que abrange prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde exequíveis no nível da atenção primário ou por meio do suporte operacional dos demais níveis de complexidade do sistema.[5]

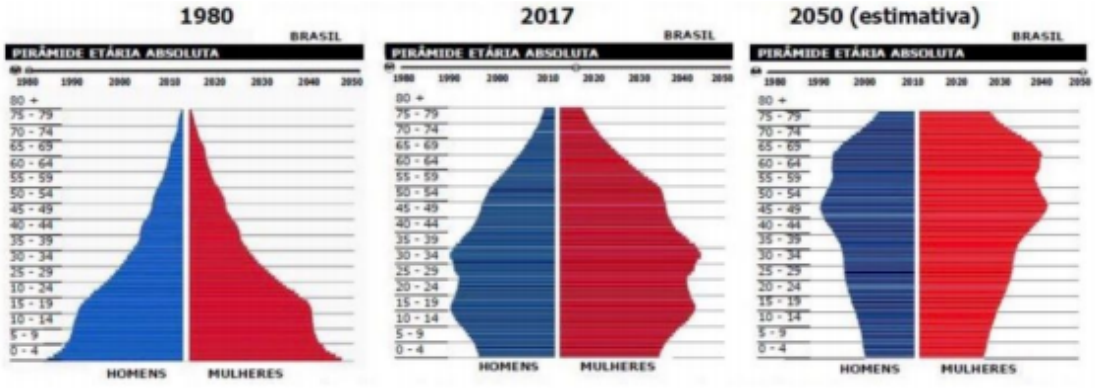
Uma série de discussões vêm reforçando a concepção de gestores e profissionais de que a atenção primária tem importância significativa na reorganização do sistema de saúde.[6] A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como prioritária para a reorientação do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e diversas iniciativas têm sido propostas para avaliar em que medida a ESF está orientada à APS.[7] Dentre estas iniciativas, encontra-se a aplicação do instrumento *Primary Care Assessment Tool* – PCATool-Brasil versão Adulto, que tem como proposta avaliar qualidade da assistência prestada, tendo como base os atributos essenciais da APS.[8]

Todos os dispositivos reconhecem a necessidade da consolidação da rede de proteção social da pessoa idosa, na direção de uma sociedade para todas as idades. O envelhecimento nos desafia a produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas, já que a proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.[2]

O notório aumento na expectativa de vida da população gera um número cada vez mais elevado de idosos e estima-se que em 2020, no Brasil, teremos um quantitativo populacional de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo assim o sexto país do mundo em número de idosos.[9]

Fica evidente que com esta tendência evolutiva e demonstrada a seguir, na figura 01, torna-se cada vez mais necessário serviços de saúde de qualidade, que garantam a satisfação dos usuários e se tornem referência assistencial para esse idoso.

Figura 01: Evolução da pirâmide etária brasileira, durante o período de 2013 a 2060.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2018.

A definição de qualidade do cuidado é tarefa complexa e essencial para a avaliação das políticas e intervenções em APS.[10] Pesquisas de grande envergadura sobre a qualidade dos serviços de saúde, muitas vezes associadas à implantação de políticas, ainda esbarram em dificuldades, que englobam desde a falta de consensos sobre definições, modelos conceituais e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação dos resultados.[11-12]

Para uma assistência satisfatória à saúde ao idoso, é necessário um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) bem estruturado. Sendo assim, existem alguns processos de trabalho, como, por exemplo: Gestão Clínica, Programa de Educação Permanente, análise do Diagnóstico Situacional de uma área de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF), além de instrumentos de satisfação que contam com avaliação de diversos componentes da rede, dentre eles, o usuário.[13]

O instrumento *Primary Care Assessment Tool*- PCATool, traduzido para o Brasil como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, foi selecionado como modelo de excelência e disponibilizado pela Ministério da Saúde (MS) em 2006 e adotado como referência nacional. Esse instrumento dispõe sobre a qualidade da assistência prestado na APS e para o desenvolvimento desse estudo, optou-se por utilizá-lo como modelo e direcionar a elaboração de uma versão específica para a pessoa idosa.

Frente ao exposto, foram traçados os seguintes objetivos: **Geral:** investigar, na literatura científica em saúde e enfermagem, os instrumentos utilizados na avaliação da qualidade assistencial da atenção primária à saúde a pessoa idosa, com vistas a elaboração de um instrumento de qualidade assistencial a essa clientela. **Específicos:** discutir os atributos essenciais da Atenção Primária a Saúde, considerando a satisfação dos usuários idosos; delinear domínios específicos referentes a saúde da pessoa idosa, para a elaboração de um instrumento de avaliação da qualidade assistencial a essa população na atenção primária à saúde.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, estruturado em duas diferentes etapas. Na etapa 1 realizou-se uma revisão integrativa da literatura (RIL) apresentando evidências acerca da percepção do idoso sob a qualidade do serviço dispensado na Atenção Primária à Saúde.

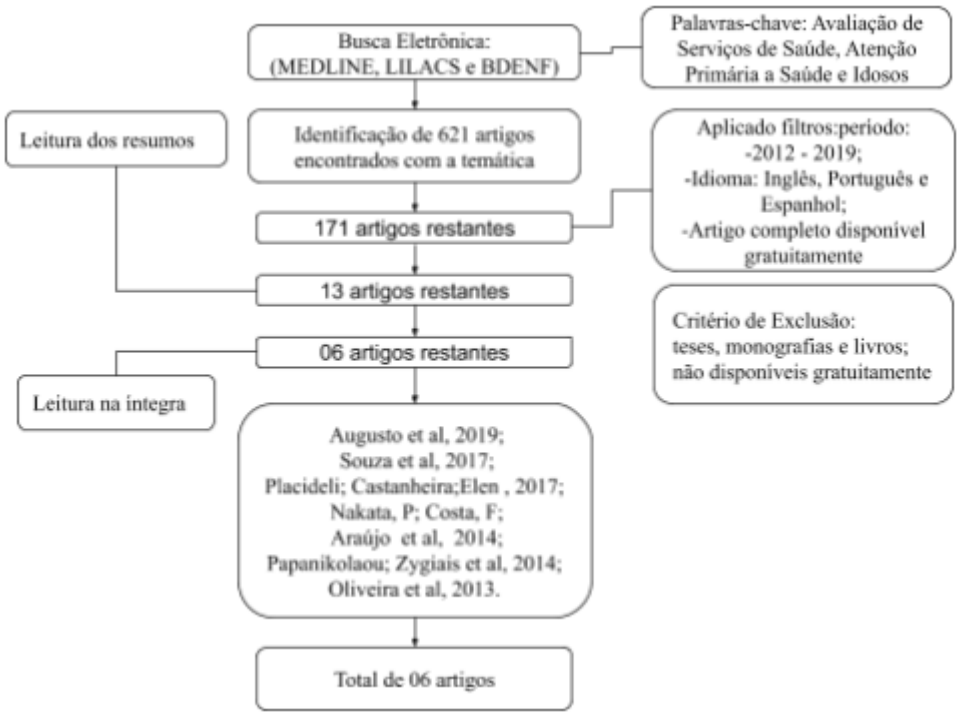
A coleta de dados referente a essa revisão (etapa 1) ocorreu no período de junho a novembro de 2019. O recorte temporal estabelecido foi de 2012 a 2019. Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos e

disponíveis gratuitamente, idioma inglês, espanhol e português e abordar temas relacionados à perspectiva do usuário quanto ao cuidado prestado ao idoso em Unidades Básicas de Saúde. As bases de dados eletrônicas selecionadas foram: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

A questão que norteou a busca foi: "Quais as evidências científicas existentes sobre os instrumentos utilizados para avaliar a satisfação ou percepção da população idosa quanto a assistência prestada na APS?".

Com base na questão norteadora, foram utilizados os seguintes descritores: "Avaliação de Serviços de Saúde", "Atenção Primária à Saúde", "Idosos". Após o cruzamento desses descritores foram encontradas 621 publicações referentes a temática investigada. Ao aplicar dos critérios de elegibilidade mencionados anteriormente, restaram 171 estudos na amostra, que, posteriormente a leitura dos títulos e resumos foram excluídas 158 publicações, restando 13 estudos. Em seguida houve o refinamento da busca, leitura minuciosa das publicações elegíveis na íntegra e, finalmente, foram selecionados 06 estudos. Para melhor exemplificar, segue esquema / figura 2.

Figura 2: Caminho percorrido durante a revisão integrativa



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Na etapa 2 a finalidade foi a de estruturar domínios específicos para o delineamento de um instrumento sobre a satisfação da assistência prestada ao idoso na Atenção Primária a Saúde, tendo como modelo-guia, o instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool-versão Adulto). Essa etapa ocorreu entre os meses de outubro e novembro de 2019 e teve como resultado parcial a descrição de 10 categorias e 55 questões, que ainda estão sendo aprimoradas para, posteriormente, serem validadas por *expertises*, durante a prática assistencial, propriamente dita.

RESULTADOS

Quadro 1: Estudos selecionados na Revisão Integrativa de Literatura.

Título	Autor	Periódico (revista, ano e idioma)	País/ Base de dados
Avaliação da assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários.	Souza, et al.	Rev. Ciênc. Plur; 3(2): 42-52; 2017; Português	Brasil (Lilacs)
Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária.	Placideli, Nádia; Castanheira, Elen Rose Lodeiro	Rev. Kairós; 20(2): 247-269;2017 Português	Brasil (Lilacs)
Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso	Araújo, et al.	Ciênc. saúde coletiva, vol.19, n.8, pp.3521-3532;2014 Português	Brasil (Lilacs)
Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. Health Expectations	Papanikolaou, V; Zygiaris, S.	Health Expectations, 17: 197-207;2014; Inglês	Grécia (Medline)
Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010	Augusto, et al.	Epidemiol. serv. saúde; 28(1): e2018128; 2019; Português	Brasil (Lilacs)
Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública	Oliveira, et al.	Rev. bras. med. fam. comunidade; 8(29): 264-273; 2013; Português	Brasil (Lilacs)

Fonte: Elaboração própria, 2019.

A partir da análise dos estudos selecionados foi possível tangenciar a similaridade dos eixos transversais utilizados para a avaliação da assistência prestada ao idoso.

Os estudos evidenciaram que os usuários avaliaram positivamente o serviço oferecido nas unidades de atenção primária à saúde, classificando-o como: muito bom, nas questões relacionadas a acesso de primeira vez e qualificação profissional, como mediano, nas questões que envolvem a longitudinalidade e integralidade e, com avaliação negativa, o item coordenação.

Os itens avaliativos foram agrupamentos em cinco blocos, por meio da efetivação dos seguintes atributos: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência/integralidade e coordenação. Constatou-se forte evidência relacionada a “qualificação profissional”, identificada repetidamente nos estudos avaliados, configurando-se como o quinto bloco.

Quadro 2: Síntese das evidências acerca dos itens avaliados nos estudos selecionados.

ITENS AVALIADOS NOS ARTIGOS	IDENTIFICAÇÃO DOS ARTIGOS DA RI
Acesso de primeiro contato Acolhimento Acessibilidade	**01; 02; 03; 04; 05; 06.**
Longitudinalidade Criação de vínculo Relação profissional/idoso Referência e contrarreferência Resolutividade	**01; 02; 03; 04; 05; 06.**
Integralidade Atenção a saúde integral do idoso Continuidade da assistência Serviços disponíveis Tecnologias disponíveis para cuidado	**01; 02; 03; 04; 05; 06.**
Coordenação Encaminhamentos Atendimento telefônico/sites Sistemas informatizados Registros	**01; 03; 04; 06.**
Qualificação profissional; Conhecimento sobre atenção integral acerca das especificidades da saúde do idoso Orientações/educação em saúde	**01; 02; 03; 05; 06.**

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Nas últimas décadas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido revitalizada, haja vista sua centralidade para a melhoria dos cuidados e dos resultados em saúde. A APS abrangente ou integral é fundamentada na compreensão da saúde como direito e está relacionada com os processos de desenvolvimento social e da determinação social da doença. Um dos pontos centrais dessa perspectiva é a integração da APS ao sistema de saúde para a garantia do cuidado integral, acesso e cobertura universal com base em necessidades em saúde da população.[12]

Um serviço de saúde dirigido à população em geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatros atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também atributos derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural, que qualificam as ações desses serviços, tais como: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural.[14]

O tema qualidade ganhou forte impulso na APS brasileira com a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em 2011, que institucionalizou o incentivo financeiro do MS à melhoria do padrão da assistência oferecida aos usuários do SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por meio das equipes de saúde da família.[14-15]

A avaliação externa do PMAQ, conduzida por uma rede de mais de 40 universidades e centros de pesquisa federais, propiciou a expansão das concepções de

Donabedian e Starfield, no enfrentamento de múltiplos desafios teóricos e metodológicos para estimar a qualidade dos serviços de APS no Brasil.[14-16]

Ao pesquisar na literatura científica, estudos sobre as teorias que norteiam a qualidade em saúde encontra-se uma gama de conceitos e de perspectivas diferentes sobre o que é essa qualidade, às vezes divergentes e, em alguns casos, até mesmo antagônicos.[17]

Desde sua publicação, em 1966, Donabedian desenvolveu por mais de duas décadas um dos modelos mais referidos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. A utilidade da tríade "estrutura, processo e resultado", para avaliar os serviços de saúde, se multiplicou em todo o mundo após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada entre 6 e 12 de setembro de 1978, em Alma Ata, na República do Cazaquistão. Convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, a Conferência demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.[18]

O desenvolvimento da fundamentação teórica e metodológica, de critérios e indicadores para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços de saúde é estratégico para a padronização de instrumentos, a identificação de áreas que precisam de maior atenção ou a necessidade de revisão de protocolos e de reorganização do serviço.[19]

A maneira como os indicadores são selecionados e organizados e seus dados coletados influencia diretamente na qualidade da avaliação, por isso é necessário conhecer algumas características que dão um grau de excelência a um indicador. Entre elas pode-se citar: confiabilidade, validade, simplicidade, sensibilidade, objetividade, abrangência, baixo custo, compatibilidade e utilidade.

Dando continuidade as etapas metodológicas do estudo, conforme descritas anteriormente, ao pensar na elaboração de um instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada na APS a pessoa idosa, foi observado que os estudos selecionados utilizavam instrumentos não específicos para essa população, propriamente dita, como por exemplo: *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP), Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), PCATool-Brasil versão Adulto, SERVQUAL.

Desse modo, para a elaboração de um instrumento que contemplasse a saúde da população idosa e que "conversasse" com o programa de qualidade instituído pelo MS, avaliando de forma ampla as fundamentações da APS foi escolhido o PCATool- Brasil versão adulto, por ser um instrumento com maior difusão no Brasil e pautar-se nos atributos essenciais da APS.

Além de utilizar como modelo-guia o instrumento já validado no Brasil PCATool, para fundamentar essa investigação foram utilizados os três componentes orientadores de qualidade de Donabedian[18]: 1. Estrutura: corresponde aos recursos necessários à assistência, abrangendo a área física, recursos humanos, materiais e financeiros e sistemas de informação, 2. Processo: envolve boa parte da complexidade do tratamento e depende diretamente do acesso do usuário ao serviço, dos aspectos éticos/interpessoais, da autonomia do usuário, do apoio social e comunicação/informação que este recebeu e do processo de trabalho da equipe de enfermagem, 3. Resultados: correspondem à análise dos produtos em termos de saúde pelo usuário.

Além disso, buscou-se refletir sobre a utilização de medidas que possam ser aplicadas em diversos setores da Estratégia de Saúde da Família e/ ou Unidades Básicas de Saúde, de forma que represente segurança e precisão em seus resultados.

E, finalmente, como produto parcial foi elaborado um instrumento (versão idoso), composto de 10 categorias e 55 questões que versam sobre especificidades da pessoa idosa, como, por exemplo: promoção da autonomia, funcionalidade e envelhecimento ativo,

que ainda estão sendo aprimoradas para, posteriormente, serem validadas por *expertises* em campo de prática / serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade é um conceito dinâmico, que muda seus referenciais ao longo do tempo e, por isso torna-se importante conhecer e avaliar a percepção de qualidade dos idosos e profissionais para melhor direcionar as estratégias e ações planejadas e realizadas nos serviços de saúde.

O presente estudo traz contribuições relevantes para a área de Enfermagem, ao apresentar a importância da disponibilidade de instrumentos específicos para verificar a qualidade de assistência (QA) prestada à saúde da pessoa idosa, considerando as especificidades dessa população.

Ademais, a utilização de instrumentos que avaliam a QA fornece informações adicionais aos profissionais de saúde sobre a satisfação dos usuários, sendo importante termômetro para continuação das práticas incorporadas. É também um portal de comunicação capaz de facilitar o diálogo entre os idosos e os profissionais de saúde, o que favorece a compreensão mais ampla dos problemas vivenciados, melhorando assim a qualidade da assistência a essa população.

Os estudos produzidos na área da enfermagem demonstraram concordância com os achados neste estudo, corroborando que há reconhecimento por parte dos idosos nos aspectos de acesso aos serviços (utilização, acessibilidade e acolhimento) e qualificação profissional, preocupações no que tange a longitudinalidade e a integralidade e restrições ao atributo da coordenação do cuidado.

Os resultados alcançados podem contribuir diretamente com o processo de trabalho dos profissionais integrantes da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família, pois identifica os nós críticos a uma assistência de qualidade a partir do sujeito que utiliza os serviços oferecidos, bem como, com a construção de estratégias locais para sua resolução.

Nesse sentido, aponta contribuições para melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas, especialmente, das pessoas idosas. A avaliação da população idosa na perspectiva assistencial da Estratégia de Saúde da Família poderá favorecer e/ou fortalecer as discussões sobre as políticas públicas de saúde nessa área de conhecimento, direcionando as intervenções nos itens onde houve resultados mais deficientes.

Dessa forma, espera-se que o estudo contribua para o fortalecimento e desenvolvimento da pesquisa e do ensino em enfermagem, com ênfase na temática da avaliação dos serviços primários de saúde e em consonância com as necessidades de saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2020 Maio 04]; 15(5): 2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005&lng=en.

2. Silva MRF, Yazbek MC. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *Rev. katálysis* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 15]; 17(1):102-110. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802014000100011&lng=pt&nrm=iso

3. Melo DS, Martins RD, Jesus RPFS, Samico IC, Santo ACGE. Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 13] ; 51: 62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100255&lng=en.

4. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol [Internet]. 2016 [cited 2019-11-13]; 19 (3):507-519. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt

5.Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 out 4]. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab

6. Araújo LUA, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2020 nov 15]; 19 (8):3521-3532. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000803521&script=sci_arttext

7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2019 aug 14]. Cadernos de Atenção Básica, n. 19 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf

8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool. [Intenet]. Brasília: MS; 2010. (MS. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://www.conasems.org.br/ministerio-da-saude-atualiza-o-manual-do-pcatool-brasil/

9. Veras R, Oliveira M. Care pathway for the elderly: detailing the model. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2016 [cited 2019 nov 17]; 19(6): 887-905. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232016000600887&lng=en&nrm=iso

10. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2019 nov 17]; 17(8):2071-2085. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000800018&script=sci_abstract&tlng=pt

11. Souza ECF, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2008; [cited 2019 nov 17], 24 (suppl.):s100-s110. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf

12. Lima JG, et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde debate [Internet]. 2018 [cited 2019 nov 17]; 42 (spe1): 52-66. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042018000500052&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

13. Soares A. Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2019 [cited 2019 out 29], 53: 39. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102019000100234&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB). [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq

15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).[Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html

16. Barcelos MRB, et al. Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2019 nov 17]; 51:67. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html

17. Souza Junior JJL. Qualidade: um enfoque por teoria da decisão. 2002. 106f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

18. Campos RTO, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate. [Internet]. 2014 [cited 2019 nov 17], 38(n. spe): 252-264.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010311042014000600252&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

19. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Rev. Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [cited 2019 nov 17], 15(Suplemento):225-264. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11

CUSTO DO ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CAPÍTULO

2

Érika Almeida Alves Pereira
Enfermeira, Doutora em Ciências, Enfermeira do Trabalho, PROGEPE/UNIRIO
Aline Ramos Velasco
Enfermeira, Doutora em Ciências, Enfermeira de Centro Cirúrgico, Ministério da Saúde
Renata da Silva Hanzelmann
Enfermeira, Doutora em Ciências, Docente, UNISÃOJOSÉ
Giovana Cópio Ferreira
Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Enfermeira de Unidade de Internação HUGG/UNIRIO
Antônio Augusto de Freitas Peregrino
Enfermeiro, Doutor em Saúde Coletiva, Professor Adjunto, UERJ
Joanir Pereira Passos
Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, EEAP/UNIRIO

RESUMO

Este estudo teve como objetivos: Estimar o custo médio do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Rio de Janeiro; identificar os principais CIDs geradores de absenteísmo; discutir suas implicações na perspectiva da saúde do trabalhador. Método: Estudo de avaliação econômica parcial, do tipo Análise de Impacto Orçamentário, de natureza descritiva e abordagem quantitativa. Foi utilizada amostra de 300 prontuários dos profissionais de enfermagem (74 enfermeiros, 52 técnicos de enfermagem e 174 auxiliares de enfermagem). Realizou-se levantamento dos afastamentos por motivo de saúde homologados junto ao setor de perícias da instituição, entre os anos de 2015 a 2017. Resultados: Observou-se predomínio do sexo feminino, com faixa etária majoritária entre 46 e 50 anos. Dentre as motivações para ocorrência do absenteísmo destacam-se os transtornos mentais, doenças osteomusculares, neoplasias e lesões, envenenamentos e outras causas de consequências externas. Identificou-se altos índices de absenteísmo entre as três categorias, com destaque para os técnicos de enfermagem. Ao longo dos três anos foram registrados um total de 953 licenças médicas, totalizando 17.344 dias de ausências registradas, correspondendo a uma estimativa de custo de R$ 2.053.763,84. Os auxiliares de enfermagem corresponderam a categoria que representou maior estimativa de custo. Conclusão: Os resultados apresentados apontam necessidade de atenção ao índice de absenteísmo, além de implementação de medidas de prevenção e promoção à saúde dos profissionais da equipe de enfermagem, visando a redução do adoecimento dos profissionais, bem como redução do custo gerado com a ocorrência de novos casos de absenteísmo na instituição analisada. Implicações para a enfermagem: O absenteísmo por motivo de doença desestrutura a organização do trabalho

da equipe de enfermagem, gerando sobrecarga para os trabalhadores presentes, além de gerar um círculo vicioso de adoecimentos e ausências ao trabalho.

Descritores: Custo e análise de custo; Absenteísmo; Saúde do Trabalhador.

INTRODUÇÃO

O alto índice de competitividade exigido por um mundo integrado e contemporâneo, no empenho por resultados, amplia os níveis de cobranças e pressões enfrentadas pelos trabalhadores, demandando profissionais com aspectos mental e físico capazes de sustentar e confrontar altas responsabilidades laborais.

As demandas impostas acabam por direcionar indicadores no sentido oposto ao esperado. Esses indicadores, relacionados de modo direto a temas organizacionais, apontam resultados preocupantes, com quedas na produtividade e qualidade do produto ou serviço prestado (FERREIRA, 2012).

Dentre os indicadores pertinentes à atividade laboral, do mesmo modo impactantes nos fatores organizacionais, têm-se as ocorrências de doenças ocupacionais, de acidentes de trabalho e de absenteísmo (FERREIRA, 2012).

O absenteísmo pode ser entendido como a ausência do trabalhador em seu ambiente de trabalho, quando ele deveria estar presente. Há múltiplas motivações capazes de provocar tal ocorrência (CHIAVENATO, 2010).

A ocupação profissional de um indivíduo tem papel essencial em sua vida, como elemento de desenvolvimento pessoal contínuo, como fator de satisfação pessoal e profissional, ou como meio de provimento (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Entretanto, apesar deste trabalho prover panoramas benéficos, como satisfação e inclusão social, também pode ser a origem de malefícios, tornando-o insatisfatório e desagradável (DEJOURS, 2015).

Neste cenário, percebe-se que tanto o espaço físico quanto a estrutura organizacional do trabalho apresentam condições de gerar bem-estar e mal-estar aos agentes envolvidos. Contudo, o enfrentamento desses aspectos concerne à cada indivíduo, único e subjetivo, assim como a conciliação deles com aspectos diversos de sua vida pessoal. Isso pode levar à eventos de insatisfação laboral, influenciando negativamente o profissional, em sua singularidade e coletividade.

A complexidade desses questionamentos aumenta quando trata-se da atuação profissional em âmbito público. Ainda que melhorias tenham ocorrido neste setor ao longo dos anos, suas condições de trabalho são consideradas insatisfatórias. Posto isso, observa-se que há uma convergência para o adoecimento, e por consequência do absenteísmo. Tal ocorrência afeta de forma direta a capacidade de destinação de recursos financeiros escassos e a eficiência real dos serviços prestados ao público (FERNANDES; FERREIRA, 2015; GOMES; SILVA; SÓRIA, 2012).

O presente cenário do servidor público apresenta situações como o quantitativo pessoal insuficiente, a exigência por produtividade, terceirizações de funções, a fragilização das condições de trabalho e a flexibilização de direitos trabalhistas conquistados ao longo de anos (FANTAZIA, 2015).

Tratando-se especificamente da esfera hospitalar, menciona-se as condições pelas quais os hospitais públicos se encontram, como insuficiência de pessoal, falta de insumos e dificuldades financeiras. Torna-se indispensável que a gestão de recursos concentre-se no controle de gastos, otimizando a aplicação dos recursos. No caso do absenteísmo, esse controle está vinculado aos gastos com mão de obra (JUNKES; PESSOA, 2010).

No ambiente hospitalar, o segmento dos recursos humanos mais significativo é composto pelos profissionais da equipe de enfermagem. Desta forma, verifica-se que as categorias

profissionais que constituem esse grupo profissional requerem uma significativa alíquota dos recursos financeiros despendidos pelas instituições (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015).

Os profissionais de enfermagem experienciam uma realidade laboral bastante peculiar, vivenciando um contato muito estreito e cotidiano com pacientes em variados níveis de sofrimento, com a morte, com o excesso de responsabilidades e, em muitos casos, com a falta de reconhecimento profissional. Estes fatores têm potencial para provocar danos à saúde (CEBALLOS-VÁSQUEZ et al., 2015).

O setor público ainda destaca-se pelo reduzido número de legislações que regem a atenção à saúde e a segurança dos trabalhadores. A abordagem deste tema ocorre quando percebe-se a influência exercida pela ocorrência de acidentes de trabalho e afastamento de servidores, e seu impacto sobre a questão orçamentária.

Ainda que existam legislações que atuem sobre a saúde e a segurança dos trabalhadores no setor público, a implementação de medidas voltadas à promoção e prevenção da saúde desses trabalhadores é dificultada. As dificuldades de implementação passam pela escassez de recursos disponíveis e pela própria aplicação do recurso nas atividades. Essa situação evita a ocorrência de agravos à saúde, assim como ocasiona e promove a noção de não valorização por parte desses profissionais.

O absenteísmo é um tema contemporâneo, assim como suas consequências, e consterna pesquisadores no Brasil (MININEL et al., 2013; SANCINETTI et al., 2011) e no mundo (BAYDOUN; DUMIT; DAOUK-ÖYRY, 2016; DAMART; KLETZ, 2016; ENNS; CURRIE; WANG, 2015; MUDALY; NKOSI, 2015).

Os tipos de absenteísmo são diversos, dentre eles, é possível enfatizar o absenteísmo-doença. Este tipo de absenteísmo é caracterizado pela ausência do trabalhador em seu local de trabalho por adoecimento de sua saúde. A ausência desse profissional é justificada por licença médica. Tratando-se dos servidores públicos, a Lei nº 8.112/1990 determina que este afastamento justificado ocorre sem prejuízo de sua remuneração, desde que realizada a Perícia Médica Oficial (PMO) (BRASIL, 1990).

Identifica-se que o enfoque na equipe de enfermagem é preponderante em estudos realizados no ambiente hospitalar, visto que é composta pelo maior número de profissionais atuantes nesse ambiente (ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015; MININEL et al., 2013; SANCINETTI et al., 2011).

É possível evidenciar que, no setor público, não existe fonte para consulta que relate o total de gastos com servidores afastados por acidentes de trabalho ou por licenças médicas.

Diversos estudos indicam pressupostos para a ocorrência do absenteísmo entre os profissionais de enfermagem, levantando os problemas de saúde predominantes e calculando taxas de absenteísmo. No entanto, esses estudos não apresentam uma análise dos custos financeiros decorrentes dos afastamentos (CALIL; JERICÓ; PERROCA, 2015; MANTOVANI et al., 2015; QUADROS et al., 2016).

Este fato demonstra a necessidade de analisar os aspectos financeiros relacionados às elevadas taxas de ausência dos trabalhadores pertencentes à equipe de enfermagem. Deste modo, espera-se colaborar com a elaboração de medidas capazes de atenuar ou evitar falhas na alocação de recursos financeiros escassos, propondo uma aplicação mais eficiente.

Os objetivos foram: Estimar o custo médio do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do Rio de Janeiro; identificar os principais CIDs geradores de absenteísmo; discutir suas implicações na perspectiva da saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

O presente estudo desenvolveu uma avaliação econômica parcial em saúde, do tipo Análise de Impacto Orçamentário (AIO). De natureza descritiva e retrospectiva, abordou o tema de forma quantitativa, pela utilização de dados estatísticos reais, considerando um horizonte temporal de três anos, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017.

O estudo buscou levantar os custos relacionados pelo absenteísmo por motivo de doença, vivenciado pelos membros da equipe de enfermagem de um hospital universitário (HU) vinculado a uma IFES, visto que compõem a maior força de trabalho presente no ambiente hospitalar, além de pertencer às categorias profissionais que possuem o maior número de afastamentos por motivo de doença.

A amostra total foi de 300 prontuários, composta de 74 enfermeiros, 52 técnicos de enfermagem e 174 auxiliares de enfermagem atuantes em um HU.

Como critérios de inclusão, considerou-se o vínculo empregatício de servidor público federal efetivo; pertencer à equipe de enfermagem, e; ter período de atuação profissional na instituição igual ou superior a um ano. Como critério de exclusão, teve-se em consideração também o vínculo empregatício, excluindo-se servidores com outros vínculos empregatícios que não o de servidor público efetivo.

O estudo foi realizado junto ao Setor de Perícia (SP) de uma IFES, por ser o responsável pela homologação dos afastamentos por motivo de doença e pelo acompanhamento dos profissionais afastados de suas atividades laborais por licenças médicas. Foram obtidos os dados referentes ao absenteísmo por motivo de doença da população do estudo, valendo destacar que outros tipos de licença não foram considerados, como por exemplo, afastamentos por licença maternidade.

O HU onde os profissionais estudados atuam, localizado no município do Rio de Janeiro, possui capacidade superior a 200 leitos, com serviços de clínica médica e cirúrgica, ortopedia, pediatria e outros.

A busca pelos registros de afastamentos ocorridos durante o período estabelecido foi realizada por meio de consulta aos prontuários eletrônico e físico de cada servidor. As variáreis: sexo, idade, número de afastamentos, total de dias de cada afastamento e a classificação do problema de saúde, de acordo com o Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), sendo considerado apenas o CID primário.

Para o cálculo das taxas de absenteísmo, utilizou-se a fórmula apresentada nas Resoluções COFEN nº 293/2004 e COFEN nº 543/2017, que estabelecem parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, destacada a seguir (COFEN, 2004; 2017).

$$TA = 500x\frac{[(6FM1)+(8FM)+(12FP)]}{(JSTxTFxTD)} \quad (1)$$

Onde:
TA = Taxa de absenteísmo
FM = Número de faltas, em escalas de 8 horas
FM1 = Número de faltas, em escalas de 6 horas
FP = Número de faltas, em escalas de 12 horas
JST = Jornada semanal de trabalho
TF = Total de funcionários
TD = Total de dias úteis

O custo ocasionado pelo dia de trabalho perdido foi levantado no Plano de Carreira dos Cargos Técnicos Administrativos em Educação (PCCTAE), considerando a média do vencimento básico de cada um dos níveis de classificação possíveis, ao longo das progressões salariais dentro do serviço público federal, de acordo com a Figura 1 (BRASIL, 2005).

Para o cálculo do custo com o absenteísmo, levou-se em consideração apenas o vencimento básico, não tendo sido acrescidos outros ganhos salarias previstos, como adicional de progressão por capacitação profissional, incentivos à qualificação e adicionais de insalubridade. Outro custo que igualmente não foi adicionado foi o custo com a reposição de pessoal no pagamento de Adicional de Plantão Hospitalar (APH).

Figura 1 – Quadro de remuneração média dos servidores por categoria profissional, HU – Rio de Janeiro, 2018.

Categoria	Média Vencimento Básico (± DP)	Dia Útil/Servidor
Enfermeiro	R$ 5.996,75 ± R$ 1.039,72)	R$ 199,89 ± R$ 34,66)
Técnico de Enfermagem	R$ 3.509,93 ± R$ 608,55)	R$ 116,99 ± R$ 20,28)
Auxiliar de Enfermagem	R$ 2.790,00 ± R$ 483,73)	R$ 93,00 ± R$ 16,13)

Fonte: Estrutura do vencimento básico do PCCTAE, a partir de 1º de janeiro de 2017.

Em relação aos aspectos éticos o projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob o nº de série CAAE: 99597818.3.0000.5285, Parecer nº 3.027.763. Foi solicitada a dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pela justificativa da utilização de um banco de dados existente.

RESULTADOS

Primeiramente, vale ressaltar que foram registrados casos de afastamentos por motivo de doença na maioria dos profissionais de enfermagem atuantes no HU ao longo do período analisado, com 59,5% do número total de enfermeiros, 71,2% dos técnicos de enfermagem e 74,1% dos auxiliares de enfermagem.

O maior número de afastamentos entre a categoria auxiliar de enfermagem é corroborado por outros autores (BREY et al., 2017; LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Este estudo aponta que, entre os profissionais de enfermagem, existe um predomínio da ocorrência de afastamentos do sexo feminino, correspondendo a 93,2% do total de enfermeiros com histórico de afastamentos. Entre os técnicos e auxiliares de enfermagem, esse percentual corresponde a 72,9% e 82,9%, respectivamente.

Outros autores destacam essa realidade, justificando esse predomínio como uma característica própria da profissão, que é marcada historicamente pelo trabalhado vocacionado para este sexo (BARGAS; MONTEIRO, 2014; FORMENTON; MININEL; LAUS, 2014; MARQUES et al., 2015).

A idade dos profissionais com histórico de afastamentos por motivo de saúde variou entre 25 e 70 anos. Entretanto, ressalta-se que as três categorias profissionais são compostas em sua maioria por faixa etária superior a 50 anos de idade, sendo 36,37% dos enfermeiros, 35,13% dos técnicos de enfermagem e 48,84% dos auxiliares de enfermagem, indicando para a ocorrência do envelhecimento da força de trabalho no HU.

A literatura aponta divergência com relação à faixa etária de ocorrência do absenteísmo. Marques et al. (2015) encontraram que 59,6% dos profissionais de enfermagem com afastamento possuíam idade superior a 40 anos. Entretanto, Brey et al. (2017) apontaram predomínio de afastamentos na faixa etária de 21 a 30 anos, correspondendo a 67,2% do absenteísmo registrado. O estudo de Calil, Jericó e Perroca (2015), por sua vez, apontou o predomínio da ocorrência de afastamentos entre profissionais de 20 a 40 anos, o que representou 79,3% das licenças registradas.

O conhecimento da relação entre idade e ocorrência de absenteísmo, assim como do seu impacto no exercício profissional faz-se necessário, visto que existe um envelhecimento do contingente profissional. Com isso, existe a necessidade da realização

de novos estudos que correlacionem esses aspectos, com o intuito de instituir providências para a promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores. Essas medidas por sua vez, deverão abranger o gerenciamento do número adequado de profissionais no quadro profissional atuante, da mesma maneira que abordam as qualidades de vida no local de trabalho e da assistência prestada.

A Tabela 1 revela a supremacia dos auxiliares de enfermagem tanto no número de licenças médicas, com 532 (55,82%) dos registros de licenças homologadas, perfazendo um total de 56,6% (n=9.818) dias de perdidos de trabalho. Contudo a média de dias perdidos por licenças médicas foi maior entre os técnicos de enfermagem, com 20,79 dias.

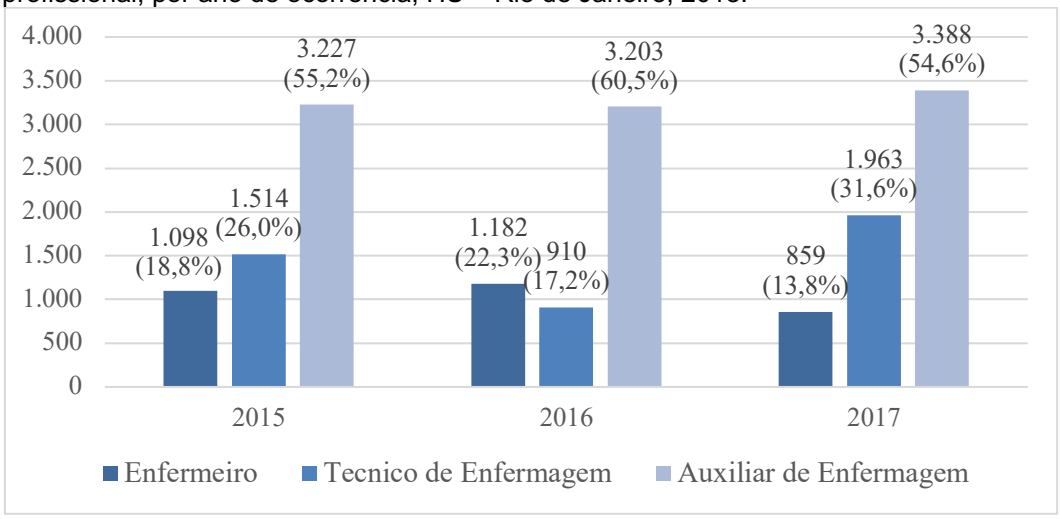
No que tange o número total de dias de afastamentos entre as categorias profissionais, a Figura 2 revela o predomínio dos afastamentos entre os auxiliares de enfermagem ao longo dos três anos analisados.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais afastados, licenças médicas e dias perdidos, segundo categoria profissional, entre os anos de 2015 e 2017, HU – Rio de Janeiro, 2018.

1.1.1.1 ategoria	Profissionais Afastados		Licenças Médicas			Dias Perdidos		
	N	%	N	%	mLic	N	%	mDp
Enfermeiro	44	20,95	210	22,04	4,77	3.139	18,1	14,94
Técnico de Enfermagem	37	17,62	211	22,14	5,70	4.387	25,3	20,79
Auxiliar de Enfermagem	129	61,43	532	55,82	4,12	9.818	56,6	18,45
Total:	210	100	953	100	-	17.344	100	-

Fonte: Dados da pesquisa.
Legenda: mLic = Média de licenças médicas por profissional afastado; mDp = Média de dias perdidos por licenças médicas.

Figura 2 – Gráfico da distribuição do número de licenças médicas segundo categoria profissional, por ano de ocorrência, HU – Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 2 apresenta a distribuição de dias de afastamento dos profissionais, de acordo com o CID que justificou sua ocorrência. Nela, pode ser visto que, entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem houve o predomínio de afastamentos relacionados aos transtornos mentais, doenças osteomusculares e neoplasias. Já dentre os auxiliares

de enfermagem, as maiores ocorrências de absenteísmo foram relacionadas às lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, seguidos pelos transtornos mentais e comportamentais e das doenças do sistema osteomuscular.

Os resultados observados foram similares aos obtidos por Lucca e Rodrigues (2015), em um HU de São Paulo. Os autores verificaram que as causas com maior número de registro de afastamentos entre os profissionais de enfermagem foram as relacionadas aos transtornos mentais (24,8%), aos problemas osteomusculares (17,86%), às lesões, envenenamento e consequências de causas externas (9,39%) e às neoplasias e doenças hematopoiéticas e autoimunes (6,32%). Todavia, em estudo realizado por Marques et al (2015), com profissionais de enfermagem de um HU, os resultados apontam para um maior número de afastamentos relacionados às doenças osteomusculares (19,7%), seguidas dos transtornos mentais (18,04%) e das lesões, envenenamento e causas externas (8,39%).

Tabela 2 - Distribuição dos dias de afastamentos dos profissionais da equipe de enfermagem do HU pelos CIDs primários identificados, de 2015 a 2017, segundo CID-10, HU – Rio de Janeiro, 2018.

CID – 10	Enfermeiros		Tec. de Enfermagem		Aux. de Enfermagem	
	N	%	N	%	N	%
Cap I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00 - B99)	57	1,82	64	1,46	640	6,52
Cap II - Neoplasias [Tumores] (C00 - D48)	376	11,98	543	12,38	726	7,39
Cap III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50 - D90)	0	-	0	-	65	0,66
Cap IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00 - E90)	30	0,96	30	0,68	455	4,63
Cap V - Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)	956	30,45	1.714	39,07	1.632	16,63
Cap VI - Doenças do sistema nervoso (G00 - G99)	4	0,13	6	0,14	557	5,67
Cap VII - Doenças do olho e anexos (H00 - H59)	31	0,99	66	1,50	179	1,82
Cap VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastoide (H60 - H95)	15	0,48	11	0,25	18	0,18
Cap IX - Doenças do aparelho circulatório (I00 - I99)	69	2,20	39	0,89	860	8,76
Cap X - Doenças do aparelho respiratório (J00 - J99)	37	1,18	52	1,19	95	0,97
Cap XI - Doenças do aparelho digestivo (K00 - K93)	77	2,45	57	1,30	106	1,08
Cap XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00 - L99)	1	0,03	5	0,11	40	0,41
Cap XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00 - M99)	934	29,75	1.062	24,21	999	10,19
Cap XIV - Doenças do aparelho geniturinário (N00 - N99)	127	4,04	178	4,06	242	2,46
Cap XV - Gravidez, parto e puerpério (O00 - O99)	177	5,64	196	4,47	313	3,19
Cap XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00 - R99)	18	0,57	83	1,89	122	1,24
Cap XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00 - T98)	194	6,18	211	4,81	2.635	26,84
Cap XX - Causas externas de morbidade e mortalidade (V01 - Y98)	0	-	5	0,11	5	0,05
Cap XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00 - Z99)	36	1,15	65	1,48	129	1,31
TOTAL:	3.139	100	4.387	100	9.818	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Transtornos mentais e comportamentais

Os transtornos mentais e comportamentais foram responsáveis pelo maior número de dias de afastamento neste estudo, entre os enfermeiros e os técnicos de enfermagem, com 956 dias (30,45%) e 1.714 dias (39,07%), respectivamente. Na categoria profissional dos auxiliares de enfermagem, foram a segunda causa, somando 1.632 dias (16,63%). As três categorias totalizaram 4.302 dias perdidos.

Dentre os possíveis transtornos mentais e comportamentais, os transtornos de humor foram responsáveis por 458 dias (47,91%) de afastamento entre enfermeiros, 1425 dias (83,14%) entre técnicos de enfermagem e 791 dias (48,47%) entre os auxiliares de enfermagem. Dentre os possíveis transtornos de humor, o transtorno depressivo foi o mais frequente.

Os profissionais de enfermagem, durante seu cotidiano profissional, são encarregados da assistência direta e contínua de pacientes em diferentes estados de saúde. Isso gera um envolvimento constante com situações de sofrimento e perdas, de elevadas exigências de trabalho e comprometimento, de ambientes de trabalho precários e recursos escassos, de riscos ocupacionais, de sobrecarga laboral e de relações interpessoais difíceis (FERREIRA et al., 2017; PINTO et al., 2016; RIOS; SILVA et al., 2015).

Tais situações ocasionam desgastes físico e emocional, segundo Ferreira et al. (2017), progredindo para um cenário de estresse que compromete as qualidades de prestação de serviço e de vida desses profissionais. O absenteísmo no trabalho torna-se o resultado dos problemas gerados em sua saúde.

A falta de reconhecimento profissional é considerada outra característica existente no âmbito hospitalar. Esse aspecto predispõe os profissionais à manifestação de estresse ocupacional e de transtornos mentais (FERREIRA et al., 2017; PINTO et al., 2016; RIOS; SILVA et al., 2015).

Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

O segundo maior causador de afastamentos por motivo de doença neste estudo foi o conjunto das doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, com 934 dias (29,75%) e 1062 dias (24,21%), nesta ordem. Entre os auxiliares de enfermagem, foi considerado o terceiro maior causador, com 999 dias (10,19%).

Em todas as categorias as dorsopatias foram a causa mais frequente entre os afastamentos registrados, totalizando 781 dias (83,61%) entre os enfermeiros, 811 dias (76,36%) entre técnicos de enfermagem e 363 dias (36,33%) entre auxiliares de enfermagem.

Entre as dorsopatias registradas como causa de afastamento por motivo de doença destacou-se as lombalgias.

Como destacado anteriormente, a exigência laboral dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar é alta e constante. Segundo Lelis et al. (2012), as demandas físicas exigidas desses profissionais, como o levantamento de peso, podem levar à adoção de posturas inadequadas.

Alguns estudos apontam o conjunto das doenças osteomusculares como a principal causa, entre os profissionais de enfermagem, de absenteísmo, pressupondo que essa ocorrência está associada às atividades laborais cotidianas realizadas pelos profissionais (BREY et al., 2017; MANTOVANI et al., 2015; MARQUES et al., 2015).

A movimentação de pacientes e as longas jornadas de trabalho são frequentemente relacionadas à ocorrência de lombalgias, conforme Shawashi et al. (2015). De acordo com os autores, a lombalgia é considerada o evento de maior prevalência dentre os problemas

osteomusculares, internacionalmente. Ainda segundo os autores, a lombalgia é apontada, entre profissionais de enfermagem de hospitais governamentais jordanianos, como a primeira causa de incapacidade, redução de desempenho físico no trabalho e absenteísmo.

Conforme Abolfotouh et al. (2015), elevada incidência de lombalgias é observada em um hospital geral no Qatar. Dentre os profissionais de enfermagem do referido hospital, 54,3% mencionaram ter apresentado quadro de lombalgia por ao menos um dia, enquanto 26,8% referiram apresentar lombalgia crônica.

Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas

Neste estudo, as lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas se destacaram na categoria profissional dos auxiliares de enfermagem, apresentando o maior número de dias de afastamento entre esses profissionais, 2.635 dias no total (26,84%). Nas demais categorias, este grupamento do CID foi o quarto maior responsável pelo total de dias de afastamento entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem, com 194 dias (6,18%) e 211 dias (4,81%), na devida ordem.

O CID para lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas é amplo, englobando traumatismos e suas sequelas em geral, queimaduras, complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, entre outros, fato este que pode justificar a sua ampla ocorrência.

Marques et al. (2015), em estudo realizado em um HU de Goiás, apontam este grupo do CID como a terceira causa que mais justificou atestados médicos entre profissionais de enfermagem, com um total de 8,39% dos atestados registrados.

Em um HU na região Sul do país, Mantovani et al. (2015) identificou as ocorrências por este CID como a quinta causa entre os motivos de afastamento por doença entre os profissionais de enfermagem.

Assim como as doenças do sistema osteomuscular, admite-se a associação deste grupamento do CID à riscos ergonômicos e mecânicos, reiterando a necessidade de uma melhor avaliação e reconhecimento das causas relacionadas a este afastamento.

Neoplasias

As categorias profissionais de enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentaram as neoplasias como a terceira causa preponderante pelo total de dias de afastamento por motivo de doença, com 376 dias (11,98%) e 543 dias (12,38%). Entre os auxiliares de enfermagem, as neoplasias foram consideradas a quinta causa, com 726 dias (7,39%).

Entre as neoplasias responsáveis por afastamentos, o câncer de mama foi a maior causa entre os afastamentos de enfermeiras, e apresentou importante destaque entre a categoria dos auxiliares de enfermagem.

O câncer de mama é o tipo de câncer de maior incidência mundial entre mulheres. Foi estimado que, nos anos de 2016 e 2017, ocorreram 57.960 novos casos no Brasil. Estimou-se um risco de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2018).

Dado o fato de que os profissionais de enfermagem são majoritariamente do gênero feminino, existe a necessidade da realização de ações voltadas à saúde das trabalhadoras, com a promoção, prevenção e incentivo ao acompanhamento e detecção precoce de casos de câncer de mama.

Taxa de Absenteísmo e Custo do Absenteísmo

Com base na informação do total de afastamentos por ano, para cada categoria profissional, foi possível determinar a taxa de absenteísmo dos profissionais, a partir da Equação 1.

De acordo com o exposto na Tabela 3, pode-se observar que todas as categorias profissionais avaliadas obtiveram uma taxa de absenteísmo superior ao percentual previsto na legislação para os anos de 2015 e 2016. Para o ano de 2017, apenas a categoria profissional dos enfermeiros não ultrapassou esse limite de referência.

Com referência à taxa de absenteísmo, considerando-se os critérios especificados pelo COFEN (2004), o presente estudo mostra dados críticos, visto que o percentual de 6,7% é o mínimo de profissionais adicionais que a instituição deve antever para cobertura de ausências não previstas. Considerando-se que este estudo estima a taxa de absenteísmo referente a doenças, observa-se que as taxas de absenteísmo apresentam valores acima deste percentual de referência, sem ter em conta outros possíveis motivos para a ausência dos profissionais, como as ausências sem justificativa.

A Tabela 3 ainda apresenta o custo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem, que representou um valor de R$ 2.053.763,84 ao longo do período analisado, sendo a categoria dos auxiliares de enfermagem a que representa o maior custo associado a tal ocorrência.

Tabela 3 – Apresentação da taxa de absenteísmo e do custo do absenteísmo, por categoria profissional e ano, de 2015 a 2017, HU – Rio de Janeiro, 2018.

Categoria	Ano	TA (%)	Dias de Absenteísmo	Remuneração /Dia	Custo Médio Absenteísmo/Ano
Enfermeiro	2015	7,85	1.098	R$ 199,89 (± R$ 34,66)	R$ 219.479,22
	2016	8,45	1.182		R$ 236.269,98
	2017	6,14	859		R$ 171.705,51
	TOTAL	-	3.139		R$ 627.454,71
Técnico de Enfermagem	2015	15,40	1.514	R$ 116,99 (± R$ 20,28)	R$ 177.122,86
	2016	9,26	910		R$ 106.460,90
	2017	19,97	1.963		R$ 229.651,37
	TOTAL	-	4.387		R$ 513.235,13
Auxiliar de Enfermagem	2015	9,81	3.227	R$ 93,00 (± R$ 16,13)	R$ 300.111,00
	2016	9,74	3.203		R$ 297.879,00
	2017	10,30	3.388		R$ 315,084,00
	TOTAL	-	9.818		R$ 913.074,00
TOTAL	-	-	17.334	-	R$ 2.053.763,84

Fonte: Dados da pesquisa.
Legenda: TA = Taxa de Absenteísmo

A taxa de absenteísmo é ponderada como um indicador que necessita ser aplicado na avaliação da saúde dos trabalhadores. Tal parâmetro é considerado importante, e deve ser considerado na gestão de pessoas no âmbito dos serviços de saúde. A utilização desse indicador pode até mesmo estimar a qualidade da assistência prestada (FUGAÇA; CUBAS; CARVALHO, 2015; QUADROS et al., 2016).

Pelo ponto de vista dos custos, o licenciamento médico ocasiona impacto econômico para as instituições. Essas licenças prejudicam a produtividade e elevam os custos ao mesmo tempo em que reduzem a eficiência laboral. Para a equipe de enfermagem, ainda desagregam a estrutura do trabalho e provocam sobrecarga para os profissionais presentes.

O levantamento bibliográfico demonstrou que, a ocorrência do absenteísmo abordada pela perspectiva do impacto econômico é pouco analisada. Comumente, o absenteísmo é estudado com enfoque na saúde do trabalhador, apresentando a relevância na quantidade de dias perdidos pelos profissionais em decorrência de doenças e os fatores relativos ao seu acontecimento.

Dentre os estudos que quantificaram financeiramente o acontecimento do absenteísmo, observa-se custos diretos elevados relacionados à sua ocorrência. Em estudo realizado com dados de absenteísmo registrados em 2008, em um hospital localizado em São Paulo, observou-se que o custo de 2.538 dias referentes ao absenteísmo-doença, foi de R$ 389.817,76 (SANCINETTI et al., 2011).

Procurando identificar o custo adicional ocasionado sobre a folha de pagamentos da Secretaria de Saúde, para cobrir o afastamento de profissionais de enfermagem, em um hospital público localizado em Rondônia, Junkes e Pessoa (2010) verificaram um aumento de 5,2% para o pagamento de auxiliares de enfermagem, e de 0,5% para técnicos de enfermagem. Esses dados demonstram que o absenteísmo pode causar encarecimento dos serviços de saúde.

CONCLUSÕES

A exposição dos profissionais de enfermagem à diferentes situações e riscos intrínsecos de seu processo laboral, possibilita agravos à saúde desses profissionais. Dessa forma, esses fatores favorecem a ocorrência do absenteísmo, tornando-o um desafio a ser vencido.

Fato que o absenteísmo é um problema real, que afeta a dinâmica organizacional, o ambiente de trabalho e a assistência prestada, gerando sobrecarga de trabalho e prejuízos financeiros. Esse problema toma maior magnitude quando se trata dos profissionais de enfermagem, uma vez que estes compõem a maior força de trabalho atuante no ambiente hospitalar.

Identificar os fatores causadores do absenteísmo acarreta a geração de financiamento para a organização de estratégias de prevenção e promoção à saúde dos profissionais. Assim, é possível elaborar alternativas que monitorem e reduzam as taxas observadas de absenteísmo.

Deve-se considerar que, essas estratégias de prevenção e promoção à saúde proporcionarão benefícios aos profissionais, assim como à qualidade da assistência prestada. Além disso, refletirão em custos diretos menores com o absenteísmo e seus efeitos.

Identificou-se uma escassez de estudos no que tange o absenteísmo e sua perspectiva de custos associados. Essa nova abordagem, reforçada pelos resultados obtidos nesta análise de impacto orçamentário, amplia o debate sobre o absenteísmo, sem deixar de priorizar a saúde do ponto de vista do trabalhador.

No entanto, é preciso ressaltar que, a realização unicamente de cálculos percentuais não é suficiente, caso não haja o reconhecimento dos fatores motivacionais mais relevantes para a ausência do profissional de seu ambiente de trabalho. Deste modo, torna-se plausível a implementação de estratégias intervencionistas eficazes e específicas para real situação identificada.

Implicações para a enfermagem

A vigilância ativa em saúde dos trabalhadores é necessária, com o propósito de anteceder riscos próprios das atividades profissionais, e permitir ações precoces que propiciam segurança na realização dessas atividades.

A identificação das causas preponderantes de absenteísmo dentro da realidade do HU estudado pode favorecer a elaboração de medidas voltadas às reais necessidades da população estudada. Isso possibilita benefícios à saúde desses profissionais, assim como a redução do número de casos de absenteísmo, a melhora nas qualidades de vida no ambiente de trabalho e da assistência prestada.

Uma vez realizada a investigação dos problemas de saúde mais recorrentes e impactantes na ocorrência do absenteísmo, bem como dos custos relacionados a eles, torna-se possível a indicação de estratégias capazes de atender as necessidades de saúde dos profissionais avaliados, priorizando-se os indicadores críticos evidenciados.

Recomenda-se a formulação de políticas de gestão de pessoas voltadas para as necessidades locais encontradas, com destaque à necessidade de investimentos em ergonomia e melhorias no ambiente de trabalho, com a integração e envolvimento dos próprios profissionais nas ações de melhoria, além da adoção de práticas de promoção à saúde.

Observa-se ainda que, outros estudos se fazem necessários, considerando os demais custos acarretados pelo absenteísmo, como os custos gerados ao profissional enfermo, os custos com diagnóstico e tratamento de problemas de saúde e, os custos indiretos relativos à qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ABOLFOTOUH, S. M. et al. Prevalence, consequences and predictors of low back pain among nurses in a tertiary care setting. *International Orthopaedics*, v. 39, n. 12, p. 2439–2449, 2015.

ABREU, R. M. D.; GONÇALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Reasons attributed by professionals of an Intensive Care Unit for the absence at work. *Rev Bras Enferm*, v. 67, n. 3, 2014.

BARGAS, E. B.; MONTEIRO, M. I. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença entre trabalhadores de Enfermagem. *Acta Paul Enferm*, v. 27, n. 6, p. 533–538, 2014.

BAYDOUN, M.; DUMIT, N.; DAOUK-ÖYRY, L. What do nurse managers say about nurses' sickness absenteeism? A new perspective. *Journal of Nursing Management*, v. 24, n. 1, p. 97–104, 2016.

BRASIL. *Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, 1990. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67508032>

_____. *Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005*. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, e dá outras providências. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Conjunta nº 19 de 3 de julho de 2018*. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de mama., 2018.

BREY, C. et al. O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do Sul do Brasil. *RECOM*, v. 7, n. e:1135, 2017.

CALIL, Â. S. G.; JERICÓ, M. C.; PERROCA, M. G. Management of human resources in nursing: Study of the interface age-absenteeism. *REME - Rev Min Enfer*, v. 19, n. 2, p. 79–85, 2015.

CEBALLOS-VÁSQUEZ, P. et al. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Rev Latino Am Enferm*, v. 23, n. 2, p. 315–322, 2015.

CHIAVENATO, I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução nº 293 de 21 de setembro de 2004*. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensaionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados., Brasília, DF, 2004.

_____. *Resolução nº 543 de 18 de abril de 2017*. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem., Brasília, DF, 2017.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*, v. 62, n. 1, p. 38–44, 2009.

DAMART, S.; KLETZ, F. When the management of nurse absenteeism becomes a cause of absenteeism: A study based on a comparison of two health care facilities. *Journal of Nursing Management*, v. 24, n. 1, p. 4–11, 2016.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho - Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. 6. ed. [s.l.] Cortez Editora, 2015.

ENNS, V.; CURRIE, S.; WANG, J. L. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nursing Outlook*, v. 63, n. 3, p. 269–277, 2015.

FANTAZIA, M. M. *Perfil do adoecimento dos trabalhadores de campus universitário do interior paulista: Análise dos dados de absenteísmo por motivo de doença*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu. São Paulo, 72 p. 2015.

FERNANDES, L. C.; FERREIRA, M. C. Qualidade de vida no trabalho e risco de adoecimento- estudo no poder judiciário brasileiro. *Psicologia USP*, v. 26, n. 2, p. 296–306, 2015.

FERREIRA, J. S. et al. Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. *J. res.: fundam. care. online*, v. 9, n. 3, p. 818–823, 2017.

FERREIRA, M. C. *Qualidade de vida no trabalho. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores*. 2. ed. Brasília: Paralelo 15, 2012.

FORMENTON, A.; MININEL, V. A.; LAUS, A. M. Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem de uma operadora de plano de saúde. *Revista Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 42–49, 2014.

FUGAÇA, M. P. A.; CUBAS, M. R.; CARVALHO, D. R. Use of balanced indicators as a management tool in nursing. *Rev Latino Am Enferm*, v. 23, n. 6, p. 1049–1056, 2015.

GOMES, D. C.; SILVA, L. B. E; SÓRIA, S. Condições e relações de trabalho no serviço público: o caso do governo Lula. *Rev. Sociol. Polít*, v. 20, n. 42, p. 167–181, 2012.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Financial Expense Incurred by Medical Leaves of Health Professionals in Rondonia Public Hospitals, Brazil. *Rev Latino Am Enferm*, v. 18, n. 3, p. 406–412, 2010.

LELIS, C. M. et al. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*, v. 25, n. 3, p. 477–482, 2012.

LUCCA, S. R.; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Trab*, v. 13, n. 2, p. 76–
82, 2015.

MANTOVANI, V. M. et al. Research Absenteeism Due To Illness Among Nursing Professionals. *REME - Rev Min Enfer*, v. 19, n. 3, p. 641–646, 2015.

MARQUES, D. O. et al. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. *Rev Bras Enferm,* v. 68, n. 5, p. 876–882, 2015.

MININEL, V. A. et al. Workloads, strain processes and sickness absenteeism in nursing. *Rev Latino Am Enferm*, v. 21, n. 6, p. 1290–1297, 2013.

MUDALY, P.; NKOSI, Z. Z. Factors influencing nurse absenteeism in a general hospital in Durban, South Africa. *Journal of Nursing Management*, v. 23, n. 5, p. 623–631, 2015.

PINTO, A. P. C. M. et al. Estresse no cotidiano dos profissionais de enfermagem: reflexos da rotina laboral hospitalar. *Rev Enferm UFSM*, v. 6, n. 4, p. 548–558, 2016.

QUADROS, D. V. et al. Analysis of managerial and healthcare indicators after nursing personnel upsizing. *Rev Bras Enferm*, v. 69, n. 4, p. 638–643, 2016.

SANCINETTI, T. R. et al. Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 4, p. 1007–1012, 2011.

SHAWASHI, T. O. et al. Occupational-related back pain among Jordanian nurses: a descriptive study. *International Journal of Nursing Practice*, v. 21, n. 52, p. 108–114, 2015.

SILVA, D. S. D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*, v. 49, n. 6, p. 1027–1036, 2015.

VANTAGENS E DESVANTAGENS DA APLICABILIDADE DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE NO REPARO TECIDUAL

CAPÍTULO

3

Eide Nascimento Silva
Coordenadora de Enfermagem, Estomaterapeuta, Membro Comissão de Curativos Solar Cuidados em Saúde
Marcelo José Pedrosa
Home Assistance Responsável Técnico - Estomaterapeuta
Paulo Cesar de Souza Neiva Junior
Instituto Pele Nova Responsável Técnico - Estomaterapeuta
Renata de Oliveira Baptista Nakajima
Professora do Centro Universitário Augusto Motta - Enfermeira Estomaterapeuta, Nefrologista, Enfermeira do trabalho
Solange Rodrigues de Sousa
Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima Enfermeira Supervisora CTI adulto

RESUMO

Objetivo: Descrever as vantagens e desvantagens da aplicabilidade do laser de baixa intensidade no reparo tecidual. Métodos: Foi realizada uma revisão de literatura de caráter qualitativo, exploratório e descritivo. Após definida a questão norteadora da pesquisa, foi realizado o levantamento de dados nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), MEDLINE (National Library of Medicine, EUA). Foram selecionados estudos entre 2010 e 2019, escritos em português e inglês, publicados em periódicos indexados ou não, com disponibilidade na íntegra. Resultados: 11 referências foram incluídas e utilizadas para elaboração da revisão. Na análise dos artigos encontrados, dentre os lasers de baixa intensidade que são utilizados nas intervenções, os mais citados foram HeNe (n=2), AlGaInP (n=2), InGaAIP (n=2) e HTM (n=2), sem superioridade de nenhum dos tipos. Considerações Finais: Os lasers utilizados se mostraram eficazes no reparo tecidual de lesões de pressão e feridas crônicas. Grande parte dos artigos que aborda esse tema, corrobora quanto às ações analgésicas e anti inflamatórias do uso do mesmo, com consequente redução do tamanho da ferida, demonstrando a aplicabilidade da laserterapia no processo de reparo tecidual como uma boa opção terapêutica. Entretanto, fica evidente que o processo de recuperação da ferida é multifatorial e que o uso do laser depende da educação em saúde e outros fatores para obter resultados mais satisfatórios, e que a pouca evidência associada à falta de padronização do uso da técnica revela a necessidade de mais pesquisas sobre o tema, a fim de embasamento para prática clínica.

Descritores: laser, feridas, lesão.

INTRODUÇÃO

A palavra LASER é uma abreviação de “amplificação de luz por emissão estimulada de radiação”[1], onde por meio de um dispositivo um feixe de luz é produzido, podendo ser de alta ou baixa intensidade, sendo esse último utilizado como recurso terapêutico inovador que vem crescendo nos últimos tempos como terapia coadjuvante no tratamento de feridas[1-5].

Há 20 anos foi descrito o uso do laser na dermatologia para o tratamento de feridas cutâneas[2], mas recentemente tem sido visto como válida também para tratamento de lesões orais. Na literatura, dentre os laser de baixa intensidade utilizados destacam-se o Hélio-Neon (HeNe) com comprimento de onda de 632,8nm (com luz vermelha visível) e o Arsenato de Gálio Alumínio (AsGaAl) com comprimento de onda de 780-830nm (luz infravermelha invisível)[2,3].

A terapia a laser de baixa intensidade é realizada por meio de uma energia luminosa que estimula o reparo tecidual[4]. Ele possui ação analgésica, anti inflamatória, com efeitos baseados na angiogênese provocando aumento da circulação local. E ainda promove o aumento na quantidade de macrófagos para realizar fagocitose, favorece o metabolismo para proliferação celular de fibroblastos, assim como o aumento da capacitação de fibrina para síntese de colágeno, na quantidade de células de granulação, a mobilidade do tecido epitelial, e dessa forma induzindo e acelerando o processo de cicatrização[1-3, 5-11].

Conhecendo então os efeitos do uso do laser, na literatura já há algumas recomendações do seu uso como coadjuvante na cicatrização de feridas por lesão de pressão (área com morte celular na pele e tecidos adjacentes, proveniente da compressão em proeminências ósseas)[5,6] e feridas em pés diabéticos (proveniente da lentificação do reparo tecidual que a patologia causa, associada à neuropatia periférica, aterosclerose de pequenos vasos e isquemia local)[7,8].

No caso das lesões de pressão, esse é um problema de saúde pública com incidência de 27 a 39% dos pacientes internados[6], se tornando relevante a pesquisa sobre o tema, além de ser indicação da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) o uso do laser de baixa intensidade para tratamento dessas lesões, apesar de reconhecer a falta de evidência que comprovem a eficácia do seu uso[5.] Quanto à utilização desse recurso terapêutico em pés diabéticos, é vista uma redução de necessidade de amputação em 40-70% dos casos, revelando em ambos os casos o efeito benéfico na qualidade de vida e na redução dos custos com tratamentos[7,8.]

Apesar de evidentes os efeitos benéficos do uso do laser no tratamento de feridas, por este promover e favorecer o processo de cicatrização[1-11], atrelado a facilidade de aplicação, baixo custo[5,6,7], ser um método não invasivo, não farmacológico e com baixo índice de efeitos colaterais[4], a eficácia da utilização do laser de baixa potência como proposta terapêutica depende do comprimento de onda utilizado, potência, dose, forma de aplicação, tempo de aplicação, número de sessão, dentre outros fatores[9,10].

Entretanto, não há um protocolo para que os profissionais possam utilizar de forma segura esse recurso, revelando a necessidade de mais pesquisas para essa área com objetivo de explorar o método, melhor compreensão da sua aplicação e dos seus benefícios, para validar e padronizar o seu uso no reparo tecidual[1-5,9-11].

Portanto, por ser um método inovador, não invasivo, não farmacológico e com baixo índice de efeitos colaterais, e diante da bioestimulação promovida pelo laser terapêutico de baixa frequência, agindo como anti-inflamatório, com ação analgésica, na proliferação de células fibroblásticas, de colágeno, e na angiogênese, o laser de baixa frequência se mostra pertinente para o processo de cicatrização das feridas.

Diante da relevância do tema, artigo tem como objetivo descrever as vantagens e desvantagens da aplicabilidade do laser de baixa intensidade no reparo tecidual.

METODOLOGIA

Após definida a questão norteadora da pesquisa, foi realizado o levantamento de dados nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde), MEDLINE (National Library of Medicine, EUA), utilizando como descritores: “laser” AND “feridas” AND “reparo” AND “lesão”, e seus correlatos em inglês.

Foram selecionados estudos entre 2010 e 2019, idiomas em português e inglês, publicados em periódicos indexados ou não, e foi realizada uma análise estatística simples na qual buscou-se produções científicas que relacionavam o uso do laser no reparo tecidual de feridas crônicas e lesões.

Como critérios de inclusão, a seleção dos artigos foi realizada com base nos títulos e resumos, e depois foi verificada a disponibilidade de acesso na íntegra para a busca do texto completo.

No levantamento bibliográfico, com o cruzamento dos descritores, o total encontrado foi de 12.420 referências, ocorrendo exclusão primária de 11.724 artigos por estarem fora do período de publicação desejado. Do restante, 513 estudos foram excluídos após a leitura do título e do resumo, 123 artigos por não correlacionar o uso do laser de baixa intensidade em pacientes humanos com feridas, 15 artigos foram dispensados por duplicidade nas bases, 30 por serem revisão de literatura e 4 excluídos por não ter disponibilidade para leitura na íntegra.

Ao final, 11 artigos originais compuseram e estavam potencialmente elegíveis para a elaboração dessa revisão de literatura (Quadro 1).

Ao final, 11 artigos originais compuseram e estavam potencialmente elegíveis para a elaboração dessa revisão de literatura (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados segundo autor, ano, título, base, local e área abordada. Rio de Janeiro, Brasil, 2019

ARTIGO	AUTOR /ANO	TÍTULO	BASE/LOCAL	ÁREA ABORDADA
A	Joppert et.al.,2011	Fechamento de úlceras de pressão em pacientes com lesão medular: proposta terapêutica	Lilacs/ RJ	Lesões por pressão
B	Lopes, 2011	Utilização do laser de 660 nm, 17 J/cm2 em úlceras por − Um relato de caso	Lilacs/ SP	Lesões por pressão
C	Xavier et. al., 2012	Cicatrização de feridas decorrentes da hanseníase utilizando laser de baixa intensidade	Scielo/ PI	Feridas Crônicas
D	Assis et al, 2013	Laserterapia em úlceras por pressão: limitações para Avaliação de resposta em pessoas com lesão medular	Scielo/ PR	Lesões por pressão

E	Orttiz et al., 2013	Effects of low-level laser therapy and high voltage stimulation on diabetic wound healing	Scielo/ Colômbia	Feridas Crônicas
F	Palagi et al., 2015	Laserterapia em úlcera por pressão: avaliação pelas Pressure Ulcer Scale for Healing e Nursing Outcomes Classification	Scielo/ RS	Lesões por pressão
G	Feitosa et al., 2015	Effects of the Low-Level Laser Therapy (LLLT) in the process of healing diabetic foot ulcers	Scielo/ PI	Feridas Crônicas
H	Carvalho et al., 2016	Terapia a laser de baixa intensidade e Calendula officinalis no reparo de úlcera em pé diabético	Scielo/ PI	Feridas Crônicas
I	Vale et. al, 2016	Laser de baixa intensidade no tratamento de úlceras traumáticas e queilite angular: relatos de casos	Lilacs/ SP	Feridas Crônicas
J	Cunha et al., 2017	Construção e validação de um algoritmo para aplicação de laser no tratamento de ferida	Scielo/ MG e SP	Lesões por pressão
L	Fialho etal., 2017	Efeitos dos lasers Hélio-Neônio (HeNe) e Arseneto de Gálio (AsGa) associados à educação em saúde com foco na promoção da saúde de portadores de úlcera por pressão	Lilacs/ RS	Lesões por pressão

De acordo com o quadro 1, não há uma predominância de determinado ano de publicação, mas é possível perceber que se trata de um assunto recente com poucas publicações de valor científico e significativo, revelando a necessidade de explorar o tema. Além disso, é possível verificar que entre os achados há pouca diferença quanto ao número de artigos encontrados referentes à utilização do laser tanto em feridas crônicas (n=5), quanto em lesão por pressão (n=6).

Durante o levantamento bibliográfico pode-se observar uma gama de publicações na base de dados Lilacs, porém sem disponibilidade do texto na íntegra, que pode ter interferido no número final de artigo de utilizados para elaboração da pesquisa bibliográfica. Como a SciELO é uma base de dados com artigos completos disponíveis para acesso, pode ser a justificativa da predominância dessa base de dados no quadro dos artigos selecionados para confecção da pesquisa.

No que se diz respeito ao local da realização das pesquisas pode ser observado que São Paulo e Piauí foram estados que mais publicaram sobre a aplicabilidade do laser de baixa intensidade.

RESULTADOS

A tabela 1 com abordagem sobre caracterização dos estudos demonstra que não há uma parametrização quanto à aplicação do laser de baixa intensidade no tratamento de

feridas e lesões por pressão. Na análise dos artigos encontrados, os lasers de baixa intensidade mais utilizados nas intervenções foram HeNe (n=2), AlGaInP (n=2), InGaAlP (n=2) e HTM (n=2). Os estudos demonstraram que os protocolos de aplicação da laserterapia mais citados foram 2 vezes por semana (n=4) e de 3 vezes por semana (n=4), determinados de forma aleatória de acordo com o local de estudo.

Tabela 1. Caracterização dos artigos encontrados. Rio de Janeiro, 2019

Vantagens	**Desvantagens**
Otimização do tempo de fechamento das lesões	Interferência multifatorial sob o fechamento das lesões fator de ordem econômica, social, suporte público, cultural, nutricional, técnica, individual e funcional
Método de terapia inovadora	Número reduzido da amostra, necessidade da continuação de medidas de alívio de pressão, profilaxia para resultados satisfatórios no uso da técnica
Melhora no aspecto de algumas lesões, redução de desconforto, dor e exsudato	Uso do LTBI em lesões contaminadas favorece o aumento da área lesionada
Aumento na proporção de cicatrização durante o passar das semanas	Necessidade de associação de componentes adicionais de assistência ao paciente
Diminuição significativa do tamanho da lesão, aumento do tecido de epitelização e granulação, maceração e o eritema perilesão também apresentaram melhora progressFiva	Dependência do autocuidado do paciente como um aliado ao tratamento (fatores individuais que dificultam a cicatrização)
Evita possGíveis amputações que comprometeria a qualidade deH vida	
TLBI isolada ou em associação de óleo calêndula officinalis é eficaz no alívio de dor devido à sua ação anti-inflamatória, e na redução da área total das lesões pelo estímulo da neovascularização e aceleração da proliferação celular	
Acelera o processo de cicatrização e reduz os sintomas de imediato, por induzir a analgesia, a ação anti-inflamatória e a reparação de tecidos	
Promove o fechamento rápido das fissuras impedindo a proliferação dos fungos	
Grande vantagem do uso do laser é não ter efeito colateral ou interações	
Aumento na produção do colágeno	

LP: Lesão por Pressão; TLBI: Terapia a Laser de Baixa Intensidade; LLLT: Terapia a Laser de Baixa intensidade.

Como vantagens apresentadas referente ao uso da técnica, há uma unanimidade quanto aplicabilidade da utilização do laser no reparo tecidual das feridas crônicas e lesões por pressão, analisada pela otimização do tempo de cicatrização em ambas condições clínicas analisadas, como reflexo da aceleração do processo de cicatrização das mesmas, ocorrendo em alguns estudos relato de melhora da dor e do aspecto de ferida/úlcera.

Uma constante desvantagem citada pelos autores (A, B, C, E, F, G, H, I, L) é o tamanho da amostra ser pequeno nas pesquisas, revelando a necessidade de estudos com

amostras maiores para tornar os resultados estatisticamente significantes e, consequentemente, servir de embasamento para prática clínica.

Entretanto há também uma conclusão por metade dos autores (A, B, D, E, L) quanto à etiologia multifatorial das feridas/lesões por pressão que evidenciam que a resolução do problema não depende apenas do uso do laser para tratamento, mas também de outros fatores de ordem econômica, social, autocuidado, entre outros.

DISCUSSÃO

Diante do avanço da tecnologia na área da saúde, visando uma melhora rápida da condição clínica do paciente, com consequente melhora na qualidade de vida, redução do tempo de internação e dos custos hospitalares, a terapia com laser de baixa intensidade tem sido citada como opção terapêutica no reparo tecidual, que apesar de recente parece ser eficaz na sua aplicabilidade. Dos estudos que utilizaram a laserterapia de baixa intensidade para o fechamento de lesões por pressão, pode-se mencionar as pesquisas A, B, D, F, J e L, dentre as quais 83% (n=50) utilizam o protocolo semanal de intervenção 2 vezes por semana, e uma delas 3 vezes por semana. Apesar de realizar a intervenção com lasers distintos, os artigos corroboram ao confirmar a eficiência do uso do laser para o tratamento de lesões por pressão, a salvo o estudo de Assis et al (2013) que não conseguiu resultados quanto a utilização do protocolo utilizado devido à dificuldade de adesão ao tratamento.

Joppert et al (A) foram os primeiros que levantaram a questão de fatores prejudiciais e favorecedores do processo de reparo tecidual, ressaltando a importância de palestras e orientações sobre o tema para pacientes e cuidadores. Esse achado é semelhante ao realizado por B, F e L, os quais colocaram o laser como uma terapêutica coadjuvante às medidas de auto cuidado, descompressão e profilaxia.

Outros dados importantes que Palagi et al (D) e Fialho et al (L) trouxeram além da otimização do tempo de cicatrização para reparo tecidual das lesões por pressão, foi a melhora do aspecto da ferida, ausência de odor fétido e melhora na qualidade de vida, respectivamente, dados importantes a serem observados para designar a resolução do problema. Entretanto, todos eles concordaram ao mencionar o número da amostra pequena como limitação da pesquisa e da necessidade de uma investigação com número maior de pacientes para uso dessa técnica inovadora servir de embasamento no tratamento de lesões pressão, como aceleradora do processo de cicatrização.

No que diz respeito ao uso do laser no tratamento de feridas crônicas, proveniente de hanseníase e pé diabético, o tema é abordado por 5 dos 11 artigos encontrados. Destes, 60% (n=3) utilizaram como protocolo de aplicação do laser com frequência de 3 vezes por semana.

É unânime a conclusão da aplicabilidade do uso do laser de baixa intensidade no reparo de feridas crônicas, mesmo utilizando tipos de lasers distintos (InGaAIP, diodo e HTM). Como resultados encontrados pelos autores na aplicação da laserterapia nessa condição clínica, pode-se citar a melhora evidenciada no aspecto da ferida (C), redução da dor e desconforto (C, H, I), melhora na qualidade de vida do paciente (G) e citam o auto cuidado e medidas de profilaxia como importantes para o sucesso do tratamento com laser (C, H).

Xavier et al (C) nos seus estudos acrescentaram a necessidade da atenção para aplicação em áreas contaminadas, pois na sua intervenção houve aumento da área lesionada quando aplicação foi realizada nessa condição.

Feitosa et al (G) trouxeram uma informação importante: a diminuição da taxa de amputação e mortalidade, a partir da utilização do laser em feridas de pés diabéticos, com impacto importante na qualidade de vida dos pacientes e no âmbito financeiro da saúde.

Assim, fica evidente a importância a curto e longo prazo da adoção dessa inovação tecnológica no tratamento de feridas, revelando a potencialidade além do fechamento total da área lesionada, como um recurso inovador, de baixo custo e não invasivo eficiente.

Pra finalizar, diante dos resultados positivos já encontrados com o uso do laser no reparo tecidual, Cunha et al (L) realizaram um estudo objetivando criar e validar um algoritmo para uso da lasererapia em feridas, visando produzir um instrumento para guiar a tomada de decisão quanto à escolha dos melhores parâmetros a serem utilizados. Como feedback, os profissionais aprovaram o instrumento confeccionado, alegando praticidade e objetividade para a prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados encontrados nos estudos, os lasers de baixa intensidade se mostraram eficazes no reparo tecidual de lesões por pressão e feridas crônicas. Grande parte dos artigos que aborda esse tema, corrobora quanto às ações analgésicas e anti inflamatórias do uso do mesmo, com consequente redução do tamanho da ferida, demonstrando a aplicabilidade da laserterapia no processo de reparo tecidual como uma boa opção terapêutica.

Entretanto, alguns autores revelaram que as lesões por pressão possuem etiologia multifatorial e que o laser age como coadjuvante do processo de reparo tecidual, acelerando a resolução do problema, mas que depende também de outros fatores. Como fatores importantes nesse processo de cicatrização, que interferiram nas pesquisas quanto ao reparo tecidual pode- se citar fatores sociais, econômicos, nutricionais, assiduidade nas consultas, entendimento e seguimento das orientações quanto aos cuidados com as feridas, alívio de pressão, mudança de decúbito, entre outros. Dessa forma, fica evidente a importância da educação em saúde para que resultados satisfatórios sejam obtidos no tratamento com uso do laser.

Além disso, essa divergência nos achados pode ser reflexo da falta de padronização de parâmetros para uso da técnica com segurança, associado ao tamanho da amostra dos estudos ser pequena. Atrelado a essa questão, há pouca evidência de qualidade sobre o tema para servir de base para a prática atual, revelando a necessidade de mais pesquisas para essa área com objetivo de explorar o método, melhor compreensão da sua aplicação e dos seus benefícios, validar e padronizar o uso do laser de baixa intensidade no reparo tecidual para possibilitar a adoção rotineira da técnica, e assim diminuir possibilidade de desenvolvimento de outras complicações, tempo de hospitalização e custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Cunha DR, Salome GM, Junior MRM, Mendes B, Ferreira LM. Development and validation of an algorithm for laser application in wound treatment. Rev Latino-Am. Enf 2017;25: e2955.

2. Palagi S, Severo IM, Menegon DB, Lucena AF. Laserterapia em úlcera por pressão: avaliação pelas Pressure Ulcer Scale for Healing e Nursing Outcomes Classification. Rev Esc Enf USP. 2015; 49(5):826-833

3. Assis GM, Moser ADL. Laserterapia em úlceras por pressão: limitações para avaliação de resposta em pessoas com lesão medular. Texto Contexto Enf. 2013 Jul- Set;22(3):850-6.

4. Yeh LC, Gonzalez N, Goldberg D. Comparison of a novel wound dressing vs current

clinical practice after laser resurfacing. J Cosmet Dermatol. 2019 Aug;18(4):1020-1024.

5. Joppert D, Bastos VH, Machado D, Nunes T, Silveira LM, Junior NK, et al. Fechamento de úlceras de pressão em pacientes com lesão medular: proposta terapêutica. Rev Fisio Brasil. 2011 Jul-Ago;12(4):303-309.

6. Fialho LMF, Baron MV, Brandenburg C, Martins ABT. Efeitos dos lasers Hélio- Neônio (HeNe) e Arseneto de Gálio (AsGa) associados à educação em saúde com foco na promoção da saúde de portadores de úlcera por pressão. Rev Med Minas Gerais. 2017;27: e- 1856.

7. Feitosa MCP, Carvalho AFM, Feitosa VC, Coelho IM, Oliveira RA, Arisawa EAL. Effects of the Low-Level Laser Therapy (LLLT) in the process of healing diabetic foot ulcers. Acta Cir Bras. 2015;30(12):853-857.

8. Ortiz MCS, Villabona EH, Lemos DMC, Castellanos R. Effects of low level laser therapy and high voltage stimulation on diabetic wound healing. Rev Univ Ind Santander Salud. 2014;46(2):107-117.

9. Lopes LDF. Utilização do laser de 660 nm, 17 J/cm2 em úlceras por pressão − Um relato de caso. Rev Neurocienc. 2011;19(4):668-674

10. Valle LA; Karam PSBH; Rezende MLR; Zangrando MSR; Damante CA. Laser de baixa intensidade no tratamento de úlceras traumáticas e queilite angular: relatos de casos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2017;71(1):30-4.

11. Carvalho AFM, Feitosa MCP, Coelho NPMF, Rebêlo VCN, Castro JG, Sousa PRG, et al. Low-level laser therapy and Calendula officinalisin repairing diabetic foot ulcers. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(4):628-634

12. Xavier EM, Ferreira J, Raniero LJ, Batista JRX, Freitas MLL, Sousa M, et al. Cicatrização de feridas decorrentes da hanseníase utilizando laser de baixa intensidade. Hansen Int 2012;37(1):51-57.

13. Henriques ACG, Cazal C, Castro GFL. Ação da laserterapia no processo de proliferação e diferenciação celular: Revisão da literatura. Rev Col Bras Cir. 2010;37(4):295- 302.

14. Lins RDAU, Dantas EM, Lucena KCR, Catão MHCV, Granville-Garcia AF, Carvalho Neto LG. Efeitos bioestimulantes do laser de baixa potência no processo de reparo. An Bras Dermatol. 2010;85(6):849-55.

15. Piva JAAC, Abreu EMC, Silva VS, Nicolau RA. Ação da terapia com laser de baixa potência nas fases iniciais do reparo tecidual: princípios básicos. An Bras Dermatol. 2011;86(5):947-54.

16. Chaves MEA, Araújo AR, Piancastelli ACC, Pinotti M. An Bras Dermatol. Effects of low-power light therapy on wound healing: LASER x LED. 2014;89(4):616-23.

17. Andrade FSSD, Clark RMO, Ferreira ML. Effects of low-level laser therapy on wound healing. Rev Col Bras Cir. 2014;41(2):129-133.

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CAPÍTULO 4

Adriana Antonia de Oliveira
Enfermeira - FSAA
Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social - UCSal
Especialista em Urgência e Emergência - FSSS
Especialista em Saúde Mental - FSSS
Especialista em Sistematização da Assistência de Enfermagem Obstétrica - CBPEX
Enfermeira dos Municípios de Cipó e Entre Rios - BA
Docente da Faculdade Santo Antônio de Alagoinhas
Alagoinhas - Bahia, Brasil
Bianca Morais de Oliveira
Enfermeira - Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Banzaê - Bahia, Brasil
Maria Lucimaria Gama Ribeiro
Enfermeira - Faculdade Dom Luiz de Orleans e Bragança
Especialista em Enfermagem do Trabalho - UNOPAR
Banzaê - Bahia, Brasil

RESUMO

Objetivo: identificar na literatura as publicações existentes sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que retrate a percepção dos enfermeiros, as principais contribuições na assistência direta aos clientes, assim como os principais obstáculos para sua implantação na área hospitalar. Método: Trata-se de uma revisão integrativa de caráter exploratório, realizada na BVS, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF entre o período de 2011 a 2018. Resultados: As análises das publicações resultaram em três categorias, na categoria 1 foi abordado o conhecimento dos enfermeiros sobre a SAE, a segunda categoria, os benefícios da implantação da SAE, e na terceira, fatores que dificultam a implantação da SAE. Conclusão: Conclui-se que os enfermeiros reconhecem a importância da SAE na prática hospitalar, com evidências de benefícios na assistência a clientela, além de autonomia no exercício profissional, porém enfrenta diversos obstáculos que variam tanto a nível organizacional da instituição de saúde quanto de conhecimento profissional.

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia na qual organiza a assistência de enfermagem quanto ao pessoal, instrumento e método de trabalho. É uma ação privativa do enfermeiro, regulamentada pela resolução do COFEN 358/2009 9. É notório que para implantação e implementação da SAE faz-se necessário a

adoção de uma teoria de enfermagem com adaptação a realidade a qual o profissional está inserido.

Na década de 70 houve uma explosão de teorias de enfermagem. No Brasil a nossa matriarca no uso da SAE foi a grande enfermeira Wanda de Aguiar Horta, que criou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), alicerçada na teoria de Maslow w Mohana[3].

A ciência do cuidar requer embasamento científico para proporcionar uma assistência qualificada, que lhe confere maior autonomia na prestação da assistência, além de proporcionar maior segurança e assistência qualificada a sua clientela.

A temática aqui expressa é, indubitavelmente, de grande relevância para a prática assistencial da equipe de enfermagem, em especial para o enfermeiro ao qual é atribuído a liderança da equipe, bem como para o acadêmico de enfermagem, sobretudo os que visam a prática assistencial. Levando-se em consideração que o conhecimento sobre a SAE é deficiente, a pesquisa aqui exposta visa nortear o leitor na identificação de benefícios e possíveis dificuldades encontradas pelas equipes de enfermagens acerca da implantação da SAE no processo de assistência prestado aos usuários de saúde na área hospitalar, além de contribuir de maneira significativa para um melhor conhecimento do tema para graduandos de enfermagem e para profissionais atuantes.

A pesquisa tem como objetivo identificar na literatura e publicações existentes sobre a SAE, que abrange a percepção do enfermeiro, as principais contribuições na assistência direta aos clientes, evidenciar a autonomia do enfermeiro, assim como, elencar os principais fatores considerados como obstáculos na implantação na área hospitalar com o intuito de responder o seguinte questionamento: Quais as contribuições da SAE na prática assistencial, quais os principais benefícios e fatores que dificultam sua implantação e/ou implementação?

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de caráter exploratório A pesquisa foi realizada na Biblioteca virtual em saúde-enfermagem (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura latina- Americana e do caribe em Ciências da saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e BDENF (Bases de dados de enfermagem), utilizando os descritores de forma aleatoriamente associadas “Enfermagem” “Processo de enfermagem” em busca de produções científicas sobre a temática SAE, com o intuito de responder a seguinte questão de pesquisa: o que se tem publicado sobre a SAE, Processo de enfermagem (PE), seus benefícios e principais dificuldades encontradas na implantação da SAE na pratica assistencial do enfermeiro?

Foram encontradas 75 publicações cientificas, após leitura inicial do resumo, foram selecionadas 17 para leitura completa adotando os critérios de inclusão e exclusão que incluem discutir a questão dos benefícios associados a SAE e/ou citar fatores que dificultam sua implantação usando como critério de inclusão ser uma pesquisa qualitativa na área hospitalar e abranger as contribuições e fatores que dificultam a SAE na pratica assistencial. Após análise dos artigos foram usados 10 na presente pesquisa, o que gerou três categorias: Conhecimento do enfermeiro sobre a SAE, Benefícios da implantação da SAE e Fatores que dificultam a implementação da SAE. Considerou-se os artigos publicados no Brasil, escrito em português, acessível em texto completo no período de 2012 e 2018, excluindo-se todos os artigos duplicados e os que não se fossem do período estudado e com a temática abordada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nos artigos analisados, todos utilizam-se da abordagem com estudo de natureza qualitativa do tipo descritivo. Em relação a titulação dos autores observou-se que 15 % são acadêmicos de enfermagem, 25 % são enfermeiros, 32,5% são enfermeiros mestres, 25% são enfermeiros doutores e apenas 2,5% é professor da UFMG.

As pesquisas foram realizadas nos setores hospitalares de Emergência Psiquiátrica, UTI adulto e neonatal, Pediatria, obstetrícia, urgência e emergência, setor hospitalar de distúrbios neurológicos e Centro cirúrgico, sendo realizadas 60 % na região sudeste, 20% na região nordeste e 20% na região sul.

Predominou-se entre os periódicos, a região sudeste compreendendo a 60 % do estudo desta pesquisa, na qual surgiram três categorias: conhecimento do enfermeiro sobre a SAE, Benefícios da implantação da SAE e fatores que dificultam a implementação da SAE.

Constatou-se a partir das informações contidas nos estudos que apesar da SAE ser regulamentada pela resolução do COFEN 358/ 2009, conferindo respaldo legal ao enfermeiro para a implantação da SAE na prática profissional, somente a atual resolução em vigor, não garante a implementação eficaz, visto que se observa divergência entre o pensar e o agir dos enfermeiros, bem como a falta de estrutura e apoio das instituições de saúde.

Categoria1: Conhecimento do Enfermeiro sobre a SAE.

O conhecimento do enfermeiro a respeito da SAE é essencial e sua implantação, requer conhecimento teórico e prático para direcionamento das atividades desenvolvidas por sua equipe, conforme a abordagem das necessidades de cada cliente[1].

Entre os enfermeiros há uma conscientização que a SAE proporciona uma melhor qualidade na assistência, menor tempo de internação hospitalar, bem como melhor detecção de problemas com resolução baseados na singularidade do cliente, o que melhora a qualidade da assistência[2].

Para que a SAE funcione com sucesso, é necessário que os profissionais de enfermagem tenham conhecimentos relacionado ao PE, semiologia, fisiopatologia, classificações de enfermagem, gestão em saúde, além de constante aprimoramento de conhecimentos através de educação permanente[3].

O PE tem fundamental importância, pois é a partir dele, que se prepara o plano de cuidados individualizado dentro da patologia e das necessidades do cliente, para que haja uma continuidade da avaliação do enfermeiro dentro das necessidades de cada ser humano acompanhado pela equipe de enfermagem[4].

Apesar da percepção da melhoria e avanço na qualidade da assistência, há déficit de conhecimento relacionado a SAE, como também, existem déficit em relacionar a teoria à prática por parte dos enfermeiros, quando relacionado a SAE, apresentando dificuldades em operacionaliza-la, o que mostra fragilidade no caminho para a implementação da SAE5, além do desconhecimento da SAE, por parte da equipe, principalmente dos técnicos de enfermagem, em decorrência do déficit de aprendizagem, pelo fato da temática não ser abordada durante o curso técnico[6].

Existe uma grande fragmentação do método da SAE entre o conhecimento à prática aplicada, os enfermeiros descrevem com precisão as etapas da SAE, e as citam em todas as etapas, porém não as realizam, sendo comum a pratica apenas do histórico e prescrição de enfermagem, dando ênfase as etapas de exame físico, evolução e prescrição de enfermagem, como também foi notado a prescrição de rotina repetida em vários prontuários sem a individualização da assistência. Em sua pesquisa não foi observado o diagnóstico

de enfermagem nos prontuários, sendo as prescrições de enfermagem baseadas no diagnóstico médico, bem como relatos de estudantes que não observam a aplicação das teorias apresentadas na graduação na prática assistencial8.

O processo da SAE foi legalmente estabelecido pelo COFEN, por meio da Resolução nº 272 em 2002, posteriormente revoada pela resolução 358/2009, sendo a atual resolução em vigor, no entanto, a recomendação legal não garante implementação eficaz, visto que se observa divergência entre o pensar e o agir dos enfermeiros.

Na área hospitalar é composta por diversos setores e a SAE proporciona maior segurança ao paciente e assistência integral diante do estado de saúde do cliente, como também o registro completo das informações coletadas.

Categorias 2: Benefícios da implantação da SAE

A SAE organiza o trabalho da enfermagem assistencial, quanto ao pessoal, instrumento e método de trabalho, descrito como processo de enfermagem no qual orienta o cuidado e a documentação necessária na pratica assistencial, a resolução dispõe sobre a SAE como atividade privativa do enfermeiro, juntamente com o processo de enfermagem na assistência ao cliente/família com objetivo de oportunizar uma assistência mais qualificada e holística frente aos cuidados prestados[9].

A SAE confere maior segurança ao cliente, já que seu plano terapêutico é organizado de forma individual, com promoção de assistência holística com o intuito de suprir suas necessidades fisiopatológicas e biopsicossocial e respaldo legal dos profissionais por meio dos registros, proporcionando o acesso dos profissionais as informações a todos os envolvidos na assistência[10].

Ressalta-se também a valiosa autonomia que a SAE garante ao enfermeiro, além de enaltecer atribuições especificas do profissional de enfermagem, dentre as quais podemos citar a liderança e controle organizacional, adjetivo primordial para garantia de bons resultados com a implantação e implementação da SAE no setor hospitalar. As atribuições conferidas ao profissional de enfermagem, pela SAE são, indubitavelmente, a chave para a valorização da enfermagem quanto ciência do cuidar.

Enfermeiros atribuem a SAE a uma excelente qualidade na assistência prestada, destacando ainda que ela é uma metodologia imprescindível na profissão, sendo um mecanismo importante de gerenciamento e otimização da assistência, propiciando menos tempo de internação hospitalar para os pacientes. Além disso, a SAE propicia a construção de documentos para a instituição com valor científico e ético-legal, na forma de registros que podem ser usados para diversas finalidades como pesquisas, para fins de faturamento subsídios para auditoria interna e externa e instrumento de avaliação da qualidade do atendimento prestado[2].

A utilização do PE proporciona ótima comunicação entre os profissionais de enfermagem, com participação do usuário cliente no planejamento da assistência, contribui para a evolução dos prognósticos com menor tempo de permanência hospitalar11, enquanto que no contexto assistencial a SAE, direciona e organiza o trabalho da enfermagem e assegurar que as intervenções de enfermagem sejam elaboradas de forma individualizadas com foco na descoberta do diagnóstico ou do tratamento de problemas de saúde reais ou suscetível de existir[5].

A SAE orienta o trabalho do enfermeiro com norteamento da assistência em relação as necessidades da clientela de forma individualizada e centrada na sua patologia, bem como os problemas de enfermagem são identificados e os cuidados podem ser prescritos de acordo com os diagnósticos de enfermagem, proporcionando um parâmetro da melhora dos agravos[4].

Categorias 3: Fatores que dificultam a implementação da SAE

Diversos autores em suas pesquisas atribuem a SAE a uma melhor qualidade na assistência prestada na enfermagem, sendo um instrumento importante de gerenciamento e otimização da assistência, porem enfrenta diversos fatores que interferem no processo de implantação na área hospitalar.

No processo de implantação da SAE nos serviços de saúde, foram constatadas diversas dificuldades, entre elas se destacam os fatores relacionados a falta de aderência de gestores das unidades de saúde e a complexidade das etapas da sistematização com dificuldades de relacionar a teoria a pratica, relacionadas ao processo de ensino-aprendizagem, na medida em que o ensino de graduação e de pós–graduação não tem favorecido a aquisição de habilidades necessárias para o desenvolvimento completo da SAE, as dificuldades enfrentadas na pratica assistencial como a insegurança dos profissionais para realizar as atividades necessárias ao processo e o déficit de enfermeiros na maioria dos serviços de saúde, é insuficiente para o desenvolvimento adequado do processo de enfermagem. Com isso, o cuidado de enfermagem se torna fragmentado, e consequentemente o cuidado integral do paciente não é realizado[5, 2, 10].

Os fatores dificultadores na operacionalização do Processo de Enfermagem, segundo relatos de enfermeiros atuantes é a necessidade dos próprios recursos humanos para fazer o PE, a ausência de educação permanente, além da incompreensão e inabilidade na operacionalização das etapas do PE, bem como a falta de materiais e o aprisionamento do enfermeiro com as questões burocráticas que os distanciam da assistência direta ao paciente. Ainda sobre as questões que dificultam a implementação foi citado a falta de apoio da gerência dos serviços de saúde, recursos físicos, apoio da equipe de enfermagem, recursos financeiros, planejamento e otimização do tempo entre as ações do cuidar e sobrecarga de trabalho, associada ao número reduzido de profissionais[7].

Entre as dificuldades apresentadas pela enfermagem nas etapas no processo de enfermagem da SAE, a principal é a etapa do diagnóstico de enfermagem, pelo fato de precisar descrever as características definidoras e os fatores relacionados quando o problema já está estabelecido, e não somente identificar o diagnóstico. Além disso, as etapas executadas possuíam registros incompletos devido a não padronização do instrumento de registo pela unidade hospitalar, o que possibilitaria um registro completo e continuo[11].

Os enfermeiros mencionam dificuldades em utilizar o PE, devido a números de profissionais de enfermagem insuficientes, com acúmulos de várias funções, o que deixa o processo de enfermagem um pouco esquecido nas instituições e dificulta o processo de implantação da SAE, além da falta de conhecimento para a realização do exame físico, a falta de registro adequado da assistência de enfermagem, dificuldades de aceitação de mudanças, conflito de papéis e falta de estabelecimento de prioridades organizacionais[4].

Entre os grandes desafios para o uso da SAE, estão a falta de adesão por parte dos profissionais, falta de credibilidade do PE, inadequações de instrumentos de coleta de dados, falta de adesão por parte de auxiliares e técnicos de enfermagem, muitas vezes citado como o comodismo ou resistência a mudanças, seja por omissão das chefias, choque de geração entre funcionários mais antigos e novatos juntamente com o uso de novas tecnologias, bem como a falta de cobrança pela enfermagem[12]. não basta a vontade e adesão dos profissionais em realizar o processo de enfermagem, também existe a necessidade de implantação de normas, rotinas, fluxos, além de processos voltados para a realização da SAE[1].

A implementação da SAE continua um desafio, pois enfrenta dificuldades, como sobrecargas de trabalho, pouco tempo para a assistência, ausência de prescrições de enfermagem pela equipe, falta de formulários institucionais da SAE, falta de conhecimento

e conscientização sobre a importância da SAE pela equipe de enfermagem, assim como as questões burocráticas são citados como fatores dificultadores da implantação da SAE[6].

CONCLUSÃO

Após o estudo da temática conclui-se que os enfermeiros reconhecem a grandeza da SAE na pratica hospitalar, com evidencias de benefícios na assistência direta a clientela com redução do tempo de permanência hospitalar, além de autonomia no exercício profissional, porém foi observado déficit de conhecimento relacionado aos conceitos de SAE e PE através de fragmentação das etapas do processo de enfermagem entre enfermeiros e equipe de nível médio associados ao ensino aprendizagem.

Destacaram-se diversos empecilhos na prática da SAE, como falta de infraestrutura das instituições, juntamente com o desinteresse da administração e chefias, déficit no número de profissionais destinados ao atendimento na área hospitalar, principalmente finais de semana, sobrecarga de trabalho, falta de experiência na aplicabilidade da SAE, falta de conhecimento dos diagnósticos de enfermagem e ainda resistência a mudanças, devido à dificuldade de aceitação por parte dos demais membros da equipe multiprofissional. Essas dificuldades acabam tornando o trabalho mais árduo e sem planejamento subjetivo da assistência, refletindo no modelo biomédico com o objetivo totalmente curativo, não evidenciando o cliente de forma holística.

Em suma é fundamental destacar que para a eficiente prestação da assistência sistematizada é essencial o investimento por parte da instituição mantenedora, com insumos necessários, implantação de normas, rotinas, programas de capacitação dos profissionais no serviço para toda a equipe de enfermagem, incluindo as competências de nível médio e enfermeiros no PE, visando uma melhor assistência física, mental e da coletividade.

Entre as propostas de melhorias da SAE podem ser citados a informatização dos dados com software baseados no processo de enfermagem e prontuários eletrônicos, instrumentos mais simples com informações claras, treinamento constante de toda a equipe para a aplicação da SAE, baseados nas peculiaridades de cada setor da unidade hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Xavier L F, Silva S B M, Nazario Y C O, Oliveira O D, Junior S L A M. **Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento de enfermeiros do município de ji-paraná, Rondônia,** brasil. Rev. Nursing. [Internet] 2018 [acesso em: 2018 out 31]; 21 (239): 2110-2113. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/239Abril2018/sistematizacao_assistencia_de_enfermagem.pdf.

2. Maria M A, Quadros F A A, Grassi M F O. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação.** Rev. Bras Enferm. Brasília [Internet] 2012 mar-abr. [acesso em: 2017 out 31]; 65(2): 297-303. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a15.pdf

3. Tannure M C, Pinheiro A M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015

4. Silva V S, Barbosa E S, Queiroz S M B, Abreu R N D. **Utilização do processo de enfermagem e as dificuldades encontradas por enfermeiros**. Cogitare Enferm. [Internet]

2013 Abr/Jun. [acesso em: 2017 out 31]; 18(2):351-7. Disponível em: http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32585/20701

5. Medeiros A L, Santos S R, Cabral R W L. **Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro [Internet] 2013 jan/mar. [acesso em: 2017 Nov. 03]; 21(1):47-53. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a08.pdf

6. Tavares T S, Castro A S, Figueiredo A R F F, Reis D C. **Avaliação da implantação da sistematização da assistência de Enfermagem em uma unidade pediátrica.** REME • Rev Min Enferm. [Internet] 2013 abr/jun. [acesso em: 2017 Nov. 03]; 17(2): 278-286. Disponível em: file:///E:/d/Nova%20pasta/v17n2a04%20(2).pdf

7. Silva R S, Almeida A R L P, Oliveira F A, Oliveira A S, Sampaio M R F B, Nascimento G P**. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe.** Enferm. Foco [Internet] 2016 Agost. [Acesso em: 2017 Out. 31];7(2): 32-36. Disponível em: http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803/328

8. Moser D C, Silva G A, Maier S R O, Barbosa L C, Silva T G. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros.** J. res.: fundam. care. online 2018 out/dez. [acesso em: 2018 Out. 18];10(4): 998-1007. Disponivel em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6296/pdf_1

9. BRASIL.COFEN.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]. Brasília-DF, 2009.[acesso em: 2017 Out. 10]. Disponível em > http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

10. Adamy E K, Tosatti M. **Sistematização da assistência de enfermagem no período perioperatório: visão da equipe de enfermagem.** Rev Enferm UFSM [Internet] 2012 Mai/Ago. [acesso em: 2018 mar. 16]; 2(2):300-310. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5054

11. Moreira R A N, Pereira L D B, Siqueira A É O B, Barros L M, Frota N M, Luna I T. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade neonatal.** Cogitare Enferm. [Internet] 2012 Out/Dez. [acesso em: 2017 Nov. 17]; 17(4):710-6. Disponível em: www.redalyc.org/pdf/4836/483648965015.pdf

12. Marcos A C A, Oliveira J L, Souza J. **Percepção da equipe de enfermagem quanto a sistematização da assistência de enfermagem em um serviço de emergência psiquiátrica**. REME – Rev Min Enferm. [Internet]. 2016 Jun. [acesso em: 2018 Mar. 15]; 20:e961. Disponível em: file:///E:/d/Nova%20pasta/e961%20(1).pdf

13**. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências**.1 ed. Equipe EAD, Grupo Ãnima educação, Belo Horizonte [Internet] 2014. [acesso em: 2017 Out. 10]. Disponível em: http://disciplinas.nucleoead.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf

A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA UTILIZADA PARA DETECÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

CAPÍTULO 5

Jonatan Ferrari da Silva
Enfermeiro/ Estácio de Sá Nova Iguaçu, Pós-Graduando em Docência, Neonatologia/Pediatria e Urgência/Emergência - FAVENI
Priscila Cristina Pereira de O. da Silva
Enfermeira, Mestre – EEAN/UFRJ; Professora do curso de enfermagem – Estácio/ RJ
Antonio da Silva Ribeiro
Enfermeiro, especialista em saúde pública ENSP/FIOCRUZ, especialista em educação ENSP/FIOCRUZ, especialista em pneumologia sanitária ENSP/FIOCRUZ, mestre em enfermagem EEAN/UFRJ, doutorando em enfermagem EEAP/UNIRIO

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social as doenças cardiovasculares estavam no topo das 10 principais causas de mortes no mundo e no Brasil. Este artigo visa identificar como o enfermeiro, dentro da consulta de enfermagem, detecta os fatores modificáveis para a prevenção das doenças cardiovasculares. O artigo trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa, com base na Biblioteca Virtual de Saúde. Os critérios de inclusão foram: materiais completos, em língua portuguesa, no formato de artigo e com recorte temporal de 5 anos (2014 – 2018). Critérios de exclusão: materiais duplicados e que não atendiam a temática. Ao aliarmos tais critérios emergiram 16 artigos. Dentro dos achados podemos identificar 02 categorias: 1) fatores modificáveis desencadeantes das doenças cardiovasculares e 2) A consulta de enfermagem como estratégia para a diminuição do índice de doenças cardiovasculares. Diante dos achados é possível vislumbrar que o enfermeiro tem o empoderamento, dentro da consulta de enfermagem para detectar os riscos cardiovasculares e assim realizar ações preventivas para minimizar os agravos e/ou complicações das cardiopatias. As ações educativas cooperam para sensibilizar o usuário nas escolhas e práticas saudáveis, objetivando redução de óbitos por doenças não-transmissíveis, as doenças cardiovasculares. As ações do enfermeiro na consulta de enfermagem são importantes para promover o autocuidado e assim prevenir as cardiopatias junto aos usuários, o que reduzirá o percentil de acometidos por tais enfermidades, retraindo então o quadro de óbitos por doenças cardiovasculares. Com fins colaborativos este artigo deseja melhorar a assistência prestada dentro da atenção básica diante dos fatores predisponente para doenças cardiovasculares, com a finalidade de reduzir o número de internados por doenças cardiovasculares.

Descritores: Enfermagem primária**,** consulta de enfermagem, doenças cardiovasculares e SUS.

INTRODUÇÃO

Prevenção em saúde não requer necessariamente meios farmacológicos, pois há métodos eficazes e não invasivos que podem ser aplicados pelo profissional e também pelo usuário, o que coloca o enfermeiro com aplicador e educador à prevenção (PALMEIRA; PEREIRA; MELO, 2005).

Como previsto na LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986 em seu Art. 11onde diz que é da competência do profissional enfermeiro aplicar consulta de enfermagem, espera-se então que seja o profissional seja eficiente na aplicação de conhecimento cientifico no momento da consulta para fazer-se captação precoce de fatores de risco para as cardiopatias, tendo em vista que o quanto antes os detecta, maior torna-se a qualidade de vida do indivíduo.

Conjuga-se importante a aplicabilidade do que dispõe capítulo II, artigo 7º da lei 8.080/1990, onde retrata a necessidade de um atendimento integral que preserve a integridade física e moral dos usuários sem imputá-los da verdade de seu quadro clínico. Ainda com bases nos princípios e diretrizes do SUS, classifica-se de suma importância o olhar integral do profissional enfermeiro no momento de prestar consulta ao usuário e associá-lo a uma minuciosa ausculta ao que diz o usuário, com a finalidade de se aproximar da hipótese diagnóstica e prescrever cuidados que vão delimitar, se cumpridas, o desenvolvimento das doenças cardiovasculares pelos fatores de risco apresentados e captados.

As patologias cardiovasculares no ranking do BNDES (Banco Nacional do Desenvolvimento) (2018) estão entre as doenças não transmissíveis que mais evoluem para óbito no Brasil. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) (2014) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se dá a elevação sustentada em repouso da PA sistólica (≥140 mmHg) e diastólica (≥ 90 mmHg) ou de ambas podendo ser de causa desconhecida que há de ser classificada como primária e que é a mais comum e também com causa identificada é classificada como secundária; segundo Merck Sharp &Dohme (2010) a HAS resulta de patologias renais. Diante os dados a hipertensão arterial sistêmica acomete 35,6% de indivíduos adultos e mais 60% da população idosa, o que tem contribuído em 50% de óbitos por doenças cardiovasculares, que pode ser associado à diabetes (SBC, 2014)

As doenças cardiovasculares em sua maioria são percebíveis, através dos sinais clínicos apresentados e sintomas detectados por meio de anamnese completa e atenta em uma consulta. Por falta de um acompanhamento para determinada cardiopatia, eleva-se então um agravamento súbito da doença, fazendo-se então necessário buscar atendimento hospitalar de urgência e emergência, a fim de contornar de forma momentânea o agravo, e estabilizar o quadro apresentado, podendo ter sucesso ou evoluir então ao óbito. Nessa tentativa de reversão/estabilização em alguns casos há a necessidade de internação, ocupação de leito hospitalar e alto emprego de recursos, onde nem sempre esta disponível (MELLO et al. 2019).

Fatores de riscos tais como sedentarismo, uso nocivo de álcool e tabaco e a dieta desequilibrada aumentam de forma significativa os ricos para doenças cardiovasculares. Tais f fatores podem ser percebidos em unidades de atenção primária tais como Centros Municipais de Saúde (CMS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF) de acordo com a contemplação territorial da unidade. (OMS, 2018) Nessas unidades a autonomia do profissional enfermeiro é de maior abrangência.

Constituída de grande fortaleza a assistência de enfermagem conta com um método que sistematizará os cuidados ao indivíduo, conhecido como processo de enfermagem, e sua forma atualmente mais conhecida e definida pelos especialistas consiste de cinco fases ou etapas sequenciais e inter-relacionadas, a saber: levantamento de dados ou coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (SOUZA et al., 2002; CRUZ, 2001).Havendo um atendimento minucioso e de qualidade teremos então um plano terapêutico individual eficaz, o que poderá ajudar a prevenir doenças cardiovasculares.

Este artigo objetiva reconhecer a existência de fatores de risco modificáveis às doenças cardiovasculares associadas a fatores não modificáveis, sendo assim identificar como o enfermeiro atua no processo de prevenção de doenças cardiovasculares dentro da atenção primária de saúde, promovendo por meio de suas ações privadas ou corroborativas a redução do quadro de doentes cardiovasculares.

O diante do estudo à artigos e dados seguros, o presente artigo incorpora a proposta de reduzir os fatores modificáveis para prevenir cardiopatias através da prática consciente do enfermeiro em realizar consultas de enfermagem e agregar o usuário a programas de prevenção a cardiopatias prevista no protocolo da unidade onde é realizada a prestação de serviço do profissional enfermeiro, embasada no protocolo do Ministério da Saúde (CAB 7).

Por meio de análises destaca-se a consulta de enfermagem como meio de prevenção que possibilitará traçar condutas de preventivas às cardiopatias, tornando a população assistida menos enferma e agravada por doenças do sistema cardiovascular, quando o conhecimento técnico/científico estiver associado uma visão holística no momento da atuação profissional. Assim teremos indivíduos mais independentes, pois os agravamentos das comorbidades cardiovasculares acometem pessoas a leito e automaticamente a dependência, o que não é o objetivo dos cuidados de enfermagem que ao contrário, devem promover autonomia ao indivíduo de cuidar de si mesmo e promover o organismo a funcionar de acordo com sua fisiologia. Vale dizer que o indivíduo conhecerá mais de si mesmo, com as orientações biomédicas dada pelo enfermeiro, onde o intuito final é tornar o enfermeiro aliado do usuário, e o usuário o maior aliado de si mesmo.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão integrativa, que se fundamentou em coletar dados disponíveis na literatura e compará-los para aprofundar o conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).Os temas selecionados tratam-se da participação do profissional enfermeiro na prevenção de doenças cardiovasculares ainda na atenção básica de saúde.

De caráter descritivo o artigo possui uma abordagem qualitativa, com fins á proporcionar uma racionalização quanto a importância da qualidade da assistência primária ao usuário com fatores de riscos à doentes cardiovasculares, pois espera-se que tenhamos a captação de relatos e sinais/ sintomas que norteiem a aplicação de uma conduta terapêutica eficaz. O método científico utilizado é dialético tendo como natureza básica para a produção deste trabalho.

O artigo é norteado por uma questão fundamentadora e analítica, de como o enfermeiro age e orienta, em suas condutas privativas, a respeito de medidas preventivas à doenças cardiovasculares ao assistir o usuário na consulta de enfermagem.

Os artigos usados por base foram obtidos através de pesquisa à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), onde foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS, BDENF, MEDLINE.

A coleta de dados foi realizada por meio de consulta a publicações de autores de referência na área e posterior leitura crítica dos títulos e dos resumos. Os critérios de inclusão dos artigos foram, textos completos, em língua portuguesa, no formato de artigo e com recorte temporal de 5 anos (2014-2018), com resumos disponíveis nos bancos de dados informatizados selecionados e texto disponível na íntegra ou que pode ser fornecido pela fonte original. Critérios de exclusão: materiais duplicados e que não atendiam a temática. Ao adotarmos tais critérios emergiram 16 artigos.

Foram definidos os seguintes descritores para busca bibliográfica, como mostra o quadro a seguir:

Descritores	N. de Artigos
Enfermagem primária	17.330
Consulta de enfermagem	8.814
Doenças cardiovasculares	166.440
SUS	142.241

Fonte: Elaborado pelos Autores

Na busca de estudos com maiores pertinências a abordagem temática deste artigo, aprimorou-se o método de pesquisa, fazendo então a associação a cada dois descritores, como exibe o quadro a abaixo:

Descritores	Artigos	Abordagem por filtro	Selecionados por pertinência
Enfermagem primaria AND consulta de enfermagem	1.121	23	05
Consulta de enfermagem AND doenças cardiovasculares	75	07	02
Doenças cardiovasculares AND SUS	554	29	09
Total	1.750	59	16

Fonte: Elaborado pelos Autores

O levantamento de pesquisa por revisão integrativa possibilitou ao conhecimento a relevância do assunto, onde facilitou o amadurecimento de um saber mais crítico quanto as práticas, fazendo mudança nas condutas em saúde (MENDES, 2008).

Em relação à nacionalidade dos estudos, percebe-se que na temática ainda tem poucos estudos brasileiros que teçam as práticas do enfermeiro nas doenças cardíacas, faz-se saber a necessidade de novos estudos que pontuem o enfermeiro como agente de saúde com capacidade cientifica na prevenção de doenças cardiológicas.

RESULTADOS

A partir de uma análise crítica e conclusiva aos artigos selecionados e utilizados para este estudo, emergiram duas categorias a fins de possibilitar um discurso mais específico a este artigo, como disposto no quadro a seguir:

CATEGORIZAÇÃO DOS ARTIGOS
CATEGORIA 1- Fatores modificáveis desencadeantes das Doenças Cardiovasculares
CATEGORIA 2- A consulta de enfermagem como estratégia para a diminuição do índice de doenças cardiovasculares

Fonte: Elaborado pelos Autores

Na primeira categoria, por se tratar dos fatores palpáveis a modificação, requer um exato conhecimento quanto ao sistema cardiovascular. Sendo assim discute os fatores que podem ser modificados pelo cuidado do usuário da atenção primaria orientados pelo enfermeiro, o cuidado baseado na prevenção de cardiopatias, onde essa evolução faz com que o usuário perceba mais suas condições fisiológicas e tenha um cuidado com mais atenção e particularidade.

Observa-se que o sistema circulatório é um sistema importante tendo em vista sua função distributiva e de suporte a outros tecidos. Sabendo que este sistema se encarrega de levar dos pulmões e intestino todo oxigênio e nutrientes absorvidos aos diversos tecidos do nosso corpo a fim desvitalizá-los, em contrapartida levam do corpo todos os metabólitos e gás carbônico para rins e pulmões a fim de serem processados e excretados, reduzindo o risco de toxicidade no nosso organismo (HALL, 2013).

Para que todo o ciclo vital cardiovascular ocorra nosso mecanismo natural conta com as seguintes estruturas: no **sangue,** no **coração** e nos **vasos sanguíneos (veias e artérias), esses componentes estão por todo nosso corpo e através deles nosso corpo recebe os nutrientes necessários para sobreviver. Quando existe alguma barreira na artéria, que é o vaso que transporta o sangue rico em oxigênio, o tecido que seria alimentado por essa artéria, sofre alterações pela redução de nutrientes necessários para sobreviver** (VILELA, 2018).

A estrutura que se responsabiliza pelo desenvolvimento adequado pelo bom funcionamento deste sistema é o coração, o coração é uma estrutura oca que funciona como uma bomba contrátil-propulsora que manter a circulação do sangue pelos vasos sanguíneos, o normal de um indivíduo adulto é fazer ejeção de cerca de 70ml de sangue e possui um débito cardíaco total de aproximadamente de 5 litros/min. Para que isso ocorra conta com o trabalho sua estrutura sendo ela duas cavidades na porção superior (átrios direito e esquerdo) e duas cavidades inferiores(ventrículos direito e esquerdo) estruturas essa que realizarão movimento de sístole(relaxamento) onde encherá a cavidade e diástole (contração) que expulsará pelos vasos o sangue do interior. Para que haja um controle entre sístole e diástole o espaço direito entre átrio e ventrículo temos uma valva denominada tricúspide (com três folhetos) e em seu lado esquerdo está entre átrio e ventrículo a valva mitral (possuem dois folhetos). Existe ainda os vasos que farão o transporte de entrada e saída deste sangue nas cavidades onde desemborca as veias cavas superior e inferior no átrio direito e no átrio esquerdo as quatro veias pulmonares (vindo duas de cada pulmão, do ventrículo direito sai o tronco pulmonar que se ramifica em artéria direito e esquerdo, subsequente sai do ventrículo esquerdo a artéria aorta. (LEITE et al., 2009)

O músculo cardíaco também conta com estruturas para nutri-lo, estruturas estas conhecidas como aterias coronarianas que dão aporte de oxigênio e outros nutrientes para vitalizar o coração e continuar sua função de gerar vida. (LEITE et al., 2009)

Durante a sístole e diástole que são efetivadas pelo coração temos algumas alterações elétricas em consequências de reações físico-químicas das fibras musculares que levam a permeabilidade de alguns Íons na membrana fazendo despolarização (contração) e repolarização (relaxamento).

Augusto Braga (2017) traz pelo Brazil Health quatro doenças que mais acometem e levam brasileiros a morte, dentre essas trazemos valência de duas: infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular encefálico (AVE), doenças estas que tem em comum a hipertensão arterial sistêmica como fator de risco.

Quando a hipertensão arterial sistêmica é associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves. A pressão arterial por ser uma doença crônica não tem cura, mas tem tratamento. Alguns

sinais podem anunciar que a pressão está alta, são eles: precordialgia, cefaléia, tontura, acufeno, fraqueza, visão turva e rinorragia.

Uma hipertensão arterial sistêmica descompensada associada à aterosclerose (obstrução da artéria que iria alimentar alguma parte do coração), favorece que uma determinada área não receba os nutrientes necessários, fazendo aquela área fica necrosada, ou seja, aquela região que seria nutrida pela artéria obstruída morre que conhecemos como infarto agudo do miocárdio. Esta doença vai ter como sintomas precordialgia que pode irradiar para as costas, rosto, braço esquerdo e, raramente, o braço direito, acompanhado de sensação de peso ou aperto sobre tórax. Esses sinais podem ser acompanhados de sudorese, palidez e alteração na frequência cardíaca e até mesmo dispineia. Alguns sinais podem caracterizar a possibilidade da ocorrência do infarto agudo do miocárdio, são eles: o tabagismo, hiperlipidemia, hipertensão, diabetes, obesidade, estresse, depressão e hereditariedade.

Uma das contribuições negativas da hipertensão arterial sistêmica a saúde é o acidente vascular cerebral popularmente conhecido como derrame cerebral, que pode ser isquêmico que ocorre apenas a necrose na região onde o sangue não conseguiu chegar, por conta de uma obstrução na artéria, ou hemorrágico que se dá pelo rompimento da artéria cerebral e não chega sangue a uma determinada área. Ficamos em estado de alerta para alguns sintomas do acidente vascular cerebral: enfraquecimento, adormecimento ou paralisação da face, hemiplegia, visão turva, disfasia, tontura sem causa definida, desequilíbrio, incoordenação no andar ou queda súbita, geralmente acompanhada pelos sintomas acima descritos, cefaleia fortes e persistentes, disfagia. É possível fazer prevenção do acidente vascular cerebral mantendo uma alimentação equilibrada, controlar a pressão arterial e diabetes.

Segundo a SBC fatores modificáveis estão sobre o controle do indivíduo e na percepção do profissional quando o assunto é doenças cardiovasculares, sabendo que a holística do profissional deve estar não somente nos sintomas apresentados, mas também nos sinais sensíveis durante o exame físico e até mesmo anamnese do usuário da Atenção Primária.

A SBC ainda nos traz de que os fatores modificáveis, porém que podem desencadear doenças cardiovasculares são: tabagismo, hiperlipidemia, hipertensão arterial sistêmica, sedentarismo, obesidade, circunferência abdominal elevada, diabetes, alimentação hipercalórica/hiperlipídica/hiperssódica, alcoolismo.

Pela ciência e concordância que esses fatores citados são modificáveis o Instituto Nacional de Saúde salienta que a prevenção é o melhor meio de reduzir os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares, e que o meio de prevenir é se afastar do que aumenta e nos aproximar do que controla, medidas não invasivas e naturais tem um bom desempenho para este resultado esperado de prevenção.

Segundo Pereira, ET AL (2008) é forte a prevalência dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares no Brasil, o que adoece e ainda adoecerá ainda mais a população, pois a aderência a fatores de risco é mais evidente do que a aquisição de fatores preventivos a essas doenças.

O Ministério da Saúde (2018) adverte sobre os males causados pelas doenças cardiovasculares, afirmando que esses males afetam além do corpo físico, deixando então rastros por todo contexto de vida do indivíduo o impondo limitações em sua vida física, social e financeira.

A OPAS (2017) destaca que o meio de prevenção a essas doenças é absolutamente mudanças positivas comportamentais, onde reduzirá além de novos diagnósticos de cardiopatias também deterá o crescimento abrupto de mortes precoces por doenças não transmissíveis, que dentre elas ainda reina a doença cardiovascular, mesmo

sendo doenças totalmente previsíveis quando associados a fatores que não se modificam a seu desenvolvimento.

Entendendo esta etapa, partimos para a segunda categoria que esclarecerá sobre a atuação do enfermeiro aplicada a seu potencial assistencial em controle de fatores que podem ou não significar risco de vida ao individuo, que poderá viver limitado e restrito a uma doença.

A lei n° 7.498 de 25 de junho de 1986 descreve a consulta de enfermagem como ação privativa do enfermeiro, sendo designada como obrigatória através da resolução COFEN/159.

A evolução de enfermagem é mencionada por Castro (1975) com embasamento na consulta de enfermagem, trazendo a necessidade da troca de visitadoras de higiene por enfermeiras diplomadas.

Compreendendo a necessidade de pessoas não hospitalizadas, fora vinculado as ações do enfermeiro à saúde pública, colocando tal profissional encarregado de procedimentos visíveis à legislação vigente.

O período de 1961-1966 foi perceptível pela reforma do ensino, dispondo a junção das escolas de enfermagem às universidades onde fortalecer os serviços de saúde era discussão, agregando força para o surgimento da consulta de enfermagem, tendo em vista que se discutia a formação de equipes que planejaria ações de saúde tendo a presença do enfermeiro.

Antigamente consulta de enfermagem se fazia presente no manual das enfermeiras americanas, onde obtinham atividades direcionadas às doenças venéreas e realização de entrevista pós-clínica com orientações novas ao paciente.

A participação do enfermeiro de atenção primária é descrita por Fraga (1928) como sendo nos consultórios de higiene infantil e na inspetoria de Tuberculose.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) dispõe a necessidade da atuação do enfermeiro como o objetivo de manutenção à saúde, tendo esses cuidados direcionados para gestante e crianças saudáveis, bem como também cuidados com o usuário tuberculoso, e cuidados à saúde do adulto visionando doenças crônicas, precipita então origina então a consulta de enfermagem, essa atividade compreendia anamnese, inspeção física, elaboração de um plano de assistência de enfermagem, encaminhamento ao médico quando necessário, serviços de proteção, recuperação e reabilitação da saúde, observação de anormalidades, encaminhamento para imunizações, visitação domiciliar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, entre outras atividades (CASTRO, 1975).

Silva (1998) compreende a importância da implantação da consulta de enfermagem que requer alterações na prática assistencial do enfermeiro, venerando o conceito curativo que por um longo tempo em cenário brasileiro fora ressaltando que tal atividade obriga que o enfermeiro conheça sua complexidade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução 358/2009 traz como fundamental nas instituições pública e privadas a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem, ações essas prioritárias dos profissionais de enfermagem, pois se compreende que as consulta de enfermagem como ação capaz de atuar de modo modificável/reparável no processo saúde X doença. As ações aplicadas durante a consulta de enfermagem são vistas como necessárias por sua integralidade para fins preventivo-reparadores.

Assim a consulta de enfermagem visa o cuidado gerando uma holística do cliente. Se diferenciando dos profissionais de saúde que permeiam na racionalidade do modelo biomédico que tem como sua percepção na doença do usuário (Pinheiro, 2003).

De acordo com Kirk Patrick (2012) o enfermeiro contribuirá com condutas prescritas, que irão transformar a rotina desta pessoa, assumindo agora o enfermeiro o papel de educador onde suas ações irão tornar este usuário capaz de cuidar de si próprio.

Essa categoria demonstra a importância da consulta de enfermagem no cuidado ao usuário que tenham fatores modificáveis e não modificáveis para doenças cardiovasculares. Os profissionais apesar de aptos às vezes encontram dificuldades já que esses nem sempre se reconhecem como possíveis doentes e ignoram em alguns casos os cuidados prescritos pelo enfermeiro, é importante visar também que a consulta de enfermagem deve ser preconizadora da prevenção a doenças cardiovascular visando o estilo de vida levado e as condições de sobrevivência de cada usuário da atenção primária a saúde.

Atividade particular do profissional enfermeiro desde 1986, a Consulta de Enfermagem é uma atividade desenvolvida com finalidade de melhorar a assistência à saúde onde se aplica o conhecimento científico para identificar situações de saúde-doença, prescrever cuidados de Enfermagem que contribuam para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. Segundo Carraro (2001), a consulta de enfermagem tem como objetivo favorecer associação do usuário com seu ambiente, atingir o máximo bem-estar deste. Desse modo, o enfermeiro deve conduzir as orientações respeitando condições atuais do mesmo (Verdi, 2005).

Segundo Santo (2008) descreve que a consulta de enfermagem sendo aplicada em um método sistemático, influi na aderência de ações que irão modificar favorecer a saúde do paciente, em vista ser esse o objetivo fundamental em que se baseia a consulta de enfermagem. Uma vez que durante a consulta de enfermagem se abstrai informações pessoas e familiares numa visão integral, terá a partir de então base para diagnostico de enfermagem seguido de um plano assistencial para o paciente de modo exclusivo.

A Consulta de Enfermagem precisa ter base nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e resolubilidade das ações de saúde. Neste contexto, o trabalho desenvolvido quer sensibilizar a importância da Consulta de Enfermagem desempenhada pelo enfermeiro como facilitador. Com isso, Cruz (1989) apud Verdi (2005) recomenda que sejam utilizadas as etapas do processo de enfermagem (Histórico de Enfermagem, exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de Enfermagem).

A consulta de enfermagem tem como objetivo a intervenção durante o processo de saúde X doença nas pessoas assistidas, tendo como ferramenta a monitorização e avaliação do risco para as doenças cardiovasculares ou manutenção caso haja já instalado alguma doença cardiovascular. Diante a este paciente é necessário compreender o estilo de vida e meio social em que esta inserido o cidadão, a fim de prescrever condutas que servirão para prevenir e até mesmo para fazer manutenção e controle de saúde.

O enfermeiro precisa estar atento ao comportamento do usuário, as informações coletadas na anamnese, correlacionando sempre com os sinais clínicos apresentado durante o exame físico e aos sinais vitais, pois isto proporcionará o levantamento de necessidades especiais voltadas à atenção primária, que se enxerga como uma unidade que tratará de prevenções a doenças cardiovasculares. Baseada nas informações coletadas pode ser anexar à algumas ocorrências a necessidade de políticas públicas que fortaleçam mais ainda o sistema de prevenção de doenças cardiovasculares (Stanhope e Lancaster, 2014).

É importante destacar que a consulta de enfermagem é uma pratica prevista em lei e amparada juridicamente às legislações que amparam esta pratica profissional privativa do enfermeiro, que vão desde o regulamento à profissão (LEI 7.498/1986), a Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS n° 1.625), ainda sobre as bases que formalizam a consulta de enfermagem estão os manuais instrutivos do

Ministério da Saúde e os Cadernos de Atenção Básica, tais servirão como apoio para que durante a consulta de enfermagem seja dada a devida assistência de acordo com as necessidades e o público apresentado.

CONCLUSÃO

Diante aos achados e discursados artigos percebe-se que ainda existe um alto índice de mortes ocasionadas por doenças cardiovasculares avançadas e não tratadas de forma devida e correta, o que nos faz repensar a estratégia de captação do enfermeiro usando como ferramenta para isto o previsto e respaldado por lei que é a Consulta de enfermagem.

Em vista que o enfermeiro tem autonomia para desenvolver a consulta de enfermagem, o mesmo precisa de embasamento técnico/ cientifico para captar de modo precoce os fatores de risco modificáveis e associá-los aos fatores de risco não modificáveis, ressaltando que o quanto mais recente for avaliado menor danos à saúde se terá, a fim de denominar uma terapêutica eficaz para cada indivíduo, em vista que cada organismo reagirá de um modo diferente.

O enfermeiro está entre os profissionais que possuem papel fundamental e importantíssimo na prevenção de doenças cardiovasculares. Alguns protocolos vão nortear o profissional nas condutas corretas a serem tomadas mediante aos casos apresentados. O enfermeiro irá trabalhar sempre com prescrições de cuidados, que tem fundamentos científicos, que hão de produzir melhora no quadro apresentado, por isso o enfermeiro deve cumprir o exame físico associado à anamnese para se ter dados presentes que apontarão para as possibilidades futuras

Algumas ferramentas que serão utilizadas na consulta de enfermagem validará o uso de diagnóstico de enfermagem ou até mesmo hipótese diagnóstica que redimensionará cuidados para manter a qualidade de vida deste usuário de Atenção Primária de Saúde, tornando-a longínqua o máximo possível.

Uma potente ferramenta que o enfermeiro tem como uma de suas prioridades é a aferição de sinais vitais, que por ser técnica deve ser de forma correta para que a mesma tenha um retorno de valores fidedignos onde o respaldará em condutas corretas e firmes.

Outra potente ferramenta é as medidas antropométricas onde irá se manifestar fatores de risco que serão modificáveis, de acordo com as orientações do enfermeiro e do usuário estando como um aliado em prol de sua própria saúde.

O enfermeiro tem por total aptidão realizar procedimentos não invasivos que no momento da consulta de enfermagem serão rudimentares para elaboração de um plano terapêutico eficiente e extremamente individual.

O usuário precisa ser vislumbrado de modo peculiar para que seus pontos negativos associados aos fatores modificáveis sejam alvejados com o plano terapêutico traçado pelo enfermeiro que a assistência. Deve ter relevância o conteúdo social, financeiro, familiar dentre outros, para elaborar uma terapêutica em que o indivíduo consiga assumir, arcar e levar em frente com objetivo de reverter os fatores que se modificam através da modificação do comportamento.

O sistema cardiovascular é o grande responsável por manter vivo cada parte do nosso corpo, tendo como componente primordial o coração e os vasos, conta piamente com os demais sistemas do corpo, e com a consciência de todo ser humano para manter um equilíbrio de sua função, e não haver o encerramento da vida por coisas banais alguns novos hábitos devem ser adotados a fim de prevenir que a hipertensão arterial sistêmica se instale, a prevenção é o melhor tratamento, e alguns métodos de prevenir são: Manter o peso adequado, se necessário, mudando hábitos alimentares, redução da ingestão de sódio, utilizando outros temperos que ressaltam o sabor dos alimentos, praticar atividade física regular, aproveitar

momentos de lazer, abandonar ou moderar o consumo de álcool e tabaco, evitar alimentos com excesso de lipídeos, controlar o diabetes, sendo assim, assumindo esses atos haverá saúde ao invés de doença, prevenir é o melhor meio de ser saudável.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, BruAnaLúcia ; AMARAL, Isabela Tavares. Consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família, ampliando o reconhecimento das distintas formas de ação: uma revisão integrativa. **Revista online de pesquisa- cuidado é fundamental/ UNIRIO**, RJ, 2017.

ACIOLI, Sonia *et al*. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista de enfermagem UERJ**, RJ, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: [*s. n.*], 2011.

AS 4 doenças Cardiovasculares que mais matam. **As 4 doenças Cardiovasculares que mais matam** , Brasil, p. Segundo-Coração, 11 set. 2017. Disponível em: http://www.brazilhealth.com/Visualizar/Artigo/60/As-4-doencas-Cardiovasculares-que-mais-matam. Acesso em: 13 abr. 2019.

BAGGIO, Maria Aparecida *et al*. Descoberta da doença cardiovascular: associando causas e vivenciando o contexto da instituição hospitalar de referência. **Revista de enfermagem UERJ**, RJ, 2016.

BAKRIS, George L. Visão geral da hipertensão. **HAS**, [*S. l.*], 4 jun. 2014. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-cardiovasculares/hipertens%C3%A3o/vis%C3%A3o-geral-da-hipertens%C3%A3o. Acesso em: 4 jun. 2019.

CUNHA, Kamylla Santos da *et al*. Revascularização miocárdica: fatores interventores na referência e contrarreferência na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** , SP, 2016.

ENFERMAGEM em Cirurgia Cardíaca. *In*: LEITE, Joséte Luzia *et al*. **Guia Prático em Cardiopatias**. [*S. l.*]: Yendis, 2009.

FERRACCIOLI, Patricia ; ACIOLI, Sonia. As diferentes dimensões do cuidado na prática realizada por enfermeiros no âmbito da atenção básica. **Revista online de pesquisa-cuidado é fundamental/ UNIRIO**, RJ, 2017.

HALL, John E. Tradução da 13ª edição. *In*: HALL, Guyton&. **Tratado de Fisiologia Médica**. [*S. l.*]: Elsevier, 2013.

HOEPFNER, Clovis *et al*. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. **Saúde e sociedade**, SP, 2014.

LEITE, Iuri da Costa *et al*. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **SCIELO**, RJ, 2015.

LENTSCK, Maicon Henrique; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, PR, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho *et al*. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **SCIELO**, SP, 2014.

MARQUES, Larissa Pruner; CONFORTIN, Susana Cararo. Doenças do Aparelho Circulatório: Principal Causa de Internações de Idosos no Brasil entre 2003 e 2012. **Revista Brasileira de Ciências e Saúde**, PB, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília: [*s. n.*], 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares**. Lisboa: [*s. n.*], 2006.

OLIVEIRA, Amanda Mariza Souza de *et al*. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Revista de enfermagem UERJ**, RJ, 2014.

OMS. **10 principais causas de morte no mundo**. [*S. l.*], 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0. Acesso em: 28 mar. 2019.

ONU. **Doenças crônicas não transmissíveis matam 41 milhões de pessoas no mundo**. [*S. l.*], 2018. Disponível em: https://nacoesunidas.org/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-matam-41-milhoes-de-pessoas-mundo/. Acesso em: 20 mar. 2019.

PREFEITURA DO RIO. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: [*s. n.*], 2012.

QUEIROZ, Dayane C. *et al*. Associação entre doenças cardiocirculatórias e internações hospitalares entre pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde. **Revista FMRP- USP**, SP, 2016.

SANTOS, Amanda Mariza Souza de Ludmilla Borges dos *et al*. Risco cardiovascular em usuários hipertensos da atenção primária à saúde. **Revista de enfermagem- UFPE online**, Recife, 2018.

SOTO, Pedro Henrique Teixeira *et al*. Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. **Revista rene - UFC**, PR, 2015.

SOUZA, Dayane Kelle de; PEIXOTO, Sérgio Viana. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiologia e serviços saúde**, Brasília, 2017.

SOUZA, Natale. SUS: Princípios/Diretrizes, Regionalização e Gestão do SUS – Marcos Jurídicos. **Princípios e Diretrizes do SUS**, [*S. l.*], 21 dez. 2016. Disponível em: https://saude.grancursosonline.com.br/sus-principios-diretrizes-regionalizacao-e-gestao-do-sus/. Acesso em: 4 jun. 2019.

VILELA, Ana Luisa Miranda. **Sistema Cardiovascular**. [*S. l.*], 2018. Disponível em: https://afh.bio.br/sistemas/cardiovascular/1.php. Acesso em: 18 abr. 2019.

XAVIER, Brunno Lessa Saldanha *et al*. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Revista de enfermagem UERJ**, RJ, 2014.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS PARA AMENIZAR A DOR DO TRABALHO DE PARTO: MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

CAPÍTULO 6

Alayanne Castro Vasconcelos Soares
Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – UNICEPLAC
Patrícia Rodrigues Maciel Caldas
Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – UNICEPLAC. Pós graduanda em Gestão e auditoria em enfermagem, Ginecologia e obstetrícia e UTI neonatal e pediátrica pelo Grupo IBRA Educacional
Marlene Cardoso do Nascimento
Enfermeira graduada pela Faculdade JK/ unidade Gama. Pós graduanda Nefrologia e Oncologia pela Faculdade Faveni
Núbia Lafaiete do Nascimento Lima
Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos - UNICEPLAC. Pós graduanda em gestão hospitalar e auditoria em serviços de saúde pela Faculdade Estratego
Patrícia Moreno Pereira
Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Especialista em Farmácia Clínica pela Faculdade Albert Einstein
Glaucia Pereira de Lucena
Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP). Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo programa de residência multiprofissional FEPECS/SES-DF. Enfermeira obstetra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar, os cuidados de enfermagem prestados às parturientes para amenizar a dor do trabalho de parto através da utilização de métodos não farmacológicos. Trata-se uma revisão integrativa, realizou-se a busca nas bases de dados presentes na Biblioteca Virtual em Saúde, que resultou em 18 artigos. Os resultados demonstram que os principais métodos utilizados são: massagem, bola suíça, banho quente, deambulação e alguns casos auriculoterapia e acupuntura. Conclui-se que a enfermagem tem a responsabilidade em ofertar e explicar os recursos para o alívio da dor do trabalho de parto para todas as parturientes e deixá-las livres para escolher a mais confortável e eficaz para o seu momento. Atentando-se para a evolução do trabalho de parto e suas manobras exigidas a cada parturiente, já que cada corpo pode apresentar reações distintas. Recomenda-se que o acompanhante por sua vez esteja envolvido nos métodos escolhidos pela parturiente e a auxilie.

Descritores: parto normal, parto humanizado, trabalho de parto e dor do parto.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto se dá por uma série de hormônios que desencadeiam e estimulam cada processo. O início se dá pela síntese e liberação de hormônios desencadeada pela maturação fetal. A hipófise, hipotálamo e o útero liberam alguns hormônios que estão envolvidos na fisiologia do verdadeiro trabalho de parto. A corticotrofina (CRH) que é liberada pelo hormônio estrogênio, a ocitocina e as prostaglandinas trabalham para promover as contrações uterinas. A síntese do estrogênio que é estimulada indiretamente pelo CRH por meio da placenta e membranas fetais através do adrenocorticotrófico (ACTH) (BERNE; LEVY,2009).

O trabalho de parto e parto são caracterizados pela dor fisiológica, tendo em vista todas as alterações hormonais e principalmente físicas que ocorrem no corpo materno, para a manutenção da gestação e para o parto (ALSHAHRANI, 2019). A intensidade da dor do trabalho de parto é variável entre as mulheres, e geralmente está ligada a diversos fatores como; psíquico, ambiental, social, crenças e experiências já vividas. Sabe-se que alguns fatores podem intensificar as dores, tais como: o estresse, a ausência de acompanhante, a condução incorreta do trabalho de parto (LOGTENBERG; MOL; VERHOEVEN, 2019).

As evidências científicas demonstram que também há manobras para alívio da dor. “A utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor garante a mulher mais autonomia sobre o parto, buscando a redução da dor, tensão e estresse, tornando este processo mais fisiológico possível” (KATZER, 2016, p.9). Os Métodos Não Farmacológicos para alívio da dor (MNF), doravante métodos não farmacológicos, favorecem a fisiologia do parto natural, ajudando no alívio da dor e reduzindo a ansiedade, deixando a paciente mais confortável e segura para ser a protagonista do parto.

De acordo com Fernandes (2009), a dor do trabalho de parto e parto é a mais básica e fundamental das experiências de vida: o início de uma nova vida. Nem sempre o comportamento da parturiente que está em trabalho de parto expressa a intensidade da dor, já que algumas dessas mulheres tentam de forma tensa se controlar para não serem vistas pelos profissionais de saúde como escandalosas e ou descontroladas, levando-as a um estágio de tensão e desconforto ainda maior. Nilsen (2011, p.558) afirma que “as mulheres buscam controlar suas emoções para que não sejam vistas pela equipe como descontroladas e descompensadas.” Sabe-se que algumas parturientes trazem consigo o paradoxo da conduta da equipe de enfermagem em relação aos seus comportamentos, como expressões de dor, os gritos e mudanças de posições.

A conduta da equipe de enfermagem é primordial para que a parturiente se sinta à vontade em se expressar e expor suas necessidades. A partir do momento que essa conduta ocorre de forma humanizada, respeitando os desejos da gestante e em um ambiente agradável, será possível verificar o maior relaxamento da parturiente. Nesse instante, ocorrerá à diminuição da liberação de adrenalina na corrente sanguínea, o chamado hormônio do medo. “O cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando à singularidade de cada parturiente” (OLIVEIRA, 2012, p.33)

Conforme já mencionado, a atuação dos profissionais de enfermagem é de suma importância para a garantia dos direitos das mulheres e à condução fisiológica do parto. O apoio emocional e físico faz parte desse processo, os profissionais de enfermagem trabalham para que essa gestante sinta a dor, porém de forma mais confortável, deixando-a livre para quaisquer posições que desejam estar (RODRÍGUEZ et al.,2018).

Sendo assim, espera-se que os profissionais estejam qualificados para atender e respeitar a fisiologia do trabalho de parto, as decisões da parturiente e a necessidade individual de cada mulher. Portanto, esse estudo tem por objetivo investigar os cuidados de enfermagem prestados às parturientes para amenizar a dor do trabalho de parto através da utilização de métodos não farmacológicos.

REVISÃO DA LITERATURA

Parto Humanizado

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996 publicou um guia prático para assistência ao parto normal, propondo estratégias para garantir uma maternidade segura e uma assistência humanizada e sem riscos à mulher e ao recém-nascido (OMS, 1996). As propostas objetivavam diminuir intervenções na assistência ao parto, dispor a mulher como protagonista do próprio parto, incorporar o acompanhante de escolha no processo de parto e considerar a dimensão social e emocional na dinâmica assistencial, norteando a assistência por evidências científicas (MELO, 2017).

A humanização do parto está ligada a inúmeras interpretações e também a um apanhado de propostas que visam modificar as práticas assistenciais médicas e da enfermagem. Tem-se como pilares da atenção humanizada: a prática fundamentada em evidências; os direitos humanos sendo respeitado; o valor da experiência humana; o remanejamento dos papéis e poderes na cena do parto; o respeito ao fisiológico; a reinserção do protagonismo feminino e da família (MELO, 2017).

Sendo assim, o que se espera é a reformulação da rotina assistencial, a partir da inserção de novos conceitos, que aparentemente parecem desafiar a prática antiquada e com comprovada ausência de evidências científicas que as sustentem. No fim, entende-se que o parto humanizado não é uma técnica, um modo ou um serviço diferenciado, defende-se que o parto humanizado é aquele que deve ser ofertado para todas as mulheres, sejam as que irão parir via vaginal ou pela operação cesariana.

Boas práticas na atenção ao parto

Como já mencionado, a publicação original da OMS, fora um marco na história da humanização e implementação de boas práticas aplicadas ao parto normal, promovendo o nascer saudável (OMS, 1996; CARVALHO et al, 2015). Reitera-se que a publicação surgiu a partir da alarmante situação da morbimortalidade materna, que já demonstrava a ineficácia do modelo biomédico, e que como possível resolução para esse desafio, dever-se- ia realizar uma mudança no cenário assistencial, e consequentemente uma mudança nos personagens que agiam nesse cenário estudo (PEREIRA *et al.*, 2018).

A promoção das boas práticas está inserida em um longo processo de humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil. A publicação explicita quais são as intervenções que devem cair em desuso, e quais devem ser estimuladas com mais vigor nos centros de atenção a parturiente.

Pesquisas demonstram que apesar da OMS e do Ministério da Saúde, apresentarem recomendações e diretrizes atualizadas, ainda há dificuldade em as boas práticas no cotidiano assistencial (LEAL *et al.*, 2014; WHO, 2018). A resistência pode ser resquício dos antigos moldes formativos, em que as técnicas eram perpetuadas, sem atualizações científicas, o que demonstra a premência em sensibilizar os profissionais da saúde sobre as práticas assistenciais atualizadas.

Atuação do enfermeiro obstétrico

Entende-se que são inúmeras as atividades direcionadas a enfermagem referente ao parto. A humanização da assistência ao parto requer estudo, qualificação e conhecimento científico de amplitude geral para colocar em prática todo e qualquer procedimento adequado ao parto, não pode simplesmente querer assistir ao parto.

(FERREIRA, 2016) “Para reunir atitudes profissionais da ciência do cuidar em prol da qualificação de um parto humanizado, é necessário o direcionamento do órgão regente da saúde.” (FERREIRA, 2016, p.66).

Das atribuições do enfermeiro relacionado à atenção à gestante, de acordo com a Lei nº 7.498/86 e o decreto-lei 94.406/87, “o enfermeiro está apto a assistir o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério”. Sabe-se ainda que o enfermeiro especialista em obstetrícia é respaldado para executar a episiotomia e episiorrafia, com administração de analgesia local, caso se faça necessário, como traz a portaria nº 743 de 2005 e no COFEN nº 477 de 2015 (FERREIRA, 2016, p.66).

Ainda pensando na qualificação profissional, foi iniciativa do Ministério da Saúde, a formação de profissionais qualificados e preparados para as mudanças previstas nos novos modelos de atenção humanizada. Sendo assim, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, proporcionou à formação de enfermeiros especializados em obstetrícia através das residências multiprofissionais (BRASIL, 2005). O modelo formativo permanece em vigor, e tem como objetivo formar profissionais atualizados, a partir da prática assistencial.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que se caracteriza por ser uma pesquisa investigativa permitindo examinar e analisar com senso crítico e resumir as evidências disponíveis sobre um tema abordado que está sobre investigação (SOUSA, 2017).

Os artigos foram pesquisados nas seguintes bases de dados: *ScientificEletronicLibraryOnLine*(SciELO); *Medical Literature Analysis and Retrietal System On-line* (Medline); L*atin American and Caribean Health Science Literature Database* (Lilacs), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Cabe destacar que se fez uso dos descritores “parto normal”, “parto humanizado”, “trabalho de parto” e “dor do parto”. O mecanismo de busca utilizado, composto por operadores *booleanos* fora: "parto normal" *OR* "parto humanizado" *OR* "trabalho de parto" *AND* "dor do parto", onde se pesquisou por título, resumo e assunto.

Os critérios de inclusão considerados foram: estudos publicados em português, entre os anos de 2009 a 2019, disponíveis na íntegra, e serem gratuitos. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão integrativa, teses, dissertações, editoriais, artigos de revisão e literatura cinza, tendo em vista que não atendiam o foco dessa revisão.

Foram 644 registros identificados por meio de pesquisas nas bases de dados e após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, sobraram 39 estudos. Após a leitura dos resumos e a seleção do material, obteve-se 18 artigos que abordaram os cuidados de enfermagem e diversos métodos não farmacológicos para o alívio da dor do trabalho de parto e seus benefícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Selecionaram-se então18 artigos para análise nesta revisão integrativa, sendo cinco em 2017, três em 2009, três em 2016, dois em 2018, dois em 2011, os demais foram distribuídos um em cada ano a seguir: 2012, 2013, e 2019. Quanto à área de abrangência das revistas responsáveis pelas publicações, verificou-se que 17 artigos foram publicados por revistas da área de abrangência da enfermagem, um da saúde coletiva. Aponta-se, com relação ao local de realização das pesquisas que resultaram nos artigos, que 07 são provenientes da região Nordeste, enquanto 10 são da região Sudeste e 1 da região Sul do país. Apresenta-se abaixo, em ordem de publicação (Quadro1), a síntese dos estudos que abordaram conteúdo relevante ao tema dessa revisão integrativa.

Quadro 1. Apresentação da síntese dos estudos apresentados na revisão integrativa.

Nº	ıtor e Ano	Título do Artigo	Objetivo	Metodologia
01	Martini e Becker 2009	A acupunturana analgesia do parto: percepções das parturientes	Conhecer as percepções das parturientes atendidas na Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis (HU) sobre a utilização da Acupuntura na analgesia das dores do parto.	Qualitativo
02	Davim *et al.* 2009	Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto	Avaliar a efetividade de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.	Quantitativo
03	Gama *et al.* 2009	Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada	Analisa as diferentes representações e experiências de mulheres de diferentes classes, incluindo questões relacionadas às suas relações com funcionários do hospital em diferentes contextos institucionais.	Quantitativo
04	Barros *et al.* 2011	Uso do partograma em maternidades escola de alagoas	Determinar a frequência de uso do partograma em maternidades escola de Alagoas	Quantitativo
05	Cabral *et al.* 2011	Assistência humanizada ao parto: métodos de alívio da dor	Avaliar o conhecimento de médicos, fisioterapeutas e enfermeiros sobre os métodos de alívio da dor realizados na assistência ao parto e descrever quais os métodos são praticados por esses profissionais.	Quantitativo
06	Salim *et al.* 2012	Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional	Estudar os sentidos atribuídos ao cuidado no parto e analisar como as diferentes práticas de cuidado em Obstetrícia estão presentes no discurso de mulheres de diferentes gerações de uma mesma família.	Qualitativa
07	Barbieri et al. 2013	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto	Avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente de aspersão e exercícios Perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto e a percepção da dor.	Quantitativo
08	Silva et al. 2016	O cuidado de enfermagem vivencia do por mulheres durante o Parto na perspectiva da humanização	onhecer as vivências das puérperas sobre o cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto no que tange a humanização.	Quantitativo
09	Mafetoni e Shimo 2016	Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado	Analisar os efeitos da acupressão nos pontos sobre a dor na fase ativa do trabalho de parto, em gestantes atendidas em maternidade pública	Quantitativo
10	Mafetoni e Shimo 2016	Efeitos da auriculoterapia sobre a dor do trabalho de parto: ensaio clinico randomizado	Avaliar os efeitos da auriculoterapia no controle da dor e seus desfechos na duração do trabalho de parto	Quantitativo
11	Meloet al. 2017	1.1.1.1 Representações de puérperas sobre o cuidado recebido no trabalho de parto e parto	Descrever as representações sociais de puérperas sobre o cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto.	Quantitativo

12	Bezerraet al. 2017	1.1.1.2 Satisfação das mulheres quanto à assistência recebida da enfermagem no pré-parto	Identificar a satisfação das parturientes a cerca dos cuidados que foram prestados pela enfermagem no período pré-parto	Quantitativo
13	Lehuguer etal. 2017	1.1.1.3 Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica	Caracterizarospartosassistidosporenfermeirao bstétricaquantoaosmétodosnão farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição	Quantitativo
14	Hanumet al. 2017	1.1.1.4 Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente	Identificar métodos não farmacológicos empregados para o alívio da dor durante o trabalho de parto, bem como sua eficácia segundo a percepção de puérperas	Quantitativo
15	Andrade et al. 2017	Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência	Analisar as boas práticas adotadas na atenção à mulher e ao recém-nascido, em uma maternidade pública baiana, apoiada pela Rede Cegonha.	Quantitativo
16	Dias et al. 2018	Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal	Verificar a percepção das puérperas no pós-parto imediato sobre a eficiência do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal.	Qualitativo
17	Pereira et al. 2018	Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas	Analisar a satisfação de puérperas acerca das tecnologias não invasivas de cuidados a elas prestados.	Qualitativo
18	Mielkeet al. 2019	A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil	Identificar a prática de métodos não farmacológicos implementadas para o alívio da dor de parto em um hospital de ensino, os motivos que levaram a utilizá-los e o grau de satisfação	Quantitativo

Fonte: Das autoras, 2019

Categorização dos artigos selecionados

Realizou-se a categorização dos 18 artigos selecionados para esta revisão através de leitura integral. Com relação aos conteúdos analisados, três categorias emergiram, foram elas: os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor utilizados; os benefícios dos métodos não farmacológicos; e a humanização do trabalho de parto e a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor pela equipe de enfermagem.

Os principais métodos não farmacológicos

Alguns autores apontam práticas e MNF que podem ser utilizados pela equipe de enfermagem como um instrumento para o alívio da dor do Trabalho de Parto (TP). “Há relação entre a preparação para o parto e as expectativas com os cuidados no alívio da dor visto que uma parturiente bem informada e segura terá uma experiência de parto mais tranquila” **(**MIELKE, GOUVEIA E GONÇALVES, 2019, p.52). É certo que uma parturiente bem informada e preparada para o parto viverá a experiência com mais segurança e domínio, como afirma o autor supracitado.

Esta pesquisa pôde catalogar os principais MNF, onde autores trazem em sua essência sua utilização na prática clínica. Barbieri*et al.* (2013), a partir de um estudo clínico

experimental, apontou opções não farmacológicas para alívio da dor durante o TP, são elas: banho quente, exercícios perineais com bola suíça e de respiração, massagem, acupuntura e eletroestimulação. O autor destaca em seu estudo sobre o banho morno, que é uma técnica não invasiva, com benefícios, e que pode ser associada ao uso da bolasuíça.

Já Mafetoni e Shimo (2016) discutem a acupressão e a auriculoterapia como MNF a partir de dois ensaios clínicos controlados distintos. Mesmo o segundo ensaio não trazendo um resultado tão positivo na utilização do método de auriculoterapia, o autor expressa a possibilidade de um possível novo ensaio com uma maior amostra, incluindo critérios de utilização de ocitocina e amniotomia, que podem promover alterações no curso do TP (MAFETONI e SHIMO, 2016).

Ainda com relação à auriculoterapia, o que se espera é um resultado satisfatório dessa técnica, já que Lehugeur, Strapasson e Fronza (2017) e Asher*et al.* (2010) em suas pesquisas, com diferentes desenhos, apresentam resultados positivos no manejo da dor. Os autores supracitados mencionam que a auriculoterapia é indicada para o tratamento de dores agudas e crônicas. Reforçando o que já foi dito, uma revisão conduzida por Mascarenhas *et al.* (2019), também afirma que a acupressão atua tanto nos aspectos fisiológicos, como nos subjetivos dador.

Há ainda ensaios clínicos que expõem métodos não farmacológicos combinados, são aqueles que utilizam mais de uma prática na mesma parturiente. Davim, Torres e Dantas (2009) utilizaram de estratégias combinadas em seu ensaio com uma amostra de 100 parturientes, sendo elas: exercício respiratório, relaxamento muscular e massagem lombossacral.

Com relação ao uso do partograma, uma ferramenta para a visualização do progresso do TP, Barros e Veríssimo (2011, p. 557) afirmam por meio de coorte transversal que “o partograma é uma estratégia norteadora para adoção de intervenções no trabalho de parto”. Sendo assim, entende-se que o partograma pode auxiliar a definir a indicação do uso dos MNF, com base na evolução doTP.

Isso demonstra as diversas opções que a equipe de enfermagem tem para ofertar à parturiente ao longo do trabalho de parto. Desse modo evidencia-se a necessidade de conhecimento desses métodos pela equipe de enfermagem, para que a parturiente possa ser orientada e escolher sabiamente como lidar com a dor.

Os benefícios dos métodos não farmacológicos

A utilização dos MNF, não deve ser imposta a nenhuma parturiente. A aceitação ou recusa deve ser precedida da apresentação dos benefícios de cada método, bem como os efeitos fisiológicos no corpo. Por serem práticas não invasivas, de caráter relaxante, espera- se que as parturientes, que aceitarem, consigam experimentar diversos métodos ao longo do trabalho departo.

Davim, Torres e Dantas (2009) afirmam em seu ensaio clínico que, os métodos podem reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor de parto e que são considerados não invasivos. Sendo assim, observou-se que, o autor retratou a importância da utilização dos métodos não farmacológicos evidenciando que, por não se tratar de procedimento invasivo, provavelmente evita-se a ansiedade e agitação daparturiente.

Em sua pesquisa qualitativa, que contou com os relatos de 40 (quarenta) mulheres, Dias *et al.* (2018) afirmaram que os métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto obtiveram efeitos satisfatórios. Observou-se também que os MNF minimizaram a sensação dolorosa, deixando-as mais tranquilas, relaxadas, oportunizando a condução fisiológica do TP. Essa afirmação vai ao encontro dos resultados discutidos por Mielke*et al.* (2019), onde se evidencia a satisfação na utilização dos MNF durante o

trabalho de parto.

Com relação a técnica específica da acupressão, Mafetoni e Shimo (2016) explicam que a utilização de pontos específicos da acupuntura, por pressão com dedos ou mãos, sem o uso das agulhas também é benéfica para a parturiente. Os autores supracitados afirmam ainda que, a acupressão se mostrou um método favorável para o alívio da dor e também para a evolução no trabalho departo.

Sobre a auriculoterapia, os mesmos autores trazem em um ensaio clínico distinto que, na qual a técnica é usada na analgesia por meio de estímulos específicos, em pontos reflexos no pavilhão auricular (MAFETONI; SHIMO, 2016). Entretanto, nesse estudo o autor considera o resultado indiferente, uma vez que não se observou diferença nos escores de dor apresentados entre as parturientes participantes e não participantes do estudo.

A massagem é um método amplamente utilizado, e de baixíssimo custo, que muitas vezes pode ser executado pelo acompanhante. Segundo Lehugeur, Strapasson e Fronza (2017, p.4934) "no trabalho de parto, a massagem proporciona conforto, analgesia e alivia a dor, além de promover vínculo entre o profissional e a parturiente." Nesse caso, Monguilhott*et al.* (2018) também mencionam a importância do acompanhante para a promoção dos MNF, e apoio da mulher.

Dentre as finalidades da deambulação no TP, destaca-se aqui a sua ação na redução da dor da parturiente naquele momento. Apesar de poucos estudos determinarem fisiologicamente sua ação analgésica, observa-se que a deambulação também auxilia na evolução do trabalho de parto (GALLO, 2011). Destaca-se que quando a mulher se encontra na fase ativa do TP a deambulação, auxilia na movimentação pélvica, além disso, Coelho *et al.* (2018, p.19) afirmam que, "a associação entre a deambulação e a ação da gravidade proporcionam a gestante um menor tempo na duração do período dedilatação."

Outro método bastante utilizado é a bola suíça, também conhecida como bola de pilates. O aparelho auxilia no TP e proporciona conforto e alívio à gestante, uma vez que, "a bola também é um instrumento lúdico, podendo contribuir na distração da parturiente" (Lehugeur, Strapasson e Fronza, 2017, p.4935).

A bola suíça também propicia à mulher liberdade de posição e alívio da dor, principalmente a lombar e das articulações pélvicas, e pode ser utilizada em combinação com outras técnicas, como a massagem e o banho de chuveiro. Observou-se através de um estudo realizado em Porto Alegre, que a bola suíça um dos principais métodos escolhidos por profissionais para a diminuição da dor em parturientes (OLIVEIRA, 2012). Reitera-se que tendo em vista a sensação de conforto, algumas gestantes fazem uso da bola até momentos antes de se estabelecerem no período expulsivo.

A água quente estimula a vasodilatação periférica e auxilia no bom funcionamento do fluxo sanguíneo, contudo promove o relaxamento muscular. Em sua pesquisa, Galo *et al.* (2011, p.43) afirmam que, "o mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente."

O banho quente por causar estimulação a depender da força da ducha proporciona a parturiente o efeito de alívio da dor e para que isso aconteça à temperatura da água deve estar em média em 37ºC. (COELHO, ROCHA e LIMA, 2017). "Água morna reduz a sensibilidade dolorosa da gestante, isso ocorre devido à redução da atividade simpática [...], a qual se torna mais lenta e eleva os níveis de encefalinas e endorfinas endógenas." (COELHO, ROCHA e LIMA, 2017, p.18)

A crioterapia é um método pouco utilizado pelas parturientes no início do TP, tal fato relaciona-se com a utilização do gelo como ferramenta principal para execução da técnica, e a escassez de profissionais que saibam como manejar a técnica corretamente. Nesse método, trabalha-se na via nervosa aferente nociceptiva por diminuição metabólica

e isquemia dos vasos que nutrem os nervos, devido a vasoconstrição (COELHO, ROCHA e LIMA, 2018). Utilizam-se compressas frias ou bolsas térmicas de gel congelado para amenizar a dor, Coelho, Rocha e Lima (2018), ressalta a necessidade de cuidado durante sua aplicação, buscando evitar possíveis queimaduras nagestante.

Com relação ao uso da crioterapia, um estudo realizado por Mafetoni e Shimo (2016) demonstrou a eficácia dessa técnica a partir da resposta positiva de 85,71% das parturientes avaliadas na fase ativa do TP, que apresentavam de 7 a 9 cm de dilatação cervical. Nesse caso, aplicou-se compressa com gelo por 20 minutos, na região lombar de cada parturiente. As mulheres relataram diminuição na dor, alívio, ou uma melhor condição de tolerar a dor na segunda fase do TP no momento das contrações uterinas (MAFETONI e SHIMO, 2014).

Sendo assim, destaca-se que apesar do aumento na divulgação dos MNF, ainda há desafios a serem superados. Além disso, alguns métodos ainda precisam ser mais divulgados, para que os profissionais reconheçam seus benefícios e saibam usar as ferramentas da maneira correta.

A utilização dos métodos não farmacológicos pela enfermagem para humanizar o trabalho de parto

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) o atendimento ao parto natural é regulamentado para os profissionais da saúde, como, médicos obstetras, enfermeiros obstétricos e obstetriz. Sendo assim, grande parte dos enfermeiros e/ou enfermeiros obstétricos que lidam com o nascimento, seguem buscando qualificar o seu atendimento com base na atenção humanizada, em todos os seus aspectos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apóia e estimula a humanização e mudança de hábitos na rotina de assistência aos partos (WHO, 2018). Destaca-se aqui que tais estímulos não se limitam somente ao parto vaginal, mas a operação cesariana. Ainda assim, com relação aos partos normais de baixo risco, a OMS também incentiva a utilização de métodos não farmacológicos para amenizar a dor durante o trabalho de parto e os classifica como: "condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas" (OMS, 1996; MAFETONI e SHIMO, 2014; WHO,2018)

Com relação à atuação da enfermagem obstétrica, Bezerra, Melo e Oliveira (2017,p. 1853) afirmam que, “a assistência da enfermagem no partejar vem ganhando cada vez mais espaço com a recuperação das tendências de humanização e de acompanhamento à mulher no que diz respeito à fisiologia natural do parto”. Além disso, trata-se de recomendação ministerial e internacional, a qualificação e inserção de enfermeiros em todo acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

A inserção do enfermeiro tem como objetivo o respeito ao fisiológico e a diminuição de intervenções desnecessárias. Em seu estudo, Andrade, Rodrigues e Silva (2017) descreveram as intervenções e as práticas assistenciais durante o TP, fundamentados nas atuais recomendações da OMS e do Ministério da Saúde (MS) no Brasil. Observou-se que os MNF já são praticados na maioria dos atendimentos realizados, e que o formato de atendimentoincluíaaingestadelíquidospelaparturiente,apossibilidadedeescolhade posições, movimentação e utilização de práticas com ou sem acessórios para alívio da dor. Tais dados demonstram que a partir da reformulação das práticas, é possível respeitar o corpo e a autonomia feminina.

Os MNFs têm sido utilizados e analisados como eficientes pelos próprios enfermeiros (as), por meio de evidências e experiências. Cabral, Medeiros e Santos (2011), afirmam através de seu estudo descritivo que os profissionais participantes da pesquisa afirmaram que o MNFs são os que trazem mais benefícios à parturiente e ao RN. Tal afirmação fundamenta-se na oportunidade de proporcionar conforto e evitar a

realização de procedimentos invasivos na parturiente.

É importante que o acolhimento da gestante seja de forma que a faça sentir confortável acomodada e bem recebida pelo profissional de saúde. A entrada da parturiente na instituição e no setor de internação obstétrica deve ser marcada pelo bom acolhimento e um excelente tratamento cobrindo também a família da gestante. Destaca-se que desde 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), reitera a importância do acolhimento adequado: “a humanização abrange o acolhimento digno à tríade mulher - bebê - família a partir de condutas éticas e solidárias” (POSSATI *et al.*, 2017,p.2).

Pesquisa realizada em um centro obstétrico no Sul do Brasil observou através da fala de uma das enfermeiras participante da pesquisa que “A humanização do parto é um conjunto de condutas, atitudes, posturas, desde o acolhimento da paciente, na conversa, quando ela chega no hospital, a forma como tu aborda ela.” (POSSATI *et al.*, 2017, p.3). Nesse sentido, Souza (2011) explica que a complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência tem suscitado questionamentos, envolvendo desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição. Além disso, a humanização no parto e no nascimento também se relaciona com aspectos estruturais, ética dos profissionais, comunicação interpessoal efetiva, e engloba desde o início do pré-natal até a alta do binômio.

Como consequência desse atendimento mais acolhedor, verificou-se que as mulheres que passam por um parto respeitoso, tendem a buscar novamente um parto normal (GAMA *et al.*, 2009). No estudo realizado por Gama *et al.* (2009, p.2483) apresentam relatos de puérperas onde afirmam a preferência pelo parto normal, “Participei do nascimento do meu filho. Eu senti o que é na verdade ter um filho...”. Observou-se também que elas sentem-se protagonistas de seu parto, com maior domínio, controle e direito de escolha pelas práticasrealizadas.

O apoio emocional também é considerado um MNF, e deve ser utilizado pela equipe de enfermagem. O estabelecimento do vínculo, e a confiança na conduta do profissional, proporcionam segurança a essa mulher, que entende que seus desejos serão respeitados no momento de decisão deconduta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se através deste estudo que há uma variedade de métodos não farmacológicos de alívio da dor a serem aplicados no processo de parturição. Os mesmos são eficazes, e podem ser combinados para um maior resultado na diminuição no score da dor. A utilização desses métodos traz bem-estar e relaxamento a parturiente, devendo os mesmos serem incentivados pelos profissionais envolvidos nesse processo. O auxílio na condução do trabalho de parto, a oferta dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto e a correta indicação sobre qual método utilizar, são atribuições dos enfermeiros que assistem à essa mulher.

Ademais, faz- se necessário a promoção de um ambiente tranquilo e favorável, que deve auxiliar na sensação de controle e conforto dessa parturiente, diminuindo a ansiedade da paciente.

Conclui-se que a enfermagem tem a responsabilidade em ofertar e explicar os recursos para o alívio da dor do trabalho de parto para todas as parturientes e deixá-las livres para escolher a mais confortável e eficaz posição para o seu momento.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Diante dos resultados desse estudo e sabendo da importância da enfermagem para

a assistência no trabalho de parto e alívio das dores nesse processo, esperamos que esse trabalho possa contribuir para uma assistência de enfermagem mais qualificada, deixando aqui possibilidades de novos questionamentos para pesquisas futuras sobre métodos de alívio da dor, no processo de parturição.

Espera-se que este artigo possa servir de base para outros, melhorando assim a assistência no processo de parturição, minimizando a dor, neste momento que deve ser tão sublime na vida de uma mulher e sua família.

REFERÊNCIAS

ALSHAHRANI, M. Anevaluationofthedifferenttypesof labor painrelief, preferredmethodsofpainrelief, andeffectsof social media onawarenessandknowledgeamongpregnantwomen. A cross-sectionalstudy in theKingdomofSaudi Arabia. **Saudi Medical Journal**, v. 40, n. 9, p. 914–921, 2019

ANDRADE, L.B; RODRIGUES, Q. P; SILVA, R.C.V. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. **Revenferm UERJ**, v. 25, p. e26442, 2017.

BARBIERI, M *etal*.. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm,** v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013.

BARROS, L.A; VERÍSSIMO, R.C.S.S. Uso do partograma em maternidades escola de alagoas. **Rev Rene,** v. 12, n. 3, p. 555-560, 2011.

BEZERRA, H.S; MELO, T.F.V; OLIVEIRA, D.A. Satisfação das mulheres quanto à assistência recebida da enfermagem no pré-parto. **Revenferm UFPE**, v. 11, n. 5, p. 1852-1857, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS** *Humanização do parto e nascimento*, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha..**Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de jun. 2011. p. 30.

CABRAL, R.W.L; MEDEIROS, A.L; SANTOS, S.R. Assistência humanizada ao parto: métodos de alívio da dor. **Revenferm UFPE,** v. 5, n. 6, p. 1411-1422, 2011.

CARVALHO, E.M.P, GOTTEMS, L.B.D, PIRES, M.R.G. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev. EscEnferm USP,** v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015.

COELHO, K.C; ROCHA, I.M.S; LIMA, A.L.S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. **Revista cientifica de enfermagem**, v.8, n.22, pp. 14-21, 2017.

DAVIM, R.M.B; TORRES, G.V; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor das parturientes no trabalho de parto. **Ver. Esc. Enf. USP,** v. 43, n. 2, p. 438-445, 2009.

DIAS, E.G *et al.* Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho

de parto normal. **Enfer. Foco,** v. 9, n.2, p.35-39, 2018.

FEEREIRA, M.F.S. **Parto normal: ações de enfermagem para uma assistência humanizada.** 2016. 107. Trabalho de Conclusão e Curso, Enfermagem - Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2016.

GALO R.B.S *etal.*. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Feminia,** v. 39, n. 1, pp. 41-48, 2011.

GAMA, A.S *etal.*. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública,** v. 25, n. 11, p. 2428-2488, 2009.

HANUM, S.P *etal.*. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. **Revenferm UFPE**, v. 11, n. 8, p. 3303-3309, 2017.

LEAL, MARIA DO CARMO *et al*. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEHUGEUR, D; STRAPASSORI, M.R; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **RevEnf UFPE**, v. 11, n. 12, pp. 4.929-4.937, 2017.

LOGTENBERG, S.; MOL, B. W.; VERHOEVEN, C. Painreliefduringlabour. **TheLancet**, v. 394, n. 10198, p. e13, 2019.

MAFETONI, R.R; SHIMO, A.K.K. Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. e2738, 2016.

MAFETONI, R.R; SHIMO, A.K.K. Efeitos da auriculoterapia sobre a dor do trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **RevEscEnferm USP**, v. 50, n.5 p. 726-733, 2016.

MARTINI, J.G; BACKER, S.G. A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturientes. **EscAnnaNeryRevEnferm,** v.13, n. 3, p. 589-594, 2009.

MASCARENHAS, V. H. A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 350–357, jun. 2019.

MELO, L.P.T *etal.*. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento.
Rev. Mineira de Enf – REME, v. 18, n. 1, pp. 59-67, 2017.

MELO, L.P.T *etal.*. Representações de puérperas sobre o cuidado recebido no trabalho de parto e parto. **AvEnferm**, v. 36, n. 1, pp. 22-30, 2017

MIELKE, K.C; GOUVEIA, H.G; GONÇALVES, A.C. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **AvEnferm,** v.37, n.1, p. 47-55, 2019.

MONGUILHOTT, J. J. DA C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1–11, 2018.

NILSEN, E; SABATINO, H; LOPES, M.H.B.M**.** Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev. Da Escola de Enf da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, pp. 557-565, 2011.

OLIVEIRA, L.L; BONILHA, A.L; TELLES, J.M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n.3, pp. 573-580, 2012.

PEREIRA, P.S.L *etal.*. Tecnologias não invasivas de cuidado: percepção das puérperas. **Revenferm UFPE,** v. 12, n.8, p.2129-2136, 2018.

PEREIRA, S.B *etal.*. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. BrasEnf,** v. 71, n. 8, p. 1393-1399, 2018.

POSSATI, A.B *etal.*. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola AnnaNery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, pp. 1-6, 2017.

RODRÍGUEZ, Z. R. *et al.* Competencias específicas delenfermero(a) que labora ensalón de parto Hospital Ginecobstétrico ¨EusebioHernández Pérez¨. 2018. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v.14, n.1, p. 19-27,2018.

SALIM, N.R *etal.*. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **CogitareEnferm**, v. 17, n. 4, p. 628-634,2012.

SILVA, L.N.M; SILVEIRA, A.P.K.F; MORAIS, F.R.R. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **RevEnf UFPE**, v. 11, n. 8, pp. 3290-3293, 2017.

SILVA, U *etal.*. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **RevEnf UFPE**, v. 10, n. 4, p. 1273-1279, 2016.

SOUSA, L,M,M *etat..* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Rev. Investigação de Enfermagem.** p. 17 – 26, 2017.

WHO. WorldHealthOrganization. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Genebra: WHO, 1996.

WHO. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartumcare for a positive childbirthexperience. Genebra: WHO, 2018

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA UMA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA NA APS

CAPÍTULO 7

Beatriz Pereira Garcia Gomes
Discente do Centro Universitário Fundação de Ensino Octávio Bastos
Leila Barroso da Silva Oliveira
Docente do Centro Universitário Fundação de Ensino Octávio Bastos

RESUMO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) ocasiona diversos problemas a saúde de quem a sofre, fenômeno este que ainda apresenta elevada prevalência no Brasil, agravados pelo isolamento social e o convívio maior entre os sujeitos. **Justificativa:** torna-se relevante visto que levanta as atribuições assistenciais do enfermeiro, estratégias para uma assistência integral e humanizada às mulheres em situação de VD na APS, compreendendo as dificuldades encontradas ao realizá-las. **Objetivo geral:** descrever o papel do enfermeiro na assistência frente a VDCM na APS. **Objetivos específicos:** levantar as ações assistenciais, dificuldades e estratégias dos profissionais de enfermagem frente a VDCM. **Método:** trata-se de um artigo desenvolvido através da revisão da literatura atual, com recorte temporal de 2015 a 2020, utilizando-se de artigos, manuais, legislações, livros, etc. **Desenvolvimento:** diversas são as ações assistenciais do enfermeiro frente a VDCM, no ato de acolher e identificar a violência, na avaliação e atendimento, desenvolvendo um plano terapêutico de cuidados e de segurança, e no acompanhamento dos casos através de ações de vigilância em saúde. Mas sabe-se que na prática dificuldades são encontradas ao realizá-las, referentes aos profissionais, as vítimas e a estrutura física dos serviços. Ao entender e levantar quais são essas dificuldades, consegue-se desenvolver estratégias eficazes para minimizá-las. **Considerações:** considera-se que, por meio de ações visando a educação continuada, com os profissionais e a população, as dificuldades e preconceitos acerca do assunto podem ser esclarecidas e visibilizadas, resultando em uma assistência integral e humanizada com base em conhecimentos científicos.

Descritores: Enfermagem, Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher, Atenção Primária à Saúde, Assistência Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, 2006) define a violência doméstica contra mulher (VDCM) como qualquer ação ou omissão, que seja baseada em gênero e cause sofrimento, lesão e morte, sendo compreendidas como formas de VDCM a violência psicológica, física, sexual, patrimonial e moral. Tem como local de ocorrência a unidade doméstica, onde os sujeitos quase sempre são unidos por laços consanguíneos, ou afetivos. (BRASIL, 2006).

No Brasil, esta condição apresenta elevada prevalência, segundo o Boletim da Secretaria de Vigilância em Saúde (Janeiro, 2020), no período de 2011 a 2018 foram notificados 1.282.761 de casos de VCM, sendo a residência o local de maior ocorrência, totalizando 605.646. Os agressores mais identificados são os companheiros (ex, namorados, esposos) sendo 50% dos casos, enquanto os outros são avós, pais, padrastos e tios. Entretanto as vítimas não são só as companheiras, são também as mães, irmãs, filhas, enteadas e sobrinhas (BRASIL, 2020; BRASIL, 2018).

Como publicado pela Organização da Nações Unidas (ONU) por meio de veículo eletrônico, a atual pandemia global do COVID-19, causa impacto nas dimensões de gênero, incluindo riscos de aumentar os níveis de violência doméstica contra a mulher e os números de atendimentos. Destacando a necessidade de responder às possíveis consequências imediatas e de longo prazo causadas pelo isolamento social (ONU, 2020).

Com o passar do tempo, a área da saúde ampliou sua visão sobre a necessidade de atenção às situações de violência e seus impactos a curto e longo prazo na saúde. Embora que, alguns casos não se encaixem como risco biológico, o atendimento às vítimas de violência deve ser considerado prioritário, exigindo responsabilidade e atenção na sua condução (BRASIL, 2012a).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2012b), a APS é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, e a principal porta de entrada dos serviços de saúde. Por estarem nos territórios em que o serviço está inserido, conseguem estabelecer um vínculo, conhecer a situação cultural, familiar e econômica dos sujeitos, privilegiando a identificação e acompanhamento das mulheres em situação de violência doméstica (BRASIL, 2016).

Na maioria das vezes, o enfermeiro é o profissional que tem o primeiro contato com a mulher em situação de violência doméstica, devendo estar capacitado para o reconhecimento e atendimento destes casos, seguindo princípios éticos e legais, com atenção humanizada, integral, correspondendo às expectativas, necessidades, sem julgamentos e validando sofrimento da usuária. (BATISTA; DIVINO; MARTINS, 2017; VILELA et al., 2009).

A enfermagem como corresponsável pela saúde da mulheres, precisa assumir um modelo de cuidado que vise além dos achados clínicos, contemplando a subjetividade da mulher em sua dimensão biopsicossocial. Uma vez que, a visão centralizada nos agravos físicos decorrentes da violência, pode limitar as ações de cuidado (ACOSTA; GOMES; OLIVEIRA et al., 2018).

Originou-se então a seguinte problemática: Quais são as ações assistenciais de competência da equipe de enfermagem frente às mulheres em situação de violência doméstica na APS, e quais as dificuldades encontradas para desenvolvê-las ?

Dessas premissas, este estudo teve como objetivo descrever o papel da equipe de enfermagem na assistência à mulher em situação de violência doméstica na APS, compreendendo quais as ações e estratégias para uma assistência humanizada e integral nos casos de VDCM, elencando as dificuldades encontradas pela enfermagem em fazê-las.

Justifica-se sua relevância em virtude do aumento dos casos de VDC e a importância do profissional enfermeiro frente à temática, compreendendo quais são as ações assistenciais dos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde, levantando quais as dificuldades encontradas na realização destas, para então, desenvolver estratégias para uma atenção integral e humanizada no combate à violência contra mulher.

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, a partir do levantamento de artigos científicos nas bases de dados BVS, periódicos CAPES e Scielo, utilizando os descritores: Enfermagem, Violência Doméstica e Sexual contra a Mulher, Atenção Primária à Saúde e Assistência Integral à Saúde. No período compreendido de 2015 a 2020, identificou-se 605

artigos, destes 45 foram selecionados para leitura, onde após a análise, determinou-se sobre os critérios de inclusão, a utilização de 21 artigos.

Optou-se também pela consulta e inclusão de livros da biblioteca física do Centro Universitário – UNIFEOB, legislações, cadernos do ministério da saúde, políticas públicas, manuais, protocolos ministeriais, notícias e boletins por meio de veículo eletrônico.

A revisão contou com leitura e análise do conteúdo sob as seguintes questões: quais são as ações assistenciais e estratégias que podem ser elaboradas pelo enfermeiro da APS para prestar uma assistência de forma humanizada e integral a mulher em situação de violência doméstica? Quais as dificuldades encontradas na prática dos profissionais?

Assistência de enfermagem à mulher em situação de violência doméstica: um olhar sobre as ações e estratégias na APS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde, dentre seus objetivos está o combate a VDCM, através de estratégias que promovem a atenção às vítimas, organizando as redes de atenção integradas e desenvolvendo ações de prevenção (BRASIL, 2004).

A prevenção das situações de violência está organizada em três níveis, sendo estes a prevenção primária (para evitar que a violência aconteça), prevenção secundária (ações de atenção quando a violência já aconteceu) e a prevenção terciária (para evitar sequelas e agravamentos) (OLIVEIRA; DELZIOVO; LUIZ, 2018).

Em relação a APS, os profissionais sensibilizados quanto a violência, atuam no sentido de proteção, prevenção e enfrentamento da violência, oferecendo atenção às vítimas e seus familiares. Esse cuidado deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, envolvendo etapas como o acolhimento, atendimento, notificação dos casos confirmados ou suspeitos, encaminhamento e seguimento na rede (TOLEDO; SABROZA et al., 2013).

Não basta oferecer meios para que ocorra o rompimento da relação violenta, é preciso trabalhar o empoderamento da mulher, como protagonista do processo, como sujeito de direitos, através do fortalecimento da sua cidadania (BRASIL, 2011).

A assistência e os cuidados as mulheres homossexuais que sofrem violência doméstica devem ser os mesmos, seguindo o preceito da acessibilidade, integralidade e universalidade da atenção, tendo em mente que a violência que esta população está sujeita pode ser tão ou mais grave, devido ao preconceito que envolve sua orientação sexual, em grande parte, discriminada pela própria família (BRASIL, 2012c).

Neste sentido, para a adesão e acompanhamento, é fundamental fortalecer vínculos com a mulher em situação de violência. Propondo-se como estratégia a eleição de um profissional interlocutor do caso, a partir da afinidade com a usuária, preferencialmente uma mulher, evitando assim, sua revitimização (SÃO PAULO, 2015; VILELA et al., 2009).

Atribuições do enfermeiro

Conforme a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência (2015), são de responsabilidade do profissional enfermeiro: acolher, acompanhar o atendimento, orientá-la quanto ao tratamento prescrito, disponibilizar medicação, fazer os encaminhamentos conforme necessidade do caso, acionar os profissionais e serviços previstos no fluxo, fazer anotações em prontuário e discutir o caso com a equipe multiprofissional.

Acrescenta-se ainda as atribuições assistenciais de competência do enfermeiro, o preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, realização de exame físico geral e específico, plano de cuidados, plano de segurança para

mulheres com risco de vida e monitoramento por meio de atividades de vigilância em saúde (BRASIL, 2016).

Ressalta-se a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em especial por meio da etapas do Processo de Enfermagem (PE), possibilitando ao enfermeiro o planejamento do cuidado, com ações direcionadas e de forma organizada, voltadas às necessidades singulares de cada mulher (BATISTA; DIVINO; MARTINS, 2017).

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE), são parte essencial da SAE, neste sentido elenca-se os relacionados a VCM: Dor Crônica, Integridade Tissular prejudicada, Ansiedade, Insônia, Medo, Desesperança, Baixa autoestima situacional, Risco de dignidade humana comprometida, Isolamento Social, Sobrecarga de estresse, Processos Familiares disfuncionais, Risco de violência relacionado a si mesmo e Risco de Suicídio (NANDA, 2015; NANDA, 2018).

Acolhimento

Das ações assistenciais a serem prestadas as mulheres em situação de violência doméstica na APS, o acolhimento é a primeira, presente em todas as práticas do cuidado, ao receber e escutar os usuários. A Política Nacional de Atenção Básica, coloca que acolher é uma atribuição de todos os profissionais da APS (BRASIL, 2012b).

Acolher determina o início de um projeto terapêutico, de uma relação de vínculo, respeitando a privacidade e a confidencialidade, em um ambiente acolhedor e de forma empática, atento para além da demanda referida, para as dores que não tem nome, levando em consideração que o sofrimento e o adoecer tem diferentes significados, para pessoas com diferentes capacidades para lidar com os problemas, tanto físicos, quanto mentais e sociais (BRASIL, 2012a).

É recomendado que no primeiro contato da mulher com o serviço, o profissional foque no acolhimento, para posteriormente realizar o preenchimento de fichas, tendo ética, responsabilidade profissional, conhecimento de quais condutas que devem ser tomadas, como se dá a articulação da rede intrassetorial e intersetorial disponível no município, para então adotar perguntas com intuito de identificar a violência (BRASIL, 2016).

Quando suspeita-se de violência, abordar o tema é necessário, por meio de perguntas diretas ou indiretas, respeitando a disponibilidade mostrada pela mulher em discutir o problema. Sugere-se como exemplos de perguntas indiretas: como é o convívio com as pessoas que moram com você? Você disse que tem um(a) companheiro(a), como é o relacionamento?(VILELA; et al., 2009).

Perguntar diretamente e sem julgamentos, também mostra-se eficaz, como por exemplo: você costuma se sentir agredida e humilhada por algum familiar ou companheiro(a)? A violência se manifesta de várias formas, como violência física, psicológica, sexual, e pode afetar a saúde mesmo depois de muitos anos. Você sofre algum tipo de violência ou já sofreu?(VILELA; et al., 2009).

Atendimento na Perspectiva de Avaliação Global

O atendimento envolve uma abordagem multiprofissional, pensar junto a equipe, nas intervenções, encaminhamentos, construção do projeto singular de atendimento, traz ao processo diferentes percepções, conscientizando e priorizando o compromisso institucional com o tema (SÃO PAULO, 2015).

Dentre os recursos para atender as vítimas de violência na APS, destacam-se os testes rápidos de Hepatites B e C, HIV e gravidez. Tratando-se também de uma estratégia para identificar possíveis vítimas, de modo a disponibilizá-los para as mulheres, sob livre

demanda, fato este que deve ser de conhecimento da população, por meio de sua divulgação (OLIVEIRA; DELZIOVO; LUIZ, 2018).

Ressalta-se que todas as informações colhidas durante toda a assistência, na entrevista, exame físico e ginecológico, procedimentos realizados, condutas adotadas, resultados de exames complementares e relatórios, precisam ser registrados no prontuário da mulher, tratando-se de documentos demasiadamente importantes para a qualidade da atenção e eventuais solicitações da Justiça (BRASIL, 2012c).

O exame físico possibilita a identificação de sinais de alerta, através da inspeção detalhada, sendo de competência do profissional enfermeiro (a) ou médico(a). Eventualmente necessita-se da realização do exame ginecológico, atentando-se caso haja dificuldade ou recusa na sua realização (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012c).

Alguns sinais e sintomas que podem indicar um possível caso de violência contra a mulher são: dores musculares generalizadas, lesões físicas agudas, fraturas dos ossos, cefaleia, dor no baixo ventre, infecção urinária de repetição, lesões das mucosas oral, anal e vaginal, transtornos digestivos, perda de peso, alterações psicológicas e sintomas psicossomáticos (BRASIL, 2012a).

Repetidas quedas, queimaduras, lesões, gravidez indesejada, pré-natal tardio, abortos, pré eclâmpsia, doenças sexualmente transmissíveis, insônia, ansiedade, depressão, dores físicas sem evidência clínica, transtornos alimentares, isolamento social, são situações que podem estar relacionadas a violência doméstica contra as mulheres (TOLEDO; SABROZA et al., 2013).

Além disso, os serviços de saúde que tenham atendimento ginecológico e obstétrico, devem estar capacitadas para o atendimento dos casos de violência sexual, que quando sucedido rapidamente, permite o estabelecimento de medidas de proteção, como a profilaxias de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão e para diagnóstico de infecções genitais. Entretanto, como previsto por lei, a atenção ao abortamento necessita de maiores recursos, reservando esta etapa para unidades específicas (BRASIL, 2012c).

No Brasil, o Código Penal, em seu artigo 128, estabelece o direito da mulher ao abortamento em casos de gravidez provocada por violência sexual, garantindo a cirurgia pelo SUS, independente de apresentar registro de ocorrência policial, ela deve ser orientada e encaminhada ao serviço de referência para a realização do procedimento. Como profissionais de saúde, não lhes cabe o questionamento e julgamento sobre a veracidade dos fatos e escolhas da vítima (BRASIL, 2013).

Todavia, é pertinente que a denúncia e registro da ocorrência sejam feitas, respeitando a decisão da mulher e orientando-a sobre os serviços adequados perante o caso, medidas que serão instituídas, como se dá a conjunção carnal e o exame de corpo delito, e possíveis dúvidas que surgirem (BRASIL, 2012c).

Plano de Cuidados

O plano de cuidados inclui a profilaxia para IST's, hepatite, tétano, administração e dispensação de medicamentos, elaboração de um plano de segurança para mulheres com risco de vida, encaminhamento e acompanhamento até um serviço especializado para continuidade do cuidado (BRASIL 2016).

Avaliar o risco e as situações de vulnerabilidade, possibilita a equipe de saúde construir um plano de cuidados e de segurança, determinando a necessidade de intervenções, estratégias de prevenção e proteção (BRASIL, 2012a).

Para tanto, esta avaliação deve ser feita juntamente a mulher, levantando riscos como ameaças, presença de armas, tentativas anteriores e formas de prevenção, buscando

reforçar os pontos positivos, mostrando as possibilidades e discutindo sobre os planos que a mulher tem para vida, levantando alternativas para a situação atual (VILELA et al., 2009).

Em conseguinte, caso haja risco de vida, o profissional e a mulher devem elaborar um plano de segurança. Para isso é preciso identificar a rede de apoio da mulher, vizinhos e familiares que possa confiar e contar sobre a violência, pedindo-os ajuda caso ouçam brigas e combinando um códigos de segurança emergencial, como “se colocar um pano no portão, chame ajuda” (BRASIL, 2016).

Oriente a mulher para quando perceber situações que geram inevitáveis brigas, certificar-se de estar em um local que não haja possíveis armas, como facas e que tenha fácil acesso para saída. Nesses casos deve-se planejar o lugar para onde poderá ir, deixando em um local seguro cópias dos documentos (seus e de seus filhos), da chave de casa, roupas e dinheiro, caso precise fugir rapidamente (VILELA et al., 2009).

Atividades de Vigilância em Saúde

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas faz parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 2009, por meio do Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes/VIVA. Seu preenchimento não restringe-se a um profissional específico, mas sugere-se que seja realizada por quem prestou o atendimento, a ser definido de acordo com cada caso. Permitindo compreender a situação epidemiológica do país e servindo de subsídio para intervir nos cuidados em saúde (BRASIL, 2017).

A Lei nº 10.778 (2003) estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atendidas no âmbito público e privado, corroborada pela Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui na lista de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências obrigatoriamente, sendo estabelecido ainda, notificação imediata (em até 24 horas), para os casos de violência sexual (BRASIL, 2003; BRASIL, 2014).

Após ser preenchida a notificação, prossegue-se o andamento das duas vias, onde uma é anexada ao prontuário, e a outra encaminhada ao Serviço Social, juntamente com a paciente, para prosseguir com as intervenções necessárias e o encaminhamento da ficha ao Sistema de Informação da SES/DF (VILELA et al., 2009).

No que se refere a continuidade no cuidado, a visita domiciliar é primordial na rotina dos serviços, planejando horários estratégicos em que o agressor não esteja na casa e proporcionando uma atmosfera segura. O que permite ao profissional observar o ambiente, as relações familiares e conjugais, condições sanitárias e ambientais (HEISLER et al., 2017).

Posto isso, o agente comunitario de saude(ACS) é um profissional de grande relevância. Por residir em sua área de trabalho, tem vantagens na proximidade com a dinâmica das famílias, promovendo o cuidado através de um viés diferenciado, permitindo reconhecer desajustes sociais e vulnerabilidades ao realizar visitas domiciliarias (MACIAZEKI-GOMES, et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2017).

Dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem na assistência às mulheres em situação de violência doméstica

A VDCM é vista pelos profissionais de saúde da APS, como uma tarefa complexa, gerando dificuldades no reconhecimento deste agravo. De modo geral, nota-se pouco conhecimento sobre, visto que, normalmente sua formação não inclui conhecimento

específico acerca desta temática (NASCIMENTO et al., 2019; OLIVEIRA; DELZIOVO; LUIZ, 2018).

Quanto a estrutura, os espaços físicos dos serviços não proporcionam o acesso e a privacidade necessários para investigação da violência. É preciso elaborar um projeto institucional que inclua na agendo do serviço o acolhimento às mulheres em situação de violência, promovendo o acesso às necessidades geradas pelo agravo (MARTINS et al., 2016).

Justifica-se como limites na assistência a VCM, a demanda excessiva e a sobrecarga de trabalho nos serviços, com pouca disponibilidade de tempo para desenvolver a escuta e as visitas domiciliárias, dificultadas pela vigilância constante do agressor, impedindo que o profissional desenvolva um diálogo com a mulher de forma privada e segura (HEISLER et al., 2017).

A assistência às mulheres em situação de VD comumente gera sentimentos negativos nos profissionais, principalmente aos que residem na área em que trabalham, visto que estão expostos e deveras sofrem ameaças ao conduzir os casos, acentuada pela sensação de ingovernabilidade e a crença de poder do agressor (SILVA et al., 2015).

Outra problemática que permeia essa situação é subnotificação da violência doméstica, relacionada ao desconhecimento dos profissionais sobre a notificação compulsória e obrigatória da violência, pontuadas com dificuldades quanto a distinção entre notificação e denúncia policial, acrescido de conhecimento superficial sobre as leis que protegem as mulheres que sofrem violência (ACOSTA et al., 2017; MACHADO et al., 2017).

A realidade reforça a necessidade da articulação dos serviços em rede, atuando de maneira multidisciplinar para promover atendimentos resolutivos e de forma integral. Isso deve ser feito através da problematização da violência nos diferentes espaços da comunidade (AMARIJO et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES

Com base no referencial levantado, mostra-se claro que o enfermeiro tem papel essencial na assistência às mulheres em situação de VD, com diversas atribuições, destacam-se o acolhimento, atendimento qualificado e individualizado, desde a profilaxia, até a dispensação dos medicamentos, notificação de casos suspeitos e confirmado, sistematização da assistência de enfermagem, plano de segurança e acompanhamento.

Para que a assistência seja integral e humanizada, é necessário desenvolver estratégias com base na população atendida. Nesse sentido, identificou-se a relevância de incluir na rotina dos serviços o acolhimento destes casos, incentivando a participação da mulher em seu plano terapêutico e trabalhando seu empoderamento como sujeito de direitos. Conhecer a rede de atendimento às vítimas de violência do município e região, desenvolver um fluxo assistencial para tal e realizar o planejamento de visitas domiciliárias foram estratégias destacadas para minimizar as dificuldades, aumentar a adesão e visibilidade da temática.

Sabe-se que na prática diversas dificuldades são encontradas, vezes relacionadas ao conhecimento superficial dos profissionais, acerca da rede de atendimento disponível, papel dos profissionais como agentes de saúde e obrigatoriedade da notificação compulsória da violência. Argumentadas pela falta de conhecimento científico e prático envolvendo a violência, tanto em sua formação, quanto na rotina profissional.

Nesta perspectiva o enfermeiro como educador em saúde e líder da equipe, deve trabalhar a educação continuada dos profissionais e da população, conscientizando-os sobre a violência, suas formas, dificuldades que as mulheres encontram, impactos a curto e longo prazo na saúde das vítimas, sinais e sintomas, leis e direitos da mulher, papel do serviço e dos profissionais de saúde.

Por fim, acrescenta-se que, apesar da literatura acerca da temática apresentar grande número de resultados, a maioria das pesquisas com profissionais da saúde atuando na prática assistencial apresentaram resultados negativos, evidenciando a necessidade de investimentos quanto a educação continuada dos profissionais e estudantes de saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, DF. et al . ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300311&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Maio 2020.

ACOSTA, DF. et al. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472018000100417&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 03 Abril 2020.

AMARIJO, CL. BARLEM, ELD. ACOSTA, DF. MARQUES, SC. Assimilação teórica e prática da violência doméstica: profissionais de enfermagem atendendo vítimas na atenção primária. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, p. 01-07, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/33874> Acesso em 21 Abril 2020.

BATISTA, AC. DIVINO, AEA. MARTINS, MCV. A Sistematização da Assistência de Enfermagem no atendimento a mulheres vítimas de violência. **Congresso Internacional de Enfermagem – CIE,** Sergipe, 09-12 mai. 2017. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5130 > Acesso em 03 Abril 2020.

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica. Brasília – DF, v II, n. 28, 290 p., 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf > Acesso em 23 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> Acesso em : 13 fev. 2020.

BRASIL. Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Presidência da República**;** Secretaria-Geral. Brasília, 2003. Disponível em: <planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm>. Acesso em : 05 mai. 2020.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html> Acesso em 01 mai. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013, artigo 128. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Presidência da República**;** Secretaria-Geral. Brasília, 20013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm> Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. MAPA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2018. Câmara dos Deputados; Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Brasília- DF, 2018. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf> Acessado em: 13 fev. 2020.

BRASIL. Boletim Epidemiológico.Violência contra mulheres e meninas do campo, da floresta e das águas. Ministério da Saúde; Secretaria de vigilância em Saúde. Brasília/DF, v. 51, n. 1º, p. 14-18, janeiro de 2020. Disponível em : < https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/15/Boletim-epidemiologico-SVS-01.pdf >. Acesso em 27 fev. 2020.

BRASIL. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, ed. 1, p. 22, 2017. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf> Acesso em 21 fev. 2020.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Brasília, Série E. Legislação em Saúde, ed. 1, 110 p., 2012b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 18 abr. 2020.

BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília,Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 82 p., 2004. Disponível em: <http:// conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_ mulher.pdf> Acesso em 21 jan. 2020.

BRASIL. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A, Normas e Manuais Técnicos; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 6; 3. ed.. Brasília, 2012c. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf > Acesso em 15 mar. 2020.

BRASIL. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, ed. 1, 230 p., 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf> Acesso em 18 fev. 2020.

BRASIL. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres; Presidência da República. Brasília, coleção enfrentando a violência contra as mulheres, 74 p., 2011. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres> Acesso em 13 fev. 2020.

HEISLER, ED. Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência. **Cienc Cuid Saude**, Rio Grande do Sul, v.16, n.3, Jul-Set, 2017. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967660> Acesso em 21 Abril de 2020.

MARTINS, LCA. et al. Violência contra mulher: acolhimento na estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, Rio Grande do Sul, Jul/Set, 2016. Disponível em: <pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-974857> Acesso em 21 Abril 2020.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2015-2017. 10ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2015.

NANDA**. Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2018-2020. 11ª ed. Porto Alegre: Ed.Artmed, 2018.

NASCIMENTO, VF. et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família. **Rev. APS**, Mato Grosso, v. 20, n. 3, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-881237> Acesso em 11 Fevereiro 2020.

NASCIMENTO, VF. ROSA, TFL. TERÇAS, ACP. HATTORI, TY. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p, 15-22, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979968 > Acesso em 11 Fevereiro 2020.

OLIVEIRA, CS. DELZIOVO, RC. LUIZ,CL. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Florianópolis, p. 61, 2018. Disponível em: < www.unasus.ufsc.br> Acesso em 15 maio de 2020.

ONU MULHERES. Acabar com a violência contra as mulheres no contexto do COVID-19. 30 de março de 2020. Disponível em: <onumulheres.org.br/noticias/acabar-com-a-violencia-contra-as-mulheres-no-contexto-do-covid-19> acesso em 01 abril 2020.

SÃO PAULO. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Coordenação da Atenção Básica; Secretaria Municipal da Saúde; Prefeitura de

São Paulo. São Paulo, 148 p., 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf> Acesso em 17 abr. 2020.

TOLEDO, LM. et al. Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. ENSP; FIOCRUZ. Rio de Janeiro, caderno Nº 3, maio, 2013. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_469588428.pdf> Acesso em 11 abr. 2020.

VILELA, LF. et al. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, ed. 2, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf> Acesso em: 12 jan. 2020.

AS INTERFACES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CAPÍTULO

8

Adrean Scremin Quinto
Enfermeiro. Mestrando em Biociências e Saúde. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ. Chapecó/ SC.
Fabiane Pertille
Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. Chapecó/ SC

RESUMO

A prática assistencial em saúde continuamente se desenvolve com base nos preceitos técnico cientificos e com foco para qualidade do atendimento e segurança do paciente. A equipe de enfermagem protagoniza cuidados diretos e indiretos ao paciente contribuindo ativamente para que estratégias de segurança do paciente sejam institucionalizadas, desenvolvidas e aprimoradas. Objetivo: identificar e caracterizar as tendências das publicações em saúde sobre segurança do paciente de acordo com os protocolos de segurança do paciente. Método: revisão integrativa de literatura realizada na base dados Biblioteca virtual da saúde no período de 2008 a 2018. Resultados: foram encontrados 421 documentos na busca livre, após foi realizado um refinamento da pesquisa conforme os critérios de inclusão e exclusão resultando num total de 44 trabalhos, destes a partir da leitura do título e resumo dos trabalhos foram excluídos um total de 28 trabalhos pois não se adequavam aos critérios estabelecidos, sendo que 16 artigos 16 compuseram a amostra originando as seguintes categorias temáticas: estressores ocupacionais e gestão e gerência/liderança. total de Conclusão: a segurança do paciente é uma necessidade crescente nos serviços de saúde e a equipe de enfermagem atua de maneira direta para o alcance desta prática.

Descritores: Segurança do paciente. Cuidados de Enfermagem. Qualidade da assistência à saúde.

INTRODUÇÃO

O atendimento em saúde é fortemente influenciado por aspectos como crescente adoecimento populacional, prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, uso ampliado de recursos tecnológicos, sendo desempenhado com a máxima atenção para práticas seguras. Define-se segurança do paciente como a profilaxia ou melhora de danos advindas do processo de cuidado, nos diferentes espaços de saúde (RIGOBELLO, 2012). O artifício assistencial traz inúmeros benefícios aos usuários, porém imprevistos são situações factíveis quando se denota o processo.

Registros históricos sobre a assistência em saúde livre de danos são percebidos nas concepções de Hipócrates (460 a 370 a.C.) ao escrever "*Primum non nocere*". Ainda neste

contexto, Florence Nightingale comentava “Pode parecer talvez estranho um princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. Ernest Codman, em 1910, realizou a primeira pesquisa sobre o desfecho de pacientes, incluindo falhas no tratamento. Oito anos depois criou a Comissão Conjunta sobre a Acreditação de Organizações de Saúde (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO) (ABREU *et al.*, 2015).

Em 1935, no Brasil, Odair Pedroso criou uma ficha de inquérito hospitalar para a Comissão de Assistência do Ministério da Saúde com os seguintes itens: corpo clínico, administrativo, enfermeiros e auxiliares em quantidade proporcionais. Na década de 50, preocupados com as comorbidades da assistência, aconteceu na cidade de São Paulo, o 1º Congresso Internacional de Cirurgiões. Ao final dos anos 70 houve o 5º encontro da Organização Pan-Americana da Saúde onde, dentre os assuntos, foram abordados os padrões mínimos de assistência de enfermagem: na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Brasil e o restante da América Latina, em 1989, na Organização Mundial da Saúde (OMS), iniciaram o trabalho na área hospitalar abordando o tema: Qualidade da Assistência (ALONSO *et al.*, 2014).

Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro (To err is human: building a safer healh), em 1999, foi a marca inicial para um Sistema mais Seguro de Saúde. O Institute of Medicine (IOM), nos Estados Unidos realizou uma pesquisa sobre eventos causados pelos profissionais da saúde, erros evitáveis, ou seja, os danos causados pelo cuidado à saúde e não pela doença de base prolongaram o tempo de permanência do paciente ou resultaram em uma incapacidade no momento da alta. O relatório apontou que cerca de 100 mil pessoas morreram em hospitais, a cada ano, vítimas de EAs (Evento Adversos) nos Estados Unidos da América (EUA) (REIS; SILVA, 2016).

Somente em 2013, houve a criação de um Núcleo Nacional de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde objetivando, dentre outros desígnios, envolver os usuários nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (DUARTE *et al.*, 2015).

Assim, programas foram criados e implementados para a melhoria da qualidade na assistência, destacando a efetivação para a segurança do paciente. Por se tratar de um tema relevante e atual, este estudo teve como objetivo identificar e caracterizar as tendências das publicações em saúde sobre segurança do paciente de acordo com os protocolos de segurança do paciente.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que permite realizar a construção de uma análise ampla da literatura escolhida a fim de responder os objetivos apontados. A elaboração da presente revisão se deu por meio de etapas pré-definidas, a saber: identificação do tema e questão de pesquisa, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos, análise dos estudos incluídos, interpretação e apresentação dos resultados.

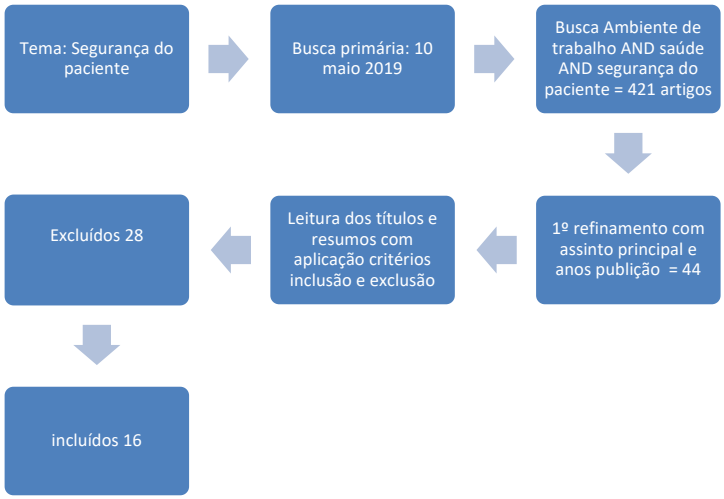
A seleção dos artigos deu-se nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As terminologias em saúde utilizadas foram selecionadas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) representados por “Ambiente de trabalho”, “Saúde”, “Segurança do paciente”, os quais foram utilizados na busca dos artigos de forma combinada com o operador booleano *“AND”* para refinar os estudos que abordassem somente a temática selecionada. A busca de trabalhos para a pesquisa primária ocorreu no período de 04 e 05 de maio de 2019.

Considerou-se critérios de inclusão os trabalhos publicados entre janeiro de 2008 a dezembro de 2018; disponível em português e/ou inglês; publicação nacional e/ou internacional; na forma do artigo científico (relatos de experiência, revisões integrativas de literatura, artigos originais); disponível online em exemplar completo de forma gratuita; que abordasse sobre segurança do paciente.

Os critérios de exclusão pautaram-se nos trabalhos de conclusão de curso, monografias, teses e dissertações; artigos duplicados; formato de publicação como capítulos de livro/livros; atas e resumos de congressos; relatórios de pesquisa, cartas, editoriais, resenhas; publicações governamentais e os textos em que não foram localizados, e aqueles com assuntos distintos de segurança do paciente (fuga do tema).

Na primeira busca utilizou-se os seguintes descritores: Ambiente de Trabalho AND Saúde AND Segurança do paciente resultando em um total de 421 documentos na busca livre, após foi realizado um refinamento da pesquisa conforme os critérios de inclusão e exclusão resultando num total de 44 trabalhos, destes a partir da leitura do título e resumo dos trabalhos foram excluídos um total de 28 trabalhos pois não se adequavam aos critérios estabelecidos, sendo que 16 artigos foram utilizados para esta revisão.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa:



A primeira etapa deste estudo ocorreu a partir da busca nas bases de dados citada; aplicação dos critérios inclusão e exclusão; leitura individual dos títulos e resumos dos artigos pré-selecionados através da busca pela associação dos descritores; organização dos artigos em pastas identificadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão respectivamente e; revisão dos estudos selecionados.

Na segunda etapa, dois pesquisadores fizeram a leitura independente dos artigos incluídos nesta revisão na etapa 1, sendo que os trabalhos excluídos por ambos foram removidos das etapas seguintes, enquanto os trabalhos inseridos nos critérios de inclusão integraram a base desta revisão integrativa (N=16).

Com relação à abordagem metodológica utilizamos o conceito de estudo quantitativo e qualitativo de Mynaio (2001), que os descreve como dois tipos distintos de pesquisa, porém que se complementam, enquanto uma corresponde a questões muito particulares, a qual busca compreender determinados comportamentos e situações de uma população, a outra aponta a partir de números e estatísticas a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de uma determinada população

Na pré-análise dos materiais realizou-se leitura flutuante dos artigos completos, para ter conhecimento sobre os temas abordados. A exploração do material foi realizada após

leituras detalhadas dos artigos, realizando-se recortes em unidades de registro. Após estas etapas, foi realizada a classificação e a agregação dos dados, emergindo duas categorias: “Estressores ocupacionais” e “Gestão e gerência/ Liderança”

Por se tratar de uma revisão de literatura, onde não ocorreu envolvimento direto de seres humanos como participantes da pesquisa, não houve a necessidade de aprovação da investigação por um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos. No entanto, para contemplar os aspectos éticos, foi assegurada a autoria dos artigos pesquisados, por meio de citação e referência dos autores.

RESULTADOS

Tabela 1. Estudos selecionados conforme critério de inclusão e exclusão, 2019.

	Ano	Autor(es)	Título	Periódico
E1	2018	Munhoz, Oclaris Lopes; Andolhe, Rafaela; Schimith, Maria Denise; Oliveira, Gabriela; Ribeiro, Polyana de Lima; Silva, Thayná Champe da; Cremonese, Luiza.	Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem / Occupational stress and safety culture: trends for contribution and construction of knowledge in nursing	ABCS Health Sciences
E2	2018	Silva, Aline Teixeira; Camelo, Silvia Helena Henriques; Terra, Fábio de Souza; Dázio, Eliza Maria Rezende; Sanches, Roberta Seron; Resck, Zélia Marilda Rodrigues.	Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital / Patient safety and the nurse's performance in hospital	Revista enfermagem UFPE on line
E3	2018	Khalil, Hanan; Lee, Sarah.	The implementation of a successful medication safety program in a primary care.	J Eval Clin Pract
E4	2017	Rodrigues, Cláudia Cristiane Filgueira Martins; Santos, Viviane Euzébia Pereira; Sousa, Paulo.	Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome.	Revista Brasileira Enferm*agem*
E5	2017	Göras, Camilla; Unbeck, Maria; Nilsson, Ulrica; Ehrenberg, Anna.	Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey.	BMJ Open
E6	2017	Guise, Jeanne-Marie; Hansen, Matthew; O'Brien, Kerth; Dickinson, Caitlin; Meckler, Garth; Engle, Phil; Lambert, William;Jui, Jonathan.	Emergency medical services responders' perceptions of the effect of stress and anxiety on patient safety in the out-of-hospital emergency care of children: a qualitative study.	BMJ Open

E7	2017	Lima, Kelcione Pinheiro; Barbosa, Islene Victor; Martins, Francisca Ligia Medeiros; Alencar, Samira Rocha Magalhães de; Cestari, Virna Ribeiro Feitosa	Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro / Contributive factors for adverse events occurrence in an intensive therapy unit: nurse's perspective	Revista enfermagem UFPE on line
E8	2016	Sousa, Brendo Vitor Nogueira; Santana, Raquel Ribeiro; Santos, Maiane Sousa dos; Cipriano, Ellen Simone Vasconcelos; Brito, Carla de Oliveira; Oliveira, Elenilda Farias de.	Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática / Reconsidering patient safety at neonatal intensive care units: a systematic review / Repensando la seguridad del paciente en unidad de terapia intensiva neonatal: revisión sistemática	Cogitare enfermagem
E9	2016	Silva, Aline Teixeira; Terra, Fábio de Souza; Dázio, Eliza Maria Rezende; Sanches, Roberta Seron; Resck, Zélia Marilda Rodrigues.	Los enfermeros y la seguridad del paciente en la praxis hospitalaria / Os enfermeiros e a segurança do paciente na práxis hospitalar / Nurses and patient safety in hospital practice	Cogitare enferm*agem*
E10	2016	Alves, Daniela Fernanda Dos Santos; Guirardello, Edinêis de Brito	Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. / Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. / Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital.	Revista Gaúcha Enfermagem
E11	2016	Bohrer, Cristina Daiana; Marques, Luis Guilherme Sbrolini; Vasconcelos, Raíssa Ottes; Oliveira, João Lucas Campos de;Nicola, Anair Lazzari; Kawamoto, Andressa Morello.	Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional / comunicacion y cultura de la seguridad del paciente en el ambiente hospitalario: vista del equipo multiprofesional / communication and patient Safety culture in the hospital environment: vision of multiprofissional team	Revista enfermagem UFSM
E12	2016	Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito; Bezerra, Ana Lúcia Queiroz; Tobias, Gabriela Camargo; Ciosak, Suely Itsuko.	Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care / Suporte para aprendizagem na perspectiva da segurança do paciente na atenção primária em saúde / Soporte para aprendizaje en la perspectiva de la seguridad del paciente en la atención primaria de la salud	Revista latinoamericana enfermagem
E13	2015	Lee, Yii-Ching; Wu, Hsin-Hung; Hsieh, Wan-Lin; Weng, Shao-Jen; Hsieh, Liang-Po; Huang, Chih-Hsuan.	Applying importance-performance analysis to patient safety culture.	Int J Health Care Qual Assur

E14	2015	Bump, Gregory M; Calabria, Jaclyn; Gosman, Gabriella; Eckart, Catherine; Metro, David G; Jasti, Harish; McCausland, Julie B; Itri, Jason N; Patel, Rita M; Buchert, Andrew.	Evaluating the Clinical Learning Environment: Resident and Fellow Perceptions of Patient Safety Culture.	J Grad Med Educ
E15	2014	Alayed, Abdulrahman S; Lööf, Helena; Johansson, Unn-Britt.	Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes.	Int J Health Care Qual Assur*;*
E16	2013	Gimenes, Fernanda Raphael Escobar; Cassiani, Silvia Helena De Bortoli.	Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde / Safety in medication preparation and administration, in light of restorative health care research	REME revista mineira enferm*agem*

DISCUSSÃO

A dimensão temporal da pesquisa se deu de 2008 a 2018, no entanto foram encontradas publicações nos anos de 2013 a 2018 aqui incluídas no estudo. O ano com maior incidência de publicações foi o de 2016 com 5 (31,2%) das publicações, seguida do ano 2017 com 4 (25%), ano 2018 com 3 (18,7%), ano 2015 com 2 (12,5%) e anos 2014 e 2013 com 1 (6,2%) das publicações. Houve predominância de publicações nacionais com (56,2%) e internacional com (43,7%).

Os dados foram analisados conforme o agrupamento em relação aos aspectos de segurança do paciente e, a partir disso, emergiram 2 categorias:

Tabela 2. Categorias temáticas, 2019.

Categorias temáticas	Artigos
1. Estressores ocupacionais	E1, E4, E6, E7, E8, E13
2. Gestão e gerência/ Liderança	E2, E3, E5, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16

Categoria 1: Estressores ocupacionais

O exercício profissional na saúde é permeado por diversos fatores que interferem direta e indiretamente os processos de trabalho, o que irá repercutir no resultado final da prestação do serviço, para a instituição, e na qualidade da assistência recebida, pela ótica do paciente.

A segurança do paciente tem sido valorizada com ênfase nos últimos anos, devido a necessidade de repensar algumas ações e formas de conduzir as atividades em saúde, e uma pluralidade de aspectos estão ligados a ela. Nesta revisão, pode-se perceber que a influência do ambiente de trabalho e o estresse ocupacional, podem contribuir de forma negativa para a segurança do paciente.

No que diz respeito ao ambiente de trabalho e à cultura de segurança, deve-se levar em consideração as ações dos profissionais de saúde frente às suas práticas (CARVALHO, 2012). Com repercussão na segurança do paciente, o estresse ocupacional é considerado um dos fatores que mais atinge os profissionais de enfermagem e, consequentemente,

influencia na atuação da equipe de enfermagem na prestação dos serviços de saúde, gerando insegurança na prestação da assistência (ANDRADE; COSTA 2014).

A satisfação profissional aparece em alguns estudos como fator de influência para os resultados esperados na segurança do paciente, quando esta e o estresse ocupacional denotam que a não realização no trabalho associada aos estressores do ambiente laboral repercutiram na cultura de segurança. (DUCCI, 2015), ressaltado no estudo de (MUNHOZ *et al.*,2018) quando a insatisfação profissional e a falta de recursos materiais e humanos surgiram como estressores ocupacionais, desfavorecendo a cultura organizacional de segurança (BOHRER *et al.*, 2016).

Outros aspectos que se encontram no cerne dessas discussões são os fatores relacionados ao ambiente de trabalho e sua interação com as demandas específicas da profissão e o bem-estar dos profissionais da saúde. Aponta-se que a sobrecarga de trabalho, o dimensionamento de pessoal inadequado e condições laborais insalubres ocasionam uma elevada carga de trabalho mental e física nos profissionais e como consequência a assistência insegura (ANDOLHE, 2013; MAGALHÃES *et al*.,2013).

Faz-se necessária a compreensão do ambiente organizacional nas instituições de saúde, principalmente no que se refere à cultura e o clima de segurança, uma vez que o risco para ocorrências de erros pode resultar em danos ao paciente (TONDO; GUIARDELLO, 2017). Associada a análise dos principais fatores que influenciam no desencadeamento do estresse e como eles podem repercutir em falhas na assistência do cuidado em saúde (RODRIGUES *et al.*,2017).

Alguns estudos apontam que a maioria dessas falhas são decorrentes da complexidade da assistência desenvolvida, bem como do crescente avanço tecnológico somado ao deficiente aperfeiçoamento de recursos humanos, além da desmotivação dos profissionais que executam a assistência (DUARTE *et al.*, 2015; ANDOLHE, 2013).

A equipe de enfermagem tem sido foco de alguns estudos que analisam a segurança do paciente, e a avaliação da percepção dos enfermeiros quanto às características organizacionais do ambiente de trabalho pode fornecer informações que auxiliem na melhoria da qualidade da assistência e também do clima de segurança (ALENIUS *et al.*,2014).

O estresse é considerado um dos fatores que mais atinge os profissionais de enfermagem, podendo repercutir na cultura de segurança e desfavorecer a assistência prestada (MUNHOZ *et al.*, 2018). Ao pensar em clima de trabalho que favoreça a segurança, é necessário considerar diversas variáveis, a exemplo, o dimensionamento de pessoal e a carga de trabalho; o ambiente físico de trabalho; os processos desenvolvidos e sistemas de comunicação; entre outras questões (BATALHA; MELLEIRO, 2017).

As ações de segurança do paciente requerem uma gamificação de condutas e fatores intrínsecos e extrínsecos ao processo de trabalho, no entanto, explorar as particularidades do cenário e dos profissionais envolvidos, contribui para a melhoria dos resultados que cercam a segurança do paciente, que estão refletidos diretamente no fazer profissional, mas que se mantem intimamente relacionados aos aspectos pessoais de cada profissional que presta cuidado.

Categoria 2: Gestão e gerência/ Liderança

As mudanças sócio epidemiológicas emergem, na rede de saúde, a necessidade de elaborar e atualizar estratégias que possibilitem resolutividade às complexas demandas do cuidado. Para tanto, fica evidente a responsabilidade administrativa assistencial do enfermeiro no cuidado à saúde, uma vez que este profissional é responsável por atuar em

ações diretamente voltadas ao atendimento das necessidades humanas dos usuários (OLIVEIRA; TOSO, MATSUDA, 2018).

A qualidade da assistência e, sobretudo, a segurança do paciente têm se tornado, na atualidade, assuntos recorrentes. As discussões em torno disso tiveram sua gênese no início deste século e apontam para a incidência de erros e falhas humanas decorrentes dos cuidados administrativos assistenciais à saúde (FORTE, 2018).

Estima-se que um em cada 10 usuários hospitalizados é vítima de danos causados pela assistência, esta prestada em instituições que gozam de uma boa infraestrutura e tecnologia. Logo, há a necessidade de pesquisas diversas na área da saúde, especialmente, administrativas assistenciais de abordagens inovadoras envolvendo a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (GIMENES; CASSIANI, 2013).

Os ambientes da rede de saúde são considerados fatores determinantes da qualidade e da segurança do cuidado, assim a equipe de enfermagem contribui diretamente para o desenvolvimento de um sistema seguro para a assistência (BUMP, 2015). A gestão participativa pautada em uma liderança efetiva garante a satisfação dos colaboradores perante o trabalho, também o artifício que a instituição usa para glosar erros e o retorno educacional positivo, não expositivo, dado aos colaboradores favorecem o clima institucional, bem como, a segurança nas organizações de saúde (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Identifica-se, a partir daí a gestão e gerência do enfermeiro vinculada a práxis do cuidado e, necessariamente, a segurança do paciente (SILVA *et al.*, 2018). Para isso, trabalho em equipe, fruto de uma liderança tátil, é um fator determinante (GÖRAS *et al.*, 2017). Enfermeiros, na atuação administrativo assistencial, são atores poderosos na criação de um ambiente seguro que garante melhores resultados para os usuários. Vários motivos podem incentivar a equipe de saúde a avaliar a cultura de segurança, que pode ser usado para: primeiro, agregar conhecimentos (KHALIL; LEE, 2018); segundo, identificar melhorias; terceiro, aumentar a empatia sobre segurança do paciente; quarto, avaliar administrativamente as intervenções e programas de segurança; quinto, criar uma referência de segurança e, finalmente, a segurança completa (ALAYED; LÖÖF; JOHANSSON, 2014).

A cultura de segurança do paciente se reflete no comportamento dos membros de uma organização. A adequada comunicação multiprofissional projeta-se como um incentivo e estímulo que deve partir dos líderes, devendo-se entender que não deve ser algo impositivo (LEE *et al.*, 2015)

Verifica-se também que a formação curricular em segurança do paciente nos espaços de formação acontece de forma fragmentada e limitada a habilidades específicas, o que corrobora com propostas tradicionais, existindo assim a grande necessidade de elaborar métodos de desenvolver competências profissionais exclusivas para reduzir e prevenir erros em saúde, bem como, extinguir a cultura da culpabilização profissional (PARANAGUÁ *et al.*, 2016).

Culpabilizar o profissional “responsável” pelo evento adverso sem investigar os motivos que o levam ao erro advém de uma carência de conhecimento administrativo assistencial refletido na segurança do paciente. Boa parte das vezes, os erros são atrelados a carga exaustivas e excessivas de trabalho, além da falta de pessoal, recursos materiais e infraestrutura desfavorável (FORTE, 2018).

Assim, que os eventos adversos estão diretamente relacionados a carência de conhecimentos e a sobrecarga de trabalho. Cabe aos enfermeiros gestores, na condução da equipe, a busca incessante de conhecimentos e a aplicabilidade do processo educacional semiológico e semiotécnico em saúde. Nesse sentido, as representações da profissão têm o dever de atuar junto às instituições e outros órgãos competentes no

esclarecimento dos fatos, na busca incessante de desculpabilizar profissional, desmistificar lacunas atreladas ao processo de trabalho (OLIVEIRA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência à saúde ofertada de maneira segura permanece um desafio contínuo onde consideráveis esforços são realizados para se alcançar qualidade e segurança. A enfermagem possui papel crucial na segurança do paciente durante a assistência direta ou indireta ao paciente, e aspectos do seu exercício laboral precisam ser considerados para a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Abreu HCA, Reiners AAL, Azevedo RCS, da Silva AMC, Abreu DROM, de Oliveira AD. Incidência e fatores preditores de quedas de idosos hospitalizados. Rev Saúde Pública. [Internet] 2015; 49(37) [acesso em 10 nov 2015]. Disponível: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005549

Alenius LS, Tishelman C, Runesdotter S, Lindqvist R. Staffing and resource adequacy strongly related to RN' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. BMJ Qual Saf. 2014; 23(3):242-9. doi: http://dx.doi.org/10.1136/ bmjqs-2012-001734.

Alayed AS, Lööf H, Johansson UB.Saudi Arabian ICU safety culture and nurses' attitudes. Int J Health Care Qual Assur. 2014;27(7):581-93.Disponivel em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25252564. Acesso em 19 maio 2019.

Aline Teixeira Silva; Silvia Helena Henriques Camelo; Fábio de Souza Terra; Eliza Maria Rezende Dázio; Roberta Seron Sanches; Zélia Marilda Rodrigues Resck. SEGURANÇA DO PACIENTE E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM HOSPITAL. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(6):1532-8, jun., 2018. Rev enferm UFPE on line., Recife jun., 2018. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018. Acesso em 06 maio 2019.

ALVES, Daniela Fernanda dos Santos and GUIRARDELLO, Edinêis de Brito.**Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico.** *Rev. Gaúcha Enferm.* 2016, vol.37, n.2, May 31, 2016. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817. Acesso em 06 maio 2019

ALONSO, L. B. N.; DROVAL, C.; FERNEDA, E.; EMÍDIO, L.. Acreditação Hospitalar e a Gestão da Qualidade dos Processos Assistenciais. Perspectivas em Gestão & Conhecimento, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 34-49, jul./dez. 2014.

Andolhe R. Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes. 2013[Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013;

Andrade RVS, Costa ORS. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva – UTI de um Hospital Escola em Minas Gerais. Rev Ciênc Saúde. 2014;4(4):1-11. Disponível em:

https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/991/811. Acesso em 19/05/2019. http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v4i4.261)

Bump, G. M., Calabria, J., Gosman, G., Eckart, C., Metro, D. G., Jasti, H., … Buchert, A. (2015). Evaluating the Clinical Learning Environment: Resident and Fellow Perceptions of Patient Safety Culture. *Journal of graduate medical education*, *7*(1), 109–112. doi:10.4300/JGME-D-14-00280.1. Acesso em 19 maio 2019.

Brendo Vitor Nogueira Sousa; Raquel Ribeiro Santana; Maiane Sousa dos Santos; Ellen Simone Vasconcelos Cipriano; Carla de Oliveira Brito; Elenilda Farias de Oliveira. Repensando a segurança do paciente em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão sistemática. Cogitare Enferm. 2016 v. 21 n. esp: 01-10. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1531/45576-184762-1-pb.pdf. Acesso em 19 maio 2019.

Cristina Daiana Bohrer; Luis Guilherme Sbrolini Marques; Raíssa Ottes Vasconcelos; João Lucas Campos de Oliveira; Anair Lazzari Nicola; Andressa Morello Kawamoto. Comunicação e cultura de segurança do paciente no ambiente hospitalar: visão da equipe multiprofissional. Rev Enferm UFSM 2016 Jan./Mar. DOI: 10.5902/2179769219260. Acesso em 19 maio 2019.

Batalha, Edenise Maria Santos da Silva; Melleiro, Marta Maria. Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem / hospital management and patient safety culture in the perception of the nursing team / gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en la percepción de equipo de enfermería. Revista Baiana Saúde Pública. *https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670, set. 2017.*

Carvalho REFL, Cassiani SHB. Questionário de Atitudes de Segurança: adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form, 2006 para o Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012;20(3):575-82. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300020.

Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. Rev Brasileira de Enferm. 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf. Acesso em 18 maio 2019

Ducci AJ. Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: fatores dos pacientes, estresse, satisfação profissional e cultura de segurança na ocorrência de eventos adversos. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo. São Paulo: 2015.

Fernanda Raphael Escobar Gimenes[1]; Silvia Helena De Bortoli Cassiani[2]Segurança no preparo e na administração de medicamentos, à luz da pesquisa restaurativa em saúde. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130070. Acesso em 19 maio 2019.

FORTE, Elaine Cristina Novatzki et al . Posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante dos erros divulgados na mídia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 39, e20180039, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100461&lng=en&nrm=iso>. access on 23 May 2019. Epub Oct 22, 2018. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180039.

Göras C, Unbeck M, Nilsson U*, et al*. Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2017;**7:**e015607. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015607. Acesso em 06 maio 2019

Guise J, Hansen M, O'Brien K*, et al*. Emergency medical services responders' perceptions of the effect of stress and anxiety on patient safety in the out-of-hospital emergency care of children: a qualitative study. *BMJ Open* 2017;**7:**e014057. doi:10.1136/bmjopen-2016-014057. Acesso em 06 maio 2019.

Lima, Kelcione Pinheiro; Barbosa, Islene Victor; Martins, Francisca Ligia Medeiros; Alencar, Samira Rocha Magalhães de; Cestari, Virna Ribeiro Feitosa. Fatores contribuintes para ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva: perspectiva do enfermeiro. *Rev. enferm. UFPE on line; mar.2017. Disponível em:* http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30924. Acesso em 19 maio 2019

Magalhães AMM, Dall´Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/19.pdf. Acesso em 19 maio 2019.
MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Munhoz, Oclaris Lopes, Andolhe, Rafaela, Schmitidh, Maria Denise, Oliveira, Gabriela, Ribeiro, Polyana de Lima, Silva, Thayná Champe, Cremonese, Luiza. Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem Occupational stress and safety culture: trends for contribution and construction of knowledge in nursing Disponível em: https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/991/811. Acesso em 18 maio 2019.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al . Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 122-129, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso>. access on 24 May 2019. http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018.

Reis, Adriana Teixeira e Silva, Carlos Renato Alves da. SEGURANÇA DO PACIENTE. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2016, v. 32, n. 3 [Acessado 10 Maio 2019] , eRE020316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XRE020316>. Epub 12 Abr 2016. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311XRE020316.

PARANAGUA, Thatianny Tanferri de Brito et al . Support for learning in the perspective of patient safety in primary health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 24, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100390&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Maio 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0784.2771

Rigobello MCG, de Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon T, Capucho HC, de Deus NN . Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. [Internet] 2012; 25(5) [acesso em 08 fev 2014]. Disponível: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000500013

RODRIGUES, Cláudia Cristiane Filgueira Martins; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; SOUSA, Paulo. Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 5, p. 1083-1088, out. 2017 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501083&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 maio 2019.

Silva AT, Camelo SHH, Terra FS et al. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(6):1532-8, jun., 2018 1532 ISSN: 1981-8963 https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018. Acesso em 06 maio 2019.

Tondo JCA, Guirardello EB. Perception of nursing professionals on patient safety culture. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(6):1284-90. Disponivel em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1284.pdf. Acesso em 19 maio 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0010

Yii-Ching Lee; Wan-Lin Hsieh; Hsin-Hung Wu; Shao-jen Weng. Applying importance-performance analysis to patient safety culture. International Journal of Health Care Quality Assurance 28(8):826-840 · October 2015. DOI: 10.1108/IJHCQA-03-2015-0039. Acesso em 19 maio 2019.

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; MATSUDA, Laura Misue. Advanced practices for care management: reflections on the Brazilian Nursing. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 4, p. 2060-2065, Aug. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000402060&lng=en&nrm=iso>. access on 22 May 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0115.

ACESSIBILIDADE NO QUOTIDIANO DE PESSOAS COM LESÃO MEDULAR: DESCONHECIMENTO OU FALTA DE CONSCIÊNCIA?

CAPÍTULO

9

Adriana Dutra Tholl
Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora do Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem (Profissional).
Universidade Federal de Santa Catarina.
Rosane Gonçalves Nitschke
Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora do Departamento de Enfermagem/ Programa de Pós-Graduação PEN/UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina.
Danielle Alves da Cruz
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.
Bolsista de Extensão.Universidade Federal de Santa Catarina.
Natália Aparecida Antunes
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.
Bolsista de Extensão. Universidade Federal de Santa Catarina
Thamyres Cristina da Silva Lima
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.
Bolsista de Iniciação científica PIBIC/CNPq/UFSC
Universidade Federal de Santa Catarina
Lucas Andreolli Bernardo
Enfermeiro. Pós-Graduando em Urgência e Emergência.
Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Bombinhas/SC.

RESUMO

Objetivo: compreender como se apresenta a acessibilidade no quotidiano de pessoa com lesão medular e sua família nos diferentes contextos. **Método:** Trata-se de uma pesquisa interpretativa, de natureza qualitativa, desenvolvida em um Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual no Sul do Brasil, no período de janeiro a março de 2014. Para obtenção dos dados, foram realizadas 21 entrevistas com pessoas com lesão medular e seus familiares e duas oficinas para validação dos dados. Para o agrupamento e organização dos dados, utilizou-se o *software* Atlas.ti 7, guiado pelo olhar da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano. **Resultados:** A partir das respostas dos entrevistados, observou-se que, apesar das políticas públicas em vigor que garantem o direito de acesso a pessoas com deficiência aos diferentes ambientes urbanos, ainda estamos longe de ter uma sociedade que compreenda o que é a acessibilidade e o impacto que a falta da mesma pode causar na vida das pessoas com deficiência. **Conclusão:** A falta de acessibilidade das pessoas com lesão medular, pode ser caracterizada como um limite na adesão à reabilitação das pessoas com lesão medular e suas famílias.

Descritores: Acessibilidade. Trauma Raquimedular. Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A lesão medular (LM) é um dos mais graves acometimentos que pode afetar o ser humano com enorme repercussão física, psíquica e social. Estima-se que a cada ano surjam em torno de 6 a 8 mil novos casos, dentre eles, cerca de 80% são ocasionados por traumas (BRASIL, 2015a). As etiologias de origens traumáticas, em sua maioria ocorrem devido à violência urbana, com maior prevalência em homens jovens (CALLIGA, 2017).

As consequências causadas pela LM, provocam mudanças na rotina e no estilo de vida das pessoas com deficiência que enfrentam limitações diárias ao realizar atividades cotidianas, por falta de acessibilidade no ambiente domiciliar e/ou social, implicando em limitações para locomover - se, impedindo de exercer seu direito de ir e vir (RUIZ, 2018). Este direito é assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988) e pela Lei n° 13.146 de 06 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), que caracteriza a acessibilidade como:

> a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2015b, Art. 3).

A acessibilidade pode ser citada como um dos fatores de impacto direto no modo de viver destas pessoas, que vivem em um contexto social onde as barreiras arquitetônicas são prevalentes, oprimindo suas especificidades, visto que, a inacessibilidade dificulta o bem-estar, a adaptação e sua autoestima, influenciando no seu quotidiano (RUIZ, 2018).

O Quotidiano é entendido como “a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, expresso por suas interações, crenças, valores, símbolos, significados, imagens e imaginário, que vão delineando o processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital. O quotidiano não se mostra apenas como cenário, mas, sobretudo, integra as cenas do viver e do conviver” (NITSCHKE *et. al*, 2017, p. 7).

Neste sentido, o presente estudo busca compreender como se apresenta a acessibilidade no quotidiano de pessoa com lesão medular e sua família nos diferentes contextos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa interpretativa, de natureza qualitativa, desenvolvida entre janeiro e março de 2014, após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob Parecer de n° 424.007, CAAE 22899513.4.0000.0121. A pesquisa seguiu os preceitos éticos referentes à pesquisa e ao cuidado com seres humanos. Foi desenvolvida em um Centro Especializado de Reabilitação, referência no atendimento de pessoas com deficiência física e intelectual no sul do Brasil. Totalizaram 21 participantes, sendo 12 pessoas com LM e 09 membros da família escolhidos pela pessoa com LM como seus cuidadores principais.

Foram considerados critérios de inclusão: pessoas com LM de etiologia traumática ou não traumática, sem distinção de sexo, que estivesse participando ou já concluído um Programa de Reabilitação, com idade entre 18 e 50 anos de idade, familiar caracterizado como cuidador principal, escolhido pela pessoa com lesão medular.

O estudo teve como fontes de evidências, 21 entrevistas individuais e duas oficinas para validação dos dados. As entrevistas foram áudio-gravadas, com duração de aproximadamente 90 minutos, ocorrendo em local de preferência dos participantes, sendo posteriormente transcritas na íntegra. As entrevistas individuais foram guiadas por dois

roteiros semiestruturados, um para a pessoa com LM e outro para o familiar da pessoa com LM, baseada em duas questões norteadoras: Para a pessoa com LM: 1) Como você vivencia a acessibilidade no quotidiano?; 2) A acessibilidade interfere na sua reabilitação? Para o familiar: 1) Como você percebe a acessibilidade no quotidiano do seu familiar com LM?; 2) Como você enfrenta a acessibilidade no quotidiano com o seu familiar com LM? A suspensão da inclusão de novos participantes se deu no momento em que os dados coletados se mostraram repetitivos, determinando assim, que os dados foram suficientes para atingir o objetivo proposto.

Para o agrupamento e organização dos dados, utilizou-se o *software* Atlas.ti 7. Como método de análise, utilizou-se o modelo sugerido por Schatzman e Strauss (1973), que compreendeu: a transcrição das entrevistas e a leitura prévia com delimitação dos pontos chaves, resultando em uma codificação, feita a partir da descoberta de classes e suas ligações. Nessa etapa, foram codificadas as informações contidas no material buscando alcançar o núcleo de sentido do texto (codes). Foram realizados recortes do texto (quotations), gerando unidade de registro pré-estabelecidas na pré-análise. Por fim, foram classificados os referidos recortes nas categorias temáticas (families), guiado pelo olhar da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano (MAFFESOLI, 2010).

Para garantir o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados no estudo por meio da letra (E) de entrevista da pessoa com LM e (F) de entrevista com a família, seguida do número arábico na ordem em que aconteceram as entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As alterações orgânicas advindas de uma lesão medular trazem desconfortos e transtornos à vida das pessoas e suas famílias, podendo ser atenuadas com a adaptação ao novo ritmo do corpo, mediante o autocuidado e com o auxílio de terapia medicamentosa. As limitações de ordem motora e de sensibilidade são ajustadas com a reabilitação e com o auxílio da tecnologia assistida. Entretanto, a falta de acessibilidade é um obstáculo difícil de ser trabalhado porque envolve o micro e o macro social, depende das possibilidades de deslocamento das pessoas com segurança adequada, tanto da mobilidade, quanto do ambiente físico, extrapolando a disponibilidade dos recursos em um determinado momento e lugar.

A Lei de nº 10.098/2000 estabelece normas e critérios para promover a acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Esta, estabelece que acessibilidade significa dar às pessoas condições para alcançarem e utilizarem, com segurança e autonomia, os espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, as edificações, os transportes e os sistemas e meios de comunicação. Para isso, a Lei prevê a eliminação de barreiras e obstáculos que limitem ou impeçam o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança dessas pessoas (BRASIL, 2000).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada, vai além no significado de acessibilidade, caracterizando-a como uma ferramenta para que as pessoas com deficiência atinjam sua autonomia em todos os aspectos da vida, o que demonstra uma visão atualizada das especificidades destas pessoas, que buscam participar dos meios mais usuais que a sociedade em geral utiliza para funcionar plenamente nos dias de hoje, não se reduzindo apenas à acessibilidade ao meio físico (BRASIL, 2008).

Observa-se uma cegueira social no que diz respeito à **falta de acessibilidade das pessoas com deficiência**, caracterizando-se um limite na adesão à reabilitação das pessoas com lesão medular e suas famílias, no dizer dos participantes desta pesquisa. Subentende-se que a sociedade desconhece e/ou não quer ver, tampouco se sensibiliza com a necessidade de acessibilidade de pessoas com deficiência e suas famílias, por

viverem realidades diferentes e transitando por lugares construídos para pessoas andantes, que enxergam e que ouvem.

> *Tem pessoas que nem sabem o que é acessibilidade. Está melhorando, mas está muito longe do razoável. (E1)*
> *A sociedade e os políticos precisam ter conhecimento e consciência de que a vida não é fácil para nós cadeirantes, são pequenos ajustes que podem melhorar e muito a qualidade de vida dos cadeirantes e de suas famílias. (E7)*

O conhecimento sobre a acessibilidade é despertado quando se vive uma deficiência, seja ela congênita ou adquirida, ou quando nos aproximamos do seu quotidiano, criando vínculos e passando a "enxergar" o quão difícil é viver sem acessibilidade e como esta interfere nas relações sociais e no retorno à vida dessas pessoas. Neste sentido, de acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada, uma sociedade pode ser menos excludente quando reconhece a diversidade humana e as necessidades específicas dos vários segmentos sociais, assegurando-lhes oportunidades de acesso aos bens e serviços dos quais necessita (BRASIL, 2008).

Os problemas que envolvem a falta de acessibilidade no quotidiano das pessoas com lesão medular e suas famílias englobam vários aspectos, como a adaptação no domicílio, nas ruas e estabelecimentos comerciais e de lazer, nas Instituições de saúde e de ensino, sobretudo no transporte público que dificulta o acesso ao lazer.

> *É preciso fazer mudanças na casa para que possamos ter mais acessibilidade em casa. (E2)*
> *A falta de acessibilidade em casa é um fato! Tivemos que modificar a casa para melhorar a questão do banho, de locomoção pela casa. (F8)*
> *Fiquei seis meses em casa sem ir à rua porque não tinha uma rampa, não precisaria depender de ninguém, se tivesse sido orientado desde o início. (E1)*

A **adaptação no domicílio** das pessoas com lesão medular facilita a mobilidade das pessoas e suas famílias, diminuindo a sensação de isolamento e melhorando a qualidade de vida das mesmas. Considera-se necessária que a orientação seja dada por uma equipe interdisciplinar, tão logo a pessoa e a família tenha compreensão da situação. Ao se realizar a orientação no domicílio dessas pessoas, por meio da visita domiciliar, sua efetividade é ampliada pela aproximação com o quotidiano, que permite identificar as necessidades individuais de adaptação e os recursos disponíveis. Salienta-se que é preciso considerar a dinâmica da família, sobretudo suas condições socioeconômicas e culturais, dando importância à participação dos mesmos no processo.

Ferreira e Oliver (2010) destacam que a qualidade do cuidado depende do quanto a pessoa reconhece suas incapacidades, necessidades e participa, decidindo como e o que quer resolver/sanar, dessa forma deixa de ser paciente. A partir da compreensão de que pessoas com deficiências físicas sofrem impedimentos que dificultam sua vivência em sociedade, propõe-se, com a atenção domiciliar, intervenções que promovam a saúde dessas pessoas, diminuindo o isolamento.

A inacessibilidade separa as pessoas com lesão medular do convívio social. Provoca uma reação de revolta, caracterizado pelo isolamento dos demais campos da sociedade e das atividades e/ou lugares em que se costumava ir. É preciso determinação e persistência para contornar as barreiras arquitetônicas e manter uma rotina social, considerando que as opções de lazer ficam restritas após a lesão medular, quando se trata de ambientes acessíveis para cadeirantes, causando-lhes constrangimentos.

> *Eu me incomodo muito com a acessibilidade, tem que ter condições para sair de casa. Não gosto que me empurrem na cadeira, sinto-me um bebê, eu vou aos lugares que têm acessibilidade para deficiente, não adianta. (E1)*
> *[...] a primeira coisa que temos que fazer antes de sair de casa é investigar se há acessibilidade, banheiro adaptado - é um drama sair de casa. (E9)*

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004), NBR 9050:2004, é acessível o espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida. O termo acessível implica, tanto acessibilidade física como de comunicação.

Contudo, a maioria dos **bares**, **boates**, **cinemas**, **hotéis**, bem como os **estabelecimentos comerciais** não seguem as normas da ABNT, que determina que todo serviço aberto ao público tenha acessibilidade à pessoa com deficiência. As **calçadas** e as comunicações com os estabelecimentos, também estão em condições inadequadas para a circulação de pessoas que utilizam a cadeira de rodas (CR) para sua locomoção, caracterizando que a vida social não é feita para cadeirantes. Há quem diga que no Brasil temos legislação de primeiro mundo e realidade de país subdesenvolvido, máxima que se afirma ainda mais quando se trabalha comparando o discurso oficial redigido em leis, decretos, portarias e resoluções, com a realidade (BRASIL, 2008).

> *Depender de uma CR para se locomover, é um pesadelo, não há acessibilidade [...] não tem calçada, a estrada é ruim, o meio fio é alto, ninguém te ajuda. (E6)*
> *Rua (vida social) não é feita para cadeirantes. (E8)*
> *As calçadas não têm condições de acesso para a CR. (E3)*
> *Andar pelas ruas de cadeira de rodas significa não ter apoio e cair facilmente, as ruas não têm acessibilidade. (E10)*

A falta de acessibilidade não se restringe aos estabelecimentos comerciais e sociais, **Instituições** de saúde em nível **hospitalar** e de **atenção primária**, sobretudo em **Centros de Reabilitação**, como é o caso do local deste estudo, apresentam-se em desacordo com as normas da ABNT, necessitando adequar suas instalações, a fim de evitar situações constrangedoras expressas nos relatos abaixo:

> *O acesso ao banheiro é ruim, falta barra de apoio, maçanetas inapropriadas. (E6)*
> *Rampas de acesso inclinadas, banheiro com maca estreita, e vocês nos pedem independência? O espelho é aqui (se referindo muito acima), para enxergar minha testa só se levantar da cadeira. O balcão de atendimento é alto, as pessoas não enxergam o cadeirante. (E8)*

As **escolas** também entram neste "complexo de Instituições" incoerentes às normas da ABNT. Com efeito, observa-se que o conhecimento é um instrumento que fortalece e empodera as pessoas na busca pela sua ressocialização, tornando-as mais críticas e integradas na luta por melhores condições de saúde, questionando a aplicabilidade e a efetividade das políticas de saúde em seu quotidiano. Deste modo, fazendo-nos refletir sobre a importância do papel educativo dos profissionais da saúde, sobretudo do Enfermeiro, na reabilitação das pessoas com lesão medular e sua família.

> *Quando eu retornei à escola, seis meses depois, foi uma briga, porque não estava adaptada às minhas necessidades. Como já conhecia meus direitos, no segundo ano decidi que meu noivo não iria mais me carregar no colo, tudo funcionava no piso superior da escola [...] Decidi que só iria para escola quando tivesse rampa, e fizeram a rampa. (E8)*

Todavia, esse comportamento engajado na busca por melhoria na qualidade de vida é observado em uma pequena parcela da população que convive com a lesão medular. Em sua maioria, age com passividade diante da falta de acessibilidade e da morosidade na aplicação e efetividade das políticas de saúde. Neste sentido, constata-se a importância de boas práticas em saúde, que estimulem o *reforço da ação comunitária*, como estratégia de promoção da saúde, mobilizando as pessoas pelos seus direitos, ao invés de normatizar a vida das pessoas.

Outro ponto que compromete a acessibilidade das pessoas com lesão medular é a qualidade e os problemas na **infraestrutura** do **transporte público coletivo**, como a frota insuficiente de ônibus adaptados, horários e rotas integradas restritas, plataformas e pontos de ônibus inadequados.

> *[...] o tamanho da plataforma da maioria dos ônibus não é adequado, porque as cadeiras têm tamanhos diferentes, a minha quase não entrou, fiquei toda torta na plataforma, quando a plataforma subiu eu puxei e fiquei dentro do ônibus, depois quando desceu uma pessoa teve que ficar na minha frente para eu não cair para frente. (E3)*
> *O ponto de ônibus não tem infraestrutura adequada para o cadeirante. (E4)*
> *O transporte público nos leva até um lugar, mas se você mora mais adiante, não tem como chegar. (E12)*

O comportamento da **sociedade** em relação à acessibilidade e à mobilidade das pessoas que dependem da CR para se locomover é, absurdamente, excludente e indiferente às necessidades dessas pessoas de viverem com liberdade e em sociedade. Notoriamente, têm sido divulgadas em redes sociais e na mídia, as dificuldades que os cadeirantes têm enfrentado no transporte aéreo, no transporte público coletivo, sobretudo no transporte privado, como o táxi, que não comparece quando é chamado ao saber que o cliente é um cadeirante.

> *[...] os taxistas quando sabem que é cadeirante não vêm. (E1)*

De acordo com França e Pagliuca (2008), o respeito ao direito de acessibilidade não só agrega qualidade ao projeto arquitetônico como contribui para a real implantação do SUS e atesta a consciência social sobre a diversidade humana. Ademais, a promoção da acessibilidade no contexto das práticas de saúde funcionará como um fator multiplicador dessa consciência, o que ampliará as possibilidades de construção de sociedades inclusivas.

> *[...] com tantos limites, acabamos perdendo a vontade de sair de casa [...] ter um comportamento diferente é difícil. (E10)*
> *A falta de acessibilidade impede-nos de fazer tudo fora de casa. Não conseguimos fazer o que somos capazes porque tudo tem meio fio. (E6)*
> *[...]tu achas que só eu que gosto de ir à praia? Todos os cadeirantes gostam, mas não temos estrutura para irmos sozinhos. (E7)*

Neste meandro, com a falta de acessibilidade e as dificuldades de mobilidade urbana, essas pessoas perdem o gosto pela vida, pela sensação de incapacidade, caracterizada pela restrição de lazer, também encontrado no estudo de França *et al.,* (2011). Isolam-se em suas casas, em seus "mundos", perdem o papel social e agregam um alto nível de **dependência** de suas famílias para saírem de casa, configurando-se um limite na adesão à reabilitação de pessoas com lesão medular e de suas famílias.

Conforme Gabrilli (2013), para uma pessoa com lesão medular, movimento é vida em qualquer manifestação. Estar em contato com o corpo e vê-lo, mesmo que em partes, sendo estimulado, traz benefícios físicos e psicológicos que afetam diretamente a qualidade

de vida e sua forma de encarar o mundo. Contudo, este campo também é afetado pela falta de áreas livres com acessibilidade, academias adaptadas, instituições que promovam o esporte adaptado, entre outros.

> *Eu sinto falta de esporte, treinamento, condicionamento para subir na cadeira, pegar bola, fazer exercícios, porque fortalece o tronco, dá equilíbrio. Depois que eu parei de fazer, eu senti uma diferença muito grande, cansaço e moleza no corpo, quando eu fazia exercício me sentia mais forte e independente. (E10)*
> *Falta um espaço de lazer para praticar atividade física adaptada. (F2)*
> *Queremos uma experiência diferente do habitual, fiz remo, canoagem - adorei a musculação, os aparelhos eram adaptados, você entra em um mundo diferente, o exercício faz muito bem - dá uma sensação de ser capaz. (E3)*
> *O esporte tira as pessoas de dentro de casa, na maioria das vezes, ficamos em casa assistindo TV e engordando, o que torna mais difícil ainda sair de casa. (E7)*

No estudo de McVeigh, Hitzig e Craven (2009) realizado com 90 pessoas com lesão medular, no Canadá, evidenciou-se amplamente a contribuição das práticas de esporte e a sua integração com a comunidade, aumentando a qualidade de vida dos mesmos.

Assim, como as **práticas de esporte**, as atividades laborais também repercutem positivamente na vida das pessoas com lesão medular; entretanto, a inacessibilidade compromete o **retorno ao trabalho**, reduzindo as chances de uma ressocialização completa, de se misturar ao mundo, sentindo-se livre.

> *Tenho muita vontade de trabalhar, não voltei ainda, porque minha locomoção é ruim. Se eu morasse em um lugar melhor, mais acessível, com mais transporte coletivo, já estaria trabalhando. Sinto falta, gosto de trabalhar e ter contato com as pessoas. (E12)*

O impacto da lesão medular recai sobre todas as esferas das relações humanas, como o convívio com a família, com a sociedade, no lazer e no trabalho. A interrupção destas relações implica a desvinculação com o mundo, que, em doses homeopáticas, a pessoa vai perdendo a sua identidade e o gosto pela vida. Neste pensar, a *criação de ambientes favoráveis*, definidos na Carta de Ottawa (1986), reforça a compreensão de que mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer, tem um significativo impacto sobre a saúde, e coloca em evidência que, o trabalho e lazer devem ser fontes de saúde para as pessoas. Um acompanhamento sistemático no impacto à vida das pessoas é essencial e precisa ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos à saúde da população.

Conforme a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada, há que respeitar as diferentes formas de ser e estar no mundo. Há que considerar as necessidades diferenciadas e a diversidade humana, no caminho de um desenho universal das edificações, ruas, estradas ou veredas por onde todos os seres humanos têm o direito de ir e vir, o direito de passear, o direito de compartilhar, o direito de se manifestarem, o direito de namorar, o direito de respirar novos ares, o direito e o dever de preservar os seus meios ambientes, enfim os seus direitos de VIVER com o máximo de dignidade que possam usufruir. Talvez, somente assim podemos dizer que a vida tem mais possibilidades do que limitações ou restrições, e, consequentemente, muito mais possibilidades, que devem, urgentemente, serem equiparadas para todas as pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

CONCLUSÃO

A falta de acessibilidade ainda é uma das grandes barreiras enfrentadas no quotidiano das pessoas com LM e de suas famílias, embora existam leis que garantam esse direito. A sociedade, em sua maioria, não percebe a necessidade e a importância da

acessibilidade para as pessoas com LM por não viverem esta realidade, dificultando assim, o processo de inclusão social.

Barreiras na acessibilidade impactam diretamente no quotidiano das pessoas com LM. Por isso, o conhecimento dos seus direitos torna-se fundamental, para que possam exigir que os mesmos sejam cumpridos e respeitados em qualquer local, seja ele público ou privado.

As eliminações de barreiras arquitetônicas nos domicílios, ruas, estabelecimentos comerciais, instituições de saúde, ensino e nos transportes, tornaram muito mais "fácil" o quotidiano dessas pessoas, favorecendo o retorno às atividades diárias e contribuindo para a reabilitação e ressocialização.

Embora as iniciativas do governo indiquem uma crescente mobilização com a implantação de políticas de atenção à saúde das pessoas com deficiência física, ainda existem muitos aspectos a serem melhorados e cumpridos efetivamente, podendo assim, contribuir para a reestruturação de uma sociedade mais inclusiva.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O presente estudo possibilita reflexão crítica sobre os desafios da acessibilidade enfrentados por pessoas com LM e suas famílias no quotidiano. Os resultados deste estudo, ressaltam a importância e a necessidade de fomentar discussões sobre tema na formação dos estudantes, afim de sensibilizar a sociedade em geral para esta problemática, visto que a LM é uma condição complexa e a sociedade precisa estar preparada para incluir a pessoa com deficiência.

Os profissionais de enfermagem possuem um papel importante e essencial no processo de reabilitação e conscientização das pessoas com LM e de seus familiares sobre os direitos das pessoas com deficiência enquanto cidadãos, favorecendo sua reabilitação e adaptação ao novo ritmo de vida, ao ritmo preciso.

REFERÊNCIAS

ABNT - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. ABNT **NBR 9050:2004.** Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. Disponível em: http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portalTvJustica/portalTvJusticaNoticia/anexo/Convencao_Comentada.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Dispõe sobre as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular_2ed.pdf. Acesso em 29 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de junho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Brasília, DF, 06 jun. 2015. Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 29 ago. 2020.

CALLIGA, M.C.N.S; PORTO, L.A. **Quais pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 6, p. 2341-2350. Jun 2017. DOI http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.15682017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602341&tlng=pt. Acesso em: 28 ago. 2020.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. **A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 189-197, set-dez. 2010. DOI https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p189-197. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14104#:~:text=A%20compreens%C3%A3o%20de%20defici%C3%AAncia%20como,considerados%20desdobramentos%20do%20ato%20de. Acesso em: 28 ago. 2020.

FRANÇA, I. S. X. *et al.* **Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-bref.** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 45, n. 6, p.1364-71, 2011. DOI https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000600013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 28 ago. 2020.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F. **Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais.** Rev. RENE, v. 9, n. 2, p. 129-137, abr-jun.2008. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5050/3708. Acesso em: 28 ago. 2020.

GABRILLI, M. **Orientações para pessoas com lesão medular.** São Paulo: Instituto Mara Gabrilli, 2013.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum:** introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2010.

McVEIGH, S. A.; HITZIG, S. L.; CRAVEN, B. C. **Influence of sport participation on community integration and quality of life: a comparison between sport participants and non-sport participants with spinal cord injury.** J Spinal Cord Med, v. 32, n.2, p.115-124, 2009. DOI 10.1080/10790268.2009.11760762. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19569458/. Acesso em: 28 ago. 2020.

NITSCHKE, R.G. et al. **Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde.** Texto contexto – enferm. 2017, v. 26, n. 4, e3230017.

2018. ISSN 0104-0707. DOI https://doi.org/10.1590/0104-07072017003230017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072017000400505&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2020

RUIZ, A.G.B. *et al*. **Experiências de (in)acessibilidade vivenciadas por pessoas com lesão medular.** Rev. Eletr. Enf, Goiás, v. 20, n. 58, p. 1-10, dez. 2018. DOI 10.5216/ree.v20.53538. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/53538/33727. Acesso em 29 ago. 2020.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research:** strategies for a Natural Sociology. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

CARATERIZAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES EM UM SERVIÇO DE OUVIDORIA DE HOSPITAL DE ENSINO

CAPÍTULO 10

Herica Silva Dutra
Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
Aline dos Santos Becho
Enfermeira, MBA Gestão da Saúde, Acreditação e Auditoria, Enfermeira Auditora na Unimed Barbacena
Letycia Neves Martins
Enfermeira, MBA Gestão da Saúde, Acreditação e Auditoria, Especialista em Enfermagem do Trabalho e Enfermagem Estética, Enfermeira na Prefeitura Municipal de Juiz de Fora e Prefeitura Municipal de Três Rios
Tarsila Ferreira Guimarães Goyatá
Biomédica, Mestre em Imunologia e Doenças Infecto-Parasitárias, Professora da Faculdade de Medicina de Barbacena - FAME
Gisele Cardoso da Silva
Médica, Especialista em Perícia Médica, MBA Gestão da Saúde, Acreditação e Auditoria, Perita Médica, Ministério da Economia
Rejane Guingo Martins Ribeiro
Enfermeira, Mestre em Letras, Enfermeira Ouvidora do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

RESUMO

Os serviços de Ouvidoria surgiram como uma etapa em busca da qualidade, a fim de conhecer a percepção dos clientes e estabelecer um canal de comunicação entre usuários e instituição. O objetivo deste estudo foi caracterizar as manifestações feitas em um serviço de Ouvidoria Hospitalar de um hospital de ensino. Trata-se de uma pesquisa documental do tipo exploratória, de caráter retrospectivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no setor de ouvidoria da área ambulatorial de um hospital de ensino de médio porte (140 leitos) no Estado de Minas Gerais. As atividades da ouvidoria neste hospital iniciaram-se em maio de 2010. A coleta de dados foi realizada por meio de levantamento dos registros do setor, utilizando-se um formulário elaborado para esse fim incluindo tipo de manifestação; setor ou unidade; motivo da manifestação; fonte da manifestação; e situação da manifestação. Os resultados mostraram que a maior demanda de manifestações foi realizada pelos usuários (70,2%). O tipo de manifestação mais frequente foi reclamação (67,5%). O atendimento foi o motivo da maior parte das manifestações (54,6%) e o setor de ambulatório o mais citado pelos manifestantes (30%). A maioria das manifestações foi solucionada (79%). Ficou evidenciada a necessidade de planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas a fim de promover maior satisfação aos clientes internos e externos. Identificou-se que o serviço de ouvidoria pode ser uma importante ferramenta na tomada de decisão gerencial em serviços de saúde.

Descritores: Ouvidoria Hospitalar. Qualidade da assistência à saúde. Administração de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade é um movimento observado em âmbito global e em diferentes seguimentos, inclusive nos serviços de saúde. Nesse sentido, posturas organizacionais têm sido adotadas com o objetivo de trazer melhorias contínuas aos serviços de saúde (GALDINO et al., 2016).

Quando se fala em qualidade, é impossível desvincular tal conceito da percepção do cliente, especialmente sua satisfação ou insatisfação diante do produto ou serviço prestado. Assim, os serviços de Ouvidoria surgiram como uma etapa em busca da qualidade, a fim de conhecer a percepção dos clientes e estabelecer um canal de comunicação entre usuários e instituição (SILVA, 2016; SOUZA *et al.*, 2010). Diante da necessidade de se analisar a qualidade do serviço prestado no âmbito hospitalar, deve-se observar se os usuários desses serviços possuem voz, e como essa voz é expressa pelos mesmos a ponto de qualificar o atendimento geral da tal instituição (SILVA, 2016).

A ouvidoria é um instrumento de participação democrática, destinado a receber manifestações dos cidadãos incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações de informações (ABRANTES et al., 2017). A ouvidoria é responsável pelo encaminhamento, orientação, acompanhamento da demanda e retorno ao usuário. Seu objetivo é proporcionar uma resolução adequada para os problemas levantados, valorizando a dimensão subjetiva e social, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão e com os princípios e diretrizes do SUS (SILVA, 2016; SOUZA, SOARES, 2010).

A ouvidoria tem por objetivo melhorar o acesso às informações a respeito do direito à saúde e seu usufruto, valendo-se para isso do controle social exercido pela participação dos usuários. Seu funcionamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é regido pela Portaria nº 2.416 de 7 de novembro de 2014, que estabeleceu diretrizes de funcionamento e organização, bem como suas atribuições (BRASIL, 2014a). Além disso, por meio do serviço de ouvidoria também é possível avaliar de maneira contínua os serviços de saúde permitindo aprimorar a gestão do SUS (BRASIL, 2014b).

A participação dos usuários ocorre quando estes ganham voz, podendo, então, manifestar-se diante dos serviços prestados. Assim, a ouvidoria hospitalar constitui-se em um órgão que cria condições para que os usuários reivindiquem seus direitos (ABRANTES et al., 2017).

As ouvidorias em saúde simbolizam canais que democratizam as relações entre instituições, usuários e trabalhadores dessa área, e também representam um modelo de gestão com propostas que mostram a participação e o controle do cidadão sobre as atividades de prestação dos serviços de saúde, sendo ainda um mecanismo alternativo e político em que o usuário expressa sua percepção a respeito da utilização dos serviços por meio da sua voz (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014).

O serviço de ouvidoria é uma ferramenta que possibilita a prática avaliativa, a partir da proposição de mudanças com base nas demandas dos usuários (SILVA et al., 2016). Assim, é possível promover melhorias do processo de trabalho a partir das falhas que são apontadas. A ouvidoria hospitalar é um canal ágil de comunicação com seus clientes internos e externos, servindo de amplificador da voz dos mesmos, propiciando melhoria da qualidade de atendimento nas instituições. Os dados oriundos da ouvidoria representam rica fonte de informações e expressam o que os usuários dos serviços de saúde precisam (ABRANTES et al., 2017; SOUZA, SOARES, 2010).

Entretanto, o serviço de ouvidoria hospitalar não tem sido utilizado em todo o seu potencial. Acredita-se que isso ocorra por que esse serviço não é suficientemente conhecido por parte dos usuários, tampouco dos profissionais. A maioria o desconhece, e muitos dos que o conhecem tem uma compreensão inexata da sua definição e finalidade, considerando esta como o “lugar das queixas”. Todavia, o serviço de ouvidoria tem uma

dimensão muito mais ampla, constituindo-se num espaço estratégico e inovador, um mecanismo eficiente de escuta, oportunizando ao cidadão o exercício da cidadania (ABRANTES et al., 2017; SOUZA *et al.,* 2010).

É necessária a divulgação do serviço de ouvidoria, pois, à medida que a população for esclarecida quanto ao verdadeiro papel do mesmo, utiliza-se desse serviço com maior frequência. Além disso, é importante que a população perceba sua participação na ouvidoria como uma questão social, e não apenas individual (ABRANTES et al., 2017; BRASIL, 2014b).

Justifica-se a realização deste estudo pela relevância do tema e da importância crescente da Ouvidoria em serviços de saúde, visto que, consolidar dados e organizar informações favorece o processo gerencial e possibilita o direcionamento de ações de melhoria. Além disso, por tratar-se de assunto discutido fracamente na literatura quando se considera o curto tempo de existência dos serviços de ouvidoria hospitalar em instituições públicas de ensino. Dessa forma, ao compartilhar essas informações por meio deste estudo pode-se estabelecer um ponto de comparação com outros serviços com objetivo de diagnóstico institucional e planejamento de intervenções.

Assim, traçou-se como objetivo desta caracterizar as manifestações feitas em um serviço de Ouvidoria Hospitalar de um hospital de ensino.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental do tipo exploratória, de caráter retrospectivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado no setor de ouvidoria da área ambulatorial de um hospital de ensino de médio porte (140 leitos) no Estado de Minas Gerais. As atividades da ouvidoria neste hospital iniciaram-se em maio de 2010.

Para direcionar e organizar a coleta de dados foi utilizado um instrumento elaborado pelas pesquisadoras para esse fim constando as seguintes informações: tipo de manifestação (solicitação, reclamação, informação, elogio, crítica, denúncia, outro); setor ou unidade; motivo da manifestação (atendimento, relação de trabalho; tempo de espera, acesso, equipamentos /insumos); fonte da manifestação (usuário, profissionais/colaboradores, anônimo); e situação da manifestação (solucionado; pendente; sem resposta).

Considerando que esse estudo utilizou somente de dados obtidos por meio de registros do serviço de Ouvidoria, solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações coletadas e a identidade dos usuários do serviço de Ouvidoria foram mantidas em sigilo, utilizando os dados exclusivamente para atender aos objetivos do presente estudo.

Os dados de interesse desse estudo incluíram informações do serviço referentes ao período compreendido entre julho de 2010 a julho de 2012. A coleta dos dados ocorreu no mês de dezembro de 2012. Foram consideradas manifestações realizadas por diferentes meios, quais sejam: pessoalmente, por email, telefone, fax e carta.

Os dados foram categorizados e organizados em tabelas de frequência relativas e absolutas a fim de estabelecer a proporção de cada uma das variáveis investigadas. Para isso, os dados organizados em planilha eletrônica e transportados para o pacote estatístico *StatisticalPackage For Social Sciences* (SPSS) 8.0.

O estudo foi previamente submetido à apreciação do comitê de ética em pesquisa da instituição e aprovado sob o parecer nº 151.269 de 22 de novembro de 2012.

RESULTADOS

Um total de 520 manifestações dos usuários do serviço de Ouvidoria Hospitalar foi consultado compondo a amostra deste estudo. As manifestações coletadas compreenderam o período de julho de 2010 a julho de 2012 (tabela 1) sendo a maioria realizada por usuários do serviço (tabela 2).

Tabela 1: Quantitativo anual de manifestações dos usuários

Ano	n	%
2010	101	19,42
2011	312	60,00
2012	107	20,58
Total	520	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Tabela 2: Manifestantes no serviço de ouvidoria

Manifestante	n	%
Usuário	365	70,2
Profissional / Colaborador	122	23,5
Anônimo	33	6,3
Total	520	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

As manifestações foram classificadas quanto ao tipo, sendo prevalente a ocorrência de reclamações (67,5%) e de solicitações (21,8%) (tabela 3).

Tabela 3: Tipo das manifestações

Tipo	n	%
Reclamação	351	67,5
Solicitação	113	21,8
Elogio	21	4,0
Informação	21	4,0
Sugestão	10	1,9
Outro	3	0,6
Denúncia	1	0,2
Total	520	100,00

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Os setores aos quais se referiam a maior parte das manifestações foram o ambulatório com 156 manifestações, seguido do Serviço de Avaliação Diagnóstica e Terapêutica (SADT) e Laboratório com 77 manifestações cada (tabela 4).

Tabela 4: Manifestações dos usuários por setor

Setor da instituição	n	%
Ambulatório	156	30,0
SADT	77	14,8
Laboratório	77	14,8
Setor não informado	71	13,7
Recepção	49	9,4
Centro Cirúrgico	36	6,9
Fisioterapia	11	2,1
Ouvidoria	10	1,9
Estacionamento	9	1,7
Farmácia	7	1,3
Financeiro	7	1,3
Informática	3	0,6

Lanchonete	3	0,6
Hemodiálise	2	0,4
Hospital dia	2	0,4
Total	520	100,00

Legenda: SADT = Serviço de Avaliação Diagnóstica e Terapêutica**.**
Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Quando se verifica o motivo da manifestação, a maioria dos usuários manifestou-se em relação ao atendimento recebido no serviço (54,6%) (tabela 5).

Tabela 5: Motivo das manifestações dos usuários

Motivo da manifestação	**n**	**%**
Atendimento	284	54,6
Outros	79	15,2
Relação de trabalho	69	13,3
Tempo de espera	48	9,2
Equipamentos / Insumos	34	6,5
Acesso ao serviço	6	1,2
Total	520	100,00

Outros motivos incluíram: encaminhamento para tratamento; problemas com o transporte de pacientes provenientes de outras cidades; dúvidas quanto ao preenchimento de formulários ou quanto funcionamento da unidade; localização de setores dentro da instituição; alimentação de funcionários, pacientes e acompanhantes; campanhas de promoção da saúde; dúvidas quanto à solicitação de próteses; informações sobre a condição de pacientes internados em outras unidades; falta de funcionários; agendamento de atendimento; usuário exaltado; documentação incompleta para o atendimento.

A maioria das manifestações (79%) foi solucionada pelo serviço de Ouvidoria, com um número mínimo de situações pendentes ou sem resposta (tabela 6).

Tabela 6: Situação das manifestações

Situação	**N**	**%**
Solucionado	411	79,0
Sem registro	55	10,6
Encaminhado	49	9,4
Pendente	3	0,6
Sem resposta	2	0,4
Total	520	100,00

DISCUSSÃO

No serviço de ouvidoria investigado foi possível identificar um total de 520 manifestações em um período de dois anos. Acredita-se que no ano de 2010 houve um número menor de manifestações em consequência da recente criação do serviço. Já no ano de 2011 o número de manifestações cresceu atingindo quase o triplo do primeiro ano. Em 2012 houve nova queda no número de manifestações, provavelmente relacionada à ocorrência de greve dos servidores federais e redução do número de atendimentos na unidade.

Um estudo conduzido em um hospital público federal de alta complexidade em Ortopedia localizado no município do Rio de Janeiro avaliou 3895 manifestações realizadas no período de um ano (SOUZA *et al.*, 2010). O volume de manifestações foi pouco mais de sete vezes maior que o encontrado no presente estudo em um período mais curto, entretanto o número de leitos da instituição não é citado. Outro estudo conduzido no serviço de Ouvidoria do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

encontrou um total de 981 manifestações num período de um ano para um total de 515 leitos (KURZ *et al.*, 2010). Outra investigação apresentou um total de 1300 manifestações no serviço de ouvidoria em um hospital de São Paulo (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013). Esses dados apontam uma variabilidade no volume de manifestações em diferentes serviços de ouvidoria.

A maior parte das manifestações foi realizada por usuários dos serviços de saúde da instituição (70,2%), indicando acesso adequado ao serviço e divulgação satisfatória do mesmo aos usuários. Os profissionais também identificam no serviço de Ouvidoria um canal para reclamações e solicitações, demonstrando valorização e credibilidade do serviço. As manifestações anônimas foram apenas 6,3% sugerindo confiança no sigilo a respeito das demandas encaminhadas ao serviço de Ouvidoria.

Cabe mencionar que o serviço de ouvidoria representa um canal de comunicação entre usuários, trabalhadores e instituição, sendo agente responsável pela promoção do respeito aos direitos dos cidadãos com responsabilidade, respeito e ética (ABRANTES et al., 2017; BRASIL, 2014b). Além disso, o serviço de ouvidoria promove o acolhimento às demandas individuais e coletivas, promovendo a humanização, visto que atendimento e acolhimento estão interligados e favorecem a formação de vínculo (ABRANTES et al., 2017).

Das 520 manifestações analisadas, 67,5% foram reclamações no período avaliado (julho de 2010 a julho de 2012). Pode-se comparar esse dado com outro estudo que avaliou os serviços de ouvidoria dos hospitais universitários e identificou que 71,4% das manifestações foram reclamações (LEITE, 2018). Assim, percebe-se que a porcentagem de reclamações na instituição avaliada é próxima à observada em outros hospitais de ensino. Um perfil diferente foi observado em um estudo realizado em uma instituição geriátrica no município de São Paulo, no qual 80% das manifestações foram solicitação de informação, e 17,4% representaram reclamações (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013).

As solicitações totalizaram 21,8% das manifestações dos usuários, o que pode representar demandas parcialmente satisfeitas. Em outro estudo as solicitações representaram 41,18% das manifestações dos usuários em um ano (KURZ *et al*, 2008), aproximadamente o dobro deste estudo. Assim, o usuário entende que o serviço de Ouvidoria pode ser um canal para o atendimento de suas necessidades.

Elogios e informações totalizaram 4% das manifestações cada, seguidos de 1,9%de sugestões, apontando que os usuários ainda utilizam o serviço de Ouvidoria para manifestar majoritariamente suas insatisfações e necessidades, em contrapartida com elogios ou sugestões para melhoria do atendimento. Outros estudos encontraram apenas 0,81% (KURZ *et al*, 2008) e 1,32% (SOUZA *et al*, 2010) de elogios. Assim pode-se inferir que apesar de encontrar uma porcentagem pequena de elogios, a instituição estudada conseguiu atender satisfatoriamente parte de seus usuários.

A grande maioria das manifestações serem reclamações pode sugerir que muitos usuários percebem o serviço de ouvidoria como um espaço destinado a reclamações. Entretanto, o serviço de ouvidoria tem como função intermediar o relacionamento entre os cidadãos e os gestores do SUS por meio de comunicação eficaz, fortalecendo a cidadania e garantindo o tratamento das demandas dos usuários à luz dos direitos legais e constitucionais (SILVA et al., 2016; BRASIL, 2014b). Assim, entende-se a necessidade de tornar cada vez mais conhecido o serviço de ouvidoria hospitalar a fim de garantir maior satisfação aos usuários e melhor uso desse espaço de diálogo.

Um estudo que avaliou o conhecimento dos usuários a respeito das funções da ouvidoria identificou que a maioria dos participantes relatou que a ouvidoria tem como função resolver as necessidades de saúde dos usuários. Outras funções mencionadas foram acolher o usuário, informar sobre o sistema de saúde, mediar a relação entre os

usuários e a gestão, receber e apurar denúncias e reclamações, receber sugestões e elogios (SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014). Por outro lado, um estudo que entrevistou ouvidores identificou que os mesmos acreditam que ainda é necessário divulgar mais a respeito do serviço de ouvidoria, pois muitos usuários não sabem da existência do mesmo ou entendem que se trata de um espaço destinado a ouvir reclamações, sendo que não acreditam no encaminhamento ou resolução da manifestação apresentada (PERUZZO et al., 2017).

O setor para o qual a maior parte das manifestações foi dirigida foi o ambulatório, com 30% das manifestações, seguido do SADT e laboratório com 14,8% cada. Também no serviço de Ouvidoria do Hospital Universitário da UFMA o setor que recebeu a maior parte das manifestações foi o ambulatório com 37,17% das manifestações. A classificação das manifestações por setor pode auxiliar no direcionamento de intervenções tendo em vista melhoria da qualidade do atendimento oferecido aos usuários, favorecendo a priorização de ações.

O serviço de Ouvidoria pode ser compreendido aqui como uma ferramenta de gestão, pois pode auxiliar no estabelecimento de rumos do sistema institucional e/ou possibilidade de correção de rumos (SILVA, 2016). Quando utilizada estrategicamente dentro da organização, a Ouvidoria pode trazer resultados positivos. Ela pode identificar pontos que estejam desalinhados com os objetivos, os valores e a missão da organização. A partir disso, se pode traçar um planejamento de mudança, no sentido de redirecionamento de ações em sintonia com reais necessidades dos usuários e da organização (SOUZA, SOARES, 2010).

O serviço de Ouvidoria possibilita também avaliar as práticas do serviço de saúde com base nas demandas dos usuários (PERUZZO et al., 2017). O diálogo entre os membros da equipe possibilita mudanças de atitude a partir das manifestações recebidas, e promove a melhoria do processo de trabalho por meio das lacunas apontadas, bem como pode favorecer o processo de tomada de decisão (SOUZA, SOARES, 2010; SOUZA *et al*, 2010).

Mais da metade das manifestações foram feitas devido ao atendimento (54,6%), levando a inferir a necessidade de investimento na capacitação de recursos humanos a fim de favorecer as relações interpessoais e a resolutividade exigida pelo usuário. Reforça essa hipótese a presença de 13,3% de manifestações tratando de relações de trabalho, as quais também poderão se beneficiar da capacitação dos profissionais envolvidos, bem como do desenvolvimento de estratégias voltadas à melhoria do ambiente e das condições de trabalho.

O serviço de Ouvidoria pode contribuir de maneira significativa com a capacitação dos trabalhadores, por se tratar de um canal de comunicação dos usuários com a instituição apontando as necessidades diárias essenciais para o planejamento e programação da educação permanente (ABRANTES et al., 2017). As insatisfações e anseios dos usuários podem ser utilizadas para direcionar o atendimento conforme suas reais necessidades, além de orientar o ensino em serviço, favorecer o envolvimento efetivo dos profissionais e promover melhoria nas condições de trabalho, visando a satisfação da clientela interna e externa (SOUZA *et al*, 2010).

O tempo de espera também foi alvo de manifestações, representando 9,2% do total de manifestações no período estudado. Longas filas de espera e morosidade no atendimento já fazem parte do senso comum quando se trata de serviços públicos. Entretanto, faz-se necessária mobilização a fim de modificar essa situação e promover maior credibilidade ao SUS, visando qualidade e resolutividade no atendimento.

Equipamentos e insumos representam uma pequena parcela das manifestações (6,5%). Porém, esses são essenciais para a prestação de serviços. Assim, problemas dessa natureza podem repercutir negativamente nos resultados esperados para pacientes

e para a instituição como um todo, principalmente quando há cancelamentos e suspensão de atendimento e/ou procedimentos. Outro problema é a possibilidade de improvisação utilizando recursos destinados a uma função em outra atividade, promovendo o uso inadequado dos recursos e possível aumento dos custos da instituição.

A maior parte das manifestações foi solucionada pelo serviço de Ouvidoria (79,0%), com uma parte mínima de situações pendentes ou sem resposta, demonstrando a eficiência do serviço no atendimento às demandas dos usuários.

A ouvidoria não deve ser conduzida como mera recebedora e guardiã de manifestações do cliente, pois quem utiliza o serviço precisa sentir que sua manifestação será analisada e reverterá em resposta; o usuário é considerado, nessa perspectiva, um aliado e quer mudanças de procedimento e conduta (PERUZZO et al., 2017; SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2015). Para isso, é necessário que as ações da ouvidoria tenham respaldo institucional (SOUZA *et al*, 2010b; SOUZA, SOARES, 2010). O tratamento das manifestações dos usuários permite a reconstrução e reorganização dos processos de trabalho, vinculado ao compromisso com a qualidade, buscando esclarecer os problemas da organização de forma ética, solidária e efetiva (SOUZA *et al*, 2010a).

CONCLUSÃO

A ouvidoria é um órgão estratégico dentro dos serviços de saúde podendo interferir direta e positivamente nas transformações institucionais. As informações provenientes da ouvidoria podem ser utilizadas para promover avaliação e revisão dos processos de maneira permanente, contribuindo para o planejamento institucional. Dessa forma, contribui para a prestação de serviços com qualidade e atendimento às necessidades dos usuários.

No presente estudo foram caracterizadas as manifestações recebidas por um serviço de Ouvidoria Hospitalar de um hospital de ensino. Assim, evidenciou-se que predominam as manifestações do tipo reclamações e solicitações, sendo o atendimento o motivo mais prevalente e o ambulatório o setor mais mencionado nas manifestações. Dessa forma, pode-se inferir a necessidade de planejamento e desenvolvimentode ações estratégicas a fim de promover maior satisfação aos clientes internos e externos.

Cabe ressaltar que só faz sentido existir um setor específico para ouvidoria hospitalar se um retorno das manifestações for feito aos seus usuários. Dessa forma, acredita-se o serviço de Ouvidoria pode contribuir positivamente para o funcionamento de hospitais de ensino, permitindo identificar as mudanças necessárias para o atendimento de excelência e fortalecer o vínculo usuário-serviço. A participação social encontra na ouvidoria um local privilegiado para seu exercício.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, C. M. et al. Acolhimento aos usuários e às suas demandas pelas Ouvidorias em saúde–uma revisão integrativa. **Revista Pró-univerSUS**, v. 8, n. 1, 2017. Disponível em: http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/883. Acesso em: 27 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.416, de 7 de novembro de 2014**. Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416_07_11_2014.html. Acesso em: 27 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b. 178 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf. Acesso em: 27 ago 2020.

GALDINO, S. V. et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 07 (Supl. 1), jul. 2016., p 1023-57, 2016. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569. Acesso em: 27 ago 2020.

KURZ, C.M.M. et al. Ouvidoria hospitalar: manifestação de usuários de um Hospital Universitário. **Revista do Hospital Universitário/UFMA.** v.9, n.1, p. 24-29, jan-jun, 2008. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/16424/491465/Revista_HU_Volume_9_1_JAN_JUN_2008.pdf/d1d1fbc2-90ac-4aed-b74e-5da5c5200b04. Acesso em: 27 ago 2020.

LEITE, L. L. **As ouvidorias dos hospitais universitários federais sob a gestão da empresa brasileira de serviços hospitalares.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública. Universidade Federal do Piauí, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/1327. Acesso em: 27 ago 2020.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, L. C. **Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários.** Saúde e Sociedade, v. 22, p. 785-794, 2013.Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2013.v22n3/785-794/pt. Acesso em: 27 ago 2020.

PERUZZO, H. E. et al. Perspectivas, sentimentos e vivências de ouvidores do sistema único de saúde no exercício da função. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i1.36614. Acesso em: 27 ago 2020.

SILVA, M. V. S. Modelo de gestão versus controle/participação social na saúde: o processo-proposta de implantação de uma ouvidoria em um hospital privado no interior da Bahia. **Revista Maiêutica**, v. 3, n. 1, p. 61-70, 2016. Disponível em: https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/SES_EaD/article/view/1513. Acesso em: 27 ago 2020.

SILVA, R. C. C.; PEDROSO, M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 134-141, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004734. Acesso em: 27 ago 2020.

SILVA, R. P. et al. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 81-94, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201611006. Acesso em: 27 ago 2020.

SOUZA, R.C.R. et al. A Ouvidoria na Administração Hospitalar: um ambiente acolhedor para o usuário do sistema de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**

Online, v. 2, n. 3, p. 1062-1070, 2010. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750832006.pdf. Acesso em: 27 ago 2020.

SOUZA, R.C.R; SOARES, E. Perspectivas dos enfermeiros no prisma das demandas dos usuários em ouvidoria.**Rev. enferm. UERJ**.vol. 18, n. 3, p. 411-6, jul-set, 2010.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA FIBROSE CÍSTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

CAPÍTULO 11

Anie Soraia Nascimento Furtado
Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Universidade Federal do Amapá - Departamento de Ciências biológicas e da Saúde. Macapá - AP, Brasil.
Eva Silva da Costa
Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Universidade Federal do Amapá - Departamento de Ciências biológicas e da Saúde. Macapá - AP, Brasil.
Felipe dos Santos Paixão
Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Universidade Federal do Amapá - Departamento de Ciências biológicas e da Saúde. Macapá - AP, Brasil.
Ingrid Maira Brito Gibson
Acadêmica em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Universidade Federal do Amapá - Departamento de Ciências biológicas e da Saúde. Macapá - AP, Brasil.
Rafael Nascimento da Silva
Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá. Universidade Federal do Amapá - Departamento de Ciências biológicas e da Saúde. Macapá - AP, Brasil.
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini
Enfermeira e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá. Universidade Federal do Amapá - Departamento de Ciências biológicas e da Saúde. Macapá - AP, Brasil.
Rubens Alex de Oliveira Menezes
Enfermeiro e Doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará. Universidade Federal do Amapá - Departamento de Ciências biológicas e da Saúde. Macapá - AP, Brasil.

RESUMO

Introdução: a fibrose cística (FC) é uma doença genética recessiva de evolução crônica e progressiva que afeta as glândulas exócrinas do organismo, manifestando-se no indivíduo desde os primeiros meses de vida, com sintomas respiratórios (tosse crônica, sibilância recorrente e outros), associados a sintomas de síndrome de má absorção intestinal (como baixo ganho pôndero-estatural, esteatorreia e outros). **Objetivos:** avaliar a assistência de enfermagem oferecida aos portadores de fibrose cística e a seus familiares. **Metodologia:** trata-se de uma revisão de literatura, utilizando os seguintes descritores: fibrose cística e enfermagem, e como filtros: texto completo, assunto principal fibrose cística, idioma português, período de tempo de 2009 a 2019, totalizando cinco artigos que serão discutidos neste trabalho. **Resultados e Discussões:** a partir dos descritores utilizados na pesquisa, foram encontrados cinco trabalhos que trataram parcial ou integralmente do tema. Para facilitar a escrita da discussão, foram elaboradas duas abordagens, que surgiram após as

leituras dos textos, são elas: i) atuação profissional do enfermeiro na assistência; ii) visão dos familiares de pacientes com fibrose cística quanto à atuação do enfermeiro na assistência. **Conclusões:** a partir dos textos encontrados na para análise, pode-se observar que o estabelecimento de uma parceria equipe de enfermagem-adoentado-família baseada em confiança mútua é essencial para os que vivenciam a fibrose cística e presenciam as dificuldades que a doença traz para o cotidiano, despertando assim a perspectiva sobre a importância da equipe de saúde nesse processo de cuidados paliativos.

Descritores: Fibrose Cística; Enfermagem; Assistência.

INTRODUÇÃO

A fibrose cística (FC) é uma doença genética, recessiva, crônica, evolutiva, que apresenta várias manifestações clínicas e resulta em morte prematura. É uma patologia que, devido a sua peculiaridade e complexidade, ocasiona várias internações hospitalares, o que é um fator de estresse e preocupação tanto para as crianças portadoras da doença como para seu núcleo familiar (PEREIRA *et al*., 2010).

A FC foi reconhecida como patologia no ano de 1938, período em que poucas crianças portadoras dessa doença chegavam ao primeiro ano de vida (ANDERSEN, 1938). Atualmente se vive uma realidade diferente. Devido aos estudos científicos, existe muito conhecimento sobre a fisiopatologia dessa doença, o que facilita grandes avanços para o diagnóstico e tratamento da FC e auxilia na mudança do prognóstico relacionado à expectativa de vida. Em países desenvolvidos, a média de sobrevida gira em torno de 38 anos de idade, enquanto, no mundo todo, aumenta gradativamente a população de adultos vivendo com FC (HODSON *et al*., 2008).

É importante que os profissionais de saúde (equipe multiprofissional) envolvidos no tratamento desses pacientes sejam capazes de perceber a singularidade de cada família e tratar cada uma com a individualidade que lhe é inerente, tendo a percepção de que a criança pertence a uma família e a um grupo social, que a determina e a difere (PEREIRA *et al*., 2010).

É de extrema importância que a família também esteja envolvida no tratamento e deve-se observar o reconhecimento de seus familiares como parte da integralidade do tratamento à saúde da criança. O profissional de saúde deve dominar o conhecimento sobre a participação dos familiares para a melhor prestação do atendimento. Para que isso aconteça, o acolhimento é necessário, o que torna imprescindível uma reformulação completa do processo de trabalho no atendimento de todos que procurarem os serviços de saúde, fortalecendo assim os princípios do Sistema Único de Saúde e fomentando atividades para reflexão e ações de humanização nos equipamentos de saúde (SILVA; CORREA, 2006).

Sendo assim, percebe-se que é necessário que o enfermeiro agrupe em seus processos de trabalho essa tecnologia, objetivando construir vínculo com o portador de FC e sua família. O objetivo do estudo é avaliar a assistência de enfermagem oferecida tanto aos portadores de FC quanto aos membros da família destes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a assistência de enfermagem no tratamento de fibrose cística. Segundo Santos e Calendoro (2006), revisão de literatura é a parte de um projeto de pesquisa que revela explicitamente o universo de contribuições científicas de autores sobre um tema específico.

Para a seleção de trabalhos especializados, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: fibrose cística e enfermagem. A pesquisa foi realizada no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os critérios de inclusão foram: textos disponíveis na íntegra e gratuitos, publicados no período de 2009 a 2019, em língua portuguesa. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: estudos não disponíveis na íntegra, com assunto diverso da temática proposta, com período de publicação fora do recorte escolhido.

A partir das palavras-chave propostas na metodologia, foram encontrados 407 trabalhos que abordavam integralmente ou parcialmente o tema do estudo, sendo assistência de enfermagem a pacientes com fibrose cística. Por meio das palavras-chave, realizou-se a busca no banco de dados e, com base nos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram selecionados 13 trabalhos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo nove da plataforma LILACS, um da MEDLINE e três da BDENF. Foi realizada a leitura do resumo de cada artigo para seleção daqueles condizentes com a temática do estudo e, assim, foram excluídos três artigos que não se encaixarem na temática, quatro em função de sua repetição na base de dados e um artigo por se tratar de uma fonte secundária. Destarte, o estudo totalizou cinco artigos a serem discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir dos descritores utilizados na pesquisa, foram encontrados cinco artigos que abordaram parcial ou integralmente o tema de cuidados à criança e ao adolescente com fibrose cística sob a ótica da assistência de enfermagem. Após leituras e reflexões, foi realizada a classificação desses trabalhos com objetivo de facilitar o processo de análise dos resultados.

Para facilitar a escrita da discussão, foram elaboradas duas abordagens, que surgiram após as leituras dos textos, são elas: i) atuação profissional do enfermeiro na assistência; ii) visão dos familiares de pacientes com fibrose cística quanto à atuação do enfermeiro na assistência. Essas abordagens parecem estar no centro da discussão sobre os cuidados de enfermagem e se apresentam como aspectos a serem mais bem abordados pelos profissionais da saúde (Quadro 01).

Quadro 01: Trabalhos selecionados de acordo com a metodologia proposta.

Nº	TÍTULO/ ANO DE PUBLICAÇÃO	AUTORES	OBJETIVOS	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
01	**Intervenções de enfermagem no monitoramento de adolescentes com fibrose cística: uma revisão da literatura/ 2016**	REISINHO, M.C.M.S.R.O. GOMES, B. P.	Buscar intervenções de enfermagem que enfoquem a melhoria da qualidade de vida e a promoção do autocuidado em adolescentes que sofrem de fibrose cística.	Revisão da literatura.	Diante dos poucos estudos desenvolvidos por enfermeiros em Portugal, tornou-se necessária a busca de artigos para identificar o cuidado do enfermeiro aos adolescentes com fibrose cística, aprendendo assim sobre a atuação dos enfermeiros em outros países. A revisão revelou as intervenções de enfermagem orientadas ao seguimento do adolescente ao longo

					do processo terapêutico sem negligenciar a presença dos pais/família significativa, considerando que o procedimento para responsabilizar os adolescentes pelo seu autocuidado deve ser sempre o mesmo dos pais. Os profissionais da saúde devem ser capazes de identificar as necessidades específicas de pacientes com condições crônicas e suas famílias, permitindo a compreensão e adaptação ao processo de saúde e doença.
02	**Vivências de mães que acompanham filhos com fibrose cística no hospital: subsídios para a enfermagem/ 2016**	REIS, A. T. et al.	Compreender as vivências de mães que acompanham a hospitalização de seus filhos com fibrose cística.	Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa.	Identificou-se que o processo de cuidado à criança com fibrose cística hospitalizada requer habilidades relacionais da equipe de enfermagem para com o acompanhante e a família, merecendo maior discussão e aprofundamento de estratégias que possam contribuir para melhorias do cuidado na área. Essa interação favorece uma melhor convivência entre mães e equipe, gerando reforço da confiança e tranquilidade, podendo ser elemento fundamental para o processo de enfrentamento da doença.
03	**Vivenciando o Diagnóstico de Fibrose Cística do filho: um olhar materno/ 2015**	CORDEIRO, S. M. et al.	Compreender a experiência da mãe ao vivenciar o diagnóstico de fibrose	Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa.	Evidenciou-se que as mães de filhos com FC apresentaram necessidades de cuidados no momento em que recebem o diagnóstico,

			cística do filho.		especialmente no que se refere ao acolhimento e esclarecimento oferecido pelos profissionais. Assim, os profissionais de saúde e, principalmente a enfermagem, devem estar sempre atentos aos questionamentos e necessidades da clientela e dispostos a orientá-la e acolhê-la. Os resultados deste estudo subsidiam o conhecimento dos sentimentos apresentados por esse grupo, possibilitando o desenvolvimento de estratégias que propiciem um cuidado integral, favorecendo, assim, uma melhoria na qualidade da assistência prestada.
04	**Papel do enfermeiro na assistência a pacientes pediátricos e adolescentes com fibrose cística no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ 2011**	LAURENT, M.C.R; DURANT, D; ABAMO, C.P.	Este relato pretende dar visibilidade ao trabalho realizado pelas enfermeiras no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no cuidado à criança e ao adolescente com fibrose cística e suas famílias, através de atividades realizadas pelo enfermeiro no ambulatório e internação hospitalar.	A metodologia desenvolvida inicia pelo acolhimento dos pacientes e seus familiares e explanação dos objetivos do grupo.	A partir do desenvolvimento da dinâmica de trabalho e implementação das atividades, descritas nesse relato, acredita-se que outros serviços de enfermagem possam repensar a sua prática no cotidiano do cuidado à criança e ao adolescente com FC e suas famílias. Ressalta-se a importância da troca de saberes, entre equipes que cuidam dessa clientela, buscando sempre as melhores práticas, preservando as características do contexto onde estão inseridas. O enfermeiro, no cuidado à criança e ao adolescente com FC e suas famílias, procura resultados não só em relação aos aspectos físicos, mas também

					nos aspectos psicossociais. As intervenções realizadas nessa assistência pretendem a aceitação da doença, a melhora clínica do paciente, o controle dos sintomas, o conhecimento da doença e do regime terapêutico, o comportamento de adesão ao tratamento, a participação e apoio do familiar no cuidado.
05	**Fibrose cística e terminalidade/ 2011**	LAURENT, M.C.R; RIBEIRO, N.R; ISSI, H.B.	Atingir os melhores resultados para o paciente e sua família, no domínio funcional, fisiológico e psicossocial.	Relato de experiência	A enfermagem percebe que, no cuidado com o paciente terminal, o envolvimento, a razão e a sensibilidade, a empatia, além de todo o preparo técnico são imprescindíveis para que exista um cuidado integral, possibilitando uma morte digna ao paciente e uma adequada atenção à sua família, no exercício de habilidades para manter a solicitude e a presença compassivas antes e depois da morte da criança.

Fonte: elaborado pelos autores.

Atuação profissional do enfermeiro na assistência

Reisinho e Gomes (2015) ressaltam que a assistência de enfermagem deve estar voltada para o planejamento e a implementação das intervenções direcionadas às necessidades dos adolescentes nas diferentes fases de vida e doença e também apoiar os cuidadores familiares, especialmente os pais. Cuidar de um adolescente com condição crônica, tal como a fibrose cística, envolve um trabalho multidisciplinar e isso é também uma das responsabilidades do enfermeiro. Este é responsável por interagir com os serviços comunitários e instituições governamentais, visando oferecer a melhor assistência a esses pacientes.

Segundo Reis *et al*. (2016), a assistência à criança hospitalizada com fibrose cística precisa ir além do seguimento de um protocolo técnico de atendimento à doença. Deve-se ter uma visão abrangente de considerar a família do paciente também como um dos focos de cuidado, sendo a mesma considerada indispensável ao cuidado integral do paciente. Destarte, faz-se primordial que a equipe multiprofissional exerça, junto ao binômio mãe-filho, um papel de provedora de um cuidado integral, de qualidade e humano, acolhendo-o

da melhor forma possível por meio de uma relação ética e de respeito, proporcionando a formação de vínculos terapêuticos. A partir dessa premissa, é importante que o profissional de saúde se atente ao foco em uma assistência situada nos princípios do cuidado centrado na família, que reconhece todo o núcleo familiar como centro do cuidado, participando do planejamento das ações.

Com o levantamento de dados realizados por Laurent, Durant e Abarno (2011), foi possível identificar que o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente com FC e às famílias destes tem como objetivo resultados não só em relação aos aspectos físicos, mas também aos aspectos psicossociais, com intervenções realizadas objetivando a aceitação da doença, a melhora do quadro clínico do usuário, o controle dos sintomas, uma melhor percepção da doença e do regime terapêutico, o comportamento de adesão ao tratamento e a participação e apoio do familiar no cuidado. É fundamental a motivação para a participação da família, visando a uma melhor evolução de crianças e adolescentes com FC.

A visão dos familiares quanto à atuação do enfermeiro na assistência

No estudo de Cordeiro *et al*. (2015), ressalta-se a importância de considerar a necessidade que as mães de crianças ou adolescentes com FC têm de ser acolhidas, e este acolhimento lhes proporciona o entendimento de que os profissionais de saúde as valorizam. Isso influencia positivamente o sentimento de segurança dessas mães frente a todo o processo de tratamento que, a partir do diagnóstico, estarão inseridas. Elas necessitam de uma relação de confiança com os profissionais que cuidam ou que irão cuidar de seus filhos que ultrapasse a visão da doença em si e que considere todas as suas dificuldades e a influência que a patologia exerce no núcleo familiar do paciente.

Com base nos relatos deste estudo, foi identificado que muitos profissionais não estão preparados para fornecer o apoio necessário a esse núcleo. Reafirma-se assim, a necessidade de que os profissionais trabalhem com uma abordagem mais humanizada, que saibam fazer uma comunicação de diagnóstico que não gere preconceitos nem reforce estereótipos sobre a condição da criança ou do adolescente. Os profissionais precisam ajudar os pais a compreenderem a natureza dessa patologia e a desenvolverem habilidades de enfrentamento.

Segundo Laurent, Ribeiro e Issi (2011), que trazem como temática de seu estudo a assistência de enfermagem na terminalidade de crianças ou adolescentes com FC, acompanhados por seus familiares, os laços afetivos entre esses profissionais e os familiares do paciente foram, geralmente, construídos ao longo dos anos de tratamento ambulatorial e hospitalar. Tal relação traz para a enfermagem percepção de que, no cuidado com o paciente terminal, o envolvimento, a razão, a sensibilidade e a empatia, além de todo o preparo técnico, são imprescindíveis para que exista um cuidado integral, possibilitando uma morte digna ao paciente e uma adequada atenção à família deste, no exercício de habilidades para manter a solicitude e a presença compassivas antes e depois da morte da criança ou do adolescente.

CONCLUSÕES

Portanto, com base nos textos encontrados para análise, pode-se observar que o estabelecimento de uma parceria entre equipe de enfermagem-adoentado-família, baseada em confiança mútua, é essencial para os que vivenciam a fibrose cística e as dificuldades que a doença traz no cotidiano. Ressalta-se a importância que a equipe de saúde tem no processo saúde-doença crônica, e o papel da enfermagem é apoiar o paciente e a família

deste e ter a sensibilidade para perceber que essas pessoas se deparam com o inesperado em suas vidas e necessitam receber apoio de todas as partes.

Sendo assim, faz-se necessário que a enfermagem acolha o paciente e sua família, de modo que a fragilidade apresentada por estes cause o menor impacto possível. É essencial que a equipe de enfermagem lhes dê toda a importância e haja com sinceridade. É preciso esclarecer a situação de forma a fazê-los compreender que se trata de algo que perdurará o resto da vida, exigindo dedicação incondicional de todos à criança que apresenta a doença.

Cabe ressaltar que a literatura com foco na assistência de enfermagem oferecida ao acometido de FC e seus familiares vem crescendo e trazendo as vivências e dificuldades enfrentadas ainda nos dias de hoje, apesar dos avanços das tecnologias. Nesse sentido, é primordial a participação dos profissionais da saúde no trabalho de educação de crianças e adolescentes com FC e dos familiares destes, preparando-os para o enfrentamento da doença, o que pode resultar em uma melhor adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN, D. H. Cystic fibrosis of the pâncreas and its relation to celiac disease: a clinical and pathological study. **American Jornal Discovery Children**. 1938; 56:344-99.

CORDEIRO, S.M. et al. VIVENCIANDO O DIAGNÓSTICO DE FIBROSE CÍSTICA DO FILHO: UM OLHAR MATERNO. **Revista de Enfermagem UFPE on line**., Recife, 9(2):509-16, fev., 2015

HODSON, M. E; et al. An international/multicentre report on patients with cystic fibrosis (CF) over the age of 40 years. **Jornal Cystic Fibrosis**. 2008; 7:537-542.

LAURENT, M.C.R; DURANT, D;ABARNO, C.P. PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A PACIENTES PEDIÁTRICOS E ADOLESCENTES COM FIBROSE CÍSTICA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 31(2):233-237. 2011

LAURENT, M.C.R; RIBEIRO, N.R; ISSI, H.B. FIBROSE CÍSTICA E TERMINALIDADE. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2011;31(2)

LUZ, G.S. et al. A intersubjetividade no contexto da família de pessoas com fibrose cística. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília 2012 mar-abr; 65(2): 251-256.

PEREIRA, C. F. et al. ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES E ÀS CRIANÇAS PORTADORAS DE FIBROSE CÍSTICA. **Revista de Pesquisa**: cuidado é fundamental online. ed. 2; pg. 884-888; 2010 out/dez.

PIZZIGNACCO, T.P; MELLO, D.F; LIMA, R.G. A experiência da doença na fibrose cística: caminhos para o cuidado integral. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. 2011; 45(3):638-644

PRONAP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria**. 2003.

REIS, A.T. et al. Vivências de mães que acompanham filhos com fibrose cística no hospital: subsídios para a enfermagem. **Revista de Ciência Médica**, Campinas, 25(2):49-56, maio/ago., 2016.

REISINHO, M.C.M.S.R.O.; GOMES, B.P; A experiência da doença na fibrose cística. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**. 2016; 24:28 4 5

SANTOS, V. D.; CANDELORO, R. J. **Trabalhos Acadêmicos**: Uma orientação para a pesquisa e normas técnicas. Porto Alegre/RS: AGE Ltda, 2006.

SILVA, F.M; CORREA, I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **Revista Mineira de Enfermagem**. ed. 01. v 10. 2006

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM: UMA PRÁTICA EXITOSA NO INTERNATO DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO TERCIÁRIA

CAPÍTULO

12

Rosana Martineli
Enfermeira. Especialista em terapia intensiva. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Curso de Enfermagem – FURB.
Jarbas Galvão
Enfermeiro. Mestre em Desenvolvimento Regional. Docente do Curso de Enfermagem – FURB.
Nádia Lisieski
Enfermeira. Especialista em Emergência. Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Curso de Enfermagem – FURB.

RESUMO

A estratégia de ensino da supervisão tem o intuito de aproximar a vivência do discente da prática do enfermeiro na efetivação da função de supervisor. O objetivo deste estudo é apresentar a experiência de uma metodologia ativa de supervisão. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido com estudantes do curso de enfermagem da nona fase, durante o internato em atenção terciária da Universidade Regional de Blumenau – Santa Catarina. Como resultado evidencia-se que essa estratégia de ensino preenche lacunas na formação profissional do enfermeiro, pois os estudantes desenvolvem atitudes de liderança, cooperação e colaboração com a equipe de saúde, segurança no enfrentamento das situações a serem gerenciadas e a articulação das práticas de assistência, gerência, ensino e pesquisa.

Descritores: Enfermeiro, Supervisão, Formação

INTRODUÇÃO

Na vivência como professores, refletimos sobre o processo de ensino-aprendizagem, identificando que o aprendizado é algo complexo e que requer diferentes abordagens para a formação discente. A formação profissional do enfermeiro está em constante construção, buscando o desenvolvimento, sua qualificação, qualidade e atendendo as necessidades do mercado.

Estudos descritos por Gubert e Prado (2011), descrevem a importância de refletir sobre a nova realidade profissional do enfermeiro que se apresenta frente ao cenário brasileiro, em que o educador deve desenvolver e propiciar uma aprendizagem que tenha significado com a realidade no mundo do trabalho para o discente.

Assim, em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- LDB, é necessário avaliar o processo de ensino aprendizagem e adoção de práticas pedagógicas diferenciadas em cenários mais favoráveis, ricos e articulados entre teoria e a prática, ensino e serviços, a fim de garantir uma formação sólida e integrada com a realidade (SEMIM; SOUSA; CORREA, 2009).

Dentre as inúmeras práticas inovadoras, desenvolvidas no módulo internato em atenção terciária do curso de graduação de enfermagem da Universidade Regional de Blumenau -FURB, está a atividade de supervisão de enfermagem. Atividade essa, que proporciona ao discente experienciar na prática, as inúmeras funções do enfermeiro em seu processo de trabalho.

A função de supervisão de enfermagem está descrita na Lei .7498/86 artigo 11, alínea c, destacando as atribuições privativas do enfermeiro, sendo uma delas a de coordenação da equipe e do serviço de enfermagem, no planejamento, organização, **coordenação**, execução e avaliação dos serviços de assistência, prestadas pelos profissionais de Enfermagem. (BRASIL, 1986).

Portanto pela lei, compete ao enfermeiro a coordenação da equipe de enfermagem dentro das instituições de saúde ou de uma unidade de trabalho e a provisão de recursos necessários para prestar uma assistência segura e qualificada aos pacientes, família e comunidade.

É de conhecimento, que a enfermagem é uma profissão que está presente na maioria dos espaços de saúde. O exercício da profissão é desenvolvido por mais de uma categoria, que ocorre através de ações hierarquizadas e distribuídas conforme a complexidade que se apresenta.

Assim, nessa escala, pressupõe-se que o enfermeiro tenha melhor preparo técnico/científico e competências para administrar conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e da sociedade, contribuindo para a qualidade do cuidado, ou seja, espera-se do enfermeiro uma capacidade para gerenciar (GRECO, 2004).

Portanto, entende-se que essa atribuição de gerenciar deve ser incorporada e desenvolvida na graduação de enfermagem em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais-DCN (BRASIL, 2018). E de acordo com Gama (2012), os objetivos da supervisão de enfermagem compreendem: estimular o desejo de auto aperfeiçoamento em cada sujeito; orientar, treinar e guiar os indivíduos conforme suas necessidades para que usem suas capacidades e desenvolvam habilidades novas; desenvolver a cooperação enfatizando o “nós” em detrimento do “eu”; proporcionar, sempre que possível, condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho (ambiente físico, equipamentos, suprimentos) bem como uma atmosfera de trabalho agradável.

Através da descrição desta experiência queremos contribuir para a formação dos profissionais enfermeiros, para que possamos ampliar as diversidades de metodologias ativas e direcionarmos nossas tomados de decisões como docentes.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina em Internato em Atenção Terciária, ministrada no nono período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau- FURB.

Configuram-se como sujeitos deste estudo os estudantes que realizaram a disciplina do internato em atenção terciária no ano de 2019.

O local do estudo foi em um hospital de referência conveniado a universidade de Blumenau/ SC. No início do semestre a atividade de supervisão foi apresentada aos estudantes que realizaram uma escala, sendo que a cada dia um discente assumia a supervisão das clínicas de internação onde permanecia os colegas da turma. Participaram 17 alunos, no período no ano de 2019.

Para estruturação deste relato de experiência foi analisado os registros de supervisão dos estudantes e anotações dos professores. Os aspectos éticos foram respeitados durante todo o período da experiência.

DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE DE SUPERVISÃO

O internato em atenção terciária do curso de graduação da FURB, tem duração de 90 dias úteis em instituições hospitalares conveniadas a universidade. Constituindo o período total de estágio para a formação da graduação, que correspondente ao nono e décimo semestre, ficando o último em atenção primária e secundária.

Diante da inquietação dos docentes de como articular as atividades inerentes ao semestre, tornando-as mais atrativas e convidativas aos discentes, a atividade de supervisão foi pensada e organizada de forma que os alunos pudessem compartilhar a responsabilidade do ensino-aprendizagem, refletissem sobre a função e sua importância, aproximando-os ainda mais da profissão enfermeiro.

Assim, no primeiro dia letivo posterior explanação sobre o semestre e das atividades que serão desenvolvidas, os discentes desenvolve o cronograma para realização da atividade de supervisão. Atentando para detalhes como o rodízio e possibilidades de faltas do aluno no campo prático, que nesse caso, ele se responsabiliza pela sua substituição e posteriormente, deverá fazer a reposição. De forma a garantir que nenhum dia fique sem supervisão.

Neste momento o estudante está praticando a ferramenta do planejamento que consiste em um modelo teórico para a ação futura visando condições racionais para que se organiza e dirija o sistema a partir de certas hipóteses acerca da realidade atual e futura. (CHIAVENATO, 2006).

Ao dar início ao semestre no hospital, o docente integralizador desse módulo (Internato) tem disponível o cronograma semestral, com todas as atividades que serão desenvolvidas no período, incluindo as de supervisão, que foi construída e acordada previamente entre todos.

Para o desenvolvimento dessa prática, os alunos são distribuídos em duplas ou trios entre os setores definidos antecipadamente, sendo nos primeiros quinze dias de aula, ocorre a ambientação da equipe, para que conheçam as normas, rotinas e desenvolvimento de habilidades práticas.

Como os discentes ficam distribuídos entre setores distintos, a forma de comunicação utilizada é o celular, através de um grupo de *Whats App* criado para esta finalidade.

Uma das tarefas desenvolvidas pelos discentes diariamente após o recebimento do plantão nos setores, é a realização da coleta de dados e informações, como o perfil epidemiológico, procedimentos a serem realizados, recursos humanos disponíveis, transferências de paciente (interno ou externamente), pacientes que aguardam à realização de exames, entre outros e claro, a realização de visita diária aos pacientes sob a sua responsabilidade definindo o(s) paciente(s) prioritário(s) do dia.

Após o período quinzenal, inicia-se a atividade propriamente, cabendo ao supervisor organizar as tarefas diárias, tomada de decisão, administração de conflitos e delegação.

Cabe ao supervisor do dia, passar nos setores no início do turno, conversar com cada um dos colegas e receber as informações e os dados da unidade. E se houver procedimentos, estes devem ser comunicados ao supervisor previamente, cabendo a ele definir quem desenvolverá sob a sua supervisão.

Portanto, para maior controle na realização das práticas e de forma a oportunizar quantitativamente as habilidades para todos, há um instrumento de controle sobre as técnicas desenvolvidas por cada um dos discentes.

O supervisor tem autonomia para deslocar os colegas para setores onde há demanda de procedimentos e deve acompanhar a execução. Sua interferência acontece apenas nos caso que tenha maior riscos ao paciente. E ao término, realiza a avaliação da atividade concretizada.

Salienta-se que a utilização da ferramenta de supervisão é capaz de promover um planejamento, implementação e avaliação do cuidado integral ao paciente e familiares, tendo como finalidade definir as relações de trabalho, objetivando uma orientação ao trabalho da equipe de Enfermagem (TENÓRIO et al, 2019).

No final da aula, o acadêmico supervisor descreve em caderno específico as ocorrências do turno, procedimentos realizados, perfil epidemiológico das unidades e informações do paciente prioritário de cada discente, bem como conflitos existentes e a forma como solucionou. No dia seguinte ao início do estágio, realiza a passagem de plantão relatando o descrito no livro e repassa o caderno de supervisão ao próximo colega.

Destaca-se que a passagem de plantão demanda consumo de tempo, requer disposição e envolvimento dos profissionais ao acontecer a cada troca de turno (PERUZZI et al, 2019).

Ao término do semestre é realizado uma roda de conversa entre docentes e discentes para avaliação da atividade de supervisão, e diante das exposições analisamos e se conveniente ajustamos a atividade.

Das falas que imergiram na roda de conversa destacamos as seguintes dos docentes:

*"*Ocorre empoderamento dos acadêmicos e desenvolvem progressivamente segurança e autonomia e conhecimento*."* P1

*"*Realizam a atividade com responsabilidade e refletem sobre as atitudes deles e dos demais colegas*."* P2

*"*Melhoria na comunicação e controle na linguagem no momento da avaliação*."* P3

*"*Tornam-se independentes do professor e relatam orgulho devido a percepção de como agregam os conhecimentos de toda a graduação e da importância de todas as disciplinas que em muitos momentos julgam desnecessárias*."* P4

Através dos relatos afirmamos que através desta experiência os discentes desenvolvem várias competências inerentes ao profissional enfermeiro.

Há também o relato dos discentes que ativamente participaram desta estratégia metodológica:

*"*Relatam que se sentem enfermeiros de fato*."* A1

*"*Da dificuldade de realizar a função de educador*."* A2

*"*A necessidade de desenvolver autocontrole*."* A3

*"*Que o aprendizado é muito grande em todas as dimensões de atuação do enfermeiro, educação, gestão, assistência e pesquisa dimensões estas necessárias serem desenvolvidas conforme apresentada pela DCN*."* A4

*"*Gostariam de mais tempo desenvolvendo a supervisão*."* A5

*"*Importância de administração do tempo*".* A6

*"*Aprendem a complexidade e responsabilidade de ser enfermeiro*."* A7

Através das falas percebemos que os discentes avaliam como positiva essa estratégia metodológica e que participaram em todo o processo de forma ética e responsável.

CONCLUSÕES

A utilização da metodologia ativa de supervisão permite aos discentes exercitarem o planejamento, raciocínio clínico, senso de observação, comunicação, liderança, tomada de decisão, gerenciamento de conflitos, passagem de plantão e gestão do cuidado na prática real.

No decorrer deste percurso os estudantes operacionalizam seus planos, roteiros, cronogramas, instrumentos e encontram no supervisor, esse colega de turma uma referência para discussão de dúvidas e situações enfrentadas diariamente.

Dessa forma, ampliam suas visões de uma instituição hospitalar de forma global, praticando e alguns momentos observando o gerenciamento dos recursos materiais, com intuito de garantir o provimento das unidades, o monitoramento de indicadores de qualidade de saúde e o dimensionamento dos recursos humanos.

Concluímos que essa prática exitosa proporciona aos estudantes vivenciarem sentimentos e experiências únicas em cada momento que permanecem imersos no internato nas instituições hospitalares, podendo cometer erros e serem orientados e conduzidos pelos professores, contribuindo desta forma para o preenchimento de lacunas na sua formação profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 573, de 31 de janeiro de 2018. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 06 nov. 2018. Seção 1, p. 38.

BRASIL. COFEN Conselho Federal de Enfermagem: Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986.
Regulamentação do exercício da Enfermagem. Brasilia,1986.

CARVALHO, J.F.S; CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. Rev Eletr Enf. Goiania 13(3):546-53, 2011.

CHIAVENATO, I. Princípios da administração: o essencial em teoria geral da administração. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2006.

GAMA,B.M.B.D.M. Supervisão em Enfermagem. Administração em Enfermagem. FACENF/UFJF. 2012.

GUBERT, E; PRADO,M.L. Desafios na Prática Pedagógica na educação profissional em enfermagem. Rev. Eletr Enf. Goiania, 13,(2):285-95,2011.

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

LÜCK, H. Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2009.

PERUZZI, L.M, GOULART, B.F, HENRIQUES, S.H et al. Passagem de plantão na atenção hospitalar. Rev enferm UFPE on line., Recife, 13(4):989-96, abr., 2019.

SEMIM, G.M; SOUZA, M.C.B.M; CORRÊA, A.K. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. Rev Gaúch Enf.30(3):484-91,2009.

TENÓRIO, H.A.A, SOUZA, I.B, GOMES J.E.L.G, SANTOS, R.F.E.P, CORREIA, D.S, VIANA, L.S, et al. Gestão e gerenciamento de Enfermagem: perspectivas de atuação do discente. Rev enferm UFPE on line. 2019.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DA VIOLÊNCIA URBANA COMO FATOR INTERVENIENTE NA QUALIDADE DE VIDA

CAPÍTULO

13

Janaina Moreno de Siqueira
Enfermeira, Especialista em Docência no Ensino Superior,
Mestranda em Enfermagem e Saúde Coletiva pela EEAN-UFRJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
http://lattes.cnpq.br/4081716127575965
Viviane Brasil Amaral dos Santos Coropes
Enfermeira, Mestre em Ciências do Cuidado,
Doutoranda em Enfermagem e Saúde Coletiva pela EEAN-UFRJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
http://lattes.cnpq.br/0908959566783380
Marilurde Donato
Doutora, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery
Departamento de Enfermagem em Saúde Pública,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
http://lattes.cnpq.br/
Ana Inês Sousa
Doutora, Professora Titular da Escola de Enfermagem Anna Nery
Departamento de Enfermagem em Saúde Pública,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
http://lattes.cnpq.br/0643895061531636592372431416389 9
Sheila Nascimento Pereira de Farias
Doutora, Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery
Departamento de Enfermagem em Saúde Pública,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil
http://lattes.cnpq.br/8077873009089004

RESUMO

A fim de compreender, o impacto social, político e econômico da violência urbana na saúde pública, o presente trabalho teve como objetivo identificar a produção científica acerca da violência urbana como fator interveniente na qualidade de vida dos indivíduos. Desse modo, é preciso discutir como garantir o acesso ao cuidado ao longo do tempo nesse cenário, além de pensar em ações exequíveis de fato no âmbito da prevenção, desde as macropolíticas até as políticas públicas as quais afetam diretamente na qualidade de vida e na realidade local vivenciadas pela população. Foram encontrados 66 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 artigos, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nesse contexto, os artigos selecionados nesta RI apontam para expansão da violência e seus agravos como interferência na qualidade de vida e saúde da população, destacando-se a violência armada, as vulnerabilidades sociais e as tensões entre forças políticas e os direitos humanos e saúde, o que nos leva a reflexão que se faz necessário maior número e aprofundamento de pesquisas sobre estas relações. Assim, uma vez que a saúde consiste em um completo bem-estar geral e não apenas na ausência de doenças, a violência é colocada como um desafio aos profissionais de saúde, que devem aprimorar seus conhecimentos e práticas de forma a minimizar as

vulnerabilidades e desigualdades a fim de promover à saúde e a equidade dentro dos grupos sociais.

Descritores: “Violência”, “Qualidade de Vida”, “Política Pública”

INTRODUÇÃO

Há uma complexa relação entre violência e saúde que aponta para a maior necessidade de discussão sobre os conceitos e práticas de saúde e as políticas públicas no nosso país onde, nos últimos 10 anos, cerca de 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência intencional; equivalendo a uma taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes, correspondendo a 30 vezes mais que a taxa da Europa no mesmo período[1].

Nesse cenário precisa-se considerar ainda, que não é necessário sofrer diretamente uma violência para que ela tenha efeito negativo na saúde física e mental, visto que o conceito de vítima direta e indireta que considera o impacto sobre a família e não somente no sujeito, como também no fato de que somente o medo de sofrer violência já gera impacto na saúde[17]. Por conta disso, é imprescindível pensar na promoção da saúde e qualidade de vida como atores sociais diretamente relacionados à assistência à saúde, educação, assistência social, esporte, lazer, habitação e segurança pública, uma vez que a violência e seus pormenores tornaram-se uma questão relevante de saúde pública [2].

Vale esclarecer que a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como violência o uso intencional da força física ou poder real, em ameaça a si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, podendo resultar em morte, lesão, danos físicos, psicológicos, problemas de desenvolvimento e privação[17]. Nesse âmbito os riscos e ameaças advindos da violência urbana têm relação direta com as condições de vida nas cidades no mundo, que geralmente acometem a população com mais dificuldades sociais e econômicas, condições de moradia inadequadas e falta de acesso aos serviços sociais[34].

Por conseguinte, a violência urbana nos grandes centros urbanos onde há significativas desigualdades, tornou-se um problema social de foco de interesse e atuação de diferentes campos do conhecimento e de políticas públicas, que se impõe ao campo da saúde devido aos seus efeitos diretos sobre o padrão de mortalidade e morbidade da população, e incita o desenvolvimento de estratégias de prevenção, tratamento e reabilitação[35].

Como problema social, esse tipo de violência tem alcançado proporções crescentes no Brasil, visto que a população dos grandes centros urbanos, devido a um conjunto de vitimizações sofridas seja por experiências diretas ou de familiares e amigos, ou ainda, por notícias veiculadas pela mídia, percebem notadamente a violência com efeitos em diferentes níveis de insegurança social, e assim formam-se representações sobre a mesma[35].Logo a questão da violência urbana não tem como ser dissociada da grande disparidade social presente na sociedade, além de influenciar na qualidade de vida e nas efetivas ações das estratégias políticas implementadas, deve-se fazer parte do cotidiano estabelecer relações entre ações de saúde e sociais. Nesse sentido, ao que se refere aos indicadores de saúde, a taxa de homicídios foi o indicador mais correlacionado aos níveis de desigualdade de renda [3].

Com esse panorama preocupante, o atlas da violência de 2020 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta à piora substancial na qualidade dos dados de mortalidade, em que o total de mortes violentas com causa indeterminada (MVCI) aumentou 25,6%, em relação a 2017, fazendo com que tenham permanecido ocultos muitos homicídios. Em 2018, foram registradas 2.511 MVCI a mais, em relação ao ano anterior, fazendo com que o ano de 2018 figurasse como recordista nesse indicador, com 12.310 mortes cujas vítimas foram sepultadas sem que o Estado apontasse a causa do óbito[37].

Ressalta-se ainda um aumento de 3.085 homicídios no ano de 2017 e dados oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) revelam 65.602 homicídios no Brasil somente no período de 2017, o equivalente a uma taxa de aproximadamente 31,6 mortes para cada cem mil habitantes, reforçando a necessidade de políticas públicas efetivas, posto que se trata do maior nível histórico de letalidade violenta intencional no país[4].Em contrapartida, segundo o mesmo Sistema de Informações sobre Mortalidade(SIM/MS), em 2018 houve 57.956 homicídios no Brasil, indicando um menor nível de homicídios nos últimos quatro anos e que corresponde a uma taxa de 27,8 mortes por 100 mil habitantes, no entanto destaca-se que tal queda pode ser explicada pela substancial diminuição da proporção de jovens na população, pelo amadurecimento qualitativo das políticas estaduais e a implementação do Estatuto do Desarmamento ou ainda pelo aumento recorde do número de MVCI que pode ter ocultado milhares de homicídios [1,37].

Não é coincidência que os Estados onde se observou maior crescimento da violência letal na última década são aqueles em que houve, concomitantemente, maior crescimento da vitimização por arma de fogo, igualmente, o controle da arma de fogo é um dos fatores centrais como forma de garantia de um país menos violento; logo, as reflexões sobre promoção da saúde, qualidade de vida, garantia dos direitos e os impactos da violência urbana, diante do contexto que defende a liberdade absoluta do capitalismo e da intervenção mínima do Estado, em o Brasil está inserido, cada vez mais necessitam ser exploradas e problematizadas[5].

Nesse contexto um questionamento se dá referente à questão da flexibilização do uso de armas no país, pela complexidade divergente da política atual, pois, com o Decreto Presidencial 9.785/2019, modificaram-se as diretrizes do Estatuto do Desarmamento[6,7], flexibilizando o acesso e a política de controle de armas de fogo no Brasil. Vale ressaltar que, embora o Estatuto do Desarmamento, implementado no país em 2003, não tenha revertido as taxas de homicídios, o mesmo conseguiu frear a tendência do crescimento acelerado da mortalidade, visto que os resultados obtidos entre os anos de 2004 e 2015 equivalem à aproximadamente 132.725 vidas poupadas e é possível estimar uma redução de 5,7 pontos na taxa de homicídios no mesmo período[8].

Nesse viés, o elevado número de assassinatos com armas de fogo coloca o Brasil entre os dez países mais violentos do mundo. Destaca-se ainda que o problema dos homicídios não se restringe apenas ao instrumento utilizado no ato do crime, mas também a fatores econômicos, sociais e políticos e, por essa razão, além do controle de armas, outras políticas públicas devem ser adotadas, atingindo de forma sistêmica e integra todos os outros fatores os quais favorecem o crescimento da criminalidade[8].

A violência tornou-se um problema de saúde pública matando mais que algumas doenças conhecidas e virou a primeira causa de óbito da população de 5 a 49 anos de idade. E tem se apresentado de forma progressiva durante os últimos dez anos. Para além disso, segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública em 2019 o número de assassinatos no país representou um impacto de 6,08% do Produto Interno Bruto (PIB) no orçamento brasileiro com o gasto com a violência, ademais, a desigualdade social, medida pelo Coeficiente de Gini (instrumento matemático utilizado para medir a desigualdade social e o nível de concentração de renda de um determinado país, unidade federativa ou município), apresenta-se relacionada a criminalidade, o que favorece a violência no Brasil e no mundo inteiro[9,36].

Nesse sentido, tendo em vista que a saúde é considerada a partir de uma agenda pública sustentável, de caráter intersetorial, é capaz de impulsionar o enfrentamento de questões sociais, dialogando com o paradigma da Promoção da Saúde e com estratégias que garantam a equidade e a melhoria da qualidade de vida das populações materializada nas políticas públicas de saúde[10]. Assim, o estudo teve como objeto a violência urbana

como um problema de saúde pública, e com isso a necessidade de entender os processos relacionados ao impacto das políticas públicas de segurança e de saúde, visto que a qualidade de vida prejudicada pela violência urbana influencia diretamente a vida dos indivíduos.

O objetivo estabelecido foi identificar o que a comunidade científica está produzindo de conhecimento acerca da violência urbana como fator interveniente na qualidade de vida dos indivíduos. Desse modo, é preciso discutir como garantir o acesso ao cuidado ao longo do tempo nesse cenário, além de pensar em ações exequíveis de fato no âmbito da prevenção, desde as macropolíticas até as políticas públicas as quais afetam diretamente na qualidade de vida e na realidade local vivenciadas pela população.

METODOLOGIA

A escolha da Revisão Integrativa (RI) como método se deu, visto que, é uma das mais amplas abordagens metodológicas referentes as revisões, pois nos permite a combinação de dados da literatura teórica e empírica que gera como resultado um panorama de maior consistência e compreensão dos problemas de saúde, conceitos e teorias complexas, relevantes para a enfermagem.

As etapas percorridas na elaboração do estudo foram: elaboração da questão de pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração de dados, avaliação dos estudos primários incluídos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão.

A partir da necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a temática, foi levantada a seguinte questão norteadora: - Quais as evidências científicas acerca da violência urbana e as políticas públicas e seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos? Tal método reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre temática específica, e para a elaboração da questão utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para patient, intervention, comparison, outcomes). Ressalta-se que o uso dessa estratégia para formular a questão de pesquisa na condução de métodos de revisão possibilita a identificação de palavras-chave, as quais auxiliam na localização de estudos primários relevantes nas bases de dados. O primeiro elemento da estratégia (P) consiste nos indivíduos (usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF); o segundo (I), as evidências da violência e políticas públicas; e o quarto elemento (O) impacto na qualidade de vida. Ressalta-se que, dependendo do método de revisão, não se emprega todos os elementos da estratégia PICO. Nesta revisão integrativa, o terceiro elemento comparação (C), não foi utilizado.

A busca dos estudos primários ocorreu em julho de 2020 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para a coleta de dados, foram utilizados os Descritores controlados em Ciências da Saúde (DeCS): “Violência”, “Exposição à Violência”, “Qualidade de Vida”, “Política Pública”, e “Saúde da Família” e empregou-se o operador booleano “AND” entre eles para a pesquisa. A combinação de todos esses descritores gerou apenas 01 resultado e, então, retirando-se os descritores “Saúde da Família” e “Exposição à Violência” e utilizando-se somente “Violência”, “Qualidade de Vida” e “Política Pública” e 66 artigos foram verificados.

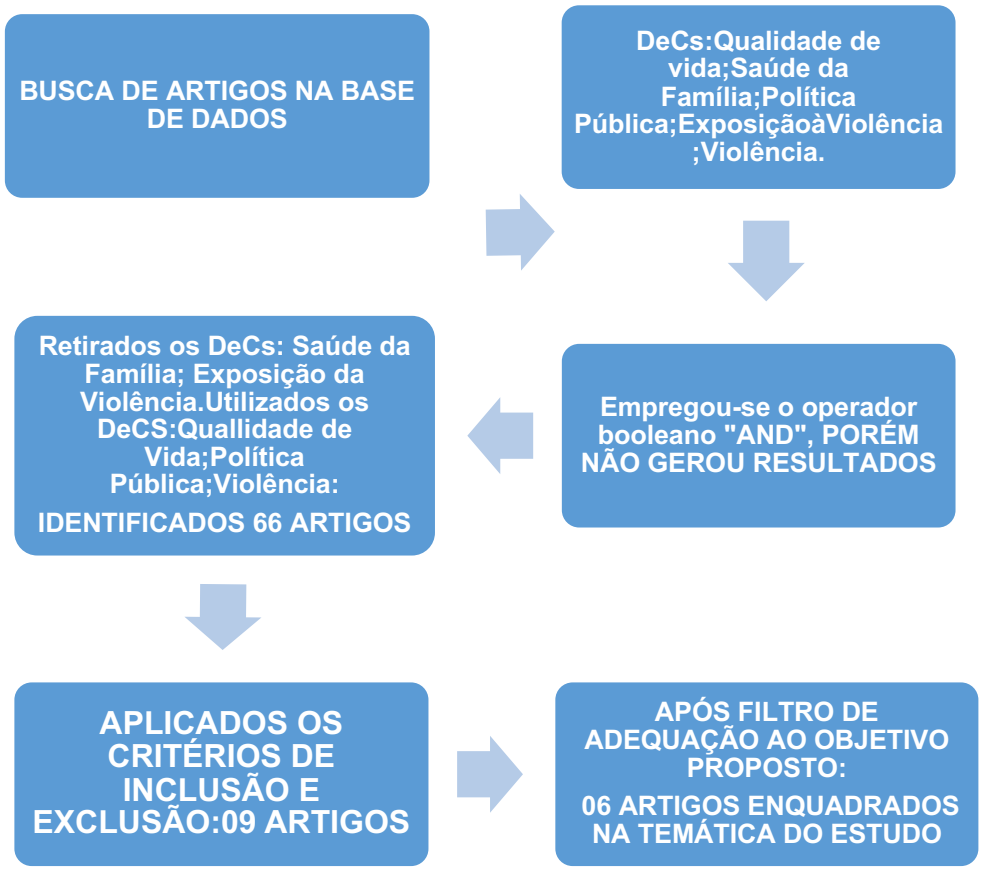
O critério de inclusão estabelecido para os estudos primários foram artigos que abordavam o impacto da violência na qualidade de vida. Na primeira análise, após a leitura do título e resumo dos estudos primários (n=66), os artigos que não indicavam nenhuma estratégia/intervenção relacionada à violência, política pública e qualidade de vida foram excluídos (n=57). Na segunda análise, por meio da leitura do artigo na íntegra (n=09), definiram-se os critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2015 a 2020, com textos completos disponíveis sobre a temática em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos artigos fora desse recorte temporal, sem textos completos disponíveis sobre a

temática, textos em outras línguas e que não abordem alguma política pública relacionada à violência. Na terceira etapa, avaliação da adequação do conteúdo com o objetivo proposto, fora realizada uma seleção secundária por meio da leitura do texto completo e selecionados 6 artigos que se enquadravam na temática do estudo.

Na quarta etapa, foi realizada a análise dos dados; na quinta etapa, a discussão dos dados e, na sexta etapa foi apresentada a síntese sendo que, tanto a análise quanto a síntese dos dados extraídos dos artigos, foram realizadas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado.

Para melhor visualização de todo o processo de seleção da amostra deste estudo, foi elaborado o fluxograma apresentado na figura 1:

Figura 1:Fluxograma



Fonte: Elaborado pelos Autores, 2020.

RESULTADOS

Como resultado, segue a descrição dos artigos selecionados segundo ano de publicação, título, local de origem, área de conhecimento, tipo de metodologia e ideias principais no quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados

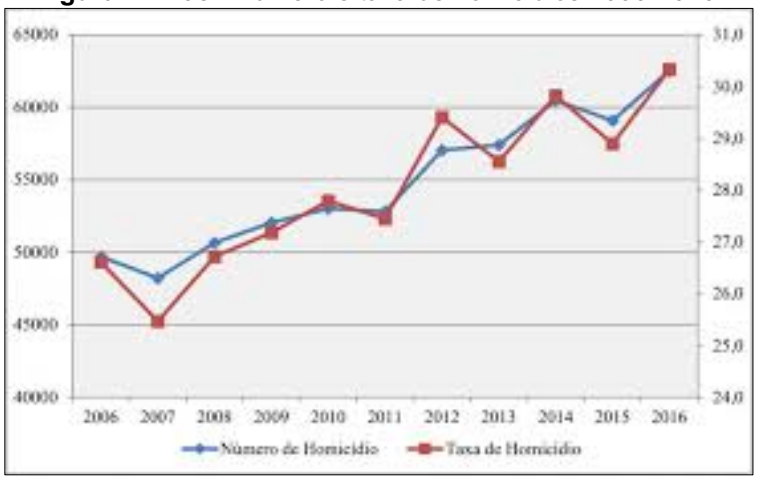
Ano	Título do Artigo	Local	Área de Conhecimento	Metodologia	Ideias Principais
2018	Violência doméstica e familiar em comunidades pós-conflito: lei internacional de direitos humanos e a obrigação do Estado de proteger mulheres e crianças[11]	EUA	Direitos Humanos	Qualitativa	Conflitos Armados Violência Doméstica/psicologia Direitos Humanos Internacionalidade Política Pública Criança Feminino Humanos Fatores Socioeconômicos Direitos da Mulher/legislação & jurisprudência
2017	Entre canteiros e nuvens, perigos e guarda-chuvas: A experiência de uma pesquisa-intervenção com pessoas em situação de rua[12]	Brasil	Psicologia	Qualitativa	Dificuldades enfrentadas pelas pessoas em situação de rua, a fragilidade das políticas públicas, a violência policial, e outras violações de direitos
2016	Leis de direitos civis como ferramentas para saúde avançada no século XXI[13]	EUA	Saúde Pública	Análise Documental	Determinantes Sociais da Saúde/legislação & jurisprudência Justiça Social Fatores Socioeconômicos Estados Unidos/epidemiologia Violência/Violência/prevenção & controle
2015	Protestos sociais pela saúde na Colômbia: a luta pelo direito fundamental à saúde, 1994-2010[14]	Colômbia	Saúde Pública	Análise Documental	Humanos Participação da Comunidade Reforma dos Serviços de Saúde Direitos Humanos Opinião Pública Colômbia Política de Saúde Programas Nacionais de Saúde Justiça Social Fatores Socioeconômicos
2015	Análise da violência doméstica na saúde das mulheres[15]	Brasil	Psicologia	Qualitativa	Direitos Humanos Feminino Violência contra a Mulher Identidade de Gênero Saúde da Mulher
2015	Programa São Paulo pela Infância no Município de Itatibaia[16]	Brasil	Enfermagem	Qualitativa	Humanos/ Política Pública/ Desenvolvimento Infantil/violência social/ qualidade de atendimento na saúde pública

Fonte: Elaborado pelos Autores, 2020.

Observa-se uma concentração de publicações entre os anos de 2015 a 2018 e tal fato pode ser justificado pelo índice de violência ter apresentado um recorde de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes em 2016, e teve novo pico em 2017 equivalente a taxa de 31,6 mortes para cada cem mil habitantes, destaque publicado no atlas da violência de 2018 e 2019 respectivamente, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com aumento expressivo no número de casos de homicídio desde então, como demostram

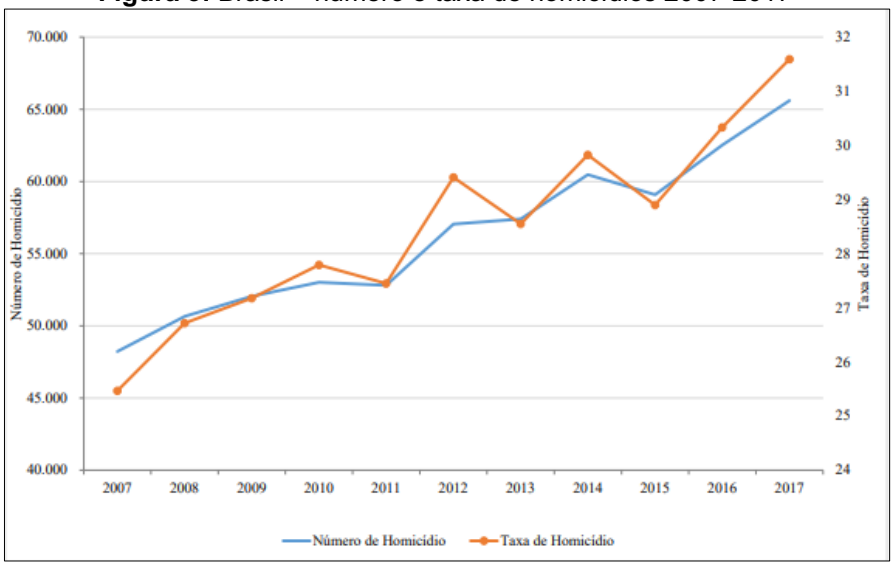
as figuras 2 e 3. E ainda que, a maioria dos artigos encontrados foram publicados no Brasil, o 9º país mais violento do mundo, segundo o Relatório Anual da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre as estatísticas da saúde global, publicado em 2018.

Figura 2: Brasil- número e taxa de homicídios 2006-2016



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. O número de homicídios na Unidade da Federação de residência da vítima foi obtido pela soma das seguintes CIDs 10: X85-Y09 e Y35-Y36, ou seja: óbitos causados por agressão mais intervenção legal. Elaboração Diest/Ipea e FBSP,2018.

Figura 3: Brasil – número e taxa de homicídios 2007-2017



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. O número de homicídios na Unidade da Federação de residência da vítima foi obtido pela soma das seguintes CIDs 10: X85-Y09 e Y35-Y36, ou seja: óbitos causados por agressão mais intervenção legal. Elaboração Diest/Ipea e FBSP, 2018.

Nesse contexto, ganhou destaque os direitos humanos, a violência contra as populações mais vulneráveis, o conflito armado, a violência policial, a violência doméstica, a violência contra a mulher e a criança, as questões de gênero e os fatores socioeconômicos apontando para a carência de políticas públicas efetivas e a fragilidade na integração entre os setores saúde, educação e segurança. Além disso, no que tange às

ideias principais, os estudos confrontaram as conquistas e desenvolvimento social com a expansão da violência. Assim, trataram a questão da violência com abordagem social, considerando-se direitos humanos, saúde, economia e política pública, destacando seu impacto multissetorial e, principalmente, o impacto na qualidade de vida das pessoas.

Com relação à metodologia utilizada nos estudos selecionados, tem-se predomínio da abordagem qualitativa, ideal quando se quer aprofundar conhecimentos e buscar mais "insights" que resultados numéricos.

É preciso entender que não há violência sem vítima, como não existe violência sem contexto e a personalidade violenta, geralmente, decorre de ambientes marcados por conflitos não resolvidos, o que transcende questões pessoais, visto que, ao pensarmos em prevenção e intervenção, deve ser levado em conta o ambiente no qual se vive[17]. Logo, a OMS e seus parceiros identificaram estratégias que têm potencial para reduzir a ocorrência de múltiplas formas de violência e ajudam a diminuir a probabilidade de que os indivíduos perpetrem violência ou se tornem vítimas, pois todos os tipos de violência estão fortemente associados à governança fraca; Estado de Direito fraco; normas culturais, sociais; desemprego; desigualdade de renda e de gênero; rápidas mudanças sociais; e oportunidades limitadas de educação, como também os fatores transversais de risco, haja vista a facilidade de acesso às armas de fogo e aos outros tipos de arma[18].

Não obstante, de acordo com a conferência de Alma-Ata, desde 1978, pensa-se em uma atenção primária de saúde mais abrangente que nos possibilite problematizar os impasses atualmente vividos. Nesse sentido, deve-se promover a saúde com embasamento nos atributos recomendados por Starfield[33], que considera o primeiro contato como porta de entrada do sistema de saúde e a longitudinalidade independente da ausência ou presença de doenças, valorizando a abrangência da integralidade no que diz respeito à complexidade das necessidades das populações em todos os níveis da atenção, por conseguinte, a coordenação para gerir as ações resolutivas, a orientação para a comunidade, considerando a participação da mesma[18].

Para o entendimento do contexto, deve-se ter a ideia de que qualidade de vida está diretamente relacionada com a saúde. Para tal, faz-se necessária a ampliação da compreensão dos conceitos de saúde e qualidade de vida no seu sentido prático, teórico e epistemológico pelos profissionais de saúde, os quais ainda são guiados pelo modelo reducionista que não considera o ambiente físico e social onde os problemas ocorrem; ou seja, os fatores intervenientes, muitas vezes, podem estar sendo subjugados[19].

Ademais, é importante considerar que a promoção da saúde e o bem-estar sejam alicerces para a promoção da qualidade de vida e o diagnóstico participativo; isto é, que o envolvimento da comunidade seja um método da estratégia para a aquisição e construção das realidades com o engajamento dos sujeitos como atores sociais[20].

Assim, as ações de promoção da saúde são fundamentais à realização da saúde coletiva, haja vista a saúde ser vista como um fenômeno social marcado por iniquidades, de modo que, tais entraves impedem uma prática equânime da saúde pública com ênfase na qualidade de vida. Analogamente, para se promover saúde o Brasil tornou-se inevitável o enfrentamento de uma realidade impositora de desafios cotidianos para todos aqueles que constroem políticas públicas e, em contrapartida, a qualidade de vida depende da satisfação das necessidades básicas dos cidadãos com uma gestão baseada na solidariedade social e uma visão holística dos problemas para a redução dessas iniquidades[21].

As iniquidades relacionam-se com o aumento da violência nas grandes cidades e repercutem na vida da população, disseminando o medo e a insegurança - o que é um assunto de urgência - quando associados aos fatores determinantes de saúde, qualidade de vida e promoção da saúde.

Nesse prisma, as iniquidades são consideradas um dos traços mais marcantes da situação de saúde pública no Brasil, o que traz à tona as necessidades de inclusão social, a igualdade no acesso à saúde e a implantação de políticas públicas as quais se aproximem das realidades emergentes das comunidades, principalmente nos territórios mais vulneráveis. Em suma, entende-se que a participação social deve ser um pré-requisito institucional e político para conceituar a saúde, além de uma condição imprescindível para a viabilidade e efetividade de políticas públicas[22].

Desse modo, o fenômeno da violência urbana nos territórios torna-se um problema de saúde coletiva desafiador no cotidiano da Atenção Primária à Saúde brasileira, uma vez que por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF),o Brasil deve vislumbrar um cenário promissor de práticas de enfrentamento a essa problemática, pois, cotidianamente, os profissionais acessam as dinâmicas de territórios com altas taxas de homicídios e podem oportunizar o desenvolvimento de intervenções orientadas por uma concepção ampliada de saúde, logo tal demanda é uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil[18].

Para tanto, a aprovação do Documento “Transformando nosso mundo: a agenda 2030” apresenta 169 metas que integram as dimensões econômica, social e ambiental do desenvolvimento sustentável, tendo como norte a orientação geral de não deixar nenhum grupo populacional excluído. Isso se reflete na implantação de políticas públicas que, de fato, considere determinantes tais quais ambiente e violência como fatores intervenientes sob a ótica da integralidade da atenção à saúde, é preciso ainda, estabelecer processos os quais considerem a atenção básica como condição essencial para o alcance dos resultados que atendam à saúde da população e sua respectiva qualidade de vida[23]. Esse documento sustenta a erradicação de todas as formas de pobreza, o combate às desigualdades dentro dos países membros das Nações Unidas, a promoção de sociedades pacíficas e justas, inclusivas, além da garantia dos direitos humanos[24].

Ademais, a violência urbana é um dos principais desafios ético-políticos em âmbito nacional e local, demandando, por sua vez, investigações acadêmicas e, também, políticas públicas orientadas por perspectivas multi e interdisciplinares. Consequentemente, apresentar uma discussão sobre abordagens e práticas sociais da saúde coletiva e, em torno da questão dos determinantes de qualidade de vida e a relação com a violência, trata-se de uma pauta indispensável na agenda de intervenção governamental e da sociedade civil, visto que é necessário reconhecer os desafios da promoção à saúde em face ao fenômeno da violência urbana nos territórios[18].

Ao enfatizar a complexidade do tema, faz-se necessário catalisar um grau maior de diálogo entre disciplinas das Ciências Sociais e Humanas e da Saúde, ampliando as possibilidades de compreender e explicar o fenômeno da violência. Nesse sentido, esperamos que se aprofundem, cada vez mais, no campo da Saúde Coletiva, discussões desse teor, necessárias, para instrumentalizar decisões demandadas no âmbito da promoção da saúde, da reabilitação de agravos e do bem-estar da coletividade[25].

Sobretudo, Saúde Coletiva e Ciências Sociais e Humanas são campos reconhecidamente inseparáveis. Isso se afirma porque a tradição de grupos e linhas de pesquisa em programas de pós-graduação em Saúde Coletiva com inserção de discussões sobre temas tradicionalmente estudados nas Ciências Sociais, a exemplo da violência, tem sido vista como crucial caminho para o entendimento dos determinantes de saúde e qualidade de vida das populações[25].

A qualidade de vida se potencializa na educação social da população e na busca constante da cidadania, com isso, surgiu a ideia das ações vinculadas à educação, à cultura, à economia e ao trabalho. Em síntese, o caráter educativo e pedagógico justifica a inserção da qualidade de vida nas políticas públicas, já que a condição e estilo de vida, incontestavelmente, são fatores primordiais para o avanço global da sociedade[26].

Logo, é necessário entender as políticas públicas além da conquista formal da Lei, pois o modelo de Estado, vinculado ao formato capitalista em que nos encontramos, não produz boas condições de qualidade de vida para a população. Dessa forma, são urgentes avanços para tentar alcançar uma qualidade de vida digna, mesmo dentro desse modelo organizacional capitalista marcado pela exclusão e concentração de riqueza e poder, visto que isso implica na implementação das conquistas legais e quando não colocadas em prática a favor das classes trabalhadoras e das populações vulnerabilizadas, não garantem os direitos nem o respeito as Leis[27].

Em contrapartida, pensar política pública de qualidade de vida é praticamente sinônimo de pensar num quadro nacional com forte influência das práticas de sustentação no poder, de modo que governar, muitas vezes, confunde-se a distribuição de verbas e cargos[28]. Paradoxalmente, um primeiro aspecto essencial das políticas públicas de qualidade de vida é o caráter dúplice, na medida em que deveriam ser contempladas a melhoria do estilo de vida e condições de vida. Portanto, associar as políticas públicas à ordem das práticas de sustentação no poder é muito complexo, já que tais ações priorizam a mudança subjetiva no estilo de vida, sem dar suporte material suficiente para ter condição de vida digna[29].

A temática do estudo insere-se na conjuntura dos fenômenos das relações sociais posto que a violência é um fenômeno social, que compromete o direito fundamental à vida, à saúde, ao respeito à liberdade e à dignidade humana e relaciona-se com questões de natureza sócio-culturais e político-ideológicas, constituindo-se num poderoso indicador de qualidade de vida, pois diz respeito às condições gerais de existência, de trabalho, de sociabilidade, e por conseguinte, indispensável para o estudo e planejamento de intervenções no contexto de um sistema de saúde universal integrado a outras ações de desenvolvimento social e comunitário, estreitando-se os laços com os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS)[30,31].

Paralelamente, no Brasil, as bases de dados têm confirmado a presença flagrante e a escalada da violência nas estatísticas de morbidade e mortalidade, embora se reconheça que a produção científica do país ainda precisa de investimento, comparada à produção internacional e as iniciativas para as intervenções sobre o fenômeno no contexto do sistema de saúde ainda carecem de maior sistematização[31].

Ocorre que os esforços para enfrentamento têm sido incipientes, assim torna-se difícil alcançar os ganhos sustentáveis da prevenção; por isso, qualquer estratégia abrangente de prevenção da violência deve identificar meios para atenuar esses riscos ou fornecer proteção contra eles, entretanto, poucos países vêm implantando medidas de políticas sociais e educacionais com esse objetivo[32].

Em síntese, existe um déficit quando pensamos na promoção da saúde sem pensá-la dentro da nossa realidade social, onde há uma relação direta com a ideia de adoecimento na relação saúde e segurança pública. Desse modo, faz-se necessária uma análise mais abrangente a partir do que compromete a saúde dos indivíduos nesse contexto social de violência. Para isso, é importante reconhecer a complexidade de elementos com base nos processos de vulnerabilidade colocados na vida da população[32].

CONCLUSÃO

Desse modo, constatou-se que publicações recentes relacionadas com o tema violência e associados a qualidade de vida ainda precisam de investimentos, pela gravidade do problema, além de trabalhos que envolvam, especificamente, a relação da violência urbana e suas consequências na saúde.

A violência é um grave problema de saúde pública que influencia diretamente em importantes aspectos da saúde da população. Torna-se preocupante nos dias de hoje a

flexibilização do Estatuto do Desarmamento, visto que houve um aumento progressivo da violência que obteve destaque no último atlas da violência de 2019, como também, os artigos selecionados nesta Revisão Integrativa (RI) apontam para expansão da violência em relação aos direitos humanos, seus agravos como interferência na qualidade de vida, a violência armada, as vulnerabilidades sociais e as tensões entre forças políticas.

Nesse sentido, uma vez que a saúde consiste em um completo bem-estar geral e não apenas na ausência de doenças, a violência é colocada como um desafio aos profissionais de saúde, que devem aprimorar seus conhecimentos e práticas de forma a minimizar as vulnerabilidades e desigualdades a fim de promover à saúde e a equidade dentro dos grupos sociais. Desafio este que tornou-se ainda maior neste atual cenário que defende a liberdade absoluta do capitalismo e da intervenção mínima do Estado, visto que as políticas em um Estado Democrático deveriam partir das demandas sociais da sociedade civil, entretanto, nos dias de hoje é preciso pensar criticamente às relações entre as políticas públicas e o Estado o que nos leva a reflexão que se faz necessário maior número e aprofundamento de pesquisas sobre estas relações.

REFERÊNCIAS

1.IPEA. Atlas da Violência 2018.Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=43Acesso 13 ago.2019

2.CONSTANTINO, P. ; MINAYO, M.C.S; BARSAGLINI, Reni.; (organizadoras). Deserdados sociais: condições de vida e saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015, 251p..CienSaudeColet [periódico na internet] (2016/Mai). [Citado em 16/08/2019]. Está disponível em:http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/minayo-mcs-constantino-p-organizadoras-deserdados-sociais-condicoes-de-vida-e-saude-dos-presos-do-estado-do-rio-de-janeiro-rio-de-janeiro-ed-fiocruz-2015-251p/15645

3.NOBRE, M. Violência e desigualdade no Brasil. São Paulo: SOF, 2017. Disponível em: <http://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Violencia-e-desigualdade-web.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2019.

4.IPEA. Atlas da Violência 2019.Disponível em:http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784&Itemid=432. Acesso em 13 ago.2019.

5. SANTOS , Milena da Silva; GUIMARÃES E SILVA, Juliana; OLIVEIRA, July Grassiely Branco. O ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE. Revista Brasileira em Promoção da Saúde [enlinea] 2017, 30 (Abril-Junio) : [Fecha de consulta: 7 de mayo de 2019] Disponibleen:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40851821011> ISSN 1806-1222

6. DECRETO Nº 9.785, DE 7 DE MAIO DE 2019.Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9785.htm> Acesso em 13 ago.2019

7. LEI nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003.Estatuto do Desarmamento - Lei 10826/03.Disponível em : <https://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/124459/estatuto-do-desarmamento-lei-10826-03>. Acesso em : 13 ago 2019

8. MARTINS JUNIOR, Cícero da Silva .Avaliação do impacto do Estatuto do Desarmamento sobre a taxa de homicídios por arma de fogo no Brasil attena Repositório Digital da UFPE, 2018. Disponível em:https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/30628

9. BUENO, L.B(org).Saúde e Segurança Pública:desafios em territórios marcados pela violência. Rio de Janeiro: 1. ed. p.92. FioCruz, 2016.ISBN-978-85-8110-027-2

10. GALLO, E. et al. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4383-4396, nov. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4383.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

11. Bradley, Samantha. Violência doméstica e familiar em comunidades pós-conflito: lei internacional de direitos humanos e a obrigação do Estado de proteger mulheres e crianças. Health Hum Rights ; 20(2): 123-136, 2018 Dec.rtigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-30568407.Disponível em:<< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30568407>>. Acesso em:27 jul.2020

12. Amorim, Ana Karenina de Melo Arraes; Nobre, Maria Teresa; Coutinho, André Feliphe Jales; Gomes, Francisco Emanuel Soares. Entre canteiros e nuvens, perigos e guarda-chuvas: A experiência de uma pesquisa-intervenção com pessoas em situação de rua. Estud. psicol. (Natal) ; 22(4): 389-400, out.-dez. 2017. Artigo em Português | LILACS, Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos | ID: biblio-953539.Disponível em:<< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-953539>>. Acesso em:27 jul.2020

13. McGowan, Angela K; Lee, Mary M; Meneses, Cristina M; Perkins, Jane; Youdelman, Mara. Leis de direitos civis como ferramentas para saúde avançada no século XXI. Annu Rev Public Health ; 37: 185-204, 2016. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-26789383.Disponível em:<< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26789383>> Acesso em:27 jul.2020

14. Echeverry-López, María Esperanza; Borrero-Ramírez, Yadira Eugenia. Protestos sociais pela saúde na Colômbia: a luta pelo direito fundamental à saúde, 1994-2010. Cad. saúde pública ; 31(2): 354-364, 02/2015. Graf. Artigo em Espanhol | LILACS | ID: lil-742172. Disponível em:<< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-742172>>. Acesso em:27 jul.2020

15. Silva, Susan de Alencar; Lucena, Kerle Dayana Tavares de; Deininger, Layza de Souza Chaves; Coelho, Hemílio Fernandes Campos; Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo; Anjos, Ulisses Umbelino dos.Análise da violência doméstica na saúde das mulheres.Rev. bras. crescimento desenvolv. hum ; 25(2): 182-186, 2015.Artigo em Inglês | LILACS | ID: lil-765989.Disponível em:<<
https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-765989>> Acesso em:27 jul.2020

16. Diniz, Débora Rocha. Implantação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância no Município de Itatiba. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) ; 16(1): 23-29, Jul. 2015.Artigo em

Português | Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISPROD, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISACERVO | ID: biblio-1025857. Disponível em:<< https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025857>>. Acesso em:27 jul 2020

17. MINAYO, M. C. S. (Org.). Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI.Visão da Literatura brasileira do campo da saúde.Rio de Janeiro:Editora Fiocruz, 2017.596p.ISBN: 978-85-7541-525-2

18. BENÍCIO; BARROS. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E VIOLÊNCIA URBANA: ABORDAGENS E PRÁTICAS SOCIAIS EM QUESTÃO.SANARE: Revista de Políticas Públicas Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia - ESP-VS. (v.16), 2017. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1146. Acesso em : 13 dez 2019

19. ALMEIDA, A. R.; ATHAYDE, F. T. S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 9, n. 2, p. 165-172, 2015. Disponível em:<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1818>. Acesso em: 28 ago. 2018.

20. ABRAMOVAY, M. (Coord.). Diagnóstico participativo das violências nas escolas: falam os jovens. Rio de Janeiro: FLACSO, 2016. Disponível em:<http://flacso.org.br/files/2016/03/Diagn%C3%B3stico-participativo-das-viol%C3%AAncias-nas-escolas_COMPLETO_rev01.pdf> . Acesso em: 17 set. 2018.

21. ALMEIDA A. R ; ATHAYDE F.T.S . Promoção da Saúde , Qualidade de Vida e Inequidades.Brasília:UNB, 2015.Disponível em:http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1818. Acesso em 13 dez 2019

22. SOUSA, I. V. et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3945-3954, dez. 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3945.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

24. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em:<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/justica-e-seguranca/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 25 set. 2018.

25. OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Violência e Saúde Coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. Saudesoc., São Paulo , v. 17, n. 3, p. 42-53, Sept. 2008 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Aug. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300006.

26. GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, ALMEIDA, M. A. B.; R. (Org.). Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2012. p. 13-50. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

27. RIBEIRO P.C.C .Plano de Desenvolvimento Instucional 2016-2020. PDI-Fiocruz 2016-2020 /Fundação Oswaldo Cruz. -- Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2016.218 p., il. Disponível em:<https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/sites/default/files/Plano%20de%20Desenvolvimento%20Institucional.pdf. Acesso em: 10 ago 2019.

28. VILARTA R.; GUTIERREZ G. L.; MONTEIRO M. I.(organizadores).Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI /. Campinas: Ipes, 2010. 206p.ISBN: 978-85-98189-28-4

29. ALMEIDA M.; GUTIERREZ G;.Política Públicas de Lazer e Qualidade de vida: A contribuição do Conceito de Cultura para Pensar as Políticas de Lazer. (67-84). IN: VILARTA, R. Qualidade de Vida Políticas Públicas: Saúde, Lazer e Atividade Física. CAMPINAS, SP: IPES EDITORIAL, 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Qualidadedevidaepoliticaspublicas.pdf>Acesso em 05 jul.2019.

30. GUIZADI, F.L.;CARMO, M.E.O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00101417.doi:10.1590/0102-311X00101417. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf. Acesso em: 26 ju. 2019.

31. MINAYO, M.C.S & SOUZA, E. R.(org.). Violência sob olhar da Saúde: A Infrapolítica da Contemporaneidade Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 284 pp. ISBN: 85-7541-028-8

32. FERREIRA, C. F. et al. Organização Mundial da Saúde (OMS): guia de estudos. Brasília: SINUS, 2014. Disponível em:<https://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

33.STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.Disponível através do link: http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf

34. World Health Organization & United Nations. Human Settlements Programme. (2010). Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44439

35. PERES,Maria Fernanda Tourinho; RUOTTI, Caren.VIOLÊNCIA URBANA E SAÚDE. Revista USP • São Paulo • n. 107 • p. 65-78 • outubro/novembro/dezembro 2015.Disponível em:<< http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115114>>

36. Forúm brasileiro de segurança pública.ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA(2019). ISSN 1983-7364 ano 13 2019 .Disponível em:<https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>

37. Forúm brasileiro de segurança pública.ATLAS DA VIOLÊNCIA 2020. DOI: https://dx.doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020.Disponível em:<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/08/atlas-da-violencia-2020.pdf>

AGRAVAMENTO DE MORBIDADES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAPÍTULO 14

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos
Professora Dra. Assistente na Universidade da Amazônia/UNAMA, Belém, Pará.
Diniz Antonio de Sena Bastos
Professor Dr. Assistente na Universidade do Estado do Pará/UEPA, Belém, Pará.
Lucas Gleyson Pires Vasconcelos
Enfermeiro, graduado na Universidade da Amazônia/UNAMA, Belém, Pará.
Altemiro Barbosa da Costa
Enfermeiro, graduado na Universidade da Amazônia/UNAMA, Belém, Pará.
Ewerton Felipe Rocha Fonseca
Enfermeiro, graduado na Universidade da Amazônia/UNAMA, Belém, Pará.
Karina Morais Wanzeler
Enfermeira, graduada na Universidade da Amazônia/UNAMA, Belém, Pará.

RESUMO

A atenção primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que impacta positivamente na situação de saúde das coletividades; no entanto, há dificuldade no acesso equânime dos usuários aos serviços de saúde de maior complexidade no SUS. Nesse sentido, o objetivo do estudo é analisar os possíveis agravamentos de morbidades aos usuários atendidos na atenção primária, que necessitam de procedimentos especializados no SUS. Trata-se de pesquisa com abordagem quantitativa, através de questionários, aplicados em 100 usuários cadastrados nas Estratégias Saúde da Família (ESF), no município de Ananindeua-PA, no período de setembro a novembro/2018. Foram apontadas dificuldades em relação às condições de agendamento na ESF, regulação do acesso, situação de agravamento com a espera da realização dos procedimentos especializados, grande demanda de usuários e de encaminhamentos gerados. O estudo constatou a dificuldade de transição do primeiro para o segundo grau de assistência à saúde, evidenciando a demora na realização de procedimentos de maior complexidade, causando impacto negativo no estado de saúde dos usuários do SUS. Há destaque de encaminhamentos desnecessários da atenção primária aos setores de regulação, que repercutem em grande quantidade de pleitos a serem regulados, que somados à grande demanda, desencadeiam insatisfação dos usuários, pela espera na realização de seus procedimentos.

Descritores: Atenção primária à saúde. Acesso à saúde. Procedimentos especializados. Regulação do acesso.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constitui-se centro de comunicação da rede de atenção à saúde, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo da continuidade do cuidado, da integração da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

Por ser a porta de entrada dos usuários que buscam atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção primária, responsabiliza-se pela ordenação do cuidado. Tem a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades identificadas, seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja na atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede de atenção (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

A atenção primária, representa o contato inicial da população com o serviço de saúde, responsabilizando-se e respondendo pela maioria dos problemas ou necessidades, resolvendo mais de 85% das demandas. Dentre seus princípios, destacam-se: a longitudinalidade (atenção e cuidado contínuo); a integralidade (capacidade de lidar com todos os problemas de saúde); a coordenação (capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades), seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja na atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede de atenção (MALTA, et al, 2016).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, devendo operar como base de estruturação das redes de atenção, com suporte dos serviços de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar (FAUSTO, et al, 2014). Atua em áreas geográficas definidas, cuja média recomendada encontra-se em três mil pessoas, atendidas por membros das ESF, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Como política inovadora da atenção primária, a ESF, visa diminuir as desigualdades sociais e possibilitar uma cobertura mais equânime. Assim é possível que a ESF esteja contribuindo para a reafirmação da equidade, princípio do SUS que visa minimizar as desigualdades existentes entre grupos que apresentam diferentes condições socioeconômicas, considerando a necessidade na atenção à saúde (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

Ainda que se reconheça os esforços das ESF, a questão do acesso ganha importância e começa a ser abordada de maneira mais complexa na medida em que, apesar da garantia da lei, na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente, cuja concepção não condiz com a diretriz do acolhimento, que deveria proporcionar uma ação de aproximação às reais necessidades dos usuários, servindo como uma ferramenta para organização dos serviços, principalmente para o atendimento da demanda espontânea (ASSIS; JESUS, 2012).

Outra questão de acesso está relacionada à adequação entre a oferta de serviços e a demanda da população. Observou-se que a forma como o serviço é ofertado nas unidades de saúde/ESF, não corresponde às necessidades e anseios dos usuários, ou seja, a forma como se organiza a oferta torna os serviços menos disponíveis e mais difíceis de serem utilizados (CERQUEIRA; PUPO, 2012).

Nesse sentido, há estruturas organizacionais que gerenciam a relação entre a demanda e a oferta de serviços de saúde, chamadas de regulação do acesso, que tem a responsabilidade de estabelecer critérios de risco, protocolos, organizando os fluxos ao longo das redes de atenção. As instâncias de regulação, qualificam o acesso e, consequentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde visando a integralidade da assistência ao usuário (PROTASIO, et al, 2014). O sentido de regulação pela legislação do SUS é definido em

termos de atenção à saúde, que compreende contratação, controle assistencial, avaliação da atenção, auditoria, vigilância epidemiológica e sanitária; regulação assistencial, definida como relações, saberes, tecnologias e ações, que intermediam o acesso dos usuários aos serviços de saúde; e a regulação do acesso, que se constituem meios e ações para a garantia do acesso universal, integral e equânime à saúde (BRASIL, 2011).

Assim, a regulação do acesso à assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, leitos, consultas especializadas e outros que se fizerem necessários, de modo que os casos mais complexos devem ser referenciados para os demais níveis de assistência tecnológica (VIEGAS; PENNA, 2013). A literatura relaciona o conceito de regulação ao princípio da equidade, demonstrando que a regulação é uma importante ferramenta para a efetivação desse princípio (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Em razão dos obstáculos enfrentados pela população na busca por serviços especializados, disponibilizados pela regulação do SUS, questiona-se: A demora na realização dos procedimentos de maior complexidade pode ocasionar agravamento de morbidades? O estudo tem por objetivo, analisar os possíveis agravamentos de morbidades de usuários atendidos nas Estratégias Saúde da Família, que necessitam de serviços especializados na saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizada no período de setembro a novembro de 2018, em Estratégias Saúde da Família (ESF), localizadas no município de Ananindeua-PA.

O referido município apresenta três (3) ESF: Jardim Amazônia, Águas Brancas e Torre do Aurá. Estas Unidades de Saúde da Família são de gestão municipal com atendimento de demanda espontânea e clínicas básicas de clínica geral, ginecologia e pediatria.

A amostra foi pautada em cem (100) pesquisados, pertencentes à área mapeada. Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, maiores de 18 anos, e demais responsáveis pelo gerenciamento de suas famílias, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

O questionário teve como itens: acesso às condições de agendamento na ESF, regulação do acesso e situação de agravamento com a espera da realização do procedimento especializado. Considerando o fluxo de atendimento nas ESF, o instrumento de coleta, foi aplicado de segunda à sexta, nos horários da manhã nas unidades saúde da família. Os dados foram analisados através dos programas Excel e Word, organizados em gráficos e tabelas.

No estudo, foi assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação dos participantes. Foi desenvolvido em conformidade com as normas vigentes expressas na Resolução 196/ 1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido à análise do Comitê de Ética, da Universidade da Amazônia/UNAMA/Plataforma Brasil, sob CAAE: 90735318.6.0000.5173.

RESULTADOS

Em termos de acesso às condições de agendamento, 96% dos pesquisados são cadastrados nas ESF da comunidade onde moram e possuem acesso às consultas de clínica médica, que permitem a solicitação de procedimentos de maior complexidade, não disponíveis nas ESF.

Quanto à especialidade médica, há maior prevalência da ginecologia (21%), cardiologia (13%), oftalmologia (12%), dermatologia (8%) e ortopedia (8%). Dentre os encaminhamentos para exames, pode-se destacar: 26% para hemograma, 21% raio X, e 12%, eletrocardiograma, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Especialidades e Exames Médicos mais procurados, Ananindeua/PA, 2018.

ESPECIALIDADES		EXAMES	
Especialidades	**%**	**Tipos**	**%**
Geriatria	**03**	**Eletrocardiograma**	**12**
Ortopedia	**08**	**Ultrassonografia**	**09**
Cardiologia	**13**	**Acupuntura**	**03**
Dermatologia	**08**	**Ecocardiograma**	**07**
Ginecologia	**21**	**Ressonância magnética**	**06**
Nefrologia	**05**	**Hemograma**	**26**
Neurologia	**06**	**Raio X**	**21**
Oftalmologia	**12**	**Tomografia**	**06**
Otorrinolaringologia	**07**	**Não informado**	**10**
Pneumologia	**06**	**-**	**-**
Urologia	**04**	**-**	**-**
Não informado	**07**	**-**	**-**
TOTAL	**100**	**TOTAL**	**100**

Fonte: ESF, Ananindeua/PA, 2018.

Em relação ao tempo de espera, desde o momento da solicitação do procedimento na ESF até sua realização, com destaque aos 39%, com tempo de espera de 3 a 5 meses e 26% de 6 meses a 1 ano, de acordo com Tabela 2.

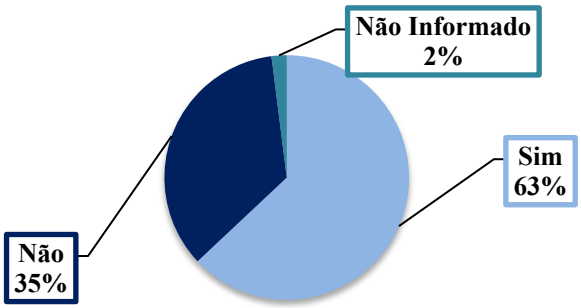
Tabela 2 – Tempo de espera, Ananindeua/PA, 2018

Tempo	Frequência Relativa (%)
Até um mês	**01**
Até dois meses	**16**
Entre três e cinco meses	**39**
Entre seis meses a um ano	**25**
Entre um a dois anos	**05**
Não informado	**13**
Outros	**01**
Total	**100**

Fonte: ESF, Ananindeua/PA, 2018.

Quanto à situação de espera para realização de consultas e exames especializados, 63% dos entrevistados, revelaram agravamento de seu estado de saúde (Gráfico 1). Observou-se que a forma como o serviço é oferecido nas unidades de saúde não corresponde às necessidades e anseios dos usuários, ou seja, a forma como se organiza a oferta torna os serviços menos disponíveis e mais difíceis de serem utilizados.

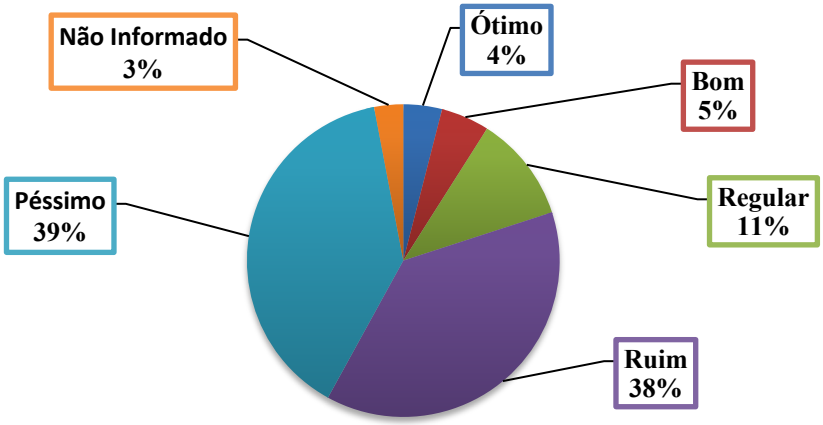
Gráfico 1: Agravamento do estado de saúde durante o tempo de espera - 2018



Fonte: ESF, Ananindeua/PA, 2018.

No que diz respeito à satisfação em relação à solicitação de saúde, que também repercute na resolutividade da ESF, 39% declararam ser péssima ou ruim (38%), conforme Gráfico 2.

Gráfico 2: Satisfação das pesquisadas em relação à resolutividade da ESF - 2018



Fonte: ESF, Ananindeua/PA, 2018.

A falta de médicos e a demora no atendimento foram os problemas mais mencionados. A principal razão para a adesão a um plano de saúde suplementar está relacionada à maior rapidez para realizar consulta ou exame e à liberdade para a escolha do médico que fará o atendimento. Esses achados sugerem que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportuno aos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que os pesquisados, possuem acesso aos serviços das ESF e conseguem atendimento na clínica médica. Quando há necessidade de consultas médicas especializadas, há maior prevalência das especialidades de ginecologia e oftalmologia e dos exames de hemograma e raio X.

É importante destacar que o acesso potencial aos serviços de saúde apresenta como fatores: disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, capacidade de pagamento

pelos serviços e aceitabilidade. Portanto, o aumento da cobertura e uma ampla distribuição geográfica da atenção primária, promovem o acesso da população usuária do SUS, aumentando a capacidade potencial de respostas às necessidades dos usuários (MALTA, et al, 2016).

Há evidências de que acesso aos serviços de atenção primária contribuem não apenas na redução das taxas de internação e melhoria dos indicadores, mas também na redução de desigualdades socioeconômicas e na qualidade de vida, equidade e saúde populacional, sendo assim, o aumento da cobertura e da abrangência da saúde da família é um importante promotor de equidade no SUS (KRINGOS, et al,2010).

Em termos de acesso aos serviços especializados, a regulação se destaca como ferramenta importante neste acesso, no gerenciamento da oferta e da demanda, sendo um mecanismo de organização da assistência com vista a desconcentrar a demanda absorvida pelos prontos-socorros e contribuir para a limitação de agravamentos dos quadros de urgência e sequelas na população assistida (BARBOSA DVS; BARBOSA NB; NAJBERG, 2016).

No entanto, se reconhece que não há regulação de todos os procedimentos, principalmente quando os municípios não os realizam e necessitam buscar o atendimento em outros. Assim, é crucial a ressignificação de procedimentos para evitar o desperdício dos recursos, a exemplo o caso de procedimentos de alto custo como ressonância nuclear magnética e tomografia computadorizada, que muitas vezes, ultrapassa o dobro do quantitativo preconizado, sobrecarregando a rede de atenção secundária (BASTOS, et al, 2020).

Em relação ao tempo de espera, do momento da solicitação à realização do procedimento especializado, há um percentual expressivo de usuários que aguardam de um mês a dois anos. Nesse aspecto, há questões importantes que refletem as limitações de acesso que apontam práticas de regulação pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação, que repercutem em falta de especialidades mais complexas (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

Outra questão diz respeito às falhas nos critérios de encaminhamentos das ESF e unidades de saúde, que indicam lacunas, especialmente de profissionais médicos, cujo conceito de prioridade varia conforme seu próprio julgamento e muitas vezes desconsidera o processo regulatório e toma para si o papel de decidir, se utilizando de contatos pessoais, ligações telefônicas ou contatos pelo WhatsApp*,* criando uma rede paralela não oficial (GOLDWASSER, et al, 2018).

Outro aspecto relevante diz respeito à ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a atenção primária e a atenção especializada do município exercida nas centrais de regulação, que denota vulnerabilidade da rede assistencial (SOUSA, et al, 2014).

Quanto à situação do tempo de espera, 63% revelaram agravamento de seu estado de saúde. Nesse sentido, é importante assinalar que a falta ou dificuldade de acesso a assistência aos serviços especializados, deixa os usuários a mercê dos agravamentos das morbidades crônicas, sendo esses indivíduos absorvidos nos serviços de urgência/ emergência e internações hospitalares (FERREIRA, et al, 2018).

Nota-se que o quadro do usuário agravado gera como consequência sua expulsão para outros serviços públicos mais distantes de sua residência, e, finalmente, para serviços de saúde privados (CERQUEIRA, PUPO, 2012). A principal razão para a adesão a um plano de saúde suplementar está relacionada com a maior rapidez para realizar consulta ou exame e à liberdade para a escolha do médico que fará o atendimento.

No que diz respeito à satisfação do usuário, sua visão de resolutividade da ESF, diz respeito à solução de seus problemas de saúde, ou seja, está vinculada à realização de consultas e exames especializados (OLIVEIRA, et al, 2019).

CONCLUSÃO

Constatou-se o encaminhamento desnecessário de solicitação de procedimentos especializados de profissionais médicos da atenção primária aos setores de regulação. Outro ponto de destaque se refere à grande demanda, que acaba gerando uma grande quantidade de solicitação de consultas e exames especializados.

O tempo de espera para realização de procedimentos especializados que chega a dois anos, possibilita o agravamento das morbidades, causando comprometimento do estado de saúde do usuário que busca alternativas como as urgências e emergências ou serviço privado.

Assim, a satisfação do usuário se constrói pautada na resolutividade da ESF e na resposta da regulação do acesso à liberação do procedimento especializado solicitado. Nesse sentido, a resolutividade da assistência é fundamental para a reorganização, agilização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, utilizando-se a análise de satisfação dos usuários como medida de qualidade de atenção.

Ressalta-se que são inúmeros os desafios na consolidação da atenção primária, e sem dúvida o aumento da cobertura de procedimentos especializados é um passo fundamental na melhoria da gestão, qualidade da atenção e satisfação do usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

1. ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012.

2. BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

3. BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 2020.

4. BRASIL. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília,2011.

5. BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2017.

6. CERQUEIRA, Monique Borba; PUPO, Lígia Rivero. Condições e modos de vida em duas favelas da baixada santista e suas interfaces com o acesso aos serviços de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 214, 2012.

7. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

8. FERNANDES, Léia Cristiane L.; BERTOLDI, Andréa D.; BARROS, Aluísio JD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 595-603, 2009.

9. FERREIRA, Lucilene Renó et al. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

10. GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 119-140, 2012.

11. GOLDWASSER, Rosane Sonia, et al. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, 2018.

12. KRINGOS, Dionne S. et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. **BMC family practice**, v. 11, n. 1, p. 81, 2010.

13. MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016.

14. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

15. OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00120718, 2019.

16. PEITER, Caroline Cechinel; LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 63-73, 2016.

17. PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 209-220, 2014.

18. SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1283-1293, 2014.

19. VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 181-190, 2013.

AFECÇÕES DERMATOLÓGICAS EM POPULAÇÃO CARCERÁRIA

CAPÍTULO 15

Ana Cristina Gomes Waquim
Enfermeira, Graduada, Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Jaeane Pereira da Silva
Enfermeira, Graduada, Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Andreia Alves de Sena Silva
Enfermeira, Mestre, Docente, Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Tatyanne Silva Rodrigues
Enfermeira, Mestre, Docente, Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Maria da Cruz Lopes de Carvalho
Enfermeira da Unidade de Ressocialização de Timon-M, Graduada, Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Isaura Danielli Borges de Sousa
Enfermeira, Mestre, Docente, Universidade Federal do Piauí-UFPI

RESUMO

A pele é um órgão responsável pela proteção do ser humano que pode sofrer alterações em decorrência ou não de micro-organismos, chamadas de dermatoses. O ambiente carcerário representa um local onde os detentos além de ficarem em salas fechadas, sem ventilação e luz do sol, também podem conviver com outras pessoas que não conseguem manter a higiene adequada. **Objetivo:** analisar os fatores que contribuem para a ocorrência de manifestações dermatológicas na população carcerária. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa na qual foram entrevistados 232 internos de ambos os sexos, por meio de um formulário para a identificação das afecções cutâneas e os fatores de risco existentes no ambiente prisional. **Resultados**: os dados evidenciaram que alguns fatores estão relacionados a ocorrência de manifestações dermatológicas na população carcerária, tais como: uso compartilhado de materiais individuais, roupas lavadas de maneira inapropriada dentro dos banheiros ou na própria cela, estresse da própria condição de encarcerado, além da superlotação e o clima do ambiente. **Conclusão**: diante dos achados, faz-se necessário acompanhamento e tratamento efetivo dos internos para a manutenção da saúde no ambiente prisional.

Descritores: Dermatologia; Dermatomicoses; Prisões; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, responsável pela proteção entre os órgãos e o meio externo e tem um grande papel nas funções vitais do organismo. É por meio da pele, que evidenciamos sinais e sintomas que são subsídio para o reconhecimento de enfermidades. Desse modo, exteriorizações clínicas neste órgão podem estar relacionadas com patologias limitadas à pele ou podem retratar sinais iniciais de outras alterações ou

mesmo manifestações inoportunas de doenças[1].

A Sociedade Brasileira de Dermatologia estabelece que as dermatoses estão entre as três primeiras causas relacionadas com a solicitação dos serviços de saúde. Aquelas com maiores proporções são: hanseníase, psoríase, vitiligo e, dentre essas, as que tem maior prevalência são as causadas por fungo[2].

Estima-se que as manifestações de pele têm aumentado sua incidência mundialmente e, frequentemente, as mais visualizadas são as dermatomicoses, adquiridas diretamente pelo contato com seres humanos infectados e indiretamente através da exposição de fômites (escovas, toalhas), fatores genéticos, sexo, idade; doenças sistêmicas como a diabetes e fatores locais como: umidade, ausência da luminosidade e uso de terapia farmacológica, que causa imunossupressão[3]. As manifestações dermatológicas superficiais apresentam uma alta prevalência na população, acometendo indivíduos de todas as idades e ambos os sexos[4].

Diferentes fatores são condicionantes ao aparecimento dessas manifestações cutâneas, incluindo o momento climático, principalmente nas regiões tropicais e subtropicais, que beneficiam ao aumento de fungos e outros microrganismos[5]. Há uma periodicidade de escabioses cutâneas, principalmente dermatofitoses, em ambientes onde a temperatura e a umidade beneficiam o desenvolvimento destas contaminações, como é o caso dos sistemas prisionais[6].

As unidades carcerárias têm sido alvo no surgimento desses casos de enfermidades de pele, decorrentes de fatores condicionantes. O combate à infecção de pele nas unidades prisionais, cabe no quadro geral da luta contra as patologias na população universal. As casas de detenção estão entre os lugares menos salubres, do mundo[7].

Em meio a esse contexto resolveu-se realizar um estudo sobre as manifestações de pele presentes no sistema prisional com o objetivo de analisar os fatores que contribuem para a ocorrência dessas manifestações na população carcerária.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade de Ressocialização da cidade de Timon – MA, na qual participaram 232 internos de ambos os sexos.

Definiu-se como critérios de inclusão: capacidade cognitiva para responder o instrumento de pesquisa e estar preso há pelo menos 30 dias. Já os critérios de exclusão foram: estar sob regime semiaberto, estar provisoriamente na cela de triagem ou foragido.

Para a coleta de dados, elaborou-se um formulário enumerado de forma sequencial, conforme a ordem da entrevista e listagem do nome dos internos fornecida pela direção geral da unidade. O instrumento composto por perguntas fechadas, de múltipla escolha foi realizada pelas pesquisadoras, acompanhado de avaliação clínica e prognóstico da enfermeira da unidade prisional, buscando os tipos de doenças dermatológicas de acordo com a classificação internacional de doenças.

O referido instrumento foi utilizado para identificação das manifestações dermatológicas e elegibilidade dos fatores de risco existentes no ambiente prisional. Identificou-se os presos com alterações de pele por meio de entrevista e exame físico, posteriormente as informações do prontuário foram atualizadas, tendo o apoio da enfermeira da instituição e demais profissionais.

Ao identificar as manifestações dermatológicas, os internos foram encaminhados ao atendimento com o médico clínico do presídio, que avaliou e prescreveu o tratamento adequado, não houve necessidade de encaminhá-los para o médico especialista em dermatologia.

Os dados foram digitados em planilha do programa *Microsoft Excel*, com a técnica de

digitação dupla, a fim de evitar erros e posteriormente analisada pelo Software *Statistical Package for Social Science* , versão 22.0. Após a checagem do banco de dados realizamos as análises descritivas (medidas de tendência central e de variabilidade) por meio da distribuição de classes (categorias) das variáveis do estudo.

Com a intenção de observar as associações e as diferenças entre variáveis dependentes e independentes foram feitas análises bivariadas. Dentre os testes estatísticos, foi aplicado o teste exato de Fischer, um teste de hipóteses que se destinou a encontrar um valor de dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. Para observar a diferença entre os grupos que tiveram ou não alterações dermatológicas e as variáveis intervalares, utilizou-se o teste *t de Student* de duas amostras independentes (variáveis dicotômicas). A significância estatística foi fixada em p ≤0,05, com intervalo de confiança de 95%.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetido para apreciação ética (número do certificado de apresentação para apreciação ética: 95551118.2.0000.8007) e aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer 2.875.736.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que a maior parte da população encarcerada corresponde ao sexo masculino com um total de (92,2%), com idade média de 28 anos, mínima de 18 e máxima de 65 anos, predominantemente autodeclarados pardos (61,2%), seguido dos negros (27,2 %) e brancos (11,6%). Quanto ao nível de escolaridade, chama a atenção o percentual de presos com apenas o ensino fundamental completo (78%) para ambos os sexos, e sem escolaridade (3%) (Tabela 01).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa (n=232).

Variáveis	N	%	Média	Mínima	Máxima	Desvio Padrão
Idade			28,31	18	65	9,19
Sexo						
Masculino	214	92,2				
Feminino	18	7,8				
Raça						
Parda	142	61,2				
Negra	63	27,2				
Branco	27	11,6				
Escolaridade						
Ensino Fundamental	181	78				
Ensino médio	41	17,7				
Sem escolaridade	7	3				
Ensino superior	3	1,3				

Dos 232 internos entrevistados, 100 apresentavam alterações dermatológicas o que corresponde a 43,1%. Aos que foram encaminhados, que não possuíam essas alterações antes de serem presos apenas 2 (2%) e os 98(98%) adquiriram a doença após entrarem na unidade. Os dados mostram que os presos ficaram doentes na instituição. Quando interrogados a respeito da presença de diabetes mellitus, doença crônica que vem sendo também considerada como um fator predisponente ao surgimento de manifestações em

pele, a totalidade dos internos afirmaram não possuir.

Das 100 alterações identificadas, 79 (79%) foram confirmadas pela médica da instituição, indicando o diagnóstico de acordo com a classificação internacional de doenças. As patologias mais desenvolvidas nos internos, foram respectivamente: escabiose, sendo a mais incidente (60,2%), Pitiríase Versicolor (21,7%), *Tínea Corporis* e Acne desconhecida (4,8%), *Tínea pedis* (2,4%), *Tínea ungueal, Tínea crucis*, Herpes genital, Eritema, Urticaria, todas com 1,2%.

Quanto à limpeza das celas, em sua totalidade 100% realizavam essa limpeza, sendo que 62,9% limpavam todos os dias, 28,9% uma vez na semana, 2,6% em dias alternados e 5,6% apenas banheiro todo dia. O produto mais utilizado para fazer a higienização das celas foi o sabão em pó (84,1%). Em relação ao clima nas celas, os internos as consideraram quente (62%) e seco (33,7%) em sua maioria (Tabela 02).

Tabela 2: Caracterização das celas da população de estudo (n=232).

Variáveis	**N**	**%**
Quantas vezes realiza a limpeza da cela		
Todo dia	146	62,9
Uma vez	67	28,9
Em dias alternados	13	5,6
Todo dia apenas banheiro	6	2,6
Produtos utilizados		
Sabão em pó	232	84,1
Água sanitaria	22	8,0
Desinfetante	22	8,0
Clima de cela		
Quente	230	62,0
Seca	125	33,7
Úmida	11	3,0
Fria	2	0,5
Outros	2	0,5
Molhada	1	0,3

Em relação a higienização das roupas, foi verificado que ela é realizada em 100% pelos próprios presos, sendo que 94,8% referiram secá-las na cela e 5,2% no pátio. A maior parte dos internos banham três ou mais vezes ao dia 98,3%, sendo que 72% trocam sua roupa, e 28% usam a mesma. Quanto às condições de repouso, dormem no colchão 90,5%, em rede 0,4%, e no chão 9,1 %. Dos que compartilham materiais de uso pessoal, 46,4 % partilhavam o barbeador, 39,3% roupa e 14,3% toalha.

Foi observar que alguns eventos foram relacionados à expansão das infecções dermatológicas entre os internos. Algumas dessas infecções foram causadas pelo uso compartilhado de materiais individuais, roupas lavadas de maneira inapropriada dentro dos banheiros ou na própria cela, estresse da própria condição de encarcerado, além da superlotação e o clima do ambiente.

Ao analisar as possíveis associações da ocorrência de manifestações dermatológicas com dados sociodemográficos, optou-se pelo não cruzamento com a variável com sexo,

tendo em vista a maioria absoluta de homens na instituição. Dentre as variáveis intervalares, apenas obteve associação a idade (p<0,05), em que ter menor idade esteve associado a ter alguma manifestação dermatológica (Tabela 03).

Tabela 3: Associação da ocorrência de manifestação dermatológica com idade, tempo de aprisionamento e quantidade de indivíduos que divide a cela. (n=232).

Variáveis	Teve alteração	N	Média	Desvio Padrão	p valor
Idade	Sim	100	26,66	8,95	**0,017**
	Não	132	29,5 5	9,21	
Tempo de aprisionamento	Sim	100	11,02	14,05	0,893
	Não	132	10,79	12,21	
Quantidade de indivíduos na cela	Sim	100	9,18	2,57	0,783
	Não	132	9,30	3,53	

O valor obtido pelo teste t de student; Significância estatística fixada em p ≤ 0,05.

A unidade da prisional é do tipo mista. Embora o número de detentas tenha aumentado nos últimos dois anos, segundo relatos da diretoria da unidade, os dados coletados afirmam prevalência para o sexo masculino. A literatura aponta que os estabelecimentos penitenciários na sua maior parte foram projetados para o público masculino, sendo 74% destinados aos homens, ficando 7% ao público feminino e os demais 17% para os caracterizados como mistos[8].

O perfil sociodemográfico com relação à faixa etária apresenta maior predominância da população carcerária para jovens, isso demonstra que os jovens vêm aumentando sua participação na criminalidade. Em um estudo foi observado que diversos fatores estão relacionados com o envolvimento de adolescentes e jovens no crime, entre esses a pobreza, conflitos familiares, desigualdades de oportunidades, desemprego, uso de drogas, dentre outros[9].

O mapa do encarceramento relatou entre os anos de 2005 a 2012 os dados dos encarcerados referentes ao nível de escolaridade, idade, raça\cor, mostrando que a maior parte dos presos, não chega a completar o ensino fundamental, posteriormente os que completaram o ensino superior, e ensino médio, assim o número de analfabetos como sendo mínimo. No que se refere à idade, os dados de 2005 a 2012 apontam a maioria sendo jovens entre 18 a 24 anos, já em 2012 a maior prevalência para idade foi entre 25 a 29 anos encarcerados. Ao tratar de raça/cor o número de população prisional foi mais crescente em negros[10]. Ao comparar os dados apresentados percebe-se que as informações encontradas na pesquisa são compatíveis com os dados citados.

As doenças de pele são consideradas comuns em ambientes carcerários, embora não seja dada a devida atenção a esse fato, a dermatologia em ambientes penitenciários ainda é um campo pouco pesquisado, tornando-se frequentemente uma das maiores buscas de atendimento em saúde na prisão. As afecções cutâneas mais recorrentes nesse âmbito são as dermatomicoses fúngicas[11]. Entretanto, o presente estudo apontou a maior prevalência de manifestações dermatológicas por ácaros.

A realidade do local da pesquisa é de condições de higiene precária e falta de orientação por parte dos internos com relação à temática abordada. A carência de informações os faz tratar as manifestações que os acometem, como algo natural e que deve fazer parte das suas vidas enquanto presos. Nesse contexto, os trabalhos realizados em unidades prisionais têm que ter como foco principal a ressocialização e também a sistematização de assistência à saúde[12].

De acordo com os relatos dos internos, a higienização física do local onde vivem a maior parte do tempo, vem acontecendo em uma proporção bem significativa, assim, realizam a lavagem das celas todos os dias, utilizando sabão em pó. A higienização é muito importante, porém, o uso desse produto de limpeza não é considerado como um desinfetante, retirando apenas a sujidade local, ou seja, não tem papel de eliminar fungos, acnes ou outros microrganismos infectantes.

O presente estudo demonstrou que as principais manifestações dermatológicas que mais acometem a população da Unidade de Ressocialização de Timon são: escabiose humana, pitiríase versicolor, *tínea corporis*, *tínea das ungueal* (onicomicose), *tínea dos pés, tínea crucis*, acne desconhecido, herpes, urticária e eritema. Em um estudo transversal realizado no sul do Lácio, na Itália,foi evidenciado que as afecções dermatológicas mais comumente diagnosticadas entre os presos, em ordem de frequência, foram dermatite inespecífica, seguida por acne, micose, sarna, pitiríase versicolor, pediculose, dermatite seborreica, alopecia e psoríase[13].

Entretanto, em um outro estudo, realizado no Texas, foi verificado que a psoríase, além de ser o diagnóstico mais comumente documentado em geral, foi a dermatose inflamatória de maior prevalência, seguida por acne e liquenificação[14].

O presente estudo apresentou como resultados a escabiose ou sarda humana com valor bem significativo que correspondeu a mais de 50% dos internos encaminhados para diagnóstico com a médica clínica da unidade. E por se tratar de uma infecção de fácil contágio e seu crescimento visível, deve ser dada atenção especial para evitar um possível surto.

CONCLUSÃO

O estudo mostra o desenvolvimento das manifestações dermatológicas que afetam a população encarcerada, como a Escabiose Humana, Pitiríase Versicolor, *Tínea Corporis, Tínea Pedis, Tínea Ungueal* (unicomicose) e *Tínea Crucis*, seguidas de Herpes genital, Eritema e Urticaria. Foram doenças de pele comuns, que estão em acordo com outros estudos, no entanto, as condições de detenção apontam ser o principal motivo e aliado a vários fatores, dentre eles está a superlotação, o clima do ambiente, fator emocional que foram apresentados nos dados coletados.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

A pesquisa dará suporte aos enfermeiros, e outros profissionais da saúde, que trabalham nas penitenciárias. O conhecimento sobre as principais manifestações dermatológicas em ambientes carcerários estabelece a oportunidade de uma atenção à população estudada de forma mais humanizada e individualizada. Considerando um local, muitas vezes insalubre, que facilita a propagação de doenças da pele, bem como a piora das mesmas, torna-se importante entender todas as condições que podem ser modificadas para beneficiar a saúde de detentos. A partir desse estudo, sugere-se a criação de protocolos de atendimento nesses ambientes a fim de sistematizar todos os procedimentos necessários para um melhor manuseio dos casos identificados, levando em considerações as principais manifestações encontradas.

REFERÊNCIAS

1. Eklouh-Molinier C, Gaydou V, Froigneux E, Barlier P, Couturaud V, Manfait M, et al. In vivo confocal Raman microspectroscopy of the human skin: highlighting of spectral markers associated to aging via a research of correlation between Raman and biometric mechanical measurements. Anal Bioanal Chem. 2015**;** 407(27): 8363-72. doi: https://doi.org/10.1007/s00216-015-8964-z

2. Agostinho KM, Cavalcante KMH, Cavalcanti PP, Pereira DL. Doenças. Dermatológicas Frequentes em Unidade Básica de Saúde**.** Cogitare Enferm. 2013; 18 (4): 715-21. doi: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i4.34927

3. Jalalat S, Hunter L, Yamazaki M, Head E, Kelli B. An outbreak of Candida albicans folliculitis masquerading as Malassezia folliculitis in a prison population. J correct health care. 2014**;**20(2): 154-62. doi: https://doi.org/10.1177/1078345813518636

4. Gavilán SR, Montero RGG. Dermatofitosis en estudiantes de la Institución Educativa San Juan de la Frontera, Ayacucho, Perú, 2010. Rev Peru Epidemiol**.** 2011**;** 15(1): 64-8. doi: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119644011

5. Araújo SM, Fontes CJF, Leite Júnior DP, Hanh RC. Fungal agents in different anatomical sites in Public Health Services in Cuiabá, state of Mato Grosso, Brazil. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo. 2012**;** 54(1): 5-10. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652012000100002

6. Souza ST, Paula NCR, Souto RCF. Prevalência de micoses superficiais diagnosticadas em um laboratório de análises clínicas em Goiânia. Estudos. 2014; 41 (4): 855-68. doi: http://dx.doi.org/10.18224/est.v41i4.3687

7. Zida A, Barro- Traoré F, Dera M, Bazié Z, Niamba P, Guiguemdé TR. Aspects èpidémiologiques et étiologiques desmycoses cutanéo- phanériennes chez lesdétenus de la Maison d arrêt et de correction de Ouagadougou. Journal de Mycologie Médicale. 2015**;** 25(2): 73-9. doi: https://doi.org/10.1016/j.mycmed.2015.03.006

8**.** Ministério da Saúde (BR). Ministério da Justiça. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**,** DEPEN -Departamento Penitenciário Nacional, INFOPEN; Brasilia, Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2017 [Internet.]. 2017 [citado mai 28, 2018]. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de- informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf.

9. Soares AMC. O acúmulo da violência e da criminalidade na sociedade brasileira e a corrosão dos direitos humanos. RIDH [Internet.] 2014 [citado ago 28, 2018]; 2 (3): 161-189. Disponível em: http://www2.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/214/106

10. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Justiça. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [Internet.] 2014. [citado jun 02, 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_saude_sistema_prisional.pdf.

11. Khatibi B, Bambe A, Chantalat C, Resche-Rigon M, Sanna A, Fac C. Télédermatologie en milieu carcéral: etude rétrospective de 500 télé-expertises. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 2016; 143(6-7): 418-422. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2014.09.311

12. Minayo MCS, Ribeiro AP. Health conditions of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21 (7): 231-40. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.08552016.

13. Mannocci A, Di Thiene B, Semyonov L,Boccia A, La Torre G. A cross-sectional study on dermatological diseases among male prisoners in southern Lazio, Italy. Int J Dermatol. 2014; 53(5): 586-92. doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2012.05762.x

14. Coury C, Kelly B, Brent. Prison Dermatology: Experience in the Texas Department of Criminal Justice Dermatology Clinic. J Correct Health Care. 2012; 18(4): 302-8. doi: https://doi.org/10.1177/1078345812456365

VULNERABILIDADE DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS MECANISMOS DE SOBREVIVÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

CAPÍTULO

16

Daiani Nunes Pio
Enfermeira da Hospital de Campanha Parque dos Atletas, Rio de Janeiro/RJ
Fabiana Ferreira Koopmans
Enfermeira, Doutora, Professora da FENF/UERJ e UNISUAM, Rio de Janeiro/RJ
Magda Guimarães de Araujo Faria
Enfermeira, Pós Doutora, Professora da FENF/UERJ, Rio de Janeiro/RJ
Hermes Candido de Paula
Enfermeiro da SMS do Rio de Janeiro , Doutorando do PACCS/UFF, Rio de Janeiro/RJ
Donizete Vago Daher
Enfermeira, Pós Doutora, Professora titular da EEAAC/UFF, Rio de Janeiro/RJ

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo descrever vulnerabilidades da população em situação de rua e analisar os fatores relacionados aos seus mecanismos de sobrevivência descritos na literatura. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, o qual usa a técnica de revisão integrativa de literatura (RIL). As bases de dados utilizadas para o levantamento de literaturas foram BVS, PubMed, Scielo e Scopus. A partir dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados cinco documentos científicos para elaboração desta análise. Neste estudo foi possível abordar e compreender as vulnerabilidades e as várias exclusões que interferem nos seus mecanismos de sobrevivência, como desigualdade social, falta de suporte comunitário/familiar e preconceito, que interferem no cuidado em saúde. Conclui-se que há falta de capacitação profissional para o cuidado mais singularizado a pessoa em situação de rua; aliado ao fator da marginalização como causador das vulnerabilidades e, que o vínculo com a pessoa na referida situação torna-se essencial para um cuidado integral e regular, segundo os princípios do SUS.

Descritores: Pessoas em Situação de Rua. Cuidado. Vulnerabilidade Social. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A desigualdade social, que é fruto do processo de urbanização, traz como consequências, desemprego, falta de oportunidades e de moradia, levando ao declínio social. Situações assim não se originaram recentemente, pelo contrário, é uma história antiga de imigração em busca de direitos básicos para conseguir, ao menos, a sobrevivência (BISPO, 2019). Quanto mais baixo na hierarquia social, mais suscetível a exclusões e violências estão as pessoas em geral (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

O Instituto Brasileiro de Geografia Espacial (IBGE) apresenta dados e análises somente de pessoas de residência fixa, regulares ou coletivos, não apresentando nenhum programa de contagem e classificação voltado para a população de rua (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016). Em 2016, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sistematizou dados de 1.924 municípios (via Censo do Cadastro Único para programas sociais) onde haveria aproximadamente 102 mil pessoas registradas vivendo em situação de rua. Essa quantidade vem sendo observada como crescente de forma exponencial (IPEA, 2016). Neste contexto, o presente trabalho tem como temática as vulnerabilidades sociais e cuidado da População em Situação de Rua (PSR), por observar-se que a vida demarcada por privações de direitos, violência e estigmas pré-concebidos levam à uma dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, em lidar com este grupo de indivíduos, de forma integral de cuidado (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

Tais fatores elencados dificultam o acesso, acompanhamento e o cuidado integral à saúde da pessoas em situação de rua (PSR), o que ocasiona preocupação pelo fato de haver grande exposição a doenças neste grupo populacional por conta da exclusão social, considerada um fator de risco, tanto para obter infecções quanto para os seus agravos (AYRES, 2009).

A vulnerabilidade, de certa forma, depende das condições em que os indivíduos vivem e se essas os deixam expostos a algum risco, porém no caso da população em situação de rua, à nível dos pensamentos mais conservadores da epidemiologia, a suscetibilidade é vista como individual e privada (OVIEDO; CZERESNIA, 2015), fazendo-se necessário analisar, que quanto mais prejudicada a pessoa está nos quesitos socioeconômico e cultural, mais prejudicada está no aspecto individual (AYRES, 2004).

Partindo desse princípio, é possível identificar os aspectos que fundamentalizam a associação da vulnerabilidade ao cuidado da PSR, como o fato de estarem excluídos socialmente em tantos estágios sob a ótica da vulnerabilidade. As pessoas que vivem nas ruas ficam expostos às doenças como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, dentre outros. Outro ponto é a supressão de direitos garantidos dentro das ações políticas, jurídicas e ativismos políticos, ou seja, a cidadania (CANÔNICO et al., 2007) a qual acarreta numa deficiência de acesso aos cuidados para a PSR por falta de adaptação do sistema de saúde, preconceito e falta de compromisso civil que levam a invisibilidade (HALLAIS; BARROS, 2015).

Com o crescimento da PSR e a visibilidade das políticas aumentando a efetividade, percebe-se a necessidade de pesquisar e estimular mais discussões e elaboração de novas estratégias para contornar os desafios que envolvem esse contingente populacional. Assim sendo, este estudo pretende se debruçar sobre às vulnerabilidades decorrente do ambiente e exclusão social que afetam as pessoas que vivem na rua e indiretamente, de certa forma, influenciam no processo de cuidar da PSR.

Dessa forma, a **questão de norteadora** deste estudo é: *quais são os fatores ligados às vulnerabilidades da população em situação de rua que interferem nos mecanismos de sobrevivência desta população presentes na produção científica?*

Objetivo geral: Analisar os fatores relacionados às vulnerabilidades da população em situação de rua que interferem nos seus mecanismos de sobrevivência descritos na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, bibliográfico utilizando a técnica de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que possibilita a síntese de estudos/pesquisas que geram conhecimento a respeito de um determinado tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A RIL é um método de pesquisa baseada em evidências (PBE), que permite

incorporações de evidencias na prática clínica. A sua finalidade consiste em reunir e sistematizar resultados de pesquisas, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica. Foram seguidas as 6 etapas de RIL, segundo Mendes; Silveira; Galvão (2008) que são: seleção da hipótese, busca na literatura dos estudos, extração de dados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Para o levantamento de dados na literatura foram usadas as seguintes bases de dados: BVS, PubMed, Scielo e Scopus. Foram escolhidas publicações a partir de 2012 até 2018, e elegeu-se este período por ter sido o ano que foi gerado o primeiro manual do Ministério da Saúde que trata das questões a PSR, apesar de a ser constitucional garantia as necessidades humanas básicas deste grupo de indivíduos desde 2009 e também por ter sido observado pouca literatura disponíveis em anos anteriores de referencial teórico no tema.

Utilizamos como descritores: Pessoas em situação de Rua AND cuidado AND Vulnerabilidade social; Pessoas em situação de rua AND Vulnerabilidade em saúde; e para o PubMed e Scopus: Homeless persons AND empathy AND health; Homeless persons AND health AND vulnerability.

Os critérios de inclusão foram artigos nacionais e internacionais nos idiomas português e/ou inglês, que estavam disponíveis na integra e gratuitos, nas bases de dados online no período de maio de 2019 a novembro de 2019, publicados no período de 2012 a 2018. O critério de exclusão foi artigos com a temática voltada apenas para descrição do tratamento de redução de danos.

Após a coleta na base de dados, e com ajuda do instrumento de análise de Ursi (2008) e os artigos foram lidos na íntegra e analisados segundo a análise de conteúdo, proposta por Oliveira (2008), gerando Unidades de Registro (UR), que funcionam para gerar as referidas categorias. Em resultado para a análise foram encontradas as seguintes categorias:

1ª Características do morador de rua;
2ª Desigualdade Social;
3ª Mecanismo de sobrevivência.

RESULTADOS

Categoria 1: Características do morador de rua

Essa categoria representa um total de 42 Unidades de Registro (UR), e discute as características próprias do morador de rua e os fatores que atribuem ao morador de rua.

As aspirações e pensamentos da população de rua é uma característica podem explicar um pouco mais sobre seus modos de vida (FÉLIX-SILVA; SALES; SOARES, 2016), o que pensam sobre viver nas ruas (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017) e o que determina para que permaneçam em situação de rua (FIORATI et al., 2017). Por conta da estigmatização, se colocar a reflexão de que são pessoas com desejos e que talvez esses desejos possam estar envolvidos com a própria rua ou com o futuro (WINKELMANN et al., 2018), pode ser inimaginável, entretanto os pensamentos e desejos relacionados ao futuro do morador de rua, difere pelas oportunidades que lhes são negadas ou simplesmente não existem, por conta da sua condição social de exclusão (CARDOSO et al., 2018).

É possível identificar que o desejo da pessoa que se encontra na rua pode estar também envolvido ao fato *de habitar* na rua. Segundo Winkelmann et al., (2018) isso pode envolver vários fatores como a fuga e busca por uma nova forma de viver sem lidar com responsabilidade sociais, entretanto segundo outros autores como Maffaciolli; Oliveira; Brand, (2017), é possível perceber que a ida para as ruas envolvem um conflito pessoal,

pois a ideia de a rua ser um lugar que tem mais liberdade que o espaço físico da casa, aonde pode fazer coisas que não faria em casa. Entretanto na rua também há a exposição, violência (FIORATI et al., 2017), e privações de vários aspectos que os fazem perder a autoestima e motivação na vida (CARDOSO et al., 2018).

A PSR passa por muitas frustrações que envolvem as questões de necessidades básicas para a sobrevivência são caracterizadas como vulnerabilidade social (AYRES, 2004), e com isso tendem a fugir de suas 'obrigações', responsabilidades ou problemas que por vezes são muito difíceis serem solucionados (WINKELMANN et al., 2018), os levando as ruas. Nesse contexto muitas vezes acontece para o envolvimento com as drogas, passam a usar estas substâncias como uma forma de findarem com as dificuldades cotidianas ao viver na rua de casa (FIORATI et al., 2017).

Na rua, sujeitos a invisibilidade, vão perdendo os sonhos, perdem a perspectiva para o futuro e o desejo de viver (CARDOSO et al., 2018), ou seja, é mais evidenciada a falta de esperança para o futuro nos pensamentos da PSR.

A autoestima ou a autoimagem é definida como a avaliação afetiva do valor, apreço ou importância que cada um faz de si próprio (FREIRE; TAVARES, 2011), partindo dessa definição a característica da autoestima do PSR está diretamente ligada aos seus sonhos (WINKELMANN et al., 2018). Na rua, muitos perdem suas identidades, são excluídos e marginalizados (CARDOSO et al., 2018), e como consequência disso, se tornam parte da rua e ficam invisíveis a sociedade.

Segundo Corrigan e Wassel (2008), os efeitos do estigma trazem consequências negativas irreparáveis ao indivíduo, tais como perda de sua identidade. Se o PSR não tem uma auto imagem bem definida e socialmente nem é visto ou até valorizado como humano, muitas vezes, então ele internaliza essa a imagem de que são pessoas de "menos valia" na sociedade (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017). Neles, são colocadas pressões sociais, que os catalogam de uma forma negativa, tirando muitas vezes a sua humanidade (VARANDA; ADORNO, 2004).

A baixa da autoestima causa também carência, mas por uma questão da falta de sentimentos ou afeto que a PSR recebe, como consequência, há uma necessidade de um parceiro ou companheiro (FIORATI et al., 2017). A dependência afetiva é uma carência, já própria da PSR, pois como são excluídos e invisíveis, não criam vínculos com facilidade. O próprio isolamento social e familiar os leva ao sentimento de solidão, sendo assim o convívio nas ruas é um fator de segurança e estabilidade, e o afastamento da solidão (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017).

Os vínculos familiares rompidos pode ser um dos fatores que levam as pessoas a viver em situação de rua (BRASIL, 2012), sendo a família um grande fator de influência para os levarem as ruas (FIORATI et al., 2017).

Segundo Fiorati et al. (2017) por questões socioeconômicas, em sua maioria a PSR tem uma família advinda de uma situação de extrema pobreza ou miséria, logo a família e a PSR não ter um alto grau de escolaridade. Mas a possível observar que a família pode ser fator tanto para fazer com que a pessoa vá para as ruas e que ela volte para sua casa (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017).

Alguns relatam que saíram de seus lares por vergonha, devido ao vício, e outros que saíram por ter problemas de relacionamento com a família (WINKELMANN et al., 2018), mas em sua maioria com o apoio da família acaba auxiliando cuidado quando é necessário (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017). A falta de apoio é um fator de ruptura familiar (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017), sendo responsável pelas fragilidades que levam ao isolamento (FIORATI et al., 2017). Ou como segundo Winkelmann et al. (2018).apenas com a fuga do lar, a casa que representa a proteção e ambiente onde pode encontrar segurança, entretanto os pensamentos de conflitos não tem relação para o PSR, na maioria das vezes ele descreve a ida para as ruas como "querer" e não "fuga".

A morte para o PSR já vem com a sua condição (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017), segundo eles próprios torna-se necessária uma mudança de vida, para que a vida se torne possível. Eles caracterizam isso no contexto do uso de álcool e drogas, entretanto em muitos relatos encontrados em Maffaccioi, Oliveira e Brand (2017), eles falam da dificuldade de sair do vício, ou mesmo, conseguir sair da condição atual para que possa viver ou mesmo dizem ser impossível sobreviver e desejam a morte.

As drogas e a morte ou a destruição da própria vida tem uma correlação muito forte para o PSR (FIORATI et al., 2017), mas eles não correlacionam todo o motivo de injustiça social ou conflitos que eles estão vivendo, ao fato dessa vida de necessidades e problemas e invisibilidade (WINKELMANN et al., 2018). Segundo Henwood, Byrne e Scriber, (2015), os fatores de morte que mais acontecem ao PSR é por doenças crônicas ou infecciosas, ou acidentais, do que por vezes da overdose. Para Henwood, Byrne e Scriber (2015) a maior taxa de mortalidade do PSR está relacionado ao fato de postergar a busca de ajuda, em vez de cuidar antes que possa ficar grave, o cuidado está mais voltado para o fim da vida. Com essa conclusão o PSR tem o sentimento de morte associado mais a forma de vida, do que realmente pelo vício (CARDOSO et al., 2018), entretanto devido à falta de instrução, ou entendimento sobre o assunto, ele reproduz um discurso de associação da morte ao vício, o que de fato pode ocorrer mas não é totalmente verossímil (WINKELMANN et al., 2018).

Categoria 2: Desigualdade Social

A desigualdade social é uma categoria que atingiu 69 das URs, pois é o principal problema que afasta a PSR, e que a expõe a vulnerabilidade (AYRES, 2004). A pessoa que está na rua também sofre com a falta de cidadania (CARDOSO et al., 2018), que mantém o PSR com falta de atendimento aos direitos humanos básicos (BRASIL,1988), que apresentam problemas de ordem econômica, cultural, social e de saúde (FIORATI et al.,2017).

Caracterizada por uma condição desigual, na qual uma parte da população tem uma quantidade desacerbada de renda per capita e direitos garantidos, e a outra parte da população se encontra em um quadro de miséria e pobreza, aliados a instituições governamentais que não atendem as demandas necessárias para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, que se encontram em necessidades alimentares, de saneamento básico, segurança, educação de qualidade e saúde (NERI; SOARES, 2002).

Sabendo de todos esses pontos, pela forma de vida do PSR pode ser equiparada a uma sub dignidade humana, pois nenhum desses direitos é garantido, como reforçado em Cardoso et al. (2018).

A PSR não tem acesso a documentos de identidade (FIORATI et al., 2017), não tem lugar garantido para fazer suas higienes, ou garantia de um prato de comida por dia, ou até educação (CARDOSO et al., 2018), sendo diagnosticada uma qualidade de vida curta e baixa dignidade humana (HENWOOD; BYRNE; SCRIBER, 2015).

Em Winkelmann et al. (2018), que foi mais a fundo no entendimento da desigualdade, quando ele categoriza outros fatores que podem levar a desigualdade como a globalização, urbanização, desemprego, ausência de moradia, falta de condições materiais e financeiras, e traz ainda a fala que a condição social em que o indivíduo se encontra é o que determina o nível de vulnerabilidade e exposição de riscos e doença, ou seja ele se refere mais aos determinantes sociais em saúde (DSS) que garante os direitos em saúde. Somado a isto, outros autores afirmam isto, através da compreensão dos estudos de vulnerabilidades de Ayres (2004) e Fiorati et al (2017), que esclarece ainda mais sobre a questão de agravos de doenças e a vulnerabilidade, quando fala sobre a não ser o morar nas ruas o fator do risco, mas ser um fator de agravo.

Segundo Henwood, Byrne e Scriber (2015) que faz um estudo associado a mortalidade da PSR, 80% de 40 a 75 anos tem doenças infecto contagiosas, 70% é masculina, 68% é negra, a estimativa de vida é em média 57,2 anos. Já Winkelmann et al. (2018) ainda acrescenta que o envolvimento de drogas ilícitas é devido ao ambiente favorável da desigualdade e afastamento da família. Maffacciolli, Oliveira e Brand (2017) fazem uma relação da falta de apoio com o agravo da doença e ainda acrescenta que não é apenas um apoio de família, mas é de todo o contexto social e que está muito associado ao preconceito e estigma, por conta dos direitos infligidos, o que reforça as diferenças sociais como marcadores e a vulnerabilidade extrema do PSR. Fiorate et al. (2017) ainda condiciona todo o contexto social e o uso abusivo de álcool em drogas como DSS importantes, para a ida para as ruas:

O importante é viabilizar as políticas públicas e garantir que elas sejam efetivadas, pois se são efetivadas na saúde começa a se abrir portas para uma vida digna (WINKELMANN et al., 2018), e assim começa um empoderamento com o PSR para a cidadania, ou seja os direitos básicos (FIORATI et al., 2017).

A desigualdade leva ao uso de drogas que está associado a criminalidade (WINKELMANN et al., 2018), as drogas também são um determinante social de saúde, pois é um problema de saúde pública, apesar de ser tratada apenas como um problema de segurança (MACHADO; MIRANDA, 2007). As políticas públicas com a criminalização das drogas, faz com que a camada mais pobre sofra consequências, sendo os marginalizados quando na pirâmide do consumo das drogas eles são a base não o ápice, mas como são os menos favorecidos ficam como o grande problema das drogas, mostrando um pouco do preconceito velado (FIORATI et al., 2017).

Categoria 3: Mecanismos de sobrevivência

A categoria de mecanismos de sobrevivência teve 15,77% das URs, e tratar um pouco sobre como o morador de rua se defende e sobrevive nas ruas.

Os riscos enfrentados nas ruas são variados, a começar que não há um território fixo, os locais de permanência são dê vias públicas com ampla exposição, a diversas vulnerabilidades, fazendo com que essas pessoas fiquem expostas as violências, exposição a doenças e a insegurança de que o mesmo lugar que acordou possam dormir, ou mesmo se o que deixou para marcar seu lugar de repouso, vai estar lá a noite, e até se vai sobreviver a mais um dia (FIORATI et al., 2017).

Viver nas ruas significa os expõe a violência, tanto moral, como física, que podem acontecer por níveis de vulnerabilidades, quanto mais frágil socialmente você está mais exposto, ou seja, se é mulher está mais expostas à alguns tipos de violência do que um homem; e se é LGBT, vai estar mais exposto a homofobia (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017), assim como entrar para a vida de crimes está em maior exposição o homem (FIORATI et al., 2017), não sendo uma regra, mas relacionado as evidencias é o que mais acontece.

A PSR tem um contexto marcado por violências e entre eles mesmo, há algumas disputas territoriais e de materiais, nas quais geram violência, mas esses fatores estão relacionados aos históricos de vivencias e violências diárias que já são sofridas, do ponto de serem pobres e excluídos que partem nas buscas de oportunidades que lhe são negadas (FIORATI et al., 2017).

No quesito economia, a PSR encontra-se no mercado informal com subterfúgios de suporte econômico para sobreviver, trabalhando de forma produtiva nas ruas para o seu sustento (WINKELMANN et al., 2018).

As drogas e o álcool são a primeira forma de escape, ou seja, o esquecimento dos problemas sociais, econômicos, e a exclusão (MAFFACCIOLLI; OLIVEIRA; BRAND, 2017)

O vício compulsivo para o alívio da realidade tem um feedback mais negativo do que positivo, pois além de afastar ainda mais da família, gera mais dificuldades nas ruas, porque assim como de um lado entorpece e torna tudo menos importante , o desejo de esse sentimento ser constante faz com que se torne uma rotina de maior frequência o uso das drogas, de forma que o uso é compulsivo e se importem apenas em manter seu vício, fazendo com que se importem ainda menos com a vida (WINKELMANN et al., 2018).

A visão do morador de rua quanto o uso de álcool e drogas é de perda de esperanças na vida e que na maioria dos casos está associado a não aproximação da família ou afastamento total (WINKELMANN et al., 2018). A morte também é associada ao vício (FIORATI et al., 2017), principalmente do crack e o álcool tem uma diferença de tratamento, como se o álcool fosse o primeiro estágio dos vícios e o Crack o último e nesse estágio fosse o “lixo”, pois é o fim da vida e de tudo, só resta o vício (WINKELMANN et al., 2018).

A exposição nas ruas pode se tonar crônica depois de algum tempo e Henwood; Byrne; Scriber (2015), acreditam que quanto mais tempo nas ruas, maior é a possibilidade de risco de morte ao ir para um domicílio, pois quando a PSR chega a ir para o domicílio ou foi tão exposto a doenças e aos problemas, que quando vai para um lar, já está muito doente e que esse fator tem uma relação com a falta de assistência do serviço.

CONCLUSÃO

A PSR sofre de marginalização à qual o afasta de qualquer forma de cuidado, mas essa marginalização é devido à falta de desconstrução cultural, a falta de conhecimento para entender que, a realidade dessas pessoas é muito difícil, por isso eles chegaram as ruas, aonde eles sofrem mais violações rotineiras, aonde eles ficam ainda mais vulneráveis, sem apoio, isolados, sem carinho, sem compreensão, invisíveis e excluídos por todos como se não fossem humanos, como se fossem descartáveis.

Entendendo que as vulnerabilidades estão associadas as questões sociais, individuais e coletivas, que estão todas associadas a miséria e pobreza. Chegamos à conclusão de que os fatores que envolvem a vulnerabilidade que afastam a PSR do cuidado, está muito associado a criminalização ou marginalização da pobreza. Isto ocorre porque em todos os tópicos das categorias dos dados esbarramos com essa questão, logo o objetivo do trabalho foi atingido, mostrando a necessidade da desconstrução do estigma, tanto na sociedade como um todo, como na visão do profissional que está atendendo, para gerar políticas adequadas e um melhor atendimento.

As limitações dos estudos foram esbarradas no fator de que as políticas foram alteradas devido algumas mudanças nas políticas públicas ao longo do ano, pois os documentos mais recentes são de um ano antes do trabalho ser concluído. E outro limitador foram as poucas produções científicas voltadas diretamente as vulnerabilidades do PSR, a maioria é mais voltada apenas as patologias, que também são citadas ao longo do trabalho, mas não são o foco principal que seria mais na questão dos determinantes sociais de saúde.

O trabalho é concluído com o pensamento de que para melhorar o cuidado é necessário empatia e reduzir os preconceitos, para aprender a cuidar de forma integral e com equidade, pois se o profissional não for preparado para entender esses atravessamentos da vida, o SUS nunca será totalmente humanizado e não atingirá os objetivos de universalidade, integridade e equidade.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. **Revista Usp**, [s.l.], n. 107, p.43-54, 17 dez. 2015. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p43-54. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115112>. Acesso em: 20 maio 2019.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **FIOCRUZ: conceitos, reflexões e tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 6, p. 229. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA121&dq=vulnerabilidade&ots=CT89Zp6nLj&sig=vPVkAdNwf_tAGsO_lRSwzbtbsMA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true>. Acesso em: 01 maio 2019.
AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.16-29, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003>. Acesso em: 16 maio 2019.

BARDIN, Laurence**. Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [online], v. 2, n. 43, p.1326-1330, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600031&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 maio 2019.

BISPO, Diana. Brasil não sabe quem são os moradores de rua. **Jornal do Senado**: Especial Cidadania. Brasília, 26 mar. 2019. p. 1-1. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/556162/Cidadania_n%C2%BA669.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano.** Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2019.

BRASIL. Presidente da República. **Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui A Política Nacional Para A População em Situação de Rua** e Seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e Dá Outras Providências. Brasília, 19 maio 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7053.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.

CANÔNICO, Rhavana Pilz et al. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp,** [s.l.], v. 41, n., p.799-803, dez. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080- 62342007000500010>. Acesso em: 10 maio 2019.

CARDOSO, Aline Costa et al. Challenges and potentialities of nursing work in street medical offices. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, p.1-9, 11 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2323.3045. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-961193>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.1-14, 26 mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000303001&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2019.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.709-716, Não é um mês valido! 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/709-716/pt>. Acesso em: 15 maio 2019.

CASTEL, Robert. A dinâmica dos processos de marginalização da vulnerabilidade e d. **Caderno Crh**, Salvador, v. 27, n. 26, p.19-40, jan./dez. 1997. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18664/12038>. Acesso em: 21 nov. 2019.

ENGSTROM, Elyne Montenegro; TEIXEIRA, Mirna Barros. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1839-1848, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000601839&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 nov. 2019.

FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir; SALES, Rita de Cássia Martins; SOARES, Gabriela Pinheiro. Modos de viver e fazer arte de pessoas em situação de rua. **Estudos de Psicologia**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.46-57, 2016. GN1 Genesis Network. http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/psi-68945>. Acesso em: 10 jul. 2019.

FIORATI, Regina Célia et al. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Proto Alegre, v. 37, n. , p.1-8, 20 jul. 2017. Disponível em: <scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500427&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 jul. 2019.

FERREIRA, Cíntia Priscila da Silva; ROZENDO, Célia Alves; MELO, Givânya Bezerra de. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 32, n. 8, p.1-10, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000805003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 maio 2019.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 31, n. 7, p.1497-1504, jul. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2015000701497&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 maio 2019.

HENWOOD, Benjamin F.; BYRNE, Thomas; SCRIBER, Brynn. Examining mortality among formerly homeless adults enrolled in Housing First: An observational study. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.1-8, dez. 2015. Springer Nature. http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2552-1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4669629/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Texto para Discussão 2246: **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819>. Acesso em: 10 maio 2019

LOPES, Maria Lucia. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno População em Situação de Rua no Brasil** - 1995 a 2005. Brasília, 2006.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.801-821, jul./set. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138015007.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

MAFFACCIOLLI, Rosana; OLIVEIRA, Dora Lúcia L. C. de; BRAND, Évelin Maria. Vulnerabilidade e direitos humanos na compreensão de trajetórias de internação por tuberculose. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.286-299, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017168038. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-962515>. Acesso em: 10 jul. 2019.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2019.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. , n. 18, p.77-87, out. 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700009>. Acesso em: 26 nov. 2019.

NICHIATA, Lucia Yasuko Icumi et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, [online], v. 16, n. 5, p.923-928, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20>. Acesso em: 16 maio 2019.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón; CZERESNIA, Dina. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 19, n. 53, p.237-250, 27 mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2015.v19n53/237-250/pt>. Acesso em: 16 maio 2019.

URSI, E. S. **Prevenção das lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.56-69, abr. 2004. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902004000100007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio 2019.

WINKELMANN, Maria Caroline das Chagas et al. Percepção das pessoas em situação de rua sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.88-101, 12 abr. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. http://dx.doi.org/10.5902/2179769227259. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-34307>. Acesso em: 10 jul. 2019.

epitaya
Editora

ISBN: 978-65-87809-13-7

CDL

9 786587 809137