

CUIDADOS COM A SAÚDE



PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

VOLUME I



EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Frederico C. Barbosa
(organizador)

Cuidados com a saúde: princípios fundamentais

1ª ed.

Piracanjuba
Editora Conhecimento Livre
2020

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino.

B238c Cuidados com a saúde: princípios fundamentais. / Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO: Editora Conhecimento Livre, 2020.

211 f.: il.

DOI: 10.37423/2020.a26

ISBN: 978-65-86072-32-7

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

1. Saúde. 2. Prevenção. 3. Saúde-pública. I. Barbosa, Frederico Celestino. II. Título.

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2020.a26>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA

CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

Dr. João Luís Ribeiro Ulhôa

MSc. Anderson Reis de Sousa

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO
2020

Sumário

CAPÍTULO 1.....	4
INFLUENZA H1N1: UM ESTUDO SOBRE O TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A NOTIFICAÇÃO E O ENCERRAMENTO DE CASOS.....	4
DOI: 10.37423/200400786	4
CAPÍTULO 2.....	8
RISCOS DAS HEPATITES VIRAIS EM SALÕES DE BELEZA: CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.....	8
DOI: 10.37423/200400806.....	8
CAPÍTULO 3.....	24
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS DROGAS PSICOATIVAS UM OLHAR SOBRE A LITERATURA	24
DOI:10.37423/200500830.....	24
CAPÍTULO 4.....	30
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	30
DOI: 10.37423/200500853	30
CAPÍTULO 5.....	32
PENCEN: SOFTWARE DE APOIO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	32
DOI: 10.37423/200500867	32
CAPÍTULO 6.....	36
A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS TRABALHADORES EXPOSTOS A RISCOS OCUPACIONAIS	36
DOI: 10.37423/200500889	36
CAPÍTULO 7.....	42
GRUPO DE ENFERMAGEM INTENSIVA DA REDE UNIVERSITÁRIA (RUTE): UM MARCO PROFISSIONAL DIMINUINDO BARREIRAS AUMENTANDO CONHECIMENTOS.....	42
DOI: 10.37423/200500913	42

CAPÍTULO 8.....	46
<i>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ATRIBUÍDOS AO CÂNCER DE MAMA GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....</i>	<i>46</i>
DOI: 10.37423/200500917	46
CAPÍTULO 9.....	53
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMPARATIVO DA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM PERNAMBUCO.....	53
DOI: 10.37423/200500924	53
CAPÍTULO 10.....	70
INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA INDICATORS PRECARIOUS FAMILY HEALTH WORK TEAMS	70
DOI: 10.37423/200500925	70
CAPÍTULO 11.....	92
VIVÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO BÁSICA	92
DOI: 10.37423/200500949	92
CAPÍTULO 12.....	109
ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA INDÍGENAS NO AMAZONAS.....	109
DOI: 10.37423/200500963	109
CAPÍTULO 13.....	127
A PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS SOB A ÓTICA DA INTERDISCIPLINARIDADE	127
DOI: 10.37423/200500968	127
CAPÍTULO 14.....	145
PROMOÇÃO EM SAÚDE FRENTE À PANDEMIA DO SARS-COV-2: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	145
DOI: 10.37423/200500969	145
CAPÍTULO 15.....	156
MAPEAMENTO DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CARDIOPATAS.....	156
DOI: 10.37423/200500971	156
CAPÍTULO 16.....	175
HIGIENE DAS MÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE BOAS PRÁTICAS EM ENFERMAGEM	175
DOI: 10.37423/200500975	175
CAPÍTULO 17.....	188

APOIO AO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS: EXPERIÊNCIAS SOBRE A PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS.....	188
DOI: 10.37423/200500996	188

Capítulo 1

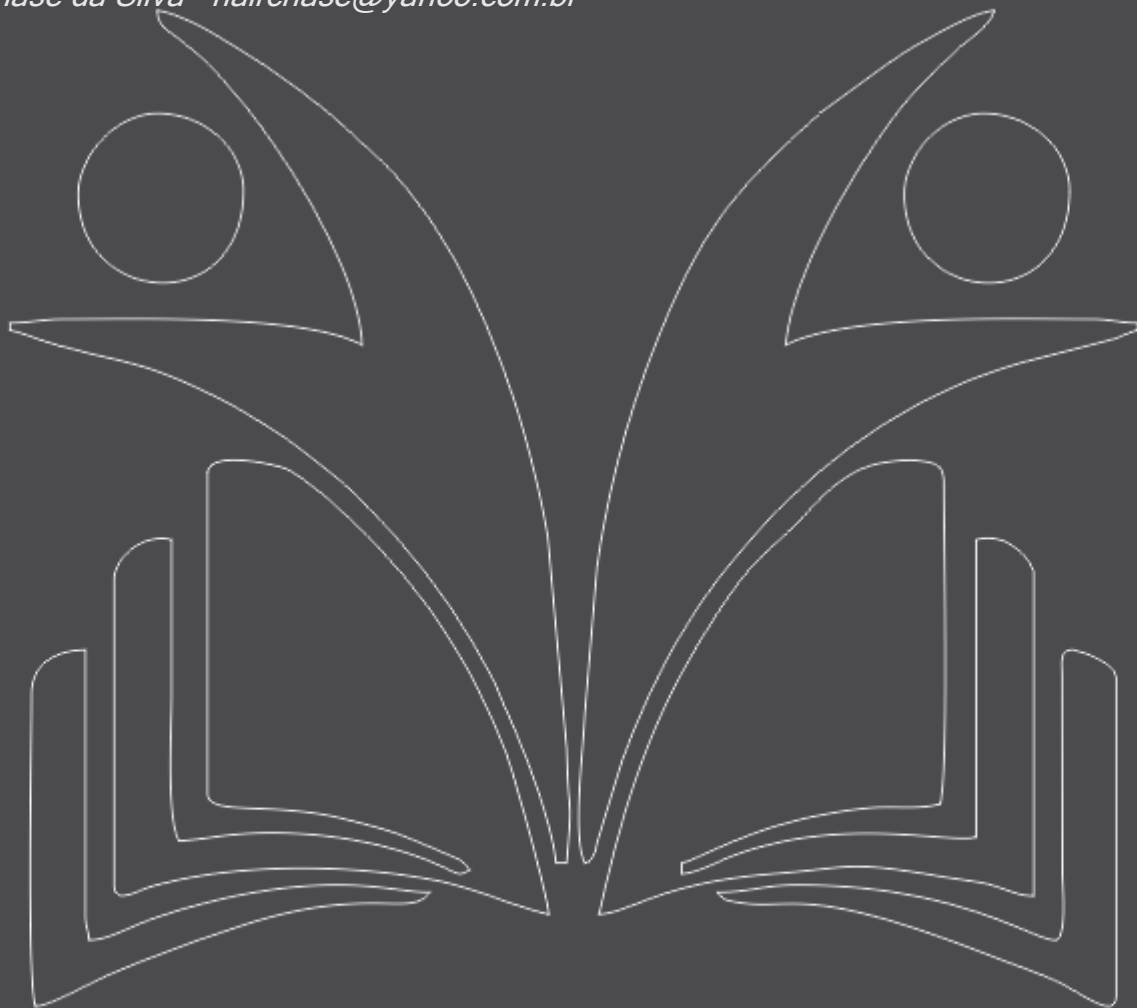
INFLUENZA H1N1: UM ESTUDO SOBRE O TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A NOTIFICAÇÃO E O ENCERRAMENTO DE CASOS

[DOI: 10.37423/200400786](https://doi.org/10.37423/200400786)

Bárbara Misslane da Cruz Castro - barbaramisslane@hotmail.com

Sirlene Bezerra Guimarães Guimarães - sirlene.bezerraguimaraes@hotmail.com

Nair Chase da Silva - nairchase@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

Este estudo é um dos produtos de pesquisa do Programa de Educação pelo Trabalho-PET Saúde/Vigilância em Saúde do qual fazem parte a Universidade Federal do Amazonas, com acadêmicos do curso de enfermagem e de ciências farmacêuticas, Secretária Municipal de Saúde de Manaus e Ministério da Saúde. Nele foi privilegiado o agravo Influenza tipo A (H1N1) justificado pelo elevado número de casos ocorrido no período de 2009 a 2010 na cidade de Manaus-AM exigindo das autoridades sanitárias à intensificação de medidas de controle. A Influenza tipo A (H1N1) também conhecida como gripe A, é uma infecção viral que afeta as vias aéreas superiores e, ocasionalmente as inferiores. São conhecidos três tipos de vírus influenza: A, B e C. Os vírus são altamente transmissíveis e podem sofrer mutações, ou seja, modificações em sua estrutura genética. O tipo A é o mais mutável dos três, sendo geralmente associado às epidemias e pandemias. É uma doença emergente, de fácil transmissão, sendo de grande risco para crianças menores de dois anos, gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2009). O maior interesse pelo tema deve-se ao fato de ser um novo subtipo de vírus influenza A para o qual a maioria das pessoas ainda não desenvolveu imunidade. A transmissão da doença dá-se de pessoa a pessoa sendo a tosse o espirro e secreções de pessoas infectadas via importante na sua transmissibilidade. No que se refere ao monitoramento, a notificação desse agravo e de outros é para qualquer sistema de saúde, informação importante para o planejamento de ações com vistas ao controle de seu quadro sanitário. Há que se primar pela qualidade da informação sob pena de na sua ausência se ter uma leitura parcial e equivocada do perfil epidemiológico de determinada população. A informação em saúde tem como função alertar os serviços de saúde para a possibilidade de aparecimento, aumento ou diminuição de casos de doenças e/ou agravos que contribuam para o monitoramento das ações de controle. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), a investigação permite a adoção de medidas para a diminuição e/ou erradicação de casos diagnosticados. Nessa perspectiva, a busca pela qualidade da informação deve ser perseguida sendo a notificação de doenças e agravos passo importante para que as demais ações de saúde sejam desencadeadas que permitam o desfecho dos casos em tempo aceitável. A observação assistemática da notificação/encerramento de algumas doenças tem mostrado intervalos de tempo bastante variável entre a notificação e encerramento dos casos de H1N1, deixando dúvidas quanto ao tempo ideal. Diante desta constatação e atentos para o comportamento da H1N1, buscou-se resposta para a seguinte pergunta: Qual o tempo médio entre a notificação e o encerramento dos casos de H1N1?

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo avaliar o tempo transcorrido entre a notificação e o encerramento dos casos confirmados de Influenza H1N1 no período de abril de 2009 a abril de 2010.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo uma vez que busca avaliar eventos que ocorreram no passado, nesse caso, avaliar o tempo transcorrido entre a notificação e o encerramento dos casos de Influenza H1N1 no período de abril de 2009 a abril de 2010. Das 242 fichas de investigação de H1N1 foram analisadas 118 fichas nos seguintes itens: data da notificação e data do encerramento do caso. O levantamento de dados foi realizado entre fevereiro de 2011 a maio de 2011. Foram investigados os casos confirmados entre abril de 2009 a abril de 2010. Desse modo a amostra ficou constituída de 48,76%. O critério utilizado para caso confirmado foi o de positividade no exame laboratorial e o clínico epidemiológico. O levantamento de dados nas Fichas de Investigação **INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTIPO (PANDÊMICA)** foi realizado na Coordenação da Vigilância Epidemiológica / SINAN no Setor de Resposta Rápida da Vigilância Epidemiológica da SEMSA, zona oeste da cidade de Manaus, por ser o local onde se dá a guarda das Fichas de Investigação de H1N1.

RESULTADOS

O estudo mostrou que o tempo transcorrido entre a notificação e o encerramento dos casos de H1N1 foi em média de trinta e cinco dias oscilando entre zero dia e quatrocentos e vinte três dias. Não foi encontrado na literatura o tempo aceitável/ideal entre a notificação e o encerramento de casos para a H1N1 que permitisse inferir se em Manaus essa relação estava dentro dos limites aceitáveis. Desse modo optou-se por utilizar como parâmetro os limites de tempo aceitáveis para outros agravos. Segundo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), o tempo estimado entre a notificação e o encerramento de casos é de 120 dias variando de 60 a 180 de acordo com o agravo. Utilizando-se como base esses parâmetros, pode-se dizer que os casos foram encerrados em tempo apropriado.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o tempo transcorrido entre a notificação e o encerramento dos casos confirmados de Influenza H1N1 no período de abril de 2009 a abril de 2010, entretanto tal avaliação esbarrou na ausência de parâmetros que possibilitassem afirmar se o tempo encontrado entre a notificação e o encerramento do caso deu-se em período ideal/aceitável. Sugere-se a

realização de estudos que estabeleçam o período entre a notificação e o encerramento do caso especificamente para a H1N1 considerando as características peculiares desse agravo.

Palavras-chave: H1N1; vigilância epidemiológica; notificação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica/ Fundação Nacional de Saúde. 6. ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Protocolo de Vigilância Epidemiológica da Influenza Pandêmica H1N1 2009 – Notificação, Investigação e Monitoramento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Gabinete Permanente de Emergências de Saúde Pública. Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional –ESPII. Influenza A (H1N1): Protocolo de Notificação e de Investigação. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_investigacao_notificacao08062009.pdf>. Acesso em 28 de Maio de 2011.

Capítulo 2

RISCOS DAS HEPATITES VIRAIS EM SALÕES DE BELEZA: CONHECIMENTO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400806](https://doi.org/10.37423/200400806)

Fernanda Caribé Teixeira Mascarenhas (Enfermeira. Egressa da Faculdade Anísio Teixeira-FAT)

nanda.caribee@gmail.com

Jamyle Silva de Jesus (Enfermeira. Egressa da Faculdade Anísio Teixeira-FAT)

jamylesilva1@outlook.com

Janaína Gonçalves dos Santos (Enfermeira. Egressa da Faculdade Anísio Teixeira-FAT)

janainagoncalvess@outlook.com

Thais Moreira Peixoto (Enfermeira. Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS)

thaismorep@hotmail.com

Maíra Moreira Peixoto Coelho (Farmacêutica. Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS)

maipeixoto@gmail.com

Juliana Nascimento Andrade (Bióloga. Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS)

juliandradeluz@gmail.com

RESUMO: **Introdução:** Os riscos de transmissão de hepatites virais em salões de beleza constituem um problema de saúde pública no Brasil e no mundo e torna-se possível quando manicures e pedicures desconhecem ou não seguem as recomendações das medidas de biossegurança como a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), descarte de materiais de uso único, higienização adequada das mãos entre clientes e adoção de técnicas de reprocessamento de artigos. **Objetivo:** descrever o conhecimento dos estudantes de Enfermagem sobre os riscos das Hepatites Virais em salões de beleza. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória do tipo descritiva, desenvolvida em uma instituição de ensino superior privado do interior do Estado da Bahia. Os sujeitos participantes foram constituídos por estudantes do Curso de Enfermagem do 1º ao 10º semestre com aplicação de questionário. **Resultados:** A amostra foi representada por 289 acadêmicos que responderam ao instrumento de coleta. A maioria dos acadêmicos era do sexo feminino, com idade até 30 anos, residindo na cidade do estudo e cursando o primeiro semestre. Apresentaram conhecimento bom sobre transmissão, vacinas disponíveis na rede SUS para prevenção da Hepatite B, fígado como primeiro órgão afetado e compreendem que a doença pode cursar com sinais e sintomas silenciosos, assim como os pacientes podem apresentar febre, dores musculares, náuseas e vômitos nos quadros sintomáticos. **Conclusão:** Apesar do bom conhecimento em relação a transmissão das hepatites em salões de beleza, ainda há necessidade de intensificar o nível de informação dos acadêmicos sobre práticas seguras nesses estabelecimentos, a partir da oferta de disciplinas que contextualizem as noções de biossegurança nesses estabelecimentos, visto que serão futuros profissionais e educadores em saúde.

Descritores: Conhecimento, Estudantes de Enfermagem, Hepatites, Transmissão, Salões de beleza.

INTRODUÇÃO

As infecções pelos Vírus das Hepatites B e C constituem relevante problema de saúde pública em virtude do número crescente de indivíduos acometidos e das complicações resultantes das formas agudas e crônicas da infecção (BRASIL, 2008). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que cerca de 325 milhões de pessoas no mundo vivem com infecção crônica pelo vírus da hepatite B (VHB) ou pelo vírus da hepatite C (VHC) (OMS, 2017) sendo que, em 2018, o Brasil registrou 13.922 casos de Hepatite B e 26.167 casos de Hepatite C (BRASIL, 2019).

A transmissão pelos vírus das Hepatites B (VHB) e C (VHC) ocorre pela via parenteral através do compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, *piercings*, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos, solução de continuidade (pele e mucosas), transmissão vertical materno-infantil, e, sobretudo, pela via sexual, podendo ocorrer também por procedimentos realizados por manicures e pedicures através da utilização de alicates, espátulas, lixas de unha e esmaltes (BRASIL, 2015).

Dessa forma, a manipulação de tecidos nas mãos e pés removendo o eponíquio (cutículas) leva a exposição a agentes virais que podem estar presentes no sangue, como o vírus VHB e o VHC (GARBACCIO; OLIVEIRA, 2013), havendo a possibilidade de contaminações que podem atingir tanto o cliente, pelo uso de material compartilhado com falhas na desinfecção/esterilização, e desconhecimento das vias de transmissão, quanto o próprio profissional, pelo descuido no uso do equipamento de proteção individual (EPI).

Ao lado do diagnóstico preciso e do tratamento eficaz, há necessidade de ter um serviço de saúde que deva acolher adequadamente o usuário, como parte integrante dos objetivos da saúde pública. Nessa perspectiva, a atenção básica, porta de entrada preferencial do usuário ao Sistema Único de Saúde, exerce um papel relevante na prevenção, diagnóstico e acompanhamento dos portadores de Hepatites Virais através do acolhimento, orientação, identificação de casos suspeitos, solicitação de exames laboratoriais e encaminhamento para o centro de referência (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, observa-se a relevância do conhecimento dos estudantes de Enfermagem sobre os riscos das hepatites virais em salões de beleza, suas formas de transmissão, meios de prevenção e imunização por tratar-se de futuros profissionais e educadores em saúde assim como alertar a população sobre os riscos de transmissão das Hepatites B e C nesses estabelecimentos.

OBJETIVO:

Descrever o conhecimento dos estudantes de Enfermagem de uma IES privada sobre os riscos das Hepatites Virais em salões de beleza.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, do tipo descritiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida em uma instituição de ensino privado no município de Feira de Santana, interior do Estado da Bahia. Os sujeitos participantes do estudo foram constituídos por graduandos do Curso de Enfermagem do 1º ao 10º semestre e a escolha deste curso ocorreu devido os estudantes obterem no decorrer da graduação, informações específicas sobre hepatite B e imunizantes.

Esta instituição situa-se a 110 km da capital Salvador, considerada a segunda cidade mais populosa do estado e maior cidade do interior nordestino, possuindo uma população estimada em 614.872 habitantes (IBGE,2019). É o principal centro urbano, educacional, econômico, industrial, financeiro e comercial do interior da Bahia e um dos principais do Nordeste (OLIVEIRA, 2011).

A técnica utilizada para a realização da coleta dos dados foi um questionário auto-aplicável adaptado da pesquisa de Vieira (2013), sendo composto por dez perguntas de investigação composto pelas seguintes variáveis: a) sociodemográficas que incluíram dados como idade, sexo, semestre e cidade; b) conhecimento sobre hepatites virais (transmissão das hepatites, prevenção por vacinas, órgão afetado na hepatite, sintomatologia) e c) Medidas de biossegurança (comportamento de risco, grau de informação, frequência e prioridade de usar o próprio material em salões de beleza).

A escolha da população foi realizada de forma aleatória, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: a) ser acadêmico de enfermagem da IES privada; b) estar cursando do 1º ao 10º semestre e aceitar participar da pesquisa. O critério de exclusão incluiu graduandos afastados das atividades acadêmicas, no período de coleta dos dados. Foi realizado o cálculo da amostra para saber o número de acadêmicos necessários para aplicação dos questionários. Para o cálculo da amostra para populações finitas assumiu o erro amostral de 5%, com 95% de confiança e admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%.

Os pesquisadores solicitaram, inicialmente, a lista com os acadêmicos matriculados na secretaria da IES e através da amostragem simples, estes foram sorteados de acordo com o número de matrícula no sistema. Os questionários foram aplicados pelas pesquisadoras no período de abril e maio de 2016 a 289 acadêmicos do curso de Bacharel em Enfermagem durante o período de aula da IES privada, nos turnos matutino e noturno, nos horários de intervalo entre as aulas. Os achados mais significativos foram discutidos com base na literatura produzida sobre o tema e expostos por meio de tabelas e gráficos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Anísio Teixeira, em 8 de março de 2016, sob o parecer 1.442.185 e CAAE 49067615.10000.5631 e somente após sua aprovação, foi

iniciado a pesquisa. Os acadêmicos participaram de forma voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 garantindo-se o sigilo e a privacidade das informações coletadas (BRASIL, 2012a).

Para a realização da análise dos dados foi utilizado o Programa estatístico *Statistical Packages For The Social Sciences (SPSS)* versão 21, com o objetivo de obter os resultados alimentados por meio dos questionários aplicados aos sujeitos que foram apresentados sob forma de gráficos e tabelas com o auxílio do Programa *Microsoft Word* versão 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 289 estudantes de enfermagem entrevistados, do 1º ao 10º semestre de uma IES privada, a maioria pertencia ao sexo feminino (93,4%), com faixa etária maior que 30 anos (78,1%) e residentes do município do estudo (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização dos acadêmicos de Enfermagem de uma IES privada de um interior baiano.

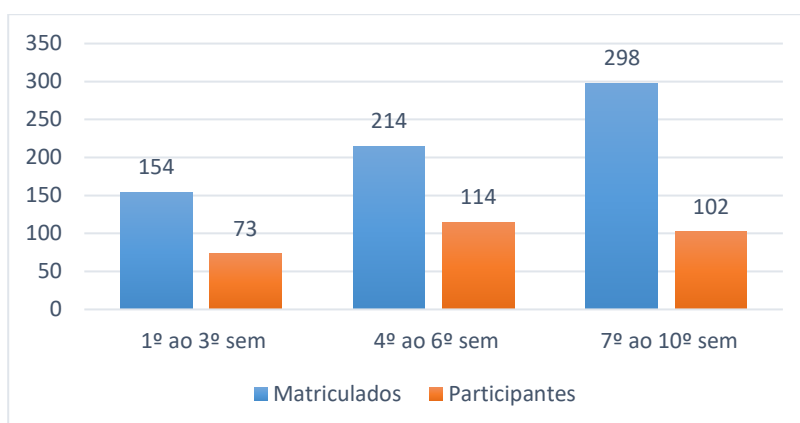
Categorias	N	%
Sexo		
Masculino	19	6,6
Feminino	270	93,4
Total	289	100
Idade		
Até 30 anos	225	78,1
> 30 anos	63	21,9
Não respondeu	01	0,34
Total	289	100
Cidade		
Cenário da pesquisa	221	91,7
Outras	20	8,3
Não respondeu	48	16,6
Total	289	100

Fonte: Dados da pesquisa

A maior representatividade de mulheres participantes nesse estudo pode ser justificado pelo maior quantitativo estarem cursando a graduação em Enfermagem nessa IES, evidenciando semelhança com estudo desenvolvido por Bezerra *et al.* (2012), em IES de Fortaleza/CE sobre vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/Aids, quando afirmaram que a maioria (63,4%) dos acadêmicos entrevistados era do sexo feminino devido também a grande parcela de matriculados no curso de enfermagem apresentar predominância do mesmo sexo.

Com relação ao perfil dos participantes matriculados e participantes da pesquisa (Gráfico 1), verificou-se um quantitativo maior de acadêmicos matriculados nos últimos semestres, 7º ao 10º, com 298 (44,8%), porém a participação na pesquisa foi mais expressiva nos semestres 4º ao 6º com 114 participantes (39,4%).

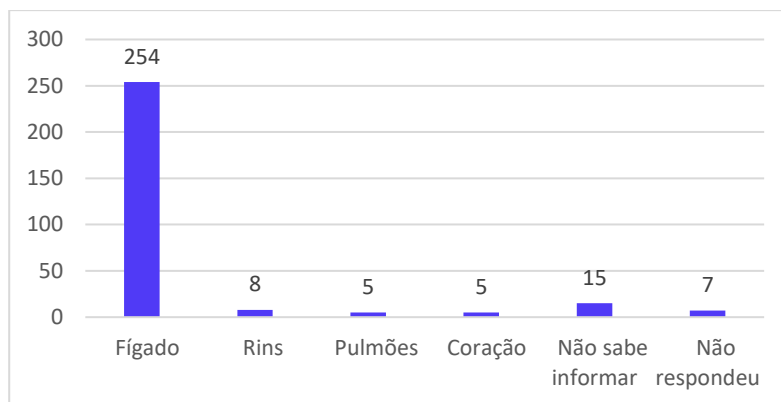
Gráfico 1- Caracterização dos acadêmicos de Enfermagem de uma IES privada do município do interior baiano.



Fonte: Dados da pesquisa

Quando questionados sobre qual o primeiro órgão afetado pelas hepatites virais B e C, observou-se um conhecimento bom em 254 (88,5%) dos participantes dessa pesquisa quando afirmaram que o fígado é o primeiro órgão afetado.

Gráfico 2- Conhecimento dos acadêmicos de uma IES privada sobre o principal órgão afetado pelas Hepatites Virais

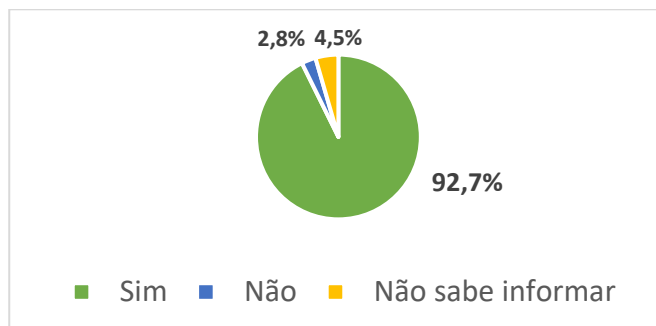


Fonte: Dados da pesquisa

No estudo de Santana; Santos; Pereira (2017), 92,41% dos discentes de enfermagem responderam que há risco do indivíduo com hepatite B desenvolver cirrose e/ou câncer de fígado; 2,9% não concordaram com essa informação e 3,5% não souberam responder. As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes particularidades (BRASIL, 2015).

Em relação ao conhecimento que as hepatites B e C são doenças silenciosas no curso clínico inicial e o indivíduo pode cursar com manifestações clínicas quando houver o comprometimento hepático, 92,7% dos acadêmicos participantes desse estudo afirmaram conhecer que indivíduos cursam com quadros assintomáticos no estágio inicial, demonstrando bom conhecimento sobre os aspectos clínicos da doença.

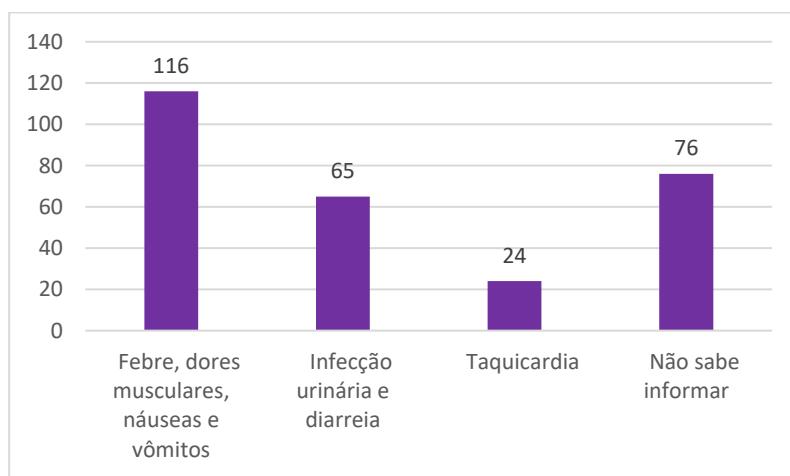
Gráfico 3- Conhecimento dos acadêmicos de uma IES privada sobre os sinais e sintomas iniciais das hepatites virais



Fonte: Dados da pesquisa

A hepatite é assintomática ou oligossintomática na grande maioria dos casos. De modo geral, as manifestações clínicas aparecem apenas em fases adiantadas de acometimento hepático (BRASIL, 2008). Dentre os entrevistados no estudo de Santana; Santos; Pereira (2017), 98,1% indicaram a icterícia como o principal sintoma específico da hepatite B, no entanto, semelhante as outras hepatites, são comumente anictéricas, sendo que 30% dos indivíduos apresentam a forma ictérica. Com relação ao questionamento sobre os principais achados clínicos apresentados pelo indivíduo com HBV e HCV nas fases adiantadas da doença, 116 (41,3%) acadêmicos responderam que as manifestações como febre, dores musculares, náuseas e vômitos são as mais frequentes. De acordo com o Ministério da Saúde, os principais sintomas das hepatites virais incluem: cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras. Essas manifestações clínicas costumam aparecer de um a seis meses após a infecção. Como as hepatites virais são doenças silenciosas, o diagnóstico precoce é essencial (BRASIL, 2005B).

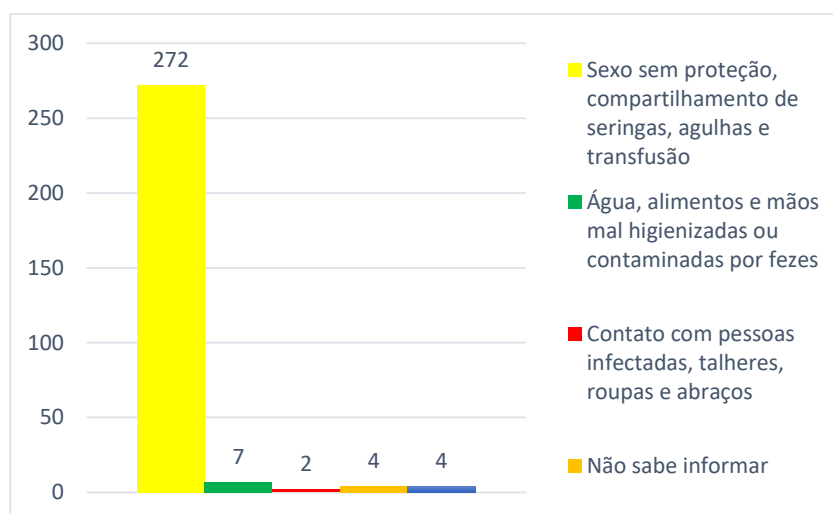
Gráfico 4- Conhecimento dos acadêmicos de uma IES privada sobre os sinais e sintomas silenciosos das hepatites virais



Fonte: Dados da pesquisa

Sobre o conhecimento em relação à transmissão das hepatites virais (Gráfico 5), observou-se que 95,4% dos participantes da pesquisa responderam que a contaminação ocorre através de sexo sem camisinha, seringas e agulhas, objetos contendo sangue e transfusão sanguínea. Estudos semelhantes foram encontrados por Cardoso *et al.* (2017) ao afirmarem que 81,09% dos acadêmicos de enfermagem sabiam como eram transmitidas as infecções por hepatites B e C.

Gráfico 5- Conhecimento dos acadêmicos de uma IES privada sobre a transmissão das Hepatites



Fonte: Dados da pesquisa

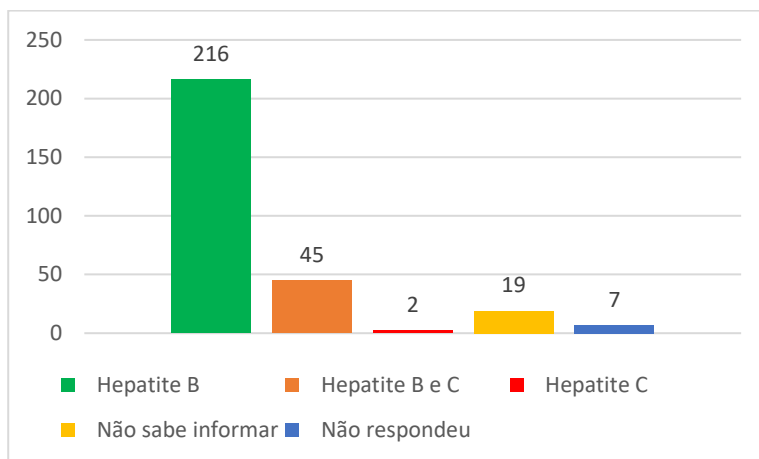
A transmissão pelo Vírus da Hepatite B ocorre pelas vias parenteral e sexual, sendo considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). O leite materno pode conter o vírus e constituir fonte de infecção e a transmissão vertical é considerada causa frequente de proliferação do HBV em regiões de grande endemicidade (BRASIL, 2015).

No caso do HCV, não é possível reconhecer a via de infecção em um percentual significativo de casos. Os principais grupos de risco incluem os indivíduos que foram transfundidos com sangue e/ou hemoderivados antes de 1993; usuários de drogas injetáveis, além da exposição a procedimentos nos consultórios odontológicos, clínicas de podologia, salões de beleza que não seguem as normas de biossegurança preconizadas. A transmissão por via sexual é pouco comum sendo mais frequente em pessoas com múltiplos parceiros e a transmissão vertical é rara quando comparada à infecção pelo HBV (BRASIL, 2015).

Canalli; Moriya; Hayashida (2011) em seus estudos mostraram que o conhecimento de informações a respeito de biossegurança na graduação foi apontado como aspecto importante para nortear a adoção de medidas protetivas, tais como a vacinação, e isso também reflete na percepção quanto aos cuidados que devem ter esses futuros profissionais, inclusive, quando não estão no ambiente de trabalho, como por exemplo utilizando os serviços de salões de beleza que trazem riscos de contaminação. Assim, os graduandos de enfermagem precisam conhecer as formas de transmissão, os cuidados inerentes à biossegurança e as maneiras de prevenção dessas doenças, reconhecendo os diversos espaços de trabalho que oferecem as condições para a transmissão, pois serão futuros educadores em saúde.

Em relação aos métodos de prevenção das hepatites virais, foi questionado aos acadêmicos se eles conhecem a existência de alguma vacina para prevenção dessas hepatites e se estão disponíveis para população no SUS. A maioria dos acadêmicos, ou seja, 216 (76,6%) responderam que só existe a vacina da hepatite B como prevenção para infecção pelo HBV (Gráfico 6).

Gráfico 6- Conhecimento dos acadêmicos de uma IES privada sobre a prevenção por vacinação das Hepatites B e C



Fonte: Dados da pesquisa

Os acadêmicos de enfermagem devem conhecer as normas de biossegurança assim como os imunizantes disponíveis para a prevenção das doenças (VILAS BOAS; CORREIA, 2018), tendo as instituições de ensino superior um importante papel na orientação quanto ao esquema de vacinação adotado no combate às doenças imunopreveníveis (CANALLI; MORIYA; HAYASHIDA, 2011).

A prevenção do HBV é assegurada através da vacinação contra hepatite B, sendo disponibilizada pelo SUS para as seguintes situações: recém-nascidos, gestantes, faixas etárias específicas (1 a 49 anos de idade), grupos vulneráveis (indígenas, profissionais de saúde, presidiários, profissionais do sexo, usuários de drogas ilícitas, doadores de sangue, vítimas de abuso sexual, homossexuais, manicures, pedicures, podólogos, entre outros). A imunização contra a hepatite B é realizada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses) (BRASIL, 2014).

Apesar de não existir vacina para prevenir a infecção pelo HCV, outras formas de prevenção primárias e secundárias podem ser implementadas. As medidas primárias visam à redução do risco para disseminação da doença, como a triagem de doadores de sangue e de órgãos sólidos; cumprimento dos protocolos de controle de infecção pelos hospitais, laboratórios, consultórios odontológicos e serviços de hemodiálise, além de evitar os comportamentos de risco, tais como acidentes com

perfurocortantes, relação sexual desprotegida, uso compartilhado de drogas endovenosas. As formas de prevenção secundárias visam a interrupção da progressão da doença em uma pessoa já infectada e incluem o tratamento de indivíduos infectados; abstinência ou diminuição do uso de álcool e não exposição a outras substâncias hepatotóxicas (BRASIL, 2005B).

Tabela 2- Conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem de uma IES privada, referente as medidas de biossegurança adotadas nos salões de beleza

Categorias	N	%
Frequenta centros de beleza?		
Sim	234	81,3
Não	54	18,8
Não respondeu	1	0,34
Leva o próprio material de casa para manicure e pedicure?		
Sempre levo	153	58,4
Nunca levei	52	21,4
Às vezes levo quando lembro	53	20,2
Não respondeu	31	10,7
Questiona ao profissional se os materiais foram esterilizados?		
Sempre questionei	122	46,4
Às vezes questiono quando lembro	52	19,8
Nunca questionei	89	33,8
Não respondeu	26	8,9
Sabe da existência de equipamento para esterilização dos materiais nos salões?		
Tenho conhecimento	191	70,7
Não tenho conhecimento	34	12,6
Não sei	45	16,7
Não respondeu	19	6,5
Quais materiais presentes nos salões podem transmitir Hepatites B e C?		
Alicate e espátula	50	17,6
Alicate, lixa, esmalte de unha e espátula	215	75,7
Alicate e lixa	3	1,1
Esmalte de unha e alicate	11	3,9

Não sei	5	1,8
Não respondeu	5	1,8

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação a frequência de utilização dos salões de beleza pelos acadêmicos do estudo (Tabela 2), observou-se que 81,3% afirmaram ter assiduidade na frequência aos salões para serviços de manicure e/ou pedicure e 58,4%, relataram possuir o hábito de levar o próprio material. O hábito de retirar cutículas é uma prática cultural típica do Brasil, que pode ser uma forma de transmissão das hepatites B e C (FOCCACIA; SCHUNK, 2010).

Uma das principais problemáticas em relação à transmissão do VHB e VHC encontra-se na falta de cuidado para preveni-los. O compartilhamento de materiais de manicure e pedicure, tais como alicates de unha e tesouras, têm sido apontado como formas de transmissão do vírus sendo que as mulheres encontram-se dentro do grupo de risco devido a prática de fazer unha em salão de beleza que a cada dia é mais observada em todo o mundo (ISOLANI; MELO, 2011).

Com relação ao conhecimento dos acadêmicos nessa pesquisa sobre a esterilização dos equipamentos nos salões de beleza, 70,7% dos estudantes referiram ter conhecimento a respeito da existência de aparelhos de esterilização nos salões. Estudos com clientes de salões de beleza revelaram resultados divergentes a esta pesquisa, como nos achados de França *et al.* (2017), em que 22% dos entrevistados relataram observar a esterilização dos artigos antes dos procedimentos em salões de beleza e no estudo realizado por Vieira (2013) somente 39,5% dos clientes afirmaram observar a esterilização dos artigos.

Para prevenir o risco de contaminação através de material ou instrumento contaminados e garantir maior segurança aos clientes e profissionais, os artigos perfurocortantes nos salões de beleza devem passar por processos de limpeza com uso de detergente, água e ação mecânica para minimizar a quantidade de inóculos existentes e, posteriormente, devem ser esterilizados através de estufa (calor seco) ou autoclave (calor úmido), buscando eliminar os microrganismos e esporos (GARCIA; BENTO; COSTA, 2012). As luvas configuram medidas de proteção devendo ser usadas sempre que houver possibilidade de contato com secreções e mucosas, devendo ser trocadas após cada atendimento (CARDOSO *et al.*, 2014).

O governo brasileiro estabelece o cumprimento de normas sanitárias em relação à biossegurança em salões de beleza, a exemplo da Lei 12.592/12, que traz para os profissionais destes estabelecimentos a obrigatoriedade do processo de esterilização de materiais e utensílios utilizados no atendimento aos

clientes. Ainda assim, constata-se que ocorre um déficit importante em relação aos procedimentos de limpeza e esterilização nesses locais (BRASIL, 2012b).

A maioria dos participantes desse estudo (75,7%) reconhece os materiais presentes em salões que podem transmitir as infecções causadas por HBV e HCV tais como o alicate, lixa, esmalte de unha e espátula. Nos centros de embelezamento existe o risco de contaminação pelos vírus das hepatites B e C através de materiais utilizados nos procedimentos, e que podem ocorrer através de contato direto com sangue através do compartilhamento de objetos de higiene pessoal, alicates, lâminas, entre outros (QUEIROZ; MEJIA, 2015). Dessa forma, enfatiza-se a importância de cada pessoa ter seu próprio kit de material para serviços de manicure e pedicure (FOCCACIA; SCHUNK, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que houve um conhecimento adequado e conciso por parte dos acadêmicos do Curso de Enfermagem desta IES em relação às formas de transmissão, prevenção e percepção de risco da transmissão de Hepatites Virais (B e C) durante procedimentos em salões de beleza, principalmente, no que diz respeito à manipulação das unhas na retirada de eponíquios.

Em relação aos métodos de biossegurança, ainda há um comportamento inadequado que geram riscos, podendo haver infecção pelo vírus. É imprescindível lembrar a importância de levar o próprio material a cada visita aos salões de beleza para uso dos serviços de manicure/pedicure, a fim de minimizar os riscos de transmissão.

Neste sentido, urge repensar a implantação de uma política com ênfase na prevenção de doenças infecciosas, inclusive ocupacionais, aos estudantes da área de saúde e que as instituições fortaleçam a educação em saúde como uma ferramenta essencial em todos os campos dos diversos saberes, no sentido de reorientar as práticas existentes nos salões de beleza, valorizando os profissionais da beleza para uma aprendizagem significativa que promova mudança de práticas em seus ambientes de trabalho, reduzindo os riscos de transmissão pelas hepatites virais e adotando hábitos seguros com o uso correto das medidas de biossegurança.

Esperamos assim poder contribuir promovendo reflexões aos acadêmicos de enfermagem acerca do conhecimento correto sobre as medidas de biossegurança ao frequentarem os salões de beleza e que visem minimizar os riscos de transmissão pelas hepatites virais. Faz-se necessário uma intensificação na divulgação de informações sobre as formas de transmissão e medidas preventivas, bem como um aumento nas campanhas de sensibilização voltadas para a população que frequenta salões, juntamente com capacitações voltadas para os profissionais da beleza.

AGRADECIMENTOS:

Guilherme de Jesus Santos

Graduado pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Pelas contribuições na construção dos gráficos.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, E. O. *et al.* Análise da Vulnerabilidade Sexual de Estudantes Universitários ao HIV/Aids. Revista Rene, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4118/3209>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2019. Disponível em:

[file:///C:/Users/mcoelho2008/Downloads/boletim_hepatites_2019_c_%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/mcoelho2008/Downloads/boletim_hepatites_2019_c_%20(2).pdf). Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de normas e procedimentos para vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Brasília. 2012a. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

BRASIL. Lei Nº 12.592 de 18 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o exercício das atividades profissionais de Cabeleireiro, Barbeiro, Esteticista, Manicure, Pedicure, Depilador e Maquiador. 2012b Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1030789/lei-12592-12>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites Virais: O Brasil está atento. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p. Série B. Textos Básicos de Saúde Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf . Acesso em: 18 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: HIV/Aids, Hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196p (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad18.pdf>. Acesso em: 15 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais: Manual de aconselhamento em Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005B. 52 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento.pdf . Acesso em: 25 mar.2015.

CANALLI, R.T.C., MORIYA, T.M.; HAYASHIDA, M. Prevenção de acidentes com material biológico entre estudantes de enfermagem. Rev Enferm UERJ [periódico na internet]. 2011.

CARDOSO, B.C.R *et al.* Conhecimento e situação vacinal de hepatite B em graduandos de enfermagem. Revista UNINGÁ Review. Vol. 30, n.3, pp. 06-09 (Abril – Jun 2017).

CARDOSO, E. N. *et al.* Adesão dos profissionais às normas de biossegurança aplicadas aos procedimentos de manicure e pedicure em Juazeiro do Norte/ CE. Arquivo de clínica de saúde Unipar, Umuarama, v. 18, n. 3, p. 157 -161, Dez. 2014.

FOCACCIA, R.; SCHUNCK, A.C. Levantamento da hepatite B e infecção C controle: procedimentos em instalações de manicure e pedicure em São Paulo. Jornal Brasileiro de Doenças Infecciosas, Salvador, v. 14, n. 5, p.502-507, set./out. 2010.

FRANÇA, S.R.D *et al.* Percepção de clientes em relação às normas de biossegurança utilizadas nos centros de embelezamento e estética. Revista Ceuma Perspectivas, Edição Especial, V Congresso de Saúde e Bem Estar Ceuma. Vol. 30, nº 02, 2017. ISSN Eletrônico: 2525-5576.

GARBACCIO, J.L.; OLIVEIRA, A.C.O risco oculto no segmento de estética e beleza: Uma avaliação do conhecimento dos profissionais e das práticas de biossegurança nos salões de beleza. Texto Contexto de Enfermagem, Florianópolis, v. 4, n. 22, p.989-998, 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000400015&script=sci_arttext . Acesso em: 05 abr. 2015.

GARCIA, K.A.P.; BENTO, C.F.; COSTA, F.K. Riscos ocupacionais de uma amostra dos profissionais da beleza do município de Goiânia. Revista visão acadêmica, Goiânia, p. 102 – 115, Nov. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE-Cidades e Estados. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama>. Acesso em: 29 abr. 2020.

ISOLANI, F.; MELO, A. Hepatite B e C: do risco de contaminação por materiais de manicure/pedicure à prevenção. Revista de Saúde e Biologia. Paraná, v.6, n.2, p.72-78, mai./ago. 2011.

OLIVEIRA, M.F. Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão-go: Universidade Federal de Goiás, 2011. 72 p. Disponível em:

https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica__Prof_Maxwell.pdf. Acesso em: 05 maio 2015.

OMS. Novos dados sobre hepatites destacam necessidade de uma resposta global urgente. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5404:novos-dados-sobre-hepatites-destacam-necessidade-de-uma-resposta-global-urgente&Itemid=812. Acesso em: 29 abr. 2020.

QUEIROZ, M.L.S.; MEJIA, D. Biossegurança nas clínicas de estética e salões de beleza. 2015. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós – Graduação em Estética e Cosmetologia) – Faculdade Sul Americana, Goiânia.

SANTANA, V.V.R.S.; SANTOS, M.V.R.; PEREIRA, T.S. Conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre Hepatite B. Rev. Eletr. Evid & Enferm. 2017;1(2):94-102.

Disponível em: <https://dx.doi.org/10.26544/Reeev1n2201794>. Acesso em: 10 mai. 2016.

VIEIRA, D.C.G. Conhecimento e comportamento de mulheres universitárias sobre hepatites B e C em salões de beleza. 2013. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciência da Educação e Saúde, Brasília.

VILA BOAS, M.S.C.; CORREIA, V. B. S. B. Percepção dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior do interior do sul da Bahia acerca do manuseio de materiais perfurocortantes. Rev. Fac. Ilhéus, v.1, n. 2, p. 88-104, mar./ago. 2018.

Capítulo 3

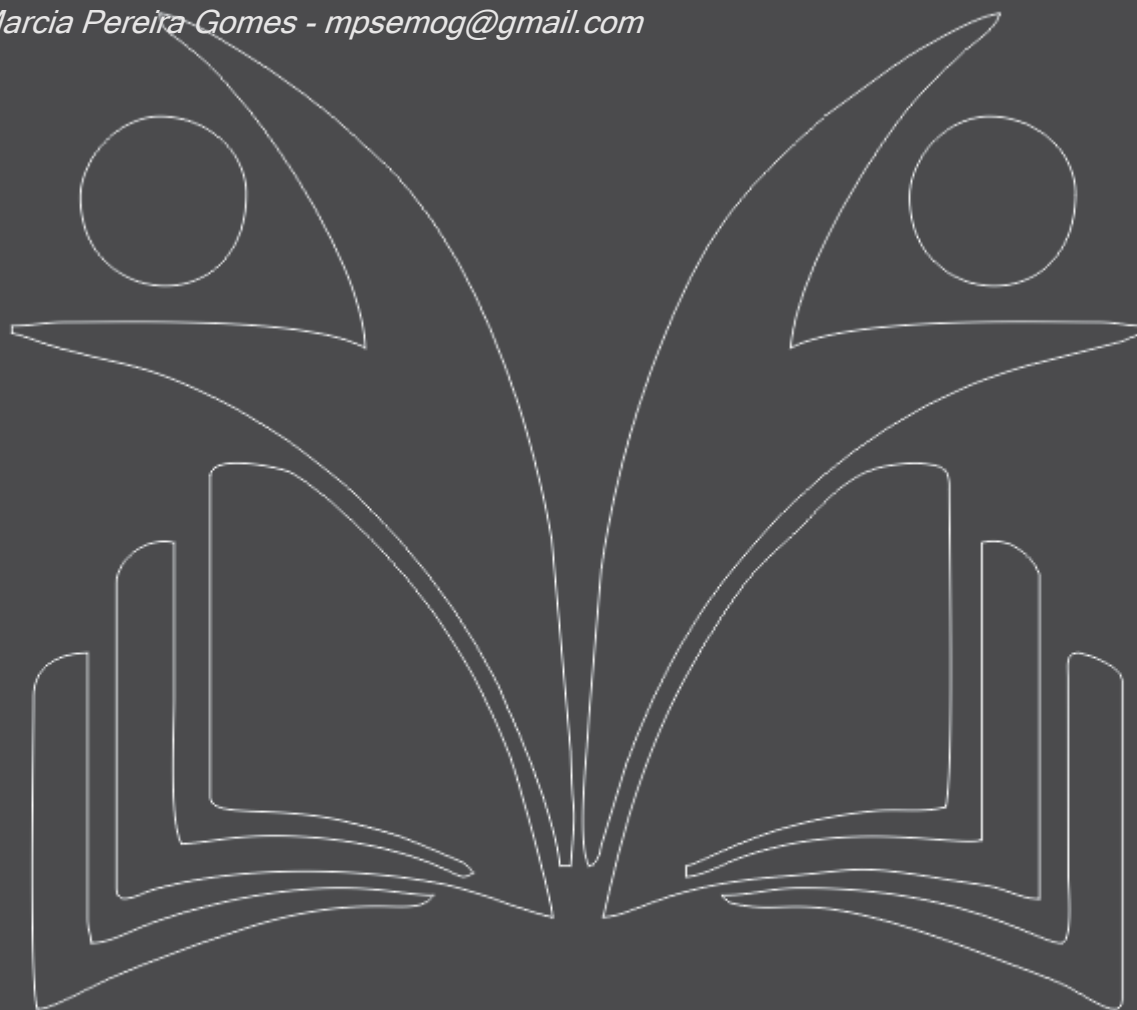
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS DROGAS PSICOATIVAS UM OLHAR SOBRE A LITERATURA

[DOI: 10.37423/200500830](https://doi.org/10.37423/200500830)

Diogo Jacintho Barbosa - jacintho.enf@gmail.com

Antônio Marcos Gomes Tosoli - Mtosoli@gmail.com

Marcia Pereira Gomes - mpsemog@gmail.com



INTRODUÇÃO

O consumo de drogas psicoativas existe desde os primórdios da história do homem, porém, não se sabe ao certo quando se deu a sua primeira utilização. Podemos definir drogas psicoativas como qualquer substância capaz de alterar o comportamento, humor e a cognição e os transtornos relacionados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas pode ser definido como uma alteração na função cerebral provocada por sua ação prolongada sobre o organismo humano¹.

Observa-se que os motivos que estão sempre associados ao desejo pelo consumo de alguma droga são: desejo de transcendência, a busca pela imortalidade, prazer e sabedoria, hábitos familiares, cultura da sociedade, costumes e oferta da droga².

Na evolução histórica da sociedade o consumo de drogas psicoativas por muito tempo foi visto como um problema de ordem policial porém, atualmente nota-se um aumento na utilização das drogas em todas as idades e classes sociais o que colabora para a definição desde consumo como um problema de saúde pública³. As drogas psicoativas de maior frequência e disseminação são: maconha, haxixe, cocaína, crack, êxtase, anfetaminas, álcool, tabaco, benzodiazepínicos e outros tranquilizantes⁴.

O imaginário sociocultural versa sobre saberes adquiridos na coletividade, desta forma o objeto deste estudo é identificar as construções sociais sobre o consumo de drogas psicoativas e assim refletir sobre as implicações deste pensamento no tratamento e acolhimento do usuário. Este estudo teve por objetivo Refletir sobre o imaginário sociocultural do consumo de drogas psicoativas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo análise reflexiva, a partir de um levantamento de dados nas seguintes base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) com artigos publicados no período de 2000 a 2015. Para tanto, foram utilizadas as seguintes palavras chave: “drogas”, “álcool”, “representação social”, “Drogas Psicoativas” e “Dependência química”.

RESULTADOS

Foram encontrados 119 artigos. Os critérios de inclusão se basearam em artigos em português ou inglês, que envolvessem ao imaginário sociocultural a respeito da utilização de drogas psicoativas que apresentem o texto completo disponível de maneira gratuita. Também foram excluídos os artigos de revisão bibliográfica.

A amostra inicial desta revisão foi constituída por 12 artigos científicos selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

DISCUSSÃO

A leitura dos artigos para a realização desta reflexão, nos fez perceber que existe uma grande variação na representação social a respeito da pessoa que consome drogas psicoativas de maneira abusiva e da influência deste consumo nos diversos grupos sociais.

A família pode ser vista como instituição de apoio para as pessoas, uma vez que em situações de desespero ela pode se tornar um “porto seguro”. Nos artigos consultados foi possível observamos que a família do usuário de drogas psicoativas passa por momentos de sobrecarga, e esta pode ser percebida como o estresse emocional que atinge todos os membros da família⁵. Ainda foi possível observar que a dependência de substâncias psicoativas é responsável pela quebra de toda rotina da família bem como pelo surgimento de alguns sentimentos como: vulnerabilidade, frustração e desamparo.

Nota-se que em algumas famílias, a pessoa que consome as drogas psicoativas de maneira abusiva é o responsável pelos procedimentos financeiros, este fato colabora para que o consumo de drogas psicoativas também desestruture financeiramente esta família, aumentando a sobrecarga e a tensão entre os membros do grupo.

Referentes a representação social dos profissionais de enfermagem, nota-se que existe grande variação na concepção dos enfermeiros a respeito da pessoa que consome drogas psicoativas. Uma parte de destes enxergam os usuários de drogas psicoativas com igualdade, ou seja, não demonstrando diferenças entre o tratamento e o relacionamento interpessoal⁶. Também foi possível observar que os enfermeiros vêem a dependência de substâncias psicoativas como doença que merece tratamento e as pessoas que consomem droga psicoativa em muitas das vezes não tem forças para prosseguir com o mesmo sozinhas. Isto nos faz perceber que as redes sociais do indivíduo se tornam uma importante ferramenta de apoio no tratamento das pessoas que consomem drogas psicoativas de maneira abusiva⁷.

Importante destacar que para alguns enfermeiros o dependente químico tem dificuldades emocionais, e estas dificuldades se manifestam no seu dia-a-dia, eles descrevem que na hora das crises de abstinência, este usuário se utiliza de diversos meios para convencer a equipe da necessidade de utilizar a droga geradora do vício⁸, esta dificuldade emocional, também é levantada como um dos

fatores ligados ao início do consumo de qualquer substância psicoativa, pois servem como uma fuga para problemas da vida cotidiana⁹.

O consumo abusivo de drogas psicoativas por parte dos adolescentes em idade escolar, e vista pela maioria dos professores como sendo “culpa” dos pais e da mídia, que não restringem e incentivam o uso. Apoiados nesta representação, refletimos a respeito das propagandas de bebidas alcoólicas e cigarro nos diversos meios de comunicação. Estudos demonstram que a mídia tem um grande poder sobre a utilização de drogas por parte dos jovens, porém ela não desempenha este papel sozinha, a cultura da sociedade e os costumes familiares também auxiliam no despertar para este consumo¹⁰.

A respeito das representações sociais sobre as drogas psicoativas também foi possível observar uma questão relacionada ao gênero uma vez que as mulheres alcoólatras demonstraram perceber uma visão estereotipada e estigmatizada do outro quando esta consumindo o álcool sozinha. As mulheres também destacam que o consumir álcool desde que não atrapalhe a suas atividades de vida diária não a faz sentir-se menos mulher, pelo contrário, este é uma fuga para todo estresse vivido no dia a dia¹¹. Ainda foi possível notar que os usuários de drogas psicoativas só se enxergam a necessidade de ajuda no momento que iniciam o tratamento, a visão da “doença” e necessidade de ajuda até então era desconhecida por eles¹². Para estes usuários, a idéia de cura não está associada apenas a terapia medicamentosa mas também ao diálogo e/ou tratamento psicológico. Este fato coaduna com os motivos que levam a pessoa a consumir a droga, tendo em vista que em muitas vezes este motivo está associado a fatores de ordem psicológica, dessa forma, tratar o fator desencadeador é visto como facilitador do processo de cura para o paciente¹³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre as representações sociais do consumo de drogas psicoativas é importante pois entender os fatores sociais atrelados ao consumo pode servir de auxílio para a utilização de ferramentas de enfrentamento deste consumo, de modo a facilitar a captação e aderência ao tratamento. Percebeu-se o consumo de drogas psicoativas como fator capaz de impactar as diversas áreas da vida do usuário e daqueles que o cercam. A reflexão sobre as drogas psicoativas ainda colabora para a redução do estigma e preconceito atrelado não só as drogas mas também ao seu consumo.

Ainda podemos destacar a necessidade de mais estudos que abordem o contexto da utilização das drogas psicoativas e como este utilização impacta na relação entre as pessoas de um mesmo ou de outros grupos sociais, tendo em vista que o consumo abusivo de drogas psicoativas é classificado atualmente como um problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medeiros KT, et al . Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo* [internet]. 2013 [cited 2018 Jan 31]; 18(2): 269-279. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722013000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200008>
2. Vargs D, et al . Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. *Revista de Enfermagem Anna Nery* [internet]. 2013 [cited 2018 Jan 16]; 17(2): 242-248. Available from:
3. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200006&lng=en&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200006>.
4. Giacomazzi AI. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação à DST/HIV/AIDS. *Estudo e Pesquisa em Psicologia* [internet]. 2011 [cited 208 Jan 26];11(3): 776-795. Availablefrom: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812011000300004&lng=pt&nrm=iso
5. Aleski M, et al . Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 20] ; 28(2): 142-148. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000200013>.
6. Maciel SC, Oliveira RCC, Melo JRF. Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão* [internet]. 2012 [cited 2018 Jan 15]; 32(1): 98-111. Available from:
7. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932012000100008&lng=es&nrm=iso
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-9893201200010000>
8. Halpern EE, Leite LMC. Representações de adoecimento e cura de pacientes do Centro de Dependência Química do Hospital Central da Marinha. *Ciencia e Saúde Coletiva*. [Internet]. 2012 [cited 2016 Fev 20] ; 17(4): 1079-1089. Available from:
9. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400029&lng=en.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400029>.
10. Araldi JC, Njaine K, Oliveira MC, Ghizoni AC. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 20] ; 16(40): 135-148. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100011&lng=en
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000002>.

11. Campos EA, Reis JG. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2010. [cited 2018 Feb 20]; 14(34): 539-550. Available from:
12. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300006&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000006>.
13. Carvalho AC, Leal IP. Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. Psicologia Saúde & Doenças [Internet]. 2006 [cited 2018 Jan 21]; 7(2): 287-297. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862006000200010&lng=pt.
14. Crives MNS, Dimenstein M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. Saúde e Sociedade. [Internet]. 2003 [cited 2018 Jan 20]; 12(2): 26-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200004&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902003000200004>.
15. Watson J, et al. Youth social behaviour and network therapy (Y-SBNT): adaptation of a family and social network intervention for young people who misuse alcohol and drugs - a randomised controlled feasibility trial. Health Technology Assessment - NIHR Journals Library. [internet] 2015 [cited 2018 Feb 22]; 21(15): 1-260. Available from: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta21150#/abstract> DOI: 10.3310/hta21150
16. Zelber-Sagi S, et al. Role of illness perception and self-efficacy in lifestyle modification among non-alcoholic fatty liver disease patients. World Journal of Gastroenterology - Baishideng Publishing Group [internet] 2015[cited 2018 Jan 17]; 23(10): 1881-1890 Available from:
17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5352930/> DOI: 10.3748/wjg.v23.i10.1881.
18. Biffi D, Nasi C. Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas sob a ótica do usuário: subsídios para a qualificação da consulta de enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE On line [internet] 2014 [cited 2018 Feb 20]; 8(10): 3573-5. Available from:
19. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10093/10550>
DOI: 10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201440

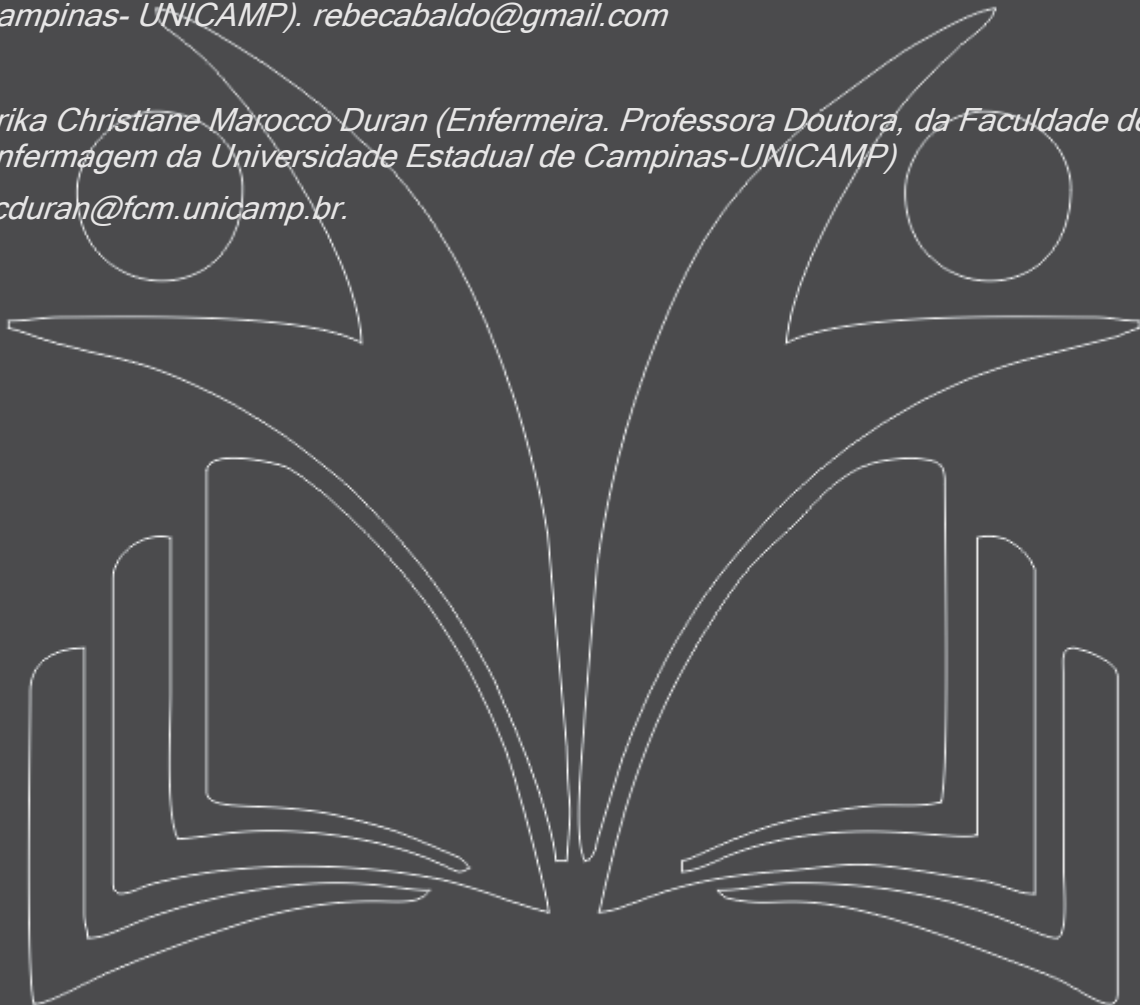
Capítulo 4

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES EM PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

[DOI: 10.37423/200500853](https://doi.org/10.37423/200500853)

Rebeca Baldo (Enfermeira. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP). rebecabaldo@gmail.com

*Erika Christiane Marocco Duran (Enfermeira. Professora Doutora, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP)
ecduran@fcm.unicamp.br.*



O conhecimento acerca dos julgamentos clínicos das repostas dos indivíduos aos problemas de saúde atuais ou potenciais durante a internação do paciente com infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva é imprescindível para uma assistência de qualidade. Estudo exploratório-descritivo, que teve como objetivo identificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com diagnóstico médico confirmado de infecção hospitalar de uma unidade de terapia intensiva. Nos 98 prontuários avaliados, identificou-se que a maioria dos pacientes era do sexo feminino (52%), a média de idade encontrada foi 50,8 anos com mediana 51,5 e desvio padrão 20,2; 35 (35,7%) foram a óbito; a infecção hospitalar específica mais encontrada foi a Pneumonia (59%). Observou-se 854 diagnósticos (18 categorias diferentes), média de 8,7 diagnósticos por paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram Risco de infecção (99%), Déficit do autocuidado para banho (97,9%), Risco de integridade da pele prejudicada (93,9%), Mobilidade física prejudicada (92,8%), Desobstrução ineficaz de vias aérea (90,8%), Risco de aspiração (90,8%), e Integridade da pele prejudicada (88,8%). O conhecimento do perfil dos pacientes com infecção hospitalar associado à identificação dos diagnósticos mais frequentes fornecem subsídios para a práxis da enfermagem e leva ao paciente assistência de enfermagem fidedigna e de qualidade, contribuindo para a construção de base da cientificidade da enfermagem.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva e Infecção Hospitalar.

Eixo 3: PESQUISA EM ENFERMAGEM

Capítulo 5

PENCEN: SOFTWARE DE APOIO À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

[DOI: 10.37423/200500867](https://doi.org/10.37423/200500867)

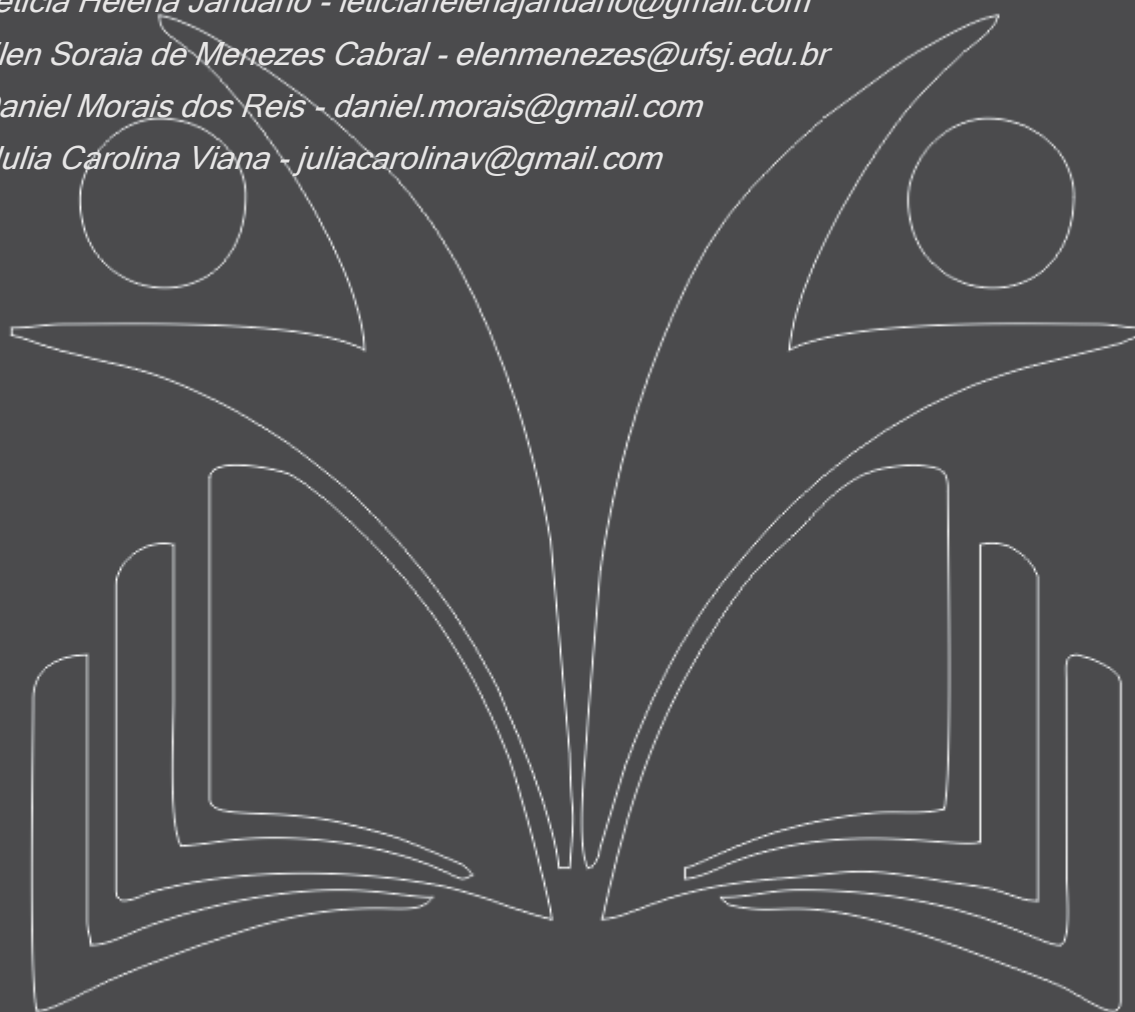
Edna Clara Januário de Araújo - edna.cja@gmail.com

Letícia Helena Januário - leticiahelenajanuario@gmail.com

Elen Soraia de Menezes Cabral - elenmenezes@ufsj.edu.br

Daniel Moraes dos Reis - daniel.morais@gmail.com

Julia Carolina Viana - juliacarolinav@gmail.com



INTRODUÇÃO

A prescrição de medicamentos e a solicitação de exames por enfermeiros são atividades relativamente novas para o profissional e pouco conhecidas pela comunidade. Estas atividades inserem-se no rol de mudanças vivenciadas pela profissão nas últimas décadas, nas quais o exercício da enfermagem torna-se mais técnico e científico e o enfermeiro passa a ter maior destaque como membro da equipe de saúde multidisciplinar. Esse destaque ocorre em função do estabelecimento de um corpo de conhecimentos próprio da profissão para a prestação de cuidados ao cliente, o qual lhe atribui autonomia, mas também exige maior comprometimento e competência do profissional. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), instituída pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN Nº 272/2002, garante o direito e ao mesmo tempo exige do enfermeiro essa prática. A SAE também é exigida pelo Ministério da Saúde, aos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde, SUS, para a acreditação do serviço. A autonomia do profissional enfermeiro na prescrição de medicamentos e solicitação de exames é reconhecida e legitimada em vários países. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), os enfermeiros têm autonomia para solicitar exames e prescrever medicamentos há mais de 20 anos em muitos países como os Estados Unidos, Canadá, Austrália, Inglaterra, Nova Zelândia, África do Sul, França, Zâmbia, Espanha, Argentina e Quênia. No Brasil a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986 e a Resolução 317/2007 do Conselho Federal de Enfermagem legitimam estas práticas pelo enfermeiro. A legislação brasileira estabelece que o enfermeiro está habilitado e autorizado a solicitar exames e prescrever medicamentos em programas específicos e protocolados. É natural que o profissional habilitado a estabelecer um diagnóstico, responda pelo tratamento. O CIE refere que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames por enfermeiros agilizou, dinamizou e rentabilizou os serviços de saúde, tendendo a vir a ser uma prática mundial. A prescrição de medicamentos exige do prescritor conhecimentos específicos do diagnóstico estabelecido, das possibilidades terapêuticas, e das características do indivíduo o qual será submetido ao tratamento. No caso do prescritor ser um enfermeiro no Brasil, a solicitação de exames e consequentemente o diagnóstico a ser feito, bem como a prescrição de medicamentos, estão restritos ao que for estabelecido em determinado protocolo: institucional, municipal, estadual ou outro. Assim a formação profissional do enfermeiro deve prepará-lo para este novo cenário. O curso de graduação em Enfermagem oferece ao graduando a oportunidade de vivenciar esta prática junto aos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Divinópolis (RMSD) desde o primeiro período do curso. A RMSD possui um protocolo de atuação do enfermeiro na equipe multidisciplinar de saúde no qual o enfermeiro tem autonomia para a solicitação de exames e prescrição de medicamentos nos

atendimentos de pré-natal e de puericultura e controle de anemia ferropriva na infância, verminoses, desnutrição e desidratação também na infância. Nesses atendimentos o enfermeiro lida com grande número de informações as quais devem ser organizadas e sistematizadas para viabilizar a eficácia da sua atuação. Dessa forma um aplicativo para sistematização informatizada pode ser instrumento útil à sua prática. Assim propusemos a criação de um software que auxilie o enfermeiro na interpretação do resultado de exames solicitados, sugerindo diagnósticos de enfermagem conforme terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A CIPE é o resultado, apesar de ainda em construção, do esforço do Conselho Internacional de Enfermagem, CIE, desde os anos 90 junto a enfermeiros de vários países, inclusive do Brasil, para criação de uma classificação das práticas que representasse a enfermagem em todo o mundo. A CIPE utilizada junto a SAE, expressa a atuação dos enfermeiros diante de um diagnóstico de enfermagem com a finalidade de alcançar determinados resultados e também viabiliza a descrição da prática de enfermagem, de forma a facilitar a comparação das práticas realizadas em diferentes cenários clínicos, populações, áreas geográficas e períodos.

OBJETIVO

O principal objetivo deste trabalho é elaborar um software com interface com o ensino para interpretação do resultado de exames e prescrição de enfermagem, relacionados à anemia ferropriva, verminoses e desidratação na infância, em conformidade com os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de desenvolvimento tecnológico, interinstitucional do qual participam a Universidade Federal de São João Del Rei através do Campus Centro-Oeste Dona Lindu – CCO/UFSJ e o Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Campus Divinópolis – CEFET MG. A elaboração do software seguiu as seguintes etapas: definição dos conceitos principais; modelo conceitual; criação dos diagramas; dicionário de dados; fluxograma do sistema e testes de funcionalidades. A terminologia utilizada para o diagnóstico de enfermagem foi a CIPE.

RESULTADOS

O desenvolvimento do software Pencen foi concluído. O software foi criado com a linguagem de programação Java Server Pages - JSP e banco de dados MySQL, um modelo para web, com banco de dados que pode ser acessado publicamente ou por usuários de uma intranet, rede de computadores

que executam serviços de World Wide Web (WWW). O aplicativo permite consultas, alteração ou adição de informações através da internet utilizando um navegador e conta com planejamento de limitação e controle de usuários.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do aplicativo Pencen viabiliza a informatização da SAE por meio de uma ferramenta de fácil manejo pelo enfermeiro. Assim, seu desenvolvimento corrobora para a integração da profissão com outras áreas do conhecimento, como a tecnologia da informação, além de contribuir com a ampliação da imagem técnico-científica da enfermagem junto à sociedade. O software, resultado deste trabalho, poderá contribuir significativamente com o ensino da SAE no curso de graduação em Enfermagem, bem como auxiliar o enfermeiro na assistência à saúde da criança na atenção primária.

Agradecimento: à FAPEMIG que financiou o projeto pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica “Júnior” da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais, PIBIC/FAPEMIG.

REFERÊNCIA

Garcia T. R, Cubas M. R, organizadoras. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN Nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.

CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução: Heimar de Fatima Marin. São Paulo: Argol Editora; 2011.

Capítulo 6

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS TRABALHADORES EXPOSTOS A RISCOS OCUPACIONAIS

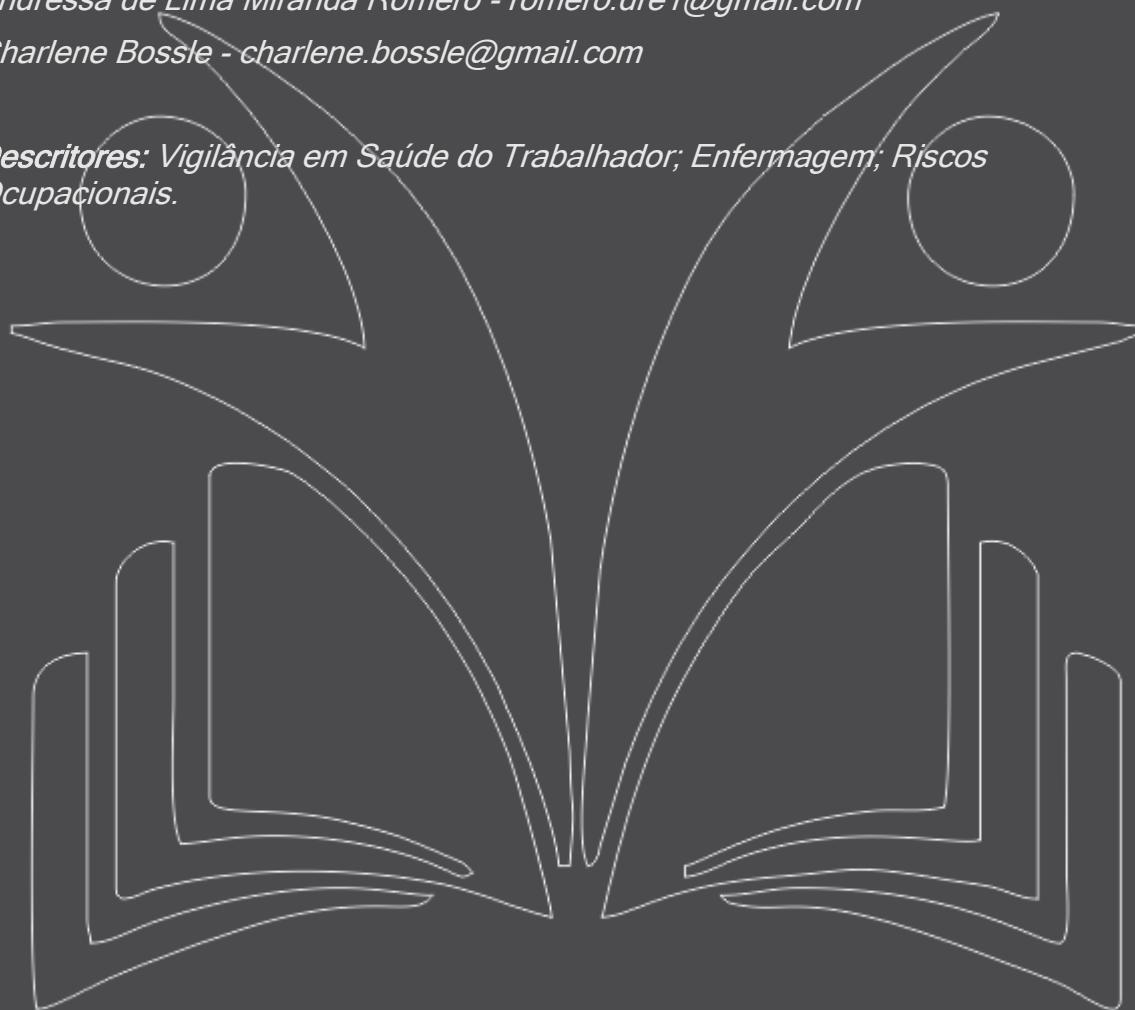
[DOI: 10.37423/200500889](https://doi.org/10.37423/200500889)

Gisele Basso Zanlorenzi - giselezanlorenzi@gmail.com

Andressa de Lima Miranda Romero - romero.dre1@gmail.com

Charlene Bossle - charlene.bossle@gmail.com

Descritores: *Vigilância em Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Riscos Ocupacionais.*



INTRODUÇÃO

A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde do trabalhador vem buscando, junto ao Ministério da Saúde, a proteção do trabalhador por meio do desenvolvimento de políticas públicas¹. Segundo a Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998, a vigilância em saúde do trabalhador compreende detectar, conhecer, pesquisar e analisar contínua e sistematicamente os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los. O objeto de estudo da vigilância em saúde do trabalhador é a interação saúde, ambiente e processos de trabalho, incluindo o trabalhador em todas as suas etapas. Dentro do processo de intervenção, leva-se em consideração aspectos que possam gerar danos à saúde dos trabalhadores, considerando legislações, constatações da equipe, como também aquelas sinalizadas pelos próprios profissionais sobre sua saúde e o seu trabalho². A saúde do trabalhador é um campo de abordagem multiprofissional, sendo o objetivo do trabalho da enfermagem a promoção a saúde e prevenção de agravos, desenvolvendo ações pautadas no cuidado³. Uma das estratégias utilizadas pelo enfermeiro na vigilância em saúde do trabalhador, e que fundamenta legalmente a sua atuação, é a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. O Processo de Enfermagem é efetivado por meio de cinco etapas, são elas: histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. A aplicação desses passos a indivíduos não hospitalizados se dá por meio da consulta de enfermagem realizada em ambulatório, e que se trata de uma atividade privativa do enfermeiro. Esta sistematização do trabalho permite ao enfermeiro promover o conhecimento dos trabalhadores acerca dos riscos aos quais estão expostos, e proporcionar condições para melhor a qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa⁴.

OBJETIVO

Realizar práticas diagnósticas por meio da consulta de enfermagem e propor ações intervencionistas, por meio de atividades educativas e ações que promovam mudanças com vistas à participação efetiva e consciente dos trabalhadores na prevenção e minimização dos agravos à saúde em ambiente laboral.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, na qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação estão envolvidos de modo cooperativo. É um tipo de pesquisa social com base empírica realizada em associação com a resolução de um problema coletivo⁵. Esta pesquisa fez parte de um projeto de extensão do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e foi realizada em um hospital público de grande porte localizado na capital paranaense. As consultas de enfermagem foram realizadas seguindo um roteiro prévio e contemplando as etapas de identificação, dados do local do trabalho, anamnese ocupacional, exame físico, exposição a riscos e diagnósticos de enfermagem. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE nº 0003.0.429.091-10 e respeitando o direito do trabalhador e as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O trabalhador participou da consulta de enfermagem após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por se tratar da fase inicial do estudo, as ações de intervenção foram desenvolvidas posteriormente, para promover a educação em saúde, com vistas à aquisição de conhecimento quanto aos riscos existentes no ambiente laboral, como forma de prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores, e conscientização sobre os hábitos de vida por eles praticados, tendo como objetivo a promoção da saúde de maneira integral.

RESULTADOS

No período de dezembro de 2009 a setembro de 2010 foram realizadas 57 consultas de enfermagem sendo 39 do laboratório de análises clínicas (LAC) e 18 do serviço de lavanderia (SL). Entre os trabalhadores pertencentes ao LAC a idade variou entre 21 e 61 anos, e aos do SL a idade variou entre 23 e 62 anos. Em ambos os setores o sexo feminino foi predominante, com 25 (64,1%) mulheres no LAC e 15 (83,3%) no SL. Em relação à jornada de trabalho diária, 22 (56%) trabalhadores do LAC cumprem 8 horas, e 13 (72%) do SL 12 horas diárias. A jornada de trabalho diária recomendada para trabalhadores em saúde não deve ultrapassar 6 horas, pois jornadas de trabalho longas, além de causar desgaste, favorecem a ocorrência de acidentes de trabalho⁶. Em relação ao índice de massa corporal (IMC), dado coletado e analisado devido sua importância ao avaliar a saúde geral desta população, verificou-se que no LAC o IMC variou de 18,5 Kg/m² a 32,84 Kg/m², apontando que 21 (54%) trabalhadores têm sobrepeso ou obesidade, e no SL o índice variou de 18,8 Kg/m² a 39,08 Kg/m², totalizando 10 (55,5%) com sobrepeso ou obesidade. Doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e doenças cardiovasculares têm como principal fator de risco o IMC acima de 25,0 kg/m² ⁷. Em relação à prática de exercícios físicos, no LAC 9 (23%) trabalhadores não praticavam atividade,

sendo que no SL este número sobe para 12 (66,6%). A adesão à prática de exercícios físicos auxilia no controle de estresse e de doenças crônico- degenerativas e assim leva a melhora na qualidade de vida do profissional de saúde⁸. Com relação à presença de dor, 14 (36%) trabalhadores do LAC referiram dores musculoesqueléticas, e no SL 2 (11,1%) relataram cefaléia e 9 (50%) dores musculoesqueléticas. Os profissionais de saúde são afetados em até 96,6% por dores osteomusculares, tais dores podem levar a acidentes de trabalho e adoecimento, além de interferir diretamente na qualidade de vida destes profissionais de acordo com estudo publicado em 2019⁹. Os trabalhadores foram questionados quanto a estarem expostos a riscos ocupacionais, 37 (95%) pertencentes ao LAC afirmaram exposição e manipulação de fluidos biológicos, entre os do SL 7 (39%) relataram estar expostos, e apenas 2 (11%) referiram manipular fluidos biológicos. No ambiente hospitalar, além dos profissionais da enfermagem e medicina, outras áreas e profissionais também estão expostos aos riscos biológicos, de forma direta ou indireta, o que exige cuidados e medidas de precaução¹⁰. Quanto aos riscos ergonômicos, 15 (39%) trabalhadores do LAC afirmaram trabalhar na posição ortostática a maior parte do tempo, sendo que no SL este número foi de 15 (83%). Em estudo realizado em 2016¹¹, constatou-se que fatores como postura incorreta, levantamento de peso excessivo, repetição de tarefas, são algumas das razões que influenciam na ocorrência de complicações na coluna. No LAC, 7 (18%) trabalhadores afirmaram ter exposição a ruído contínuo, e no SL o número aumenta para 15 (83%). Os ruídos laborais, quando ocorrem de forma prolongada, podem resultar em problemas de ordem psicológica, incômodo, estresse, distúrbios na comunicação, assim como afeta o desempenho de tarefas mentais¹².

CONCLUSÃO

Os resultados preliminares mostraram que os trabalhadores em estudo estão expostos a uma jornada diária de trabalho excessiva, e possuem hábitos de vida que não favorecem a promoção à saúde. Percebe-se que o conhecimento dos trabalhadores é superficial quanto aos riscos existentes no ambiente de trabalho, pois de acordo com os dados, as informações transmitidas por eles não condizem com os riscos aos quais estão expostos, e este é um fator que pode levar o trabalhador a adoecer.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Este estudo ressalta a autonomia do enfermeiro na saúde do trabalhador, pois este profissional pode atuar de modo a identificar riscos ocupacionais e promover ações preventivas. O enfermeiro pode atuar com um plano estratégico de assistência, identificando e intervindo frente às necessidades

encontradas no ambiente laboral, com o intuito de preservar e reabilitar a saúde do trabalhador. Sua atuação está relacionada à promoção da saúde dos trabalhadores, buscando o bem-estar e qualidade de vida, bem como, no desenvolvimento de ações educativas às equipes no que diz respeito a riscos ocupacionais no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

1 Neves ZCP, Tipple AFV, Mendonça KM, Souza ACS, Pereira MS. Legislações e recomendações brasileiras relacionadas à saúde e segurança ocupacional dos trabalhadores da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2017, [acesso em 06 de maio de 2020]; 19:a01. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40427/22826>

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120 de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília. [acesso em 07 de maio de 2020]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-3120-1o-julho-1998>

3 Moura DCA de, Gomes PC, Júnior GCT, Martins NA, Greco RM. Atenção à saúde do trabalhador: instrumento para subsidiar a consulta de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFSM [Internet] 2016, [acesso em 06 de maio de 2020]; 6(4): 589-599. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19832>.

4 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [acesso em 06 de maio de 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

5 Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-ação. Editora Cortez, 12ª edição. São Paulo: 2003.

6 Sarquis, LMM. O monitoramento do trabalhador de saúde, após exposição a fluidos biológicos. 195f. Tese (doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

7 Costa MC, Brito LL, Fidelis IC, Meira GLS, Azevedo VBR Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis identificadas em trabalhadores atendidos em um ambulatório de nutrição. Revista Baiana de Saúde Pública [Internet] 2012, [acesso em 10 de maio de 2020]; 36(3):727-739. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n3/a3461.pdf>

8 Costa HTC, Lopes DT, Rabay AAN, Santos RML, Moura SKMSF. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação da área de saúde. Revista Diálogos em Saúde [Internet] 2018, [acesso em 10 de maio de 2020]; 1(1). Disponível em:

<http://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/202/179>

9 Isabelle A, Ferreira L, Moraes R, Monique S, Silva V, Buogo A, Schuha C Prevalência de dores osteomusculares em profissionais da área da saúde. Revista Científica do Hospital Santa Rosa Coorte [Internet] 2019, [acesso em 10 de maio de 2020]; (9). Disponível em:

<file:///C:/Users/User/Downloads/121-325-1-PB.pdf>

10 Dornelles C, Carvalho LA, Thofehrn MB, Nunes NJS, Fernandes HN. Exposição de profissionais de saúde ao material biológico: estudo no ambiente hospitalar. Journal of Nursing and Health [Internet] 2016, [acesso em 08 de maio de 2020];1(1):64-75. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5463/5329>

11 Pasa TS, Magnano TSBS, Silva RM da, Cervo AS, Beck CLC, Viero NC. Riscos Ergonômicos para trabalhadores de enfermagem ao movimentar e remover pacientes. Revista de Enfermagem da UFSM [Internet] 2015, [acesso em 06 de maio de 2020]; ;5(1): 92-102. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15016/pdf>

12 Silva JLL da, Costa FS, Souza RF de, Sousa JL, Oliveira RS. O ruído causando danos e estresse: possibilidade de atuação para a enfermagem do trabalho. Avances en Enfermería [Internet] 2014, [acesso em 06 de maio de 2020]: 124-138. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n1/v32n1a13.pdf>

Capítulo 7

GRUPO DE ENFERMAGEM INTENSIVA DA REDE UNIVERSITÁRIA (RUTE): UM MARCO PROFISSIONAL DIMINUINDO BARREIRAS AUMENTANDO CONHECIMENTOS

[DOI: 10.37423/200500913](https://doi.org/10.37423/200500913)

Assad, Luciana (Enfermeira, Coordenadora do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Behring, Lilian Prates (Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery, enfermeira plantonista do CTI cardíaco do Hospital Universitário Pedro Ernesto).

Luiz, Arianne Faleiro (Graduanda do 7º período de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Monteiro, Alexandra (Médica e coordenadora do Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Nascimento, Monique de Souza (Graduanda do 7º período de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e bolsista RUTE ,Rede Universitária de Telemedicina).



A Internet aliada ao processo de aprendizagem e atualização dos profissionais representa um recurso valioso para o profissional que busca novas informações e permite que barreiras físicas sejam superadas, possibilitando o desenvolvimento de troca de conhecimentos com alto nível de interatividade². Este estudo tem como objetivo apresentar a criação e implementação do Grupo especial de Interesse em Enfermagem Intensiva e Alta complexidade, vinculado da RUTE, da Rede Nacional de pesquisa (RNP). A utilização da Internet cresce vertiginosamente em países desenvolvidos, onde a estrutura universitária considera e faz uso deste sistema, existindo maior utilização e conseqüente benefício para esta área. Já nos países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, a utilização dos recursos varia de acordo com a tecnologia disponível de país a país e com as iniciativas locais da própria enfermagem, as quais refletem o desenvolvimento de pesquisas na área de Informática em Enfermagem¹. No Brasil, em Novembro de 1997, a USP foi pioneira em implantar uma disciplina de telemedicina, e partir de 2002, passou a utilizar equipamento de videoconferência³. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro(UERJ) iniciou em 2003 suas atividades, em 2006, já com representatividade na Comissão Permanente de Telessaúde, do Ministério da Saúde, foi integrada a RUTE . A Rede Universitária é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários. Visa apoiar o aprimoramento de projetos em telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalho interinstitucionais abre um espaço muito interessante para todas as áreas, com enfoque na enfermagem.

Surgindo os grupos de Interesse (SIGs) entre eles o Grupo de enfermagem Intensiva e alta complexidade. A relevância deste trabalho está na demonstração do processo de criação e a implantação do SIG-RUTE enfermagem intensiva e de Alta complexidade e como este grupo tem sido um marco de crescimento para a profissão no que diz respeito construção e fortalecimento de conhecimentos, não só entre os profissionais de enfermagem e outras áreas da saúde. Enfocando a necessidade de diminuir as distâncias espaciais e culturais e manutenção de uma aproximação entre os diversos saberes e experiências vivenciadas e a formação do profissional enfermeiro nacionalmente. Surge uma ferramenta criada para a difusão do conhecimento em todo o território nacional- O SIG –Enfermagem Intensiva e de Alta Complexidade. O processo de implantação da RUTE teve inicio em setembro de 2008 com o inicio do projeto e a definição de formação do grupo de enfermagem.

Após tal decisão surge a necessidade de criação de uma organização central para direcionamento das atividades propostas. Em dezembro de 2009 ocorre à aprovação do grupo pela RNP e iniciam-se, então, os convites para a formação das coordenações locais com objetivo do maior número de participantes em todas as regiões brasileiras. A RUTE-Sig enfermagem Intensiva hoje possui representação em todas as regiões do Brasil e contempla os principais estados. Funciona através da realização de teleconferências onde ocorre, entre as regiões do país que são participantes, uma interação de conteúdos através de vídeo conferências realizadas pelos profissionais envolvidos. Hoje contamos com a participação de trinta e uma instituições que abrangem diversos estados do país, sendo a instituição coordenadora o Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. Na realização das teleconferências, os temas abordados e os palestrantes são propostos e definidos através de um consenso entre as instituições participantes, que expõem seu interesse na abordagem de determinado tema de acordo com a necessidade local, beneficiando de maneira igualitária os participantes. Dessa forma, são agendadas as palestras e são divulgadas para um público de acadêmicos e profissionais de enfermagem. As Teleconferências (Vídeo e Web conferências) acontecem na última quarta-feira de cada mês, sempre das 12h00min às 13h30min, horário de Brasília.

São utilizados então anfiteatros e salas, conforme a disponibilidade de cada local, que comporte os participantes. Durante a palestra por vídeo conferência, os participantes das diversas regiões inserem suas colocações, experiências e perguntas acerca do assunto abordado, havendo assim, uma grande interação. Após a palestra são feitas perguntas feitas vias Chat e as dúvidas em relação ao conteúdo abordado são, então, esclarecidas. Considerando que lidamos com profissionais de culturas, realidades e dificuldades diferentes, percebemos, então, um grande retorno dos participantes que expõem suas idéias e dúvidas fazendo com que haja um acréscimo de conhecimento para cada região. Dessa forma amplia-se o conhecimento da enfermagem possibilitando a diminuição da disparidade e a unificação da capacidade profissional. Apesar de termos muita vantagem, observa também algumas dificuldades como, por exemplo, a grande distância entre os estados participantes, pois o contato através do telefone ou pessoalmente quando há necessidade, acaba por elevar os custos, diminuir a informação e até impedir a comunicação. É interessante que haja a criação de outros grupos semelhantes a este, uma vez que há diversos ramos de conhecimento dentro da enfermagem, que podem tomar esta iniciativa como exemplo a fim de ampliar e enriquecer o domínio do saber dentro de cada área resultando em uma melhor assistência por parte dos profissionais. Além disso, existe um convite para que haja cada vez mais adesão de instituições a RUTE no que diz respeito à enfermagem

intensiva e alta complexidade, para que possamos nos estruturar mais para que as fronteiras geográficas e de conhecimentos se tornem cada vez menores, em prol de um crescimento profissional.

REFERÊNCIAS

1-Santos SGF, Marques IR. Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. Rev Bras Enferm 2006 Mar-Abr [citado em: 20 mai 2009] 59(2):212-216. Disponível em:URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/>

2- Sanches LMP, Lopes MHBM. Educação à distância sobre cardioversão e desfibrilação para enfermeiros. Rev. Bras. Enferm 2008 Sept-Oct [citado em 24 mai 2009] 61(5). Disponível em: URL:<http://www.scielo.br/scielo.php> 3- Fassa D; Telessíntese - Uma telemedicina do tamanho do bolso do Brasil: Histórias de sucesso em medicina. Jornal da USP on line 2008. [citado em: 24 maio 2009].

Disponível em:URL: <http://www.usp.br/jor>

Capítulo 8

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ATRIBUÍDOS AO CÂNCER DE MAMA GESTACIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

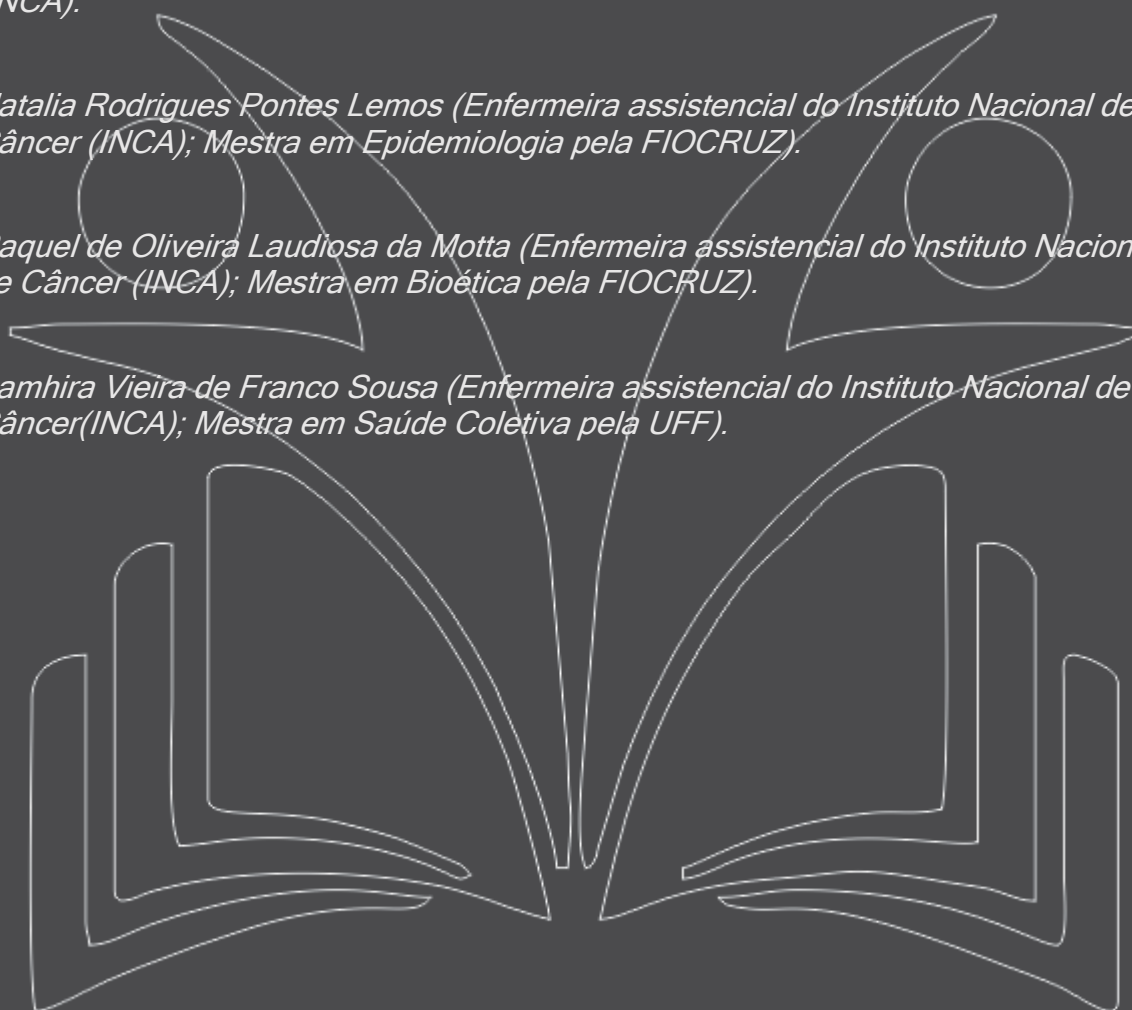
[DOI: 10.37423/200500917](https://doi.org/10.37423/200500917)

Aline da Costa Marins (Enfermeira assistencial do Instituto Nacional de Câncer (INCA)).

Natalia Rodrigues Pontes Lemos (Enfermeira assistencial do Instituto Nacional de Câncer (INCA); Mestra em Epidemiologia pela FIOCRUZ).

Raquel de Oliveira Laudiosa da Motta (Enfermeira assistencial do Instituto Nacional de Câncer (INCA); Mestra em Bioética pela FIOCRUZ).

Samhira Vieira de Franco Sousa (Enfermeira assistencial do Instituto Nacional de Câncer (INCA); Mestra em Saúde Coletiva pela UFF).



RESUMO: Trata-se de um Relato de Experiência, experimentado pelas autoras em um serviço de Mastologia do RJ em 2010, que causou impacto em nosso contexto profissional, pela singularidade do cenário e pela necessidade de estudos voltados para o empoderamento da Enfermagem na pesquisa científica. Elaborou-se, a partir da assistência prestada a uma mulher com câncer de mama diagnosticado no ciclo gravídico-puerperal, diagnósticos de Enfermagem com base na taxonomia NANDA que possam nortear um cuidado mais individualizado e integral em casos acompanhados por profissionais da área de saúde oncológica. Estes diagnósticos, embora construídos observando-se um cenário particular, tornam-se universais e viáveis de serem aplicados em outros casos clínicos, balizando o planejamento dos cuidados em saúde. Concluiu-se que há necessidade de estimular gestantes e puérperas ao cuidado com a saúde do aparelho reprodutor, buscando diagnósticos precoces e evitando elevada morbidade e risco de morte . Ademais, configura-se como produção científica, incrementando a produtividade da Enfermagem em um cenário raro, não incomum, no serviço de assistência ao câncer feminino.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Ciclo gravídico-puerperal; Diagnósticos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Segundo as Estimativas de Câncer no Brasil pelo Instituto Nacional de Câncer, o Brasil deverá registrar 625 mil novos casos de câncer para cada ano do triênio 2020/2022, sendo o câncer de mama feminina o mais frequente no Brasil, na população feminina, com 29,7% dos casos, excetuando-se o câncer de pele não melanoma que configurará como principal ¹. Independentemente da condição socioeconômica do país, a incidência desse câncer se configura entre as primeiras posições das neoplasias malignas femininas. Não existe somente um fator de risco para câncer de mama, no entanto a idade acima dos 50 anos é considerado o mais importante ².

Caso seja diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, ainda as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados, conforme as autoras observam em seu cotidiano laboral no contexto oncológico. Contudo, enfocaremos o câncer de mama na gravidez, tendo em vista fugir do principal fator de risco para o seu desenvolvimento (idade) e o impacto social, estético e emocional que causa na vida desta mulher, criança e família, diante da morbidade pela doença e do processo terapêutico, além do risco de morte pelo agravamento da doença.

Define-se carcinoma de mama na gestação como a neoplasia identificada durante o período gravídico e até um ano após o parto e com prevalência durante o ciclo gravídico-puerperal, de um caso a cada 3.000 a 10.000 gravidezes, na dependência da população estudada ³.

Entre as razões para o diagnóstico tardio durante o período gravídico-puerperal podemos citar as alterações mamárias por ação hormonal (mais sensíveis e granuladas), mamas mais densas dificultando a realização do exame clínico e da mamografia, bem como o foco estar na criança e seu desenvolvimento, e não no rastreio de doenças do aparelho reprodutor feminino materno ⁴. Mulher de 30 anos de idade ou mais com história familiar tem risco três vezes maior do que as sem familiares com câncer de mama, bem como o efeito protetor da gravidez aumenta com a paridade e a idade precoce da primeira gestação. Assim, a primeira gravidez antes dos 30 anos reduz o risco em 25% em comparação com as nulíparas. Se a primeira gravidez ocorrer antes dos 20 anos, o risco é 30% menor do que em primíparas após os 35 anos ⁵.

As características histológicas do câncer de mama associado à gestação são similares as encontradas em pacientes não grávidas abaixo dos 35 anos. A maioria dessas pacientes são diagnosticadas com

Adenocarcinoma de mama ductal invasivo , o qual geralmente associa-se a maior agressividade e com invasão linfática e vascular. São, geralmente, tumores maiores e com um maior acometimento linfonodal do que quando comparadas as pacientes não grávidas da mesma faixa etária 6.

MÉTODO

O estudo foi elaborado pelas autoras através da observação de um caso clínico no setor de Mastologia de um Instituto de assistência oncológica do RJ, realizado em 2010. Embora este caso tenha ocorrido há anos, o desenlace deste diagnóstico no período gestacional, bem como o impacto social, emocional, psicológico e físico causado a esta mulher nos motivou a estudar mais sobre os aspectos epidemiológicos e investigar a produção científica acerca, vislumbrando o levantamento dos diagnósticos de enfermagem . Embora o processo de enfermagem seja algo individualizado, esta observação possa resultar em diagnósticos comuns a outros casos semelhantes, direcionando uma atenção de Enfermagem direcionada a este período.

A investigação constituiu-se em um estudo com cunho descritivo, no qual se buscou colher informações a respeito do comportamento de determinados eventos que estão diretamente relacionados com a neoplasia estudada, no contexto raro citado.

Não descreveremos um caso clínico pois não se trata de um Estudo de Caso mas , sim, um Relato de Experiência motivando o levantamento de Diagnósticos de Enfermagem que porventura enquadrem-se em casos clínicos que futuramente nós e outros profissionais de saúde nos depararemos.

Esta experiência possibilitou as autoras valorizarem os diversos aspectos vivenciados por mulheres nesta condição, que variam desde o sofrimento acarretado pelo diagnóstico, em um momento tão importante para a vida da maioria das mulheres , a percepção da sexualidade afetada, bem como as consequências de um diagnóstico tardio (lesões tumorais, dor, alteração da anatomia corporal, entre outros).

Objetivos: Aprofundar conhecimento acerca do câncer de mama diagnosticado no período gestacional, hipóteses, epidemiologia e aspectos clínicos. Levantar os principais diagnósticos, baseado em NANDA (North American Nursing Association), encontrados no câncer de mama diagnosticado no período gravídico-puerperal, encontrados no caso observado; Divulgar os resultados da pesquisa com a finalidade de aprimorar a produção científica sobre diagnósticos de enfermagem e câncer de mama em gestantes e puérperas.

DISCUSSÃO

O enfermeiro possui um papel essencial desde a prevenção, promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos na assistência oncológica, interferindo diretamente na mudança comportamental da população visada, em relação às principais medidas empregadas contra o câncer⁷. Para tal, necessita de conhecimento técnico-científico e expertise prática para lidar com as diferentes nuances desse cuidado. Seu planejamento, assim como as ações executadas precisam de embasamento em pesquisas científicas e uma uniformização.

NANDA é um sistema criado e adotado por enfermeiras americanas, que tem como objetivo desenvolver uma classificação que padronize diagnósticos para ser usado por profissionais de enfermagem⁸.

A realidade assistencial por vezes pode se tornar impactante, dificultando o processo de cuidar. Lidar com componentes emocionais, perdas e dor, divergindo do contexto de vida pertinente ao fato de se gerar uma vida, poderá engessar a atenção a esta mulher e sua família. Os diagnósticos a seguir levantados contribuem para iniciar-se uma atenção mais focada e acolhedora.

Analisando a evolução da doença no caso em que foi observado (em estágios avançados e com lesão tumoral infiltrante e ulcerada), de mulheres jovens e em vigência terapêutica radioterápica e quimioterápica (regime terapêutico proposto no estadiamento avançado e em condições clínicas para tal), ressaltamos os seguintes diagnósticos de Enfermagem :

- 1) Dor Crônica caracterizada por expressão facial e relato verbal relacionado à incapacidade física crônica;
- 2) Hipertermia caracterizado pelo aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais relacionado com a doença;
- 3) Distúrbio na imagem corporal caracterizado pela verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função relacionada com a lesão na mama e o câncer;
- 4) Náusea caracterizada por relato de náusea e sensação de vômito relacionada a fármacos, dor, estímulo visual desagradável e odores nocivos;

- 5) Integridade da pele prejudicada caracterizada pelo rompimento da superfície da pele, destruição de camadas da pele e invasão de estruturas do corpo relacionado ao déficit imunológico e doença avançada.
- 6) Enfrentamento familiar e pessoal comprometidos relacionado á evolução da doença caracterizado por discurso de medo em relação ao futuro da criança gerada.
- 7) Sexualidade comprometida relacionado com doença localmente avançada caracterizado por insatisfação com o corpo nu.

O levantamento anterior, construído pautado em uma observação impactante experimentada na prática profissional, confere uma visão holística sobre os principais problemas apresentados por mulheres no ciclo gravídico-puerperal, com diagnóstico de câncer de mama avançado. Desta forma permite-se uma assistência individualizada e integral á mulher, companheiro e família, trabalhando-se potenciais complicadores neste processo de tratamento de uma doença ameaçadora à vida.

Cabe ressaltar que os fatores de risco não estão bem estabelecidos e a literatura apresenta poucos estudos que incluem mulheres com o diagnóstico de câncer de mama realizado durante a gravidez, conforme enfatizado em um dos estudos consultados 9. Portanto trabalha-se na perspectiva de incentivar esta mulher, gestante ou puérpera a não descuidar de sua saúde durante este período, para que a detecção precoce aconteça e minimize as potenciais complicações advindas do diagnóstico tardio. Quantos aos diagnósticos referentes ao tratamento, estes deverão ser trabalhados pautados na orientação prévia e trabalho multiprofissional em saúde para reduzir o impacto em sua vida. O trabalho psicológico da mulher e de seu companheiro são fundamentais, tendo em vista ao medo em relação ao futuro, incerteza do acompanhamento no crescimento e desenvolvimento do bebê e em relação a sexualidade.

CONCLUSÃO

O Câncer de mama na gestação é uma condição rara mas não incomum no cenários dos cânceres na população feminina. Coma escolha tardia da mulher em gerar uma vida, o fator de risco idade mais citado nas literaturas, faz-se presente, aumentando a prevalência desta condição. Por se tratar de um momento muitas vezes planejado, a mulher na euforia de gerar uma vida ignora os sinais que o corpo dá relacionados ao processo de adoecimento, contribuindo para o diagnóstico tardio.

Divulgar estudos com relevância científica e social é um desafio para área acadêmica, justificando-se o presente estudo mediante a singularidade deste contexto: saúde feminina, ciclo gravídico-puerperal, doença oncológica ameaçadora á vida e a alteração do núcleo familiar e dos sentimentos advindos com a incerteza do futuro.

Desta forma buscamos com este trabalho um melhor aprofundamento do assunto e a elaboração de um plano de cuidados pertinentes a este quadro clínico, com base nos diagnóstico de Enfermagem sinalizados , pautados na NANDA. Esperamos com isso melhorar a qualidade de assistência a pacientes portadores desta neoplasia mamária na gestação (diante da singularidade do caso) e incrementar a produção científica nesta área, ainda pouco explorada no meio acadêmico e científico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA,2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama: vamos falar sobre isso? Rio de Janeiro: INCA, 2019.
3. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. cancer in pregnancy: a review of the literature: part I. Obstet Gynecol Surv. 1996;51(2):125-134.
4. American Joint Committee on Cancer (AJCC). AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York: Springer; 2017.
5. Bell RJ, Fradkin P, Parathithasan N, Robinson PJ, Schwarz M, Davis SR. Pregnancy-associated breast cancer and pregnancy following treatment for breast cancer, in a cohort of woman from Victoria, Australia, with a first diagnosis of invasive breast cancer. Breast 2013; 22(5):980-985.
6. Mant F, Deckers S, Van Calsteren K, Loibl S, Halaska M, Brepoels L, et al. Breast Cancer in pregnancy: Recommendations of an international consensus meeting. Eur J Cancer. 2010;46(18):3158-68.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação do Câncer de Mama: Manual de Operação. Rio de Janeiro: DATASUS, 2008.
8. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification: 2018-2020. Philadelphia: NANDA, 2018.
9. Monteiro DLM, Nunes CL, Rodrigues NCP, Antunes CA, Almeida EM, Barmpas DPS et al. Fatores associados ao câncer de mama gestacional: estudo caso-controle. Ciênc saúde coletiva. 2019; 24(6): 2361-69.

Capítulo 9

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMPARATIVO DA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM PERNAMBUCO

[DOI: 10.37423/200500924](https://doi.org/10.37423/200500924)

Márcia Cristina Martins dos Santos - mcmartins72@gmail.com

Suzana lins da Silva - suzanalinsilva@gmail.com

Fabiana Albuquerque Meirelles Villachan - fabianavillachan@gmail.com

Karla Hellen Dias Soares - karladias_soares@hotmail.com

Francisca Márcia Pereira Linhares - marciapl27@gmail.com

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro - estelameirellesufpe@gmail.com



RESUMO: Estudo que tem como objetivo avaliar o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital da rede pública da cidade do Recife, Pernambuco. A pesquisa é do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa envolvendo a apreensão de dados de dois distintos recortes temporais, 2011 e 2016-2018. O cenário inicial foi constituído por seis grandes hospitais públicos da rede estadual de Pernambuco, sendo retomado a avaliação da implementação da SAE pela equipe de Superintendência de Enfermagem em um dos hospitais. A amostra foi intencional composta por 13 enfermeiras, que ocupavam cargos de gestão ou de educação permanente nos respectivos hospitais. Utilizou-se a gravação das entrevistas, que foram analisadas após leituras e releituras, segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin. Na análise e discussão dos dados foi utilizada a categoria nomeada como: estratégias que viabilizem a SAE. Com base nos resultados obtidos estabeleceu-se uma comparação dos dados com um intervalo temporal de sete anos.

Foram desenvolvidas para comparação duas subcategorias que apontaram como estratégias para implantação da SAE, as ações da Educação Permanente e Comissão para a SAE, e as ações da gestão no redimensionamento do capital humano de enfermagem. Nos resultados os relatos revelaram em todos os hospitais iniciativas isoladas e desarticuladas de aplicação do Processo de Enfermagem, em forma de propostas distintas em uma mesma instituição ou com evidência de apenas algumas de suas fases em setores específicos nos hospitais. Os dados oriundos deste estudo constituem um alerta aos enfermeiros quanto à necessidade emergente de estabelecer uma rede geradora e promotora de transformação na práxis assistencial, favorecendo, deste modo, a aplicação da SAE e a qualidade da assistência de Enfermagem.

Descritores: Enfermagem, Processos de Enfermagem, Qualidade da Assistência à Saúde, Diagnóstico de Enfermagem, Educação Permanente.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o sistema de saúde vem passando por uma série de transformações que teve seu início com o movimento da Reforma Sanitária a partir da mobilização de grupos de lutas que buscavam atender aos anseios e necessidades da população. Neste cenário, foi elaborado o Sistema Único de Saúde (SUS), buscando um novo modelo de atenção centrado na saúde, alicerçado nos princípios da equidade, descentralização, participação social e integralidade (CAMPOS, 2003).

Em 2006, surge o pacto pela saúde com o objetivo de inovar os processos de gestão, com a finalidade de alcançar mais qualidade e eficiência nas ações do SUS, redefinindo as responsabilidades dos gestores com base nas necessidades de saúde da população e em busca da equidade (BRASIL, 2006).

Por meio da reflexão podemos estabelecer a junção e inter-relação entre a promoção da saúde, como meio de enfrentamento da realidade na saúde pública, a SAE como a operacionalização do Processo de Enfermagem, respondendo aos problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade e a gestão com o compromisso de promover a eficácia e qualidade no SUS, trazendo para os envolvidos, o significado de suas ações, como atores sociais (CHRIZOSTIMO; ROSAS, 2006).

Apesar de todos os avanços percorridos, ainda se percebe a carência de políticas que fortaleçam a promoção à saúde, com a participação da população. Os membros das associações profissionais de saúde devem fomentar debates e discussões sobre esta temática, de modo que a assistência seja mais equitativa, mais humanizada, com acolhimento e escuta, empoderando os indivíduos para o controle das ações (SPARKS, 2009).

A implementação da SAE confere ao enfermeiro a possibilidade da visão integral do indivíduo e de seu meio social (GARCIA, 2016; GARCIA, NÓBREGA, 2009), porém, não se pode atribuir-lhe a responsabilidade isolada da garantia de qualidade nos serviços de saúde. É necessário considerar fatores relevantes como a intersetorialidade e interdisciplinaridade, em torno deste objetivo, onde é primordial o reconhecimento dos valores e do trabalho de cada membro, como também a priorização e respeito aos direitos dos pacientes/usuários, levando-se em consideração o foco do trabalho em saúde: o cuidar (NASCIMENTO, et al., 2017).

O SUS propiciou um incremento significativo em propostas inovadoras de acessibilidade, descentralização e fortalecimento da atenção à saúde, a exemplo da Estratégia Saúde da Família, que vem preconizar uma prestação da assistência integral, completa e contínua, por meio do

conhecimento da realidade, da identificação dos problemas das comunidades sob sua responsabilidade (MOTTA, SIQUEIRA-BATISTA, 2015) .

No entanto , o contexto hospitalar ainda enfrenta dificuldades para reestruturar a gestão e atenção à saúde, pela resistência quanto à superação do modelo biomédico curativista e fragmentado, com extrema soberania do poder médico e pouca escuta e participação dos pacientes/usuários/familiares na escolha da terapêutica a ser realizada, desconsiderando os direitos dos mesmos no exercício de sua cidadania (RIBEIRO, FERLA, 2016).

Uma mobilização para construção de um novo modelo assistencial na perspectiva de transcender com o paradigma da biomedicina, requer considerar dois aspectos primordiais: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários. As diferentes contribuições teóricas provocam o entendimento de que é, a arena de interesses, construídos no cotidiano dos serviços de saúde, que definirá o desenho assistencial (FERTONANI, 2015).

Foi por influência de movimentos populares e associativos que reivindicavam melhoria nos serviços públicos de saúde, que na década de 90, surgem as avaliações de satisfação dos usuários, como elemento de avaliação da qualidade em saúde. O conceito de humanização constitui o princípio dos Programas de Humanização, criados para a saúde pública brasileira. Esses programas resultaram na Política de Humanização Nacional (PNH), que tem como ação, entre outros, o levantamento periódico dos índices de satisfação de profissionais e usuários (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, FERREIRA, ARTMANN, 2018).

Nos dias atuais, especificamente na área da saúde, a busca pela qualidade total, está baseada nos pilares da acreditação hospitalar, que é um tipo de certificação de qualidade que abrange todos os setores de uma determinada instituição. A finalidade do projeto de acreditação hospitalar é a melhoria dos processos de trabalho, por meio de consultorias que avaliam e incentivam a padronização e melhoria dos recursos da instituição, com ênfase nas ações de educação permanente dos profissionais.

A acreditação surgiu em 1912, com o Colégio Norte Americano de Cirurgiões.

Em 1950 foi criada a “Joint Commission on Accreditation of Hospitals” e em 1970 foram estabelecidos os padrões de excelência na assistência a saúde, baseados em processos e resultados (LIMA; ERDMANN, 2006).

No fim da década de 1990, o Ministério da Saúde instituiu a Organização

Nacional de Acreditação (ONA), sendo o órgão responsável em promover a melhoria da qualidade da assistência à saúde no Brasil, por meio de instituições credenciadas, chamadas de acreditadoras e um Programa de Padrões, que estimula a participação e certifica as instituições de saúde que se enquadrem em um dos níveis de qualidade propostos (BRASIL, 1999). A avaliação da qualidade dos serviços deve ser realizada por meio de indicadores de qualidade, que podem ser definidos como sensores que auxiliam a verificação do alcance dos objetivos pretendidos (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Para a utilização dos indicadores de qualidade na Assistência de Enfermagem, é imprescindível a padronização de termos e registro das ações de enfermagem, desta forma pode ser observada consonância entre a SAE e os três padrões requisitados pela acreditação hospitalar: requisito de segurança; análise de processos e melhoria dos processos de trabalho.

Quanto ao requisito de segurança, deve-se atuar com cumprimento das legislações específicas sobre o tema, envolvendo pacientes e suas famílias nas ações que promovam o cuidado seguro, ampliando o acesso da sociedade aos dados relativos a segurança do paciente e difundindo sistematicamente o conhecimento sobre a segurança do paciente nas esferas do ensino formativo em saúde. A análise de processos está relacionada ao cumprimento de ações padronizadas e cumprimento de todas as etapas do Processo de Enfermagem e a análise dos indicadores estabelecidos. Para que seja alcançado o nível de melhoria contínua deve existir planos assistenciais incorporados a realidade da instituição e mensuração das ações realizadas (BRASIL, 2013; SARSUR ; MEDEIROS, 2010; VITURI; MATSUDA, 2009).

Estudos realizados revelam que os enfermeiros assistenciais apresentam conhecimentos teóricos e práticos sobre SAE e PE, porém com divergências.

Verificou-se também, que há mais desafios do que facilidades para a operacionalização da SAE e do PE, embora tenham revelado acreditar na importância da SAE na melhoria da qualidade da assistência (SILVA et al , 2011).

Outros estudos apontam a carência de maior interação na participação de todos os envolvidos no processo de cuidar para consolidação e organização do referencial identitário da enfermagem, destacando-se a necessidade de maior ênfase na formação técnica de enfermagem sobre a importância desta categoria na execução do Processo de Enfermagem (SILVA et al, 2016; GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Segundo Garcia (2016), o Processo de Enfermagem traz como essência um trabalho que exige habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, demandando flexibilidade, criação e inovação em planos de cuidado condizentes com as necessidades humanas e sociais dos indivíduos. Essa essência quando articulada, caracteriza a perícia no Processo de Enfermagem e impulsiona a qualidade no atendimento.

Neste sentido, o presente estudo emerge inicialmente de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem em hospitais de grande e extra porte da rede estadual em Recife-PE”, realizada em 2011, com a retomada de dados atualizados e tem como objetivos: apresentar um diagnóstico situacional retrospectivo da Sistematização da Assistência de Enfermagem em seis hospitais da rede pública da cidade do Recife, Pernambuco, e avaliar o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um dos hospitais.

MÉTODO

Estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório, desenvolvido em dois momentos. Inicialmente, se propõe a realizar um diagnóstico situacional retrospectivo, referente ao ano de 2011, em relação a Sistematização da Assistência de Enfermagem em seis hospitais. Neste período, um dos hospitais participantes demonstrou interesse em dar continuidade ao estudo e desenvolver as estratégias necessárias para implementação da Sistematização da assistência e Enfermagem.

O cenário do estudo foi composto inicialmente por seis hospitais da rede pública, de grande e extra-porte, na cidade do Recife, pertencentes à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que correspondeu ao período inicial do estudo. Decorridos cinco anos, foi iniciada uma avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no período de 2016 a 2018, em um dos hospitais participantes do primeiro momento da coleta, que assumiu o interesse em estabelecer estratégia para desencadear um processo de implementação da SAE. É considerado um hospital geral com perfil materno infantil, contendo atualmente 310 leitos ativos, sendo 46 leitos de cuidado intensivo. A avaliação foi desenvolvida com a participação da equipe, denominada de Superintendência de Enfermagem, com três enfermeiras em função de gestão.

O projeto piloto iniciou com a fase de treinamento, com aplicação de formulário na assistência entre os meses de junho a agosto de 2016. A avaliação do projeto foi realizada no mês de setembro do mesmo ano. Aproveitamos a implantação do projeto para avaliar também as outras etapas da Sistematização da Assistência em Enfermagem.

Foram aplicados formulários do tipo check-list, em que analisamos os seguintes itens: avaliação inicial de enfermagem nas primeiras 24 hs documentada no prontuário do paciente; evolução diária do enfermeiro; preenchimento do formulário de diagnóstico e prescrições diárias de acordo com cada paciente e itens relacionados com horários abertos e checagem da prescrição de enfermagem pelos técnicos de enfermagem. De acordo com a completude dos itens, esses poderiam estar: conforme, parcialmente conforme ou não conforme.

Em cada formulário descrito, foi utilizado como instrumento de análise dos prontuários dos pacientes internados no período, nas Unidades de Terapias Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatológica e na Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia do hospital, onde passamos a contabilizar a adesão e implementação da sistematização da assistência em enfermagem através dos dados coletados.

Os amostra foi composta por enfermeiros dos respectivos hospitais. Para tanto, utilizou-se como critério de inclusão: enfermeiros que estivessem atuando em gerência de enfermagem, respondendo tecnicamente pela assistência de enfermagem nas instituições pesquisadas e/ou atuando nas Unidades de Educação em Saúde, por considerar que essas funções interligadas são de suma importância para alavancar a proposta de implantação e conduzir por meio de atividades normativas e educativas a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A amostra foi intencional constituída por treze enfermeiros, sendo 10 na primeira fase. Este tipo de amostra deve ser escolhida quando os participantes são pessoas conhecidas como elementos ativos de uma determinada situação (THIOLLENT, 2005).

Para coleta de dados utilizamos como instrumento, um roteiro de entrevista semiestruturado. Houve contato prévio das pesquisadoras com os participantes do estudo, para apresentação dos objetivos e solicitação da anuência formal, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e agendamento das entrevistas. O desenvolvimento da pesquisa implicou na observância da Resolução nº. 466/12 e sua complementar 510/16, com a obtenção do parecer favorável, mediante CAAE nº 0043.0.097.000-10 (BRASIL, 2012).

Os dados coletados por meio do registro de falas foram gravados, transcritos e posteriormente submetidos a sucessivas leituras e releituras, exploração das falas com construção de categorias e

subcategorias discutidas com base na análise de conteúdo de Bardin (2010), que se caracteriza pela objetividade, sistematização e inferências aplicadas aos diversos tipos de discursos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo relataram sobre a ocorrência de estratégias utilizadas em suas instituições para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, e sobre a utilização de instrumentos de avaliação da qualidade da assistência prestada por suas equipes. Dos discursos extraíram-se duas categorias: Estratégias que viabilizam a implantação da SAE, com duas subcategorias: ações de educação permanente com criação de comissão para a SAE e ações de gestão com redimensionamento do capital humano de enfermagem; e de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem.

Estratégias que viabilizem a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

A.1- Ações de Educação Permanente e Criação de Comissão para a SAE

Nas falas seguintes percebeu-se que para atingir o propósito de difusão da cultura da qualidade da assistência de Enfermagem com respaldo jurídico e científico, é imprescindível as ações de educação permanente como estratégia para implantação da SAE. A criação de comissões deve ser uma contribuição de fortalecimento das ações educativas e deliberativas no processo de implantação e implementação da SAE.

[...] Daqui a um ano, não sei se a gente consegue sistematizar a assistência como um todo, mas pelo menos as primeiras etapas, em todos os setores, porque pra isso estamos formando as nossas comissões, estamos embasados em vivências e também trazendo essa coletividade para construção desse processo, eu acho que quando você insere os colegas enfermeiros neste processo, você estabelece as responsabilidades deles, com o cumprimento de metas e de prazos (fraternidade 1).

Tem sido as reuniões no Fórum de enfermagem que foi criado e é uma das grandes discussões com a gestão atual. A gente traz as propostas e encaminhamentos que vão ser operacionalizados (fraternidade 2).

Criamos a comissão da SAE, que já iniciou a sensibilização com alguns enfermeiros e se tem a idéia de capacitar as pessoas para a implantação... (humildade 1)

Nós nos reunimos com os responsáveis técnicos de Enfermagem dos diversos setores, sensibilizando eles e também com os enfermeiros assistenciais e os técnicos de enfermagem, eles são fundamentais também nesse processo, porque se você tiver todo o conhecimento, mas se as pessoas que vão executar a assistência também não tiverem conhecimento do processo, ele não vai funcionar, não vai atingir o objetivo, (...) (paz 2)

(...) então a gente vai ver se vai fazer teste, se vai escolher um setor só, isso já está em processo de discussão, envolvendo a coordenadora da linha de cuidado e gerência de enfermagem, a coordenação geral da enfermagem e o pessoal da educação permanente (paz 1)

São com oficinas que a gente tenta resgatar os enfermeiros, (...) sobre a questão das Teorias, para colher sugestões deles para a elaboração dos impressos, a proposta é essa. Inicialmente com os enfermeiros e posteriormente com os técnicos e auxiliares de enfermagem. (amor 2)

(...) teremos oficinas, e quem vai dirigir estas oficinas é o centro de estudos com o apoio da residência de enfermagem, hoje as residentes estão bastante capacitadas, porque elas fazem curso de SAE, como requisito da residência, são as pessoas que mais podem nos ajudar no momento, contando também com a participação dos enfermeiros, para passar um pouco do que sabem... (perseverança 1)

Como segunda estratégia pensamos em deixar uma enfermeira como supervisora da SAE, porque não adianta só treinar, implantar e não supervisionar, quando a gente implantar no ano que vem, ela vai ficar monitorando todos os passos. (Perseverança 1)

A estratégia da Educação Permanente deve seguir as etapas de diagnóstico situacional da instituição, com reconhecimento do perfil dos profissionais e dos usuários, como também dos recursos disponíveis e os objetivos da gestão; identificação e priorização de situações problemas relacionadas a fatores que dificultam ou favorecem a implantação da SAE; planejamento e desenvolvimento da prática educativa com abordagem colaborativa. De modo que os educandos participem e se sintam corresponsáveis pela produção do conhecimento coletivo e de suas aplicações na prática profissional, necessárias à implantação da SAE (ALMEIDA, 2016).

As falas retratam o acompanhamento e avaliação da realização do Processo de Enfermagem nos setores hospitalares como estratégia, porém, ela por si só não configura a possibilidade de sucesso no processo de implantação da SAE. Pode-se ainda destacar que o acompanhamento deve ser ativo no que diz respeito ao monitoramento das novas práticas introduzidas. Desta forma, esta estratégia vem

fortalecer a SAE, visto que possibilita a identificação de problemas e dificuldades precocemente, subsidiando a superação destes, como também estimula a evolução pela apreciação permanente da equipe de enfermagem em relação a aplicação do Processo de Enfermagem.

A.2- Redimensionamento do capital humano em enfermagem

O discurso das enfermeiras participantes do estudo contemplam as estratégias que são ou serão utilizadas para adequação do dimensionamento da equipe de enfermagem, para que se torne possível a implementação da SAE e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

“Das propostas que lançamos, nenhuma foi implantada, porque realmente a gente vê que o dimensionamento de um enfermeiro para oitenta leitos, pesa, mas com jeito eu acredito que a gente iria conseguir alguma coisa (...)” (tranquilidade 2).

“(...)se o dimensionamento não estiver adequado a gente vai tentar dividir a quantidade de pacientes entre o diurno, noturno, até de dois em dois plantões, mas contanto que a (...) evolução, prescrição e o diagnóstico de enfermagem fiquem registrados no prontuário do paciente. (...), se eu conseguir provar que eu posso melhorar, que eu posso mudar a assistência de enfermagem, que eu posso melhorar a rotatividade do paciente que ficou sem fazer o exame, porque a enfermeira não viu,(...), porque eu posso melhorar a rotatividade do leito se ele fizer o jejum e não perder a cirurgia, porque o enfermeiro que tinha sessenta pacientes, não viu. Então não há governador, não há diretor, não há presidente que não consiga entender isso, mas eu preciso provar. (...) que realmente eu preciso do quantitativo solicitado.

Então nós vamos começar com esse SAE, de qualquer forma, mesmo com este quantitativo, até a gente provar que realmente é necessário o aumento do número de enfermeiros. (perseverança 1)

A complexidade do cuidado de enfermagem aliada à aplicação do Processo de Enfermagem depende da disponibilização de tempo necessário para estabelecer uma inter-relação com os paciente/usuários e familiares, privilegiando a escuta ativa que irá subsidiar as etapas subseqüentes do Processo (TRIGUEIRO, 2014).

A adequação dos recursos humanos ao número de pacientes existentes em cada setor, como também a adequação segundo o critério de especificidade de cuidado a ser oferecido é imprescindível para implementação da SAE. Todos os indivíduos internados deverão receber assistência de qualidade,

respaldada nos princípios da equidade, integralidade e justiça. Ao buscar o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem deve-se garantir um número suficiente de enfermeiros, como dos demais membros da equipe, para que no período de 24 horas, seja aplicado o Processo de Enfermagem a todos os pacientes/usuários internos.

O redimensionamento constitui uma estratégia favorável, entretanto o déficit de pessoal é um problema que vem atingindo todos os hospitais públicos de Recife, já há algum tempo. A enfermeira propõe adequação que não atende aos propósitos da SAE, devido a pouca crença em sua resolubilidade, já que esta vem sendo postergada com contratos temporários, com mudanças frequentes, impossibilitando o estabelecimento de vínculo do profissional com a instituição e com o compromisso para incorporar a SAE enquanto fruto de uma construção coletiva.

Magalhães, Riboldi e Dall'Agnol (2009) recomendam a ampliação do entendimento sobre os fatores que interferem no planejamento de adequação do capital humano de Enfermagem, levando-se em consideração a mudança de paradigma quanto a concepção de passividade dos pacientes para uma postura de participação ativa na determinação do cuidado em saúde dos usuários e familiares, como também a complexidade e especificidade que caracteriza este tipo de assistência à saúde, a fim de subsidiar as lideranças de Enfermagem na busca de soluções e novos modelos de gestão capazes de assegurar a integralidade do cuidado de forma individualizada, humanizada e segura.

B. Instrumentos para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem

É imprescindível o gerenciamento por meio de indicadores para que os enfermeiros possam alinhar as atribuições na administração de recursos materiais, humanos e estruturais com as metas de melhoria da qualidade da assistência, estabelecidas pelas instituições de saúde (MARQUES, SILVA, ALBOLEDA, 2008; BAO, 2018).

Hoje a gente não tem indicadores, mas isso é um ponto que está na nossa meta de trabalho (...), criar indicadores, a gente precisa não ter só discurso, mas comprovar estatisticamente... (fraternidade 1)

(...)É mais informal, acontece no dia a dia, com os relatos, como se chega, no caso de alta permanência de paciente na instituição, índices de infecção hospitalar, índices de mortalidade no hospital, esses são indicadores dessa assistência dessa eficácia ou não. Agora um instrumento feito, direcionado, da gerência de Enfermagem, da educação Permanente, realmente não há. Mas têm todos esses outros que com certeza são fortes indicadores dessa assistência. (paz 2)

Estamos utilizando a escuta do cliente, mas ainda não estamos focalizando um instrumento... (paz 1)

Eu ainda não implantei os indicadores. Hoje o que eu observo, são as ausências as faltas não justificadas, atestados e tenho uma quantidade relativa de queixas dos doentes, e eu acho que aí é que eu tenho que verificar bem, geralmente quando eu recebo essas queixas que vem da ouvidoria, por escrito ou pelo 0800 com anonimato ou não, eu procuro ver logo, quando o paciente ainda está internado eu procuro ir até lá, mas eu ainda não tenho os indicadores da assistência (amor 1).

Hoje eu não tenho nenhum indicador pra fazer essa avaliação (...). Eu acredito que com esses indicadores de qualidade, provavelmente a gente pode mensurar como vai está o hospital daqui a seis meses ou um ano (perseverança 1).

Foi verificada nas falas a ausência de conhecimento sobre indicadores de qualidade da assistência de enfermagem, situação que vem corroborar com estudo que afirma haver muitas dificuldades na avaliação dos resultados da assistência em saúde, devido ao não conhecimento de indicadores, índices, formas de mensuração, interpretação e utilização dos resultados avaliativos (SARSUR, MEDEIROS, 2010).

Diante das mudanças acontecidas na forma de gerenciar, ser gestor significa transformar-se em agente de mudanças, pois o gerenciamento da qualidade envolve todos os componentes das organizações de forma participativa, compartilhando decisões e responsabilidades (MARQUES, SILVA, ALBOLEDA, 2008; TREVISO, 2017).

Vários são os indicadores que podem ser utilizados no gerenciamento de enfermagem, no entanto cada serviço deve apropriar-se de sua realidade e objetivos para definição de quais indicadores prioritariamente irão utilizar (ROSSANEIS, 2015). Esses indicadores podem ser classificados como: de estrutura, de processo e de resultado, portanto encontra-se na literatura desde indicadores como queda de pacientes, horas de enfermagem por paciente/dia a indicadores utilizados em Centro de Material e Esterilização no que concerne a limpeza de artigos, preparo, esterilização, guarda e distribuição de material (SOBECC, 2017; SILVA, NORA, 2008).

O processo de implantação no hospital iniciou-se no ano de 2010, por iniciativa da equipe da Unidade de Educação em Saúde e apoio da gerência de enfermagem da instituição, utilizando-se como estratégia a criação de uma comissão para estudo e planejamento das ações para a implantação da

SAE, nesta ocasião foram eleitas as Teorias de Wanda Aguiar Horta e Orem para embasar a criação dos formulários.

Diante da necessidade de intensificar os registros dos enfermeiros nos prontuários dos pacientes, pois na época ainda havia o costume de registros de assistência de enfermagem nos livros de ocorrência de plantão nos diversos setores dos hospitais, em 2010 foi criado o formulário de evolução de Enfermagem nas versões adulto e neo-pediatria, a fim de propiciar melhor adequação aos grupos de pacientes atendidos.

Após a realização de treinamentos, com apreciação e discussão dos formulários, estes foram modificados, e em 2012 foi criado o formulário inicial de avaliação, correspondendo a fase de coleta de dados para todas as áreas de internação.

No ano de 2015 foi realizado levantamento dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes nas unidades de tratamento intensivo, subsidiando a construção do formulário com diagnósticos e prescrições de enfermagem. Foi instituído em fevereiro de 2016, em reunião com a participação das coordenadoras de enfermagem das diversas clínicas, o projeto piloto para implementação da SAE nestas unidades.

O projeto desencadeou a fase de capacitação e sensibilização da equipe de enfermagem, com a aplicação do formulário na assistência, entre os meses de março e julho de 2016. Nos dois meses seguintes foram realizadas auditorias nos setores em que foram implantados a SAE, a fim de monitorar o processo de implementação dos formulários. Foram avaliados um total de 93 prontuários.

O resultado desta avaliação, identificou a necessidade de modificações no formulário de Diagnóstico e Prescrições de Enfermagem. Para adequação do mesmo, foram consideradas as sugestões dos enfermeiros, que testaram o instrumento. Em 2018 o novo formulário foi instituído em todas as clínicas do referido hospital, mediante estratégias de etapas de educação permanentes, de modo a contemplar os profissionais envolvidos em todos os setores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse por parte dos participantes do estudo em implantar a SAE e intensificar a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem, foi notório. Eles descreveram como estratégias as ações de Educação Permanente associadas à criação de comissões responsáveis pela SAE, com o intuito de

acompanhar e avaliar as ações relacionadas ao projeto de implementação da SAE e redimensionamento do capital humano de enfermagem. Foi destacado a necessidade do rigor científico para efetivar a SAE como proposta institucional, em busca da melhoria da qualidade da assistência à saúde dos usuários, familiares e comunidade em geral.

A inovação da gestão participativa e interdisciplinar nas instituições hospitalares, com atuação do enfermeiro em patamares hierárquicos mais elevados, favorece o engrandecimento da profissão, quando esta gestão se estabelece por competência. Neste sentido, cabe aos ocupantes destes cargos promoverem meios de articulação com a Direção Geral das Unidades, Secretaria de Saúde e lideranças governamentais, sugerindo propostas fomentadoras das mudanças necessárias a melhoria da assistência de Enfermagem.

Dentre estas, destacamos a necessidade de adequação do dimensionamento do capital humano, de forma efetiva e não com contratações temporárias que desperdiçam para aquele serviço, o investimento em treinamentos e não facilitam a fidelização dos profissionais as políticas e propostas de melhoria institucionais.

É requerido ainda, a utilização de indicadores de qualidade como ferramenta de gestão, que assegure resultados necessários para reorientar as tomadas de decisão que objetivam a promoção da saúde, e a melhoria contínua do cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Porém para alcançar êxito na busca da excelência, na assistência de Enfermagem, é necessário um esforço conjunto de profissionais, instituições de ensino, associações e entidades de classe na reorientação e implementação de políticas públicas, que favoreça os avanços e integração nas áreas de gestão, ensino e assistência em saúde.

Para a efetivação dos projetos de implementação da SAE é de fundamental importância o entrosamento entre os gestores de Enfermagem, suas coordenações. A articulação com o serviço de Educação Permanente é imprescindível, para a construção propositiva e motivadora de conhecimentos sobre o Processo de Enfermagem, com o envolvimento de todas as categorias que compõem a equipe de enfermagem, com acompanhamento e melhoramento contínuo dos resultados obtidos.

Esperamos que os dados desse estudo possam despertar nos enfermeiros de modo geral, nos órgãos de classe de Enfermagem, nas instituições de ensino, nos gestores e autoridades governamentais, a necessidade em rede, de transformação da realidade ora imposta, favorecendo e instrumentalizando

a qualidade da assistência de enfermagem, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, garantindo a população o direito de uma assistência digna, justa e integral.

A perspectiva de futuro da profissão e a própria evolução da Enfermagem no campo da pesquisa requer a apreensão de conhecimentos como processo continuado e sistemático, de modo a contribuir com o processo de trabalho do enfermeiro, na gestão, na assistência e no ensino.

Uma formação por competência consolida a proposta de um rompimento com uma atuação de acomodação, para uma rebeldia construtiva e disseminadora de propostas e estratégias que impulsionam uma transformação da realidade, como ação viável e necessária para uma atuação profissional comprometida com os princípios do SUS e com os fundamentos científicos da profissão. Para tanto, é essencial uma formação crítico-reflexiva, fomentadora do questionamento, da inquietação, da interdisciplinaridade, da intersetorialidade, da criatividade e inovação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. S. et al. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. Rev. ABENO , Londrina, v. 16, n. 2, p. 7-15, 2016.

ARAÚJO, I. E. M. et al. Sistematização da Assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador: relato de experiência. Acta Paul Enf , São Paulo , v. 9, n. 1, p. 18-27, 1996.

BÁO, A. C. P. et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 72, n. 2, p. 360-6, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. Resolução nº 466/12 sobre pesquisa em seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. 2006. Disponível em: www.saude.gov.br , acesso em: 15/02/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 . Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília - DF, 2013.

BARDIN, L. Análise de conteúdo . Lisboa: Edições 70, 2010.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

- CHRIZOSTIMO, M. M; ROSAS.; A. M. M. T. F. A trilogia da promoção em saúde, consulta de enfermagem e gestão em saúde: o entrelaçar reflexivo. Informe-se em promoção da saúde , v. 2, n. 2, p. 9-10, 2006.
- D'INNOCENZO, M.; ADAM I. N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-8, 2006.
- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva 20 (6) Jun 2015.
- FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. Ciênc. saúde colet . 23 (5) Maio 2018.
- GARCIA, T. R. Sistematização da Assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. Esc Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 5-10, 2016.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc. Anna Nery , Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 816-818, 2009.
- GUTIÉRREZ, M. G. R.; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. Rev Bras Enferm , Brasília, v. 70, n. 2, p. 436-41, 2017.
- LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. Acta Paul Enf , Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 271-8, 2006.
- MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. A.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. Revista Bras Enferm , Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-12, 2009.
- MARQUES, I. A. B.; SILVA, C. P. R.; ALBOLEDA, P. Indicadores Administrativos de Gestão em Enfermagem. In: Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão . São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2008. p. 101-112.
- MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R.. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. Rev. bras. educ. med . , Rio de Janeiro , v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015 .
- NASCIMENTO, D. S. et al Gestão da qualidade nos serviços de enfermagem no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. Ciências Biológicas e de Saúde Unit | Aracaju, v. 4. n. 2 | p. 11-24 | Out. 2017 .
- RIBEIRO, A. C. L. ; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016.
- ROSSANEIS, M. A. et al. Health care quality indicators: the opinion of nursing managers of teaching hospitals. Cogitare Enferm , v. 20, n. 4, p. 798-804, 2015.
- SARSUR, J. C.; MEDEIROS, V. A. A SAE e a obtenção de indicadores de saúde . In: Sistematização da Assistência de Enfermagem : guia prático. Guanabara Koogan, 2ª edição-Rio de Janeiro, 2010. p. 245 - 258.
- SILVA, S. L. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Adolescente: consulta de enfermagem. Revista de Enfermagem da UFPE On Line, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2007.

SILVA, CPR; NORA, AM. Indicadores de Qualidade. In: Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2008. p. 01 – 13.

SILVA, E.G.C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a sistematização da assistência de enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP , v. 45, n. 6, p. 1380-6, 2011.

SILVA, R.S. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. Enferm. Foco, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização . Práticas recomendadas. 5 ed. Revisada e atualizada. São Paulo: SOBECC, 2017.

SPARKS, M. Acting on the social determinants of health: health promotion needs to get more political. Health Promotion International 2009, 24(3):199-202.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação . 14 ed. São Paulo: Cortez; 2005.

TRIGUEIRO, E.V. et al. Profile and positioning of the nurse manager regarding to the nursing process. Esc Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 343-349, 2014.

TREVISIO, P. et al. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. Rev. Adm. Saúde . v. 17, n. 69, 2017.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e Responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência & Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

Capítulo 10

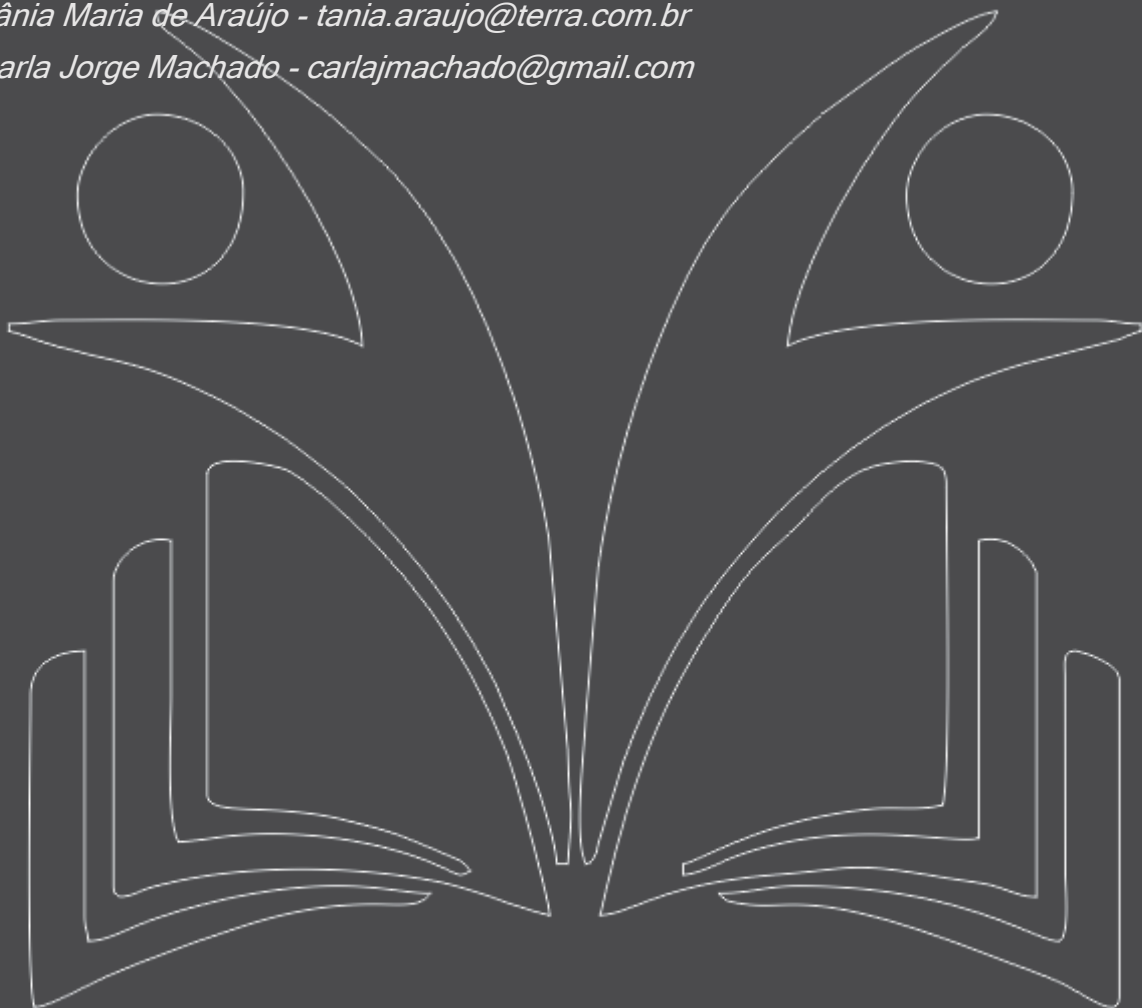
INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA INDICATORS PRECARIOUS FAMILY HEALTH WORK TEAMS

[DOI: 10.37423/200500925](https://doi.org/10.37423/200500925)

Elizabete Silva de Jesus Lopes - betesj@bol.com.br

Tânia Maria de Araújo - tania.araujo@terra.com.br

Carla Jorge Machado - carlajmachado@gmail.com



RESUMO: A precarização do trabalho manifesta-se por múltiplos fatores. Este estudo objetivou avaliar características de trabalho na equipe saúde da família (ESF) com foco em indicadores de precarização do trabalho, Feira de Santana, Bahia. Realizou-se pesquisa exploratória, com base em estudo de corte transversal, incluindo amostra representativa de trabalhadores da saúde, aleatoriamente selecionada, estratificada por área geográfica e categoria profissional. Aplicou-se questionário estruturado sobre aspectos sociodemográficos, aspectos psicossociais e condições de trabalho e emprego. Foram estudados 394 trabalhadores que atuavam na ESF. Para obtenção dos perfis de trabalhadores utilizou-se o método Grade of Membership (GoM). Os resultados apontam três perfis de trabalhadores vulneráveis a precarização de trabalho. O Perfil 1 correspondeu a 21,4%, foi caracterizado por trabalhadores com alto suporte social, baixa remuneração; o Perfil 2 (33,1%) observou-se contratações flexíveis entre os trabalhadores de maior escolaridade, ausência de direitos sociais e o Perfil 3, (45,5%) baixos rendimentos mensais. Observaram-se diferentes vulnerabilidades entre os trabalhadores da ESF, sendo necessárias ações específicas de proteção para assegurar trabalho decente a cada perfil de trabalhadores.

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família. Condições de trabalho. Vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família é considerado meta prioritária do governo federal para reorientação do sistema público de saúde. Tem como propósito substituir o modelo de saúde centrado na doença, focalizado em práticas predominantemente curativas, por um modelo centrado na promoção da saúde e na busca de práticas mais resolutivas e integrais, articuladas em uma rede de atenção hierarquizada e regionalizada¹. O modelo baseado em equipes de saúde da família (ESF) propõe-se a fortalecer o ideário do sistema único de saúde (SUS) sendo considerado eixo estruturante da atenção básica e dos seus princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e a participação social, visando uma maior resolubilidade da atenção².

Os trabalhadores da ESF são fundamentais para o sistema de saúde e, portanto, sujeitos importantes para o desenvolvimento e melhoria do SUS², independentemente de seu vínculo empregatício. Entretanto, os trabalhadores da saúde, em particular a equipe de saúde da família, encontram-se vulneráveis às condições de trabalho e empregos precários.

As mudanças que implicaram em reestruturação dos processos produtivos na economia mundial e no cenário nacional têm aumentado a exploração da força de trabalho³. Essas mudanças têm ocasionado a precarização do trabalho, que se manifesta por meio de múltiplos fatores. Dentre estes, destaca-se redução do número de empregos, intensificação do ritmo de trabalho, aumento da produtividade, flexibilização dos direitos trabalhistas, baixa remuneração salarial. Inclui ainda a terceirização, o trabalho a domicílio, em tempo parcial, informal, sazonal, com perda de direitos sociais e sindicais e organização rígida do processo de trabalho^{3,4}.

Essas mudanças também têm sido observadas no setor saúde. Estudos indicam vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde relacionados às condições de trabalho e emprego, relacionados aos baixos salários, ausência de reconhecimento social, diminuição da autonomia e inserção estável no emprego⁵⁻⁸. Essas características podem levar a ruptura dos laços e dos vínculos, tornando-os vulneráveis e sob uma condição social fragilizada, ou de “desfiliação” social⁹.

É importante enfatizar que o trabalho precário não impacta a todos os trabalhadores da mesma forma, atinge-os de maneira distinta, em diferentes segmentos ou contingentes sociais. As mulheres, os jovens e os trabalhadores de idade avançada são mais vulneráveis a precarização. E esses grupos estão

sujeitos aos efeitos diretos da crise do emprego, na sua dupla dimensão: dificuldade de encontrar emprego e bons empregos.¹⁰

Em Feira de Santana-BA, local deste estudo, de modo similar ao que acontece na maioria dos municípios brasileiros, a expansão da assistência na atenção básica, possibilitada pelo Programa de Saúde da Família, vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores (as), muito embora pouco se saiba sobre suas condições de trabalho e emprego.

Considerando os novos contextos de prestação de serviços de saúde, questiona-se aqui o modelo de reorganização da atenção básica de modo a conhecer os vínculos que se estabelecem em termos de exigências laborais e de proteção social a esses trabalhadores, avaliando-se situações de vulnerabilidade.

Este estudo tem por objetivo avaliar as características do trabalho e de emprego da equipe de saúde da família com foco em indicadores de precarização e identificação de tipologia dos perfis dos trabalhadores. Essa caracterização possibilitará conhecer o contexto atual de relação de emprego e de condições de trabalho na atenção básica de saúde e identificar grupos mais vulneráveis.

MÉTODOS

Estudo exploratório, baseado em inquérito, tendo como população alvo, os trabalhadores da ESF (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico em higiene bucal e ACS) no município de Feira de Santana-BA.

Nesse município havia, em 2012, um total de 2.149 trabalhadores que atuavam na atenção básica e média complexidade, 83 ESF da família que contava com o auxílio de oito núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Foi feita amostragem aleatória, estratificada por área geográfica (NASF), nível de assistência prestada (atenção básica e de média complexidade) e categoria profissional. Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores da atenção básica e média complexidade, independente do vínculo empregatício, e que aceitaram participar, assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os trabalhadores ausentes foram substituídos por outros respeitando a função e cargo, área geográfica e sexo.

A amostra total sorteada foi composta por 1.041 trabalhadores, sendo que, para este estudo, foram selecionados 394 trabalhadores que integravam a ESF.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana- Bahia, parecer nº 81/2009, autorização da secretaria Municipal de saúde e do treinamento da equipe. Utilizou-se questionário sigiloso, previamente testado, estruturado, aplicado pela equipe do Núcleo de pesquisa de Epidemiologia da UEFS (NEPI\ UEFS) no local de trabalho. O instrumento foi estruturado em blocos: características sociodemográficas e econômicas, condições de trabalho e emprego e aspectos psicossociais.

Para mensurar os aspectos psicossociais do trabalho utilizou-se o Job Content Questionare (JCQ). O JCQ é derivado do modelo Demanda-Controle que estabelece quatro grupos: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle)¹¹.

Para a construção de tipologias de perfis dos trabalhadores da ESF utilizou-se o método Grade of Membership (GoM) – grau de pertencimento, que se baseia na teoria dos conjuntos nebulosos (fuzzy sets) e na teoria dos conjuntos nebulosos (fuzzy sets). Utiliza-se do método da máxima verosimilhança para estimar os atributos prováveis dos perfis extremos e os graus de "proximidade" de cada elemento¹³.

O modelo, além de permitir que sejam definidos padrões – chamados perfis extremos ou tipos capazes de sintetizar grande parte da informação contida na base de dados, também possibilita a avaliação das proximidades – medidas por escores de grau de pertencimento – dos indivíduos a cada um dos perfis extremos¹⁴.

Essa técnica de agrupamento permite determinar o grau de pertencimento (g_{ik}), que representa o coeficiente de pertinência do i -ésimo elemento ao k -ésimo perfil, com o grau de pertinência/similaridade do indivíduo i ao perfil k , variando em uma escala de zero (sem pertinência) a um (total pertinência)¹³.

Além de definir a existência de K conjuntos difusos (perfis), onde $K = 2, 3, 4, 5, \dots, k$, os classifica como perfis extremos (perfis de referência). Os perfis extremos têm definidas as probabilidades de ocorrência de cada categoria das variáveis investigadas, e são definidas por k_{jl} , ou seja, cada indivíduo com escore igual a um ($g_{ik}=1$) em um determinado perfil K -ésimo têm a probabilidade de ter o valor

(ou categoria) l-ésimo na variável j-ésima ¹². Informações detalhadas sobre o software utilizado e procedimentos de análise encontram-se em Assis et al., (2008) ¹⁴.

Considerou-se, neste estudo a identificação de características marcadoras dos perfis aquelas cuja razão entre as probabilidades obtidas de ocorrência de características nos perfis extremos e a probabilidade de ocorrência na amostra total tiver sido igual ou superior a 1,3. Esse valor é superior ao valor de 1,2 utilizado por outros autores e se justifica pela necessidade de demarcar bem quais as características que de fato são marcadoras dos perfis^{14,15}.

Quanto a determinação do número de perfis do modelo, utilizou-se o mesmo critério empregado por Pereira, et al.¹⁵ definidos com base na avaliação da “significância substantiva” dos perfis extremos, ou seja, perfil interpretáveis ¹⁴⁻¹⁶.

Utilizou-se como ferramentas estatísticas o SPSS – Statistical Package for Social Science, versão 9.0 para Windows e o programa GoM3 executável em ambiente DOS.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A análise dos dados evidenciou que dos 394 profissionais da ESF, 35(9,2%) eram médicos, 37(9,7%) enfermeiros, 13(3,4%) cirurgiões dentistas, 14 (3,5%) técnico de saúde bucal, 75 (19,7%) auxiliares de enfermagem e 220 (57,9%) ACS. Destes, 87,1% pertenciam ao sexo feminino, revelando predomínio de população feminina. (Tabela1).

Tabela 1- Características do emprego e do trabalho das equipes saúde da família. Feira de Santana, Bahia, 2012.

Características do emprego (N)	Categoria profissional													
	Médico		Enfermeiro		CD		ACS		AE/TE		TSB		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Vínculo de trabalho (393)														
Estatutários	2,0	5,7	1,0	2,7	-	-	219	99,5	10,0	13,3	-	-	222	56,5
Prestador de serviços/terceirizados	3,0	8,6	2,0	5,4	-	-	-	-	1,0	1,3	1,0	7,1	7	1,8
Cooperativados	30,0	85,7	34,0	91,9	13	100	1,0	0,5	64,0	85,3	12,0	85,7	153	38,9
Celestistas (CLT)	-	-	-	-	-	-	-	-	10	13,3	1,0	7,1	11	2,8
Folgas (388)														
Sim	23	69,7	31	91,2	11	84,6	178	80,9	39	52,7	4,0	28,6	282	73,7
Não	10	30,3	3	8,8	2	15,4	42	19,1	35	47,3	10	71,4	102	26,3
Férias (388)														
Sim	14	42,4	15	44,1	3	23,1	205	93,2	43	58,1	6	42,9	286	73,7
Não	19	57,6	19	55,9	10	76,9	15	6,8	31	41,9	8	57,1	102	26,3
Adicionais de férias (388)														
Sim	2	6,1	2	5,9	-	-	194	88,2	31	41,9	3	21,4	232	59,8
Não	31	93,9	32	94,1	13	100	26	11,8	43	58,1	11	78,6	156	40,2
13º salário (388)														
Sim	5	15,2	2	5,9	-	-	216	98,2	56	75,7	10	4	289	74,5
Não	28	84,8	32	94,1	13	100	4	1,8	18	24,3	71,4	28,6	99	25,5
Satisfação com salário/renda (393)														
Sim	8	23,5	5	13,5	1	7,7	12	5,4	5	6,6	2	14,3	33	8,4
Não	26	76,4	32	86,5	12	92,3	208	94,6	70	93,3	12	85,7	360	91,6
Satisfação com o trabalho (392)														
Sim	29	85,3	25	69,4	5	38,5	173	78,7	60	80,0	12	85,7	304	82,1
Não	5	14,7	11	30,6	8	61,5	47	21,4	15	20,0	2	14,3	88	22,4

CD- Cirurgião dentista; ACS- Agentes Comunitários de Saúde; AE- Auxiliar de Enfermagem; TE- Técnico de enfermagem; TSB-Técnico de Saúde Bucal.

A faixa etária predominante estava entre 31- 40 anos (40,9%) com média de 39 anos de idade. O ensino médio concentrou o maior número de trabalhadores (64,1%), seguido do ensino superior (20,1%). Entre os que possuíam nível superior, destacou-se o percentual de enfermeiros que referiram ter pós-graduação (73,0%).

Com relação à raça cor da pele, a maioria declarou cor parda e preta (82,2%). A situação conjugal predominante foi a de casados/união estável (66,0%), seguidos dos solteiros (24,5%); a presença de filhos foi informada por 68,6% dos profissionais. A maioria dos trabalhadores possuía renda mensal de até dois salários mínimos (55,1%). Os maiores rendimentos foram informados pela categoria médica (10 a 20 salários mínimos mensais).

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E EMPREGO NAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO

Com relação ao tipo de vínculo empregatício, verificou-se predomínio de contratação temporária (cooperativas) em quase todos os profissionais da ESF: médicos (85,7%), enfermeiros (91,9%), cirurgião-dentista (100%), técnico de saúde bucal (85,7%) e auxiliar/ técnicos de enfermagem (85,5%); exceção para os ACS que apresentaram maior percentual para contrato de trabalho permanente (99,9%), (Tabela 2), o que indica condição positiva do ponto de vista da modalidade de contratação para este grupo ocupacional.

Quanto aos direitos trabalhistas, 76,9% dos cirurgiões dentistas informaram não ter férias; 94,1% dos enfermeiros não recebiam 13º salário e adicionais de férias (Tabela 2). Verificou-se que 91,9% dos trabalhadores referiram insatisfação com salário e renda, porém 77,2% estavam satisfeitos com o seu trabalho mesmo sem os direitos assegurados.

Tabela 2- Condições de trabalho da equipe saúde da família. Feira de Santana, Bahia, 2012.

Condições de trabalho (N)	Categoria profissional													
	Médico		Enfermeiro CD				AE/TE.				TSB		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Equipamento (394)														
Satisfatório	4	11,4	5	13,5	2	15,4	7	3,3	26	34,7	4	28,6	48	12,2
Razoáveis	15	42,9	22	59,5	11	84,6	110	50,0	40	5,3	8	57,1	206	52,3
Precário	16	45,7	10	27,0	-	-	103	46,8	9	12,0	2	14,3	140	35,5
Materiais suficientes (174)														
Sim	9	25,7	17	45,9	7	53,8	-	-	46	61,3	7	50,0	86	49,4
Não	26	74,3	20	54,1	6	46,2	-	-	29	38,7	7	50,0	88	50,6
Relação entre exigência das tarefas /recursos disponíveis (393)														
Boa	3	8,8	5	13,5	-	-	25	11,4	31	41,3	6	42,9	70	17,8
Regular	23	67,6	25	67,6	10	76,9	142	64,5	36	48,0	8	57,1	244	62,1
Ruim/ muito ruim	8	23,5	7	18,9	3	23,1	53	24,1	8	10,7	-	-	79	20,1

O tempo de permanência dos profissionais nas unidades de saúde da família variou de 1 a 4 anos com média de 1,5 anos (dp=0,67), sendo que, entre os enfermeiros, 18,8% apresentaram menor permanência na unidade de trabalho, caracterizando maior rotatividade destes profissionais nas equipes de saúde da família. Os médicos (42,9%) informaram a maior jornada de trabalho semanal (acima de 44 horas) como também maior número de vínculos contratuais (68,6%).

Quanto à qualificação, observou-se que todos os enfermeiros (100%) fizeram treinamento para ingressar na equipe de saúde da família; entretanto, os médicos apresentaram a menor participação em treinamentos (18,2%).

CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ESF

Com relação as condições de trabalho, os trabalhadores das ESF referiram como regular (52,1%) ou precária (36,3%) os equipamentos disponíveis para realização das tarefas, insuficientes (50,6%) os materiais disponíveis e regular (62,1%) a relação entre exigências do trabalho e os materiais disponíveis para o serviço, configurando precárias condições no ambiente de trabalho.

Ressalta-se que os médicos foram os profissionais que relataram situação mais desfavorável: 45,7% referiram equipamento precário, 74,3% materiais insuficientes e 23,5% afirmaram relação muito ruim\ruim entre o que o trabalho exige e as condições para sua execução.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E MODELO DEMANDA-CONTROLE

Na população, predominou situação de alta demanda (53,7%). Demandas elevadas foram predominantemente referidas pelos ACS (62,1%), técnicos em saúde bucal (57,1%) e auxiliares \ técnicos de enfermagem (56,0%). Registra-se percentuais de baixa demanda entre os médicos (71,4%), cirurgiões dentistas (76,9%) e enfermeiros (62,2%). (**Tabela 3**).

Com relação ao controle sobre o próprio trabalho, 54,6% relataram alto controle. Entre os médicos e enfermeiros observaram-se os maiores percentuais de baixo controle, 74,3% e 62,2% respectivamente.

Quanto ao suporte social oferecido pelo chefe\ supervisor para a equipe de trabalho, observou-se baixo suporte social em todas as categorias profissionais estudadas, com maior percentual entre os enfermeiros 96,9% e os médicos 88,9%. (Tabela 3). Esta condição pode intensificar o risco associado ao trabalho de alto desgaste. Em contrapartida, neste estudo, foi destaque o alto suporte social oferecido pelos colegas de trabalho, principalmente entre os ACS 77,2% e os técnicos de saúde bucal 71,4%. Considerado como um fator de amortecimento dos efeitos prejudiciais do trabalho de alto desgaste, portanto, atua como fator protetor.

Tabela 3- Aspectos psicossociais e modelo Demanda-controle nos trabalhadores da Equipe Saúde da Família. Feira de Santana, Bahia, 2012.

Aspectos psicossociais e suporte social do trabalho (N)	Categoria profissional													
	Médico		Enf.		CD		ACS		AE/TE		ASB		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Demanda(393)														
Alta	10	28,6	12	32,4	3	23,1	136	62,1	42	56,0	8	57,1	211	53,7
Baixa	25	71,4	23	62,2	10	76,9	81	37,0	33	44,0	6	42,9	178	46,3
Controle (394)														
Alto	8	22,9	14	37,8	6	46,2	133	60,5	44	58,7	10	71,4	215	54,6
Baixo	26	74,3	23	62,2	7	53,8	84	38,2	31	41,3	4	28,6	179	45,4
Suporte Social do supervisor (N= 393)														
Alto	3	11,1	1	3,1	3	27,3	46	21,3	18	24,0	6	42,9	183	48,8
Baixo	24	88,9	31	96,9	8	72,7	17	78,7	57	76,0	8	57,1	192	51,2
Suporte social dos colegas (N= 375)														
Alto	22	62,9	25	67,6	9	69,2	169	77,2	46	61,3	10	71,4	281	71,5
Baixo	12	34,3	12	32,4	4	30,8	47	21,5	29	38,7	4	28,6	112	28,5
Demanda-Controle (N= 387)														
Alta exigência	7	20,6	8	22,9	1	7,7	54	25,0	21	28,0	2	14,3	93	24,0
Trabalho ativo	2	5,9	4	11,4	2	15,4	81	37,5	21	28,0	6	42,9	116	30,0
Trabalho passivo	19	55,9	13	37,1	6	46,1	29	13,4	10	13,3	4	28,6	99	25,6
Baixa exigência	6	17,6	10	28,6	4	30,8	52	24,1	23	30,7	2	14,3	79	20,4

A distribuição dos trabalhadores segundo o modelo demanda – controle foi relativamente similar entre os grupos estudados: alta exigência (24,4%), trabalho ativo (29,5%), trabalho passivo (20,6%) e baixa exigência (25,5%).

Entretanto, quando realizada a distribuição por categoria profissional observou-se que entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, 28% apresentaram trabalho com alta exigência e 30,7% baixa exigência. Entre os ACS, 37,5% apresentaram trabalho ativo. No grupo dos cirurgiões dentistas, 46,1% referiram trabalho passivo e 30,8% de baixa exigência. Enquanto 55,9% dos médicos referiram trabalho passivo. A existência de uma mesma categoria profissional em grupos diferentes do Modelo Demanda- Controle talvez possa ser explicada devido a particularidades de cada unidade da ESF, considerando-se o ambiente e organização do trabalho.

PERFIS DOS TRABALHADORES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DISCRIMINADOS PELO MÉTODO GRADE OF MEMBERSHIP (GOM)

A Tabela 4 apresenta a descrição das características prováveis dos perfis extremos, definidos pelo método GoM, para os quais os valores da razão das probabilidades encontram-se destacados.

Os resultados do perfil 1 indicam que os “tipos puros” deste perfil tinham maior probabilidade, comparativamente a qualquer indivíduo da amostra, de serem trabalhadores com nível superior e este aumento era de 30%, correspondendo a uma razão E/O igual 1,3 ($E/O=1,3$). Analogamente, indivíduos tipos puros deste perfil tiveram probabilidade aumentada em relação a amostra total de terem rendimentos de 1 a 2 salários ($E/O=1,6$); de discordarem fortemente dos salários recebidos ($E/O=1,3$); de pertencerem as categorias de ACS ($E/O=1,3$) e auxiliar/técnico de enfermagem ($E/O=1,3$); de receberem adicionais de férias ($E/O=1,4$); e 13º salário ($E/O=1,3$); de serem estatutários ou regidos pela CLT ($E/O=1,6$).

Houve maior probabilidade também, neste perfil, dos indivíduos não terem materiais suficiente para realizar as tarefas ($E/O=1,3$); de discordarem fortemente do tempo para realizar as tarefas ($E/O=3,1$); de terem alto suporte social da chefia e supervisor ($E/O=2,9$), alto suporte social dos colegas ($E/O=2,3$) e de terem alto controle sobre o trabalho ($E/O=1,4$). A prevalência de características deste perfil na amostra foi de 21,4%.

De acordo com esta descrição, pode-se verificar que os “tipos puros” do perfil 1 são de indivíduos (trabalhadores) “menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego e com alto suporte social”. Entretanto com maior probabilidade de indivíduos com baixa renda mensal, insatisfação com o salário recebido e ausência de recursos materiais suficientes.

Os “tipos puros” do perfil 2 corresponde ao grupo de indivíduos para o qual se observa o aumento da probabilidade de ocorrência dos seguintes eventos: nível fundamental ($E/O=1,8$) e superior ($E/O=2,0$); de vencimentos mensais variando de 3 a 5 salários mínimos ($E/O=2,5$) a mais de 20 salários ($E/O=2,20$); de concordarem com salário recebido; de serem médicos e enfermeiros ($E/O=2,5$) e auxiliares/técnicos de enfermagem ($E/O=2,6$); de não receberem adicionais de férias e 13º salário ($E/O=2,4$); de terem vínculo de trabalho como terceirizados ou prestadores de serviços ($E/O=1,9$) e por cooperativas ($E/O=2,5$); de terem vários vínculos de trabalho ($E/O=2,1$); de terem jornada de trabalho semanal de 8 a 36 horas ($E/O=1,8$) e de 40 horas ou mais ($E/O=1,9$); que as demandas estavam em conflito umas comas outras, de terem volume excessivo de trabalho($E/O=2,7\%$); terem alto controle sobre o próprio trabalho ($E/O 1,4$) e de terem alto suporte social do supervisor ($E/O =2,9$); material suficiente para as tarefas ($E/O=2,2$); de discordarem do tempo disponível para a realização das tarefas($E/O=1,6$); de terem baixa demanda no trabalho e baixo controle ($E/O=1,3$). A prevalência deste perfil na amostra foi de 33,1%.

Portanto, os “tipos puros” do perfil 2 caracterizados podem ser por maior probabilidade de indivíduos com trabalho passivo, de vínculos temporários, sem garantia de direitos trabalhistas, de elevada jornada de trabalho, de vários vínculos e de insuficiência de recursos materiais; ou seja, apresentam perfil com condições de trabalho e emprego desfavoráveis. Caracterizado pelo perfil de indivíduos mais vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário.

Por fim, indivíduos “tipos puros” do perfil 3 tiveram maior probabilidade de ganhos mensais até 2 salários mínimos ($E/O=1,5$); de pertencer a categoria de ACS ($E/O=1,7$); de ter direito a férias ($E/O=1,$) 13º salário ($E/O=1,3$); de ser concursado/ CLT ($E/O=1,6$); de não ter materiais suficientes para a realização das tarefas ($E/O=1,7$); de ter alto suporte social dos colegas ($E/O=1,3$) e de apresentar alto controle sobre o trabalho ($E/O=1,4$). A prevalência deste perfil na amostra foi de 45,5%.

Tabela 4 Descrições dos perfis extremos dos trabalhadores da Equipe Saúde da Família, conforme distribuição do lambda, Feira de Santana, Bahia 2011.

Variáveis	Categorias	Probabilidade de ocorrência da característica na população base frequências relativas (fr)	Probabilidades de ocorrência nos tipos compuros (lkjl) e razões entre lkjl e fr superiores a 1,5*		
			Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
Escolaridade	Fundamental	0.00	0.0 0 (0.0)	0.0 0 (1.8)	0.00 (0.0)
	Médio	0.01	0.0 1 (0.7)	0.0 0 (0.0)	0.00 (1.1)
	Superior	0.63	0.8 6 (1.3)	0.30 (0.4)	0.86 (1.2)
	Pós-graduação	0.20	0.1 2 (0.6)	0.40 (2.0)	0.16 (0.8)
		0.28	0.22 (0.7)	0.00 (0.0)	0.43 (1.5)
Vencimento bruto (em salários mínimos)	Até 1				
	1 a 2	0.46	0.77 (1.6)	0.39 (0.8)	0.56 (1.2)
	3 a 5	0.10	0.00 (0.0)	0.26 (2.5)	0.00 (0.0)
	6 a 10	0.03	0.00 (0.0)	0.06 (1.9)	0.00 (0.0)
	10 a 20	0.04	0.00 (0.0)	0.09 (2.0)	0.00 (0.0)
	+ 20	0.00	0.00 (0.0)	0.01 (2.2)	0.00 (0.0)
Salário /renda adequado	Discordo fortemente	0.56	0.77(1.3)	0.49 (0.8)	0.54 (0.9)
	Discordo	0.35	0.17 (0.4)	0.38 (1.0)	0.40 (1.1)
	Concordo	0.05	0.02 (0.4)	0.08 (1.5)	0.04 (0.8)
	Concordo fortemente	0.02	0.02 (0.9)	0.02 (1.2)	0.00 (0.0)
Categoria Profissional	Médico (a)	0.09	0.00 (0.0)	0.19 (2.1)	0.00 (0.0)
	Enfermeiro (a)	0.09	0.00 (0.0)	0.20 (2.1)	0.00 (0.0)
	Cirurgião dentista	0.03	0.00 (0.0)	0.07 (0.0)	0.00 (0.0)
	Acs	0.57	0.75(1.3)	0.00 (0.0)	0.99 (1.7)
	Aux./tec. de enf.	0.19	0.24(1.3)	0.52 (2.6)	0.00 (0.0)
Adicionais de férias	Sim	0.60	0.84(1.4)	0.05 (0.8)	0.86(1.4)
	Não	0.38	0.15 (0.4)	0.91 (2.4)	0.13 (0.3)
13º salário	Sim	0.73	1.00(1.3)	0.34 (0.4)	1.00(1.3)
	Não	0.26	0.00 (0.0)	0.61 (2.4)	0.00 (0.0)
Vínculo de trabalho	Concursado/CLT	0.61	0.99 (1.6)	0.00 (0.0)	0.99 (1.6)
	Prestador/terceirizado	0.02	0.00 (0.0)	0.04 (1.9)	0.00 (0.0)
	Cooperativado	0.37	0.00 (0.0)	0.96 (2.5)	0.00 (0.0)
Outro trabalho	Sim	0.18	0.00 (0.0)	0.39 (2.1)	0.04 (0.2)
	Não	0.80	0.99 (1.2)	0.58 (0.7)	0.95 (1.1)
Jornada semanal total (em horas)	8 a 36	0.06	0.00 (0.0)	0.12 (1.8)	0.00 (0.0)
	40 a 43	0.76	0.88 (1.1)	0.54 (0.7)	0.92 (1.2)
	44 ou mais	0.16	0.11 (0.7)	0.33 (1.9)	0.07 (0.4)
Materiais Suficientes	Sim	0.21	0.00 (0.0)	0.48 (2.2)	0.00 (0.0)

	Não	0.42	0.55 (1.3)	0.00 (0.0)	0.75 (1.7)
Suporte Social do chefe	Alto	0.76	0.44 (2.9)	0.84 (0.2)	0.99 (1,3)
	Baixo	0.18	0.55 (0.5)	0.04 (0.8)	0.00 (0.0)
Suporte Social dos colegas	Alto	0.71	0.34 (0.4)	0.75 (1.0)	0.99 (1,3)
	Baixo	0.27	0.64 (2.3)	0.22 (0.8)	0.00 (0.0)
Demanda	Alta demanda	0.53	0.62 (1.1)	0.36 (0.6)	0.62 (1.1)
	Baixa demanda	0.45	0.37 (0.8)	0.61 (1.3)	0.37 (0.8)
Controle	Alto	0.53	0.53 (1.4)	0.40 (0.0)	0.64 (1.4)
	Baixo	0.45	0.46 (1.0)	0.57 (1.3)	0.35 (1.0)

Nos indivíduos “tipos puros” do perfil 3 foram verificadas características do perfil 1, e maior probabilidade de trabalhadores menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego precário, registrando-se, contudo, situação de remuneração baixa. O quadro 1, apresenta sinteticamente as principais características que discriminam cada perfil de trabalhadores da ESF.

Quadro 1 Características que discriminam os “perfis puros” dos trabalhadores da equipe saúde da família, Feira de Santana, Bahia 2011.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3
“Menos vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário.	“Mais vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário”.	“Menos vulneráveis às condições de trabalho e emprego precário”
Nível superior	Ensino fundamental e pós-graduação	Renda de até 1 salário mínimo mensal
Renda de 1 a 2 salários mínimos mensais	Renda de 3 a 20 salários mínimos mensais	ACS
Discorda com salário	Concorda com salário	Direito adicionais de férias e 13º salário
Auxiliar/técnico de enfermagem e ACS	Menor insegurança no trabalho	Estatutário ou CLT
Direito adicionais de férias e 13º salário	Médicos, enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem.	Matérias não são suficientes para tarefas
Estatutário ou CLT	Não tem adicional de férias e 13º salário	Suporte social do supervisor-alto
Materiais não são suficientes para tarefas	Cooperativados, prestador de serviços e terceirizados.	Suporte social dos colegas- alto
Tempo suficiente para as tarefas- concorda fortemente	Possui outro vínculo de trabalho	
Suporte social do supervisor-alto	Jornada de trabalho de 8 a 36 horas e maior que 40 horas	
Suporte social dos colegas- alto	Matérias são suficientes para tarefas	
Controle sobre trabalho- alto	Tempo insuficiente para realizar as tarefas	
	Demanda – baixa	
	Controle sobre trabalho -baixo	

DISCUSSÃO

Com base na análise de variáveis sociodemográficas, condições do trabalho e emprego e aspectos psicossociais do trabalho, o presente estudo identificou três perfis com maior probabilidade de caracterizar os trabalhadores mais vulneráveis às condições de trabalho precário na ESF.

De acordo com os resultados apresentados, foi possível nomear os perfis segundo as características de interesse, privilegiadas como indicadores de precariedade do trabalho e emprego.

O perfil “tipo puro” 3, de maior frequência na amostra (45,5%), formado predominante pelos ACS. Este grupo de trabalhadores apresentou probabilidade de situação de emprego estável, considerando os aspectos da garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários. Houve predomínio de trabalhadores com vínculo permanente, com direitos trabalhistas assegurados como: 13º salário, férias, adicionais de férias, e alto suporte social dos colegas. Este perfil foi nomeado como menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego, porém relativamente mal remunerados.

Os baixos rendimentos podem refletir diretamente na qualidade de vida dos trabalhadores da ESF e nas possibilidades de satisfazer suas necessidades. Estudo aponta que a remuneração insuficiente está entre as causas de desgaste físico e emocional do trabalhador¹⁷.

Portanto, este grupo desfruta, por um lado, de condições de emprego estáveis, mas que não são relacionadas, por outro lado, à remuneração elevada, compatível com as qualificações. Aparentemente, nas novas formas de vínculos empregatícios nos serviços públicos de saúde, a relação entre estabilidade no emprego e remuneração digna encontra-se separados, situações independentes e sem articulação entre si.

O perfil 2, com cerca de 33,0% de participação, foram representados predominantemente, por médicos, enfermeiros, auxiliar técnico de enfermagem. Os resultados revelaram que os trabalhadores deste perfil obtiveram maior probabilidade de elevada carga horária de trabalho, mais de uma inserção de trabalho, longas jornadas de trabalho e vínculo de trabalho estabelecido por contrato temporário/precário. Esses resultados assemelham-se com estudo realizado por Machado, (2000) ⁹ e estão também em consonância com outros estudos^{7,8}. Esta condição de trabalho é considerada como impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família, pois fragiliza os vínculos e compromete a continuidade do cuidado^{18,19}. A ampliação da jornada de trabalho constitui prática comum entre os trabalhadores da saúde, é adotada com forma de ampliar os rendimentos mensais. Que pode

acarretar sobrecarga de trabalho, e consequentemente levar ao desgaste e ao adoecimento²⁰. Este achado está em consonância com estudo realizado por Nascimento- Sobrinho, (2006)²¹ que constatou na categoria médica múltiplas inserções profissionais.

A existência de multiplicidade de tipo de contrato de trabalho pode contribuir para aumentar as dificuldades de representação, atuação sindical e favorecer a vulnerabilidade dos trabalhadores às exigências gerenciais e patronais e, desse modo, facilitar a utilização da política partidária na concessão dos empregos e cargos ²⁰.

Há evidências que a crise do emprego tem atingindo todos os segmentos da sociedade, levando o mercado a buscar ajustes aos padrões produtivos e gerenciais e as novas formas de organização de produção e de trabalho, inclusive nas camadas de maior escolaridade, e profissionais com experiência. Estudo realizado por Tosta, (2008) ²² apontava o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade, sujeitos a insegurança, instabilidade e desemprego.

Os “tipos puros” deste perfil também foram “marcados” pela maior probabilidade de baixa demanda e baixo controle sobre o trabalho, apontado como trabalho passivo. Segundo o modelo demanda – controle de Karasek, (1990) ¹¹ essa situação específica de trabalho pode conduzir ao declínio na atividade global do indivíduo e à redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e problemas enfrentados, ou seja, pode gerar perda de habilidades e desinteresse, devido a ausência de desafios significativos.

Considerando essas as características dos “tipos puros” do perfil 2 indicam maior vulnerabilidade, implicando emprego precário.

Por fim, o perfil “tipo puro”¹, com cerca de 21% de participação, representados pelos auxiliares/técnicos de enfermagem e ACS, agregou trabalhadores em situação de emprego estável, com indivíduos relativamente mal remunerados, porém com alto suporte social da chefia sendo caracterizado como menos vulneráveis as condições de trabalho e emprego e com alto suporte social.

Há evidências de que as condições de trabalho tendem a ser menos precárias para categorias mais organizadas, independente das circunstâncias locais e ou regionais²³. A existência de organizações associativas possibilita melhor negociação de uma categoria. Fato observado pela categoria dos ACS, que tem conseguido através de mobilização e negociação, benefícios para a categoria, entre outros, a

aprovação da Lei Federal 12.994/2014 que instituiu o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira da categoria.

Outro aspecto destacado no perfil 1, foi o alto suporte social da chefia, relacionado ao apoio da gerência, supervisor. Essa proteção depende do grau de integração social e confiança entre trabalhadores da ESF e supervisores, isto é, o suporte sócio emocional. Que funciona como um fator de amortecimento dos efeitos prejudiciais do trabalho de alto desgaste. Entretanto, e o baixo suporte social, pode ser potencializador de sofrimento e conflitos entre a equipe. Faz-se necessário fazer algumas considerações metodológicas. Do ponto de vista do desenho, este estudo buscou minimizar problemas inerentes ao seu desenho, ou seja, viés de seleção e aferição, buscando assegurar rigor metodológico. Entretanto, pode-se considerar algumas limitações dos estudos de corte transversal, que estuda a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse estudo aponta apenas a associação entre as variáveis estudadas e não estabelece nexos causais²⁴. Segundo, ao considerar apenas os trabalhadores que estavam em pleno exercício profissional, ou seja, os sobreviventes ao efeito estudado (viés de prevalência), provavelmente subestimou a ocorrência de trabalhadores vulneráveis às condições de trabalho precário em decorrência do chamado efeito trabalhador sadio. Terceiros, é provável, a ocorrência do viés do auto relato, devido utilização de questionários auto aplicáveis. Entretanto, a coerência e a consistência dos achados, apontam para condições precárias de trabalho e emprego aos trabalhadores da ESF no município estudado. Outra limitação, refere-se ao uso do método GoM, considerando que, o modelo, parte da premissa básica de que existe algo em comum entre os indivíduos, o que permite a definição do perfil¹⁶. Assim, se a amostra for pequena, com indivíduos muito heterogêneos, teria maior dificuldade de encontrar um determinado conjunto de perfis de trabalhadores vulneráveis, se isso ocorresse, o método teria pouca utilidade, seria apenas uma análise descritiva dos trabalhadores.

Entretanto, neste estudo, o método adequou-se ao objetivo proposto, uma vez que, a amostra foi representativa e este procedimento analítico ajudou a sintetizar grande número de variáveis em perfis mais sintéticos. Foi possível, descrever e nomear cada perfil de trabalhadores da ESF, a partir da combinação das variáveis selecionadas, permitindo identificar particularidades entre os trabalhadores da ESF caracterizando as condições de trabalho e emprego da amostra estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contribuiu para o conhecimento de três perfis de trabalhadores vulneráveis a precarização de trabalho, com base nas condições de trabalho e emprego dos profissionais das ESF em Feira de Santana, Bahia. Os três perfis identificados na amostra, apresentaram características comparativamente diferenciadas sobre as condições de trabalho e emprego entre os trabalhadores estudados. Verificou-se que os tipos puros do perfil 2 apresentaram maior probabilidade de condição vulneráveis à precarização do trabalho, ainda que fossem também representados por maior probabilidade de ser profissional de nível superior (médico, enfermeiro e cirurgião dentista) do que os perfis 2 e 3, em sua maioria perfis formados por profissionais de nível médio (ACS, auxiliares de enfermagem, técnicos em saúde bucal). Verificou-se o crescimento das contratações flexíveis, inclusive com elevação mais expressiva, entre os trabalhadores de maior escolaridade e com ausência de direitos sociais e baixo suporte social entre os colegas de trabalho.

As condições do ambiente de trabalho foram consideradas como regulares e precárias, o que requer melhorias nos recursos materiais disponíveis para o trabalho.

Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho verificou-se a alta exigência para o trabalho, principalmente na categoria dos ACS e auxiliares de enfermagem, situação que pode ser causadora de sofrimento e conflitos. O resultado deste estudo evidencia o grande número de profissionais da ESF em situação temporária de emprego com baixos salários, ausências de direitos sociais, baixo suporte social, caracterizando-se como situação de trabalho precário. Conclui-se que há uma tendência de precarização do trabalho em um contexto onde impera a lógica do mercado e mesmo indivíduos altamente escolarizados estão sujeitos a conviverem com a insegurança, a instabilidade e a ausência de direitos e benefícios sociais, permanecendo à disposição da instabilidade político-partidária da gestão pública municipal.

São necessários esforços no âmbito da gestão municipal de saúde para implantar política de desprecarização do trabalho nas equipes saúde da família. E dos os trabalhadores desempenhar um papel propositivo em busca de mudanças e alinhar-se num movimento de resistência e luta por melhores condições de trabalho,

COLABORADORES

¹ESJ Lopes trabalhou em todas as etapas da pesquisa.

²TM Araújo trabalhou em todas etapas da pesquisa.

³CJ Machado na metodologia e análises dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.
2. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde;1996.
3. Antunes, R, Alves, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educação e Sociedade. 2004; 25(87): p. 335-351.
- 4-Antunes, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In:_____. A cidadania negada. Campinas; 2001. p. 35-48.
5. Ministério da Saúde. Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Tomasi, E, Facchini, LA, Piccini, RX, Thumé, E; Silveira, DS; Siqueira, FV et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24; suppl.1: p. s193-s201.
7. Assunção, AÁ. Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFGM; 2012.
8. Machado, M H. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A, Santos Neto, PM, Costa, PS, Belisário, AS. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 227-248.
9. Druck, G. Trabalho e precarização social: trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios. Caderno CRH; 2011; 24(1): p. 37-57.
10. Hirata, H.; PRETÉCEILLE, E. Trabalho, exclusão e precarização socioeconômica: o debate das ciências sociais na França. Caderno CRH, Salvador, v. 15, n. 37, p. 47-80, 2002.
11. Karasek, R, Brisson, C, Kawakami, N, Houtman, I, Bongers, P, Amick, B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. j occup health psychol; 1998; 3(4): p. 322-355.
12. Manton, KG; Woodbury, MA; Tolley, HD. Statistical application using fuzzy sets. Nova York: John Wiley & Sons; 1994.
13. Giles, R. The concept of Grade of Membership. Fuzzy Sets and Systems. 1988; 25(3): p. 297-323.

14. Assis, HM, Machado, CJ; Rodrigues, RN. Perfis de mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma maternidade pública de Belo Horizonte (MG) 2001-2006. *Rev. Bras. Epidemiol*; 2008; 11(4): p. 675-86.
15. Pereira, CCA, Machado, CJ, Rodrigues, RN. Perfis de causas múltiplas de mortes relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. *Cad. Saude Publica*; 2007; 23(3): p. 645-655.
16. Caetano AJ, Machado CJ. Consistência e identificabilidade no modelo Grade of Membership: uma nota metodológica. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2009; 26(1): p. 145-149.
17. Maslach, C; Leiter, MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. São Paulo: Papirus; 1999.
18. Medeiros, CRG, Junqueira, ÁGW, Schwingel, G, Carreno, IJ, Lúcia AP, Saldanha, OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*; 2010; 15; suppl.1; p. 1521-1531.
19. Junqueira, TS, Cotta, RMM, Gomes, RC, Silveira, SFR, Siqueira-Batista, R, Pinheiro, TMM et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (5), p. 918-928.
20. Seligmann-Silva, E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez Editora; 2011.
21. Nascimento Sobrinho, CL, Carvalho, FM, Bonfim, TAS, Cirino, CAS, Ferreira, IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 2006; 22(1): p. 131-40.
22. Tosta, TLD. Antigas e novas formas de precarização do trabalho: o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2008.
23. Franco, T, Druck, G, Seligmann-Silva, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. saúde ocup*; 2010; 35(122); p.229-248.
24. Pereira, MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

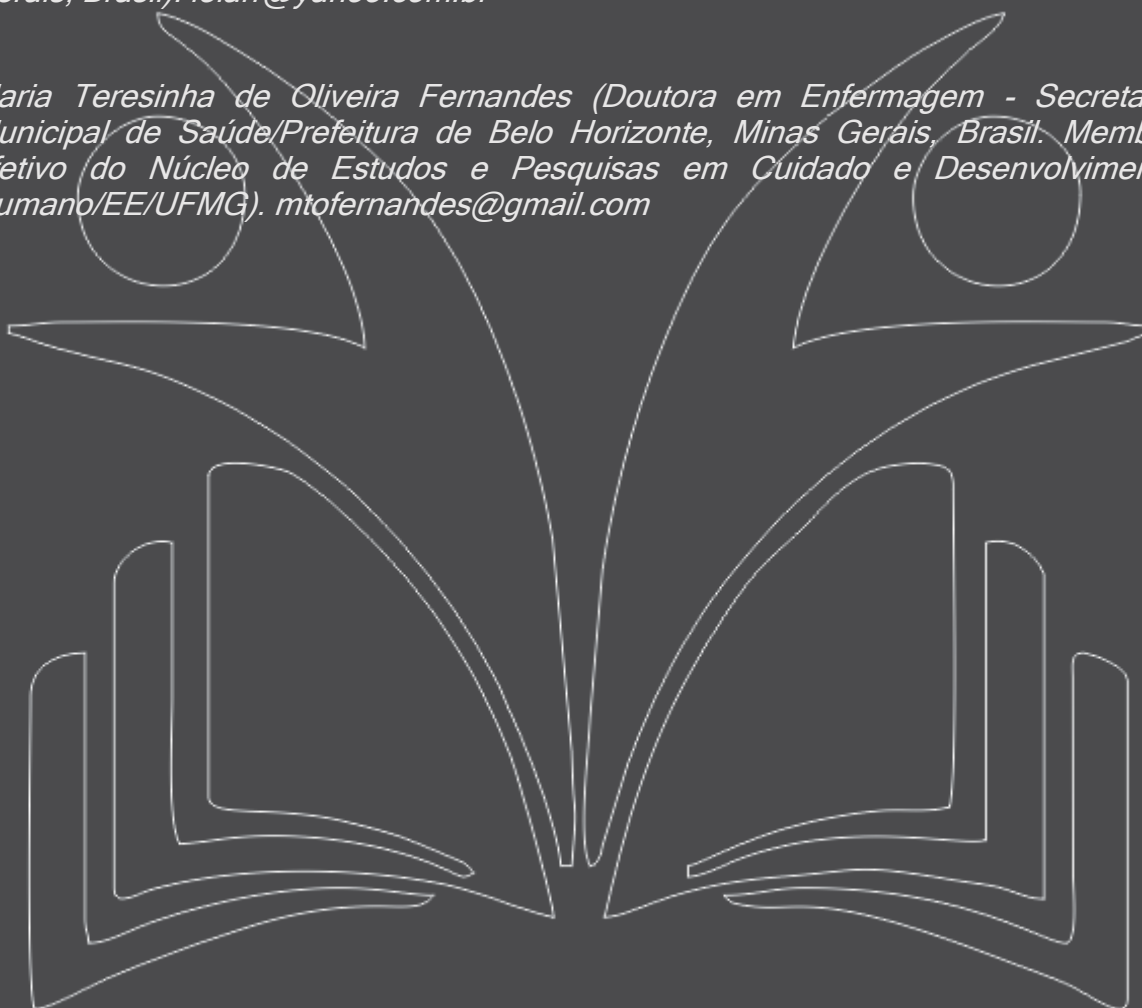
Capítulo 11

VIVÊNCIA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO BÁSICA

[DOI: 10.37423/200500949](https://doi.org/10.37423/200500949)

Léia Raquel de Resende Moura (Enfermeira - Residência Multiprofissional em Atenção Primária. Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil). leiarr@yahoo.com.br

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes (Doutora em Enfermagem - Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Membro efetivo do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano/EE/UFGM). mtofernandes@gmail.com



RESUMO: Objetivou-se compreender como a pessoa com diabetes mellitus tipo 2 vivencia o acompanhamento pela Atenção Básica. Pesquisa qualitativa, realizada de novembro a dezembro/14, no Distrito Sanitário Centro Sul de Belo Horizonte. Utilizou-se um questionário e entrevista semi-estruturada em visita domiciliar com ACS. Foram 21 participantes com diagnóstico de DM2 e prescrição regular de hipoglicemiantes orais e insulina. Chegou-se aos resultados: perfil socioeconômicos e às categorias: tempo de convívio com o DM; corresponsabilização, autonomia, adesão ao tratamento; controvérsias e contradições do autocuidado; acesso e tratamento reduzido a exames, medicamentos, sistema de saúde. O desconhecimento ou negação da doença e dos serviços afeta a decisão de procurá-los. A enfermagem é determinante para ajudar usuários a transporem barreiras em relação ao autocuidado e diversificar metodologias de abordagem/intervenção. Práticas de educação em saúde é um desafio para a enfermagem na Atenção Básica na transformação da sociedade para o cuidado em DM.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003)

Estima-se que no Brasil o diabetes passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Este dado é semelhante ao do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) que identificou que aproximadamente 50% das pessoas diagnosticadas com DM tipo 2 desconheciam ter a doença, contribuindo de forma significativa para que, no momento do diagnóstico, já se tenha a presença de alterações micro e macrovasculares no organismo. O impacto da doença na população brasileira é, portanto, preocupante (BRASIL, 2013).

Outro elemento de impacto neste contexto é a adesão que implica num envolvimento voluntário e participativo do paciente e do profissional de saúde num processo que visa em primeiro lugar à mudança de comportamento (APOSTOLO et al., 2007). Conforme destacam Anderson e Funnell (2010) a pessoa provém 98% de seus próprios cuidados em diabetes e os profissionais de saúde não podem controlar e, portanto, não podem ser responsáveis pelas decisões de autocuidado de seus pacientes.

De acordo com REINERS et al. (2008) embora seja necessária, a adesão ao tratamento é uma tomada de atitude pois, implica em mudança de comportamento que reflete nos hábitos de vida. Os sentidos e os fatores determinantes do comportamento de adesão devem ser considerados, mais do que a precisão com que a pessoa segue as recomendações. Cazarini et al (2002), reforça esta afirmativa ao mencionar que um alto percentual de pessoas com diabetes não aderem ao tratamento preconizado apesar de grandes avanços tecnológicos empregados nos diagnósticos e ao tratamento, o que demonstra que esse debate tem-se se perpetuado.

A literatura tem apontado dificuldades da pessoa com diabetes na adesão ao projeto terapêutico incluindo controle metabólico, plano alimentar, atividade física e tratamento medicamentoso. O DM é considerado um problema de saúde pública de condição sensível à Atenção Básica (AB) lócus desta pesquisa. Evidências tem demonstrado que um bom manejo clínico na atenção primária evita

hospitalizações e mortes por complicações macrovasculares (BRASIL, 2013), constituindo-se como estudo relevante para a atenção, gestores e usuários.

A organização da atenção à pessoa com DM na Atenção Básica e os desafios da adesão ao tratamento combinam os vários debates da saúde do adulto e envelhecimento da atualidade e tem demonstrado ser uma necessidade mundial. Ademais, a reorganização da atenção às condições crônicas pode enfatizar os cuidados primários em DM, às necessidades de tratamento, às atividades de autocuidado, ao controle da glicemia e à educação diabetológica. Portanto, a atenção tem o potencial de conduzir a melhores resultados de saúde em curso para pessoas com DM e podem colaborar na redução de internações hospitalares e complicações relacionadas à diabetes (KEWMING S, D'AMORE A, MITCHELL EKL, 2016).

Considerando todas essas reflexões, este estudo se norteia pela questão da organização da atenção à pessoa com DM, os desafios da adesão e como a pessoa acometida pelo DM tipo 2 tem vivenciado seu acompanhamento na AB. Diante deste contexto, o presente estudo teve como objetivo compreender a vivência de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acompanhadas por Equipes de Saúde da Família.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada no período de novembro a dezembro de 2014. A coleta de dados foi realizada por meio de visita domiciliar com o ACS, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cafezal, Regional de Centro Sul no município de Belo Horizonte (BH), Minas Gerais, Brasil. A população da área de abrangência desta UBS era de 10.470 habitantes 100% cadastrados no censo BH/Social (BELO HORIZONTE, 2014). Os sujeitos deste estudo foram usuários residentes e cadastrados acompanhados pela Equipe de Saúde da Família 1 do Centro de Saúde Cafezal. Foram incluídos no estudo: usuários da área adstrita da ESF 1 com diagnóstico de DM2 e prescrição regular dos medicamentos hipoglicemiantes (metformina, glibenclamida e glicazida), Insulina Humana NPH e regular, padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde de BH (SMSA). Foram excluídos: usuários não cadastrados na ESF 1 com diagnóstico DM1 ou DM gestacional e sem prescrição de hipoglicemiantes padronizados pela SMSA. Dos 57 cadastrados que atenderam aos critérios estabelecidos, cinco (5) participaram do teste piloto para validação dos instrumentos de coleta de dados. Não foi possível contato com vinte e um (21) deles nem através de telefone nem visita domiciliar com ACS. Um (1) não quis participar, sete (7) mudaram e vinte e três (23) aceitaram

participar da pesquisa. Mas, dois (2) foram excluídos por não terem acompanhantes no momento e não saberem assinar o TCLE.

Para a coleta de dados utilizou-se questionário para levantamento do “perfil socioeconômico” e a entrevista semi-estruturada para ampliar a compreensão sobre o “acompanhamento vivenciado pela pessoa com DM2 na AB”, aplicado pela própria pesquisadora em visita domiciliar com o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Os dados conformaram dois blocos. No primeiro bloco constaram dos dados socioeconômicos, que foram organizados em tabelas do excel com vistas a apurar caracterização da amostra. O segundo bloco foi de descrever e analisar as informações obtidas segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Iniciou-se com a pré-leitura, exploração do material empírico, leituras exaustivas até as unidades de registro para serem codificadas, dar o significado e enfim chegar categorização dos núcleos de sentido que serão apresentados como resultados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, parecer nº 877.490/2014. Os sujeitos que foram convidados conheceram o objetivo e a natureza do estudo, risco e benefícios, sendo garantidas a confidencialidade e o anonimato, aceitaram a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

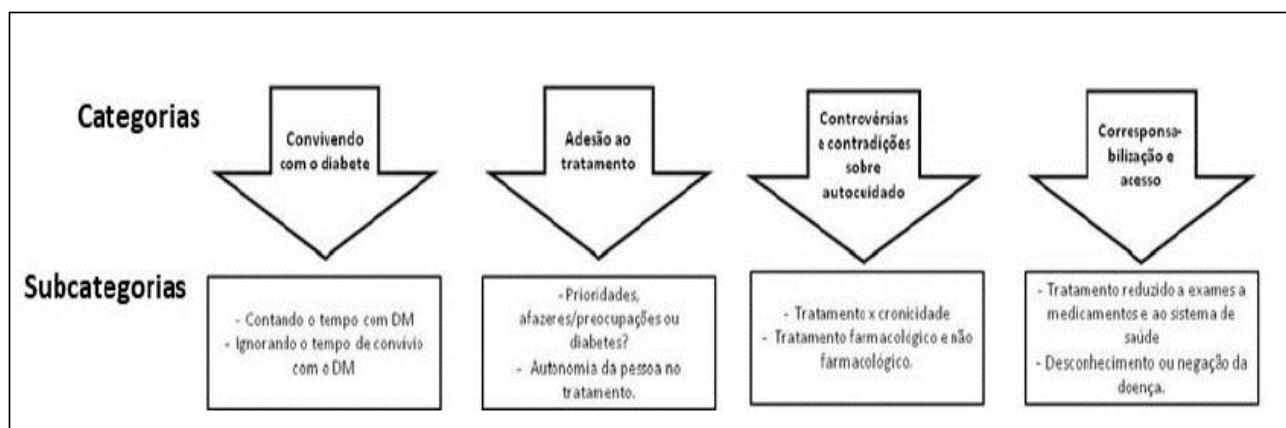
CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dos participantes 62% eram do sexo feminino, a faixa etária predominante foi no intervalo de 40 a 59 anos, a cor predominante foi a parda 55%, estado civil 43% se declararam casados. Em relação à escolaridade 66% afirmaram ter estudado e 81% recebiam entre 1 a 2 salários mínimos, 52% trabalhavam. A religião predominante foi a católica e 95% tinham filhos. 76% participam de algum projeto oferecido no território, 57% praticam exercícios físicos e 62% consideram se alimentar adequadamente, 86% tinham diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) além do DM.

Sobre o tratamento oferecido pelo serviço de saúde 57% dos sujeitos consideram ser adequado e 67% o consideram resolutivo. Sobre a qualidade do serviço de saúde oferecido 91% das pessoas não souberam opinar e 62% identificam problemas no serviço. A maioria citou ser acompanhados pelo profissional médico correspondendo a 95% e 61% citaram também o profissional enfermeiro.

VIVÊNCIA DA PESSOA COM DIABETES

Nesse segundo bloco apresentam-se as categorias que emergiram neste estudo, assim como sua composição a partir das subcategorias:



DISCUSSÃO

A caracterização dos sujeitos estudados merece destaque de algumas variáveis conforme o gênero, a escolaridade, prática de exercícios físicos, alimentação, patologia associada ao DM, resolutividade e satisfação das pessoas em relação ao serviço de saúde oferecido.

Em relação ao gênero observa-se que a maior concentração está no sexo feminino 62% da população pesquisada e 38% do sexo masculino. Corroboram com este estudo a pesquisa sobre o perfil da população diabética e/ou hipertensa coberta pela Estratégia de Saúde da Família na cidade de Francisco Morato, São Paulo, Brasil (PAIVA, BERSUSA E ESCUDER, 2006), que apontou 68% do sexo feminino. Cotta et al. (2009), buscou identificar o perfil socio sanitário do estilo de vida da população hipertensa ou diabética do município de Teixeira, Minas Gerais, verificou-se também entre os entrevistados uma predominância do sexo feminino, com uma prevalência de 74,4%. Estes achados podem sugerir pensar que, as pessoas do sexo feminino estão vivendo mais que do sexo masculino ou que a patologia hipertensão arterial ou DM atinge mais a população feminina em especial e que envelhecendo, irão compor o grupo de idosos com fragilidades com impactos na qualidade de vida e sociedade.

Os achados, neste estudo, apontam que a faixa etária predominante é de adultos de 40 a 59 anos correspondendo a 58% do grupo populacional em questão. Neste sentido, podemos inferir que há mais mulheres que os homens, possivelmente, acometidas pelo diabetes, mesmo não tendo

trabalhado com associação. Outras evidências, já bastante debatidas são o envelhecimento populacional com incremento da população feminina e a presença dela nos serviços de saúde (Fernandes e Soares, 2012).

Sobre escolaridade, 66% relataram ter estudado e 34% nunca estudaram. No entanto, quando se observa relação anos de estudos um dado chama atenção, apenas 4,7 % da distribuição dos adultos diabéticos da ESF 01, têm 11 anos de estudos, ou seja, completou o segundo grau. Já 57% da população não completou o ensino fundamental. Paiva, Bersusa e Escuder (2006), em estudo realizado observaram baixa escolaridade entre seus entrevistados sendo 22% analfabetos e 47% de 1 a 4 anos de estudos. Mesmo achado foi o de Cotta et al (2009), que encontram baixa escolaridade em suas pesquisas com 40,9% dos usuários analfabetos, 14,0% apenas liam e escreviam e 34,5% tinham o ensino fundamental incompleto. 54,9% tinham menos de quatro anos de estudo e podem ser considerados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como analfabetos funcionais. Neste estudo, as pessoas que consideravam que havia estudado, às vezes, apenas liam ou escreviam com dificuldade e em sua maioria apenas assinavam o próprio nome. Este fato influencia na adesão ao tratamento, seja pelas menores condições financeiras, seja pela falta de conhecimento e/ou compreensão do que fazer em relação ao tratamento do DM. Essa baixa escolaridade pode representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pelos profissionais de saúde assim como na adesão ao tratamento, sendo, portanto, um importante indicador a ser observado tanto pelos gestores, como pela equipe no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações destinadas a este grupo populacional (COTTA et al., 2009).

Gouveia e Rodrigues (2014), constataram que as variáveis escolaridade e tempo de doença tem respectivamente, relação proporcional e inversamente proporcional ao fator conhecimento sobre o DM, ou seja, quanto menos anos de estudo e maior o tempo da doença, menor o nível de compreensão e adoção de práticas de cuidado por parte da pessoa com DM. As pessoas com até 8 anos de estudos apresentaram mais dificuldades na compreensão das informações e na consequente aquisição de conhecimento e mudança de atitude frente a doença.

Em relação à distribuição da renda Paiva, Bersusa e Escuder (2006), encontraram baixa renda familiar, porém, com porcentagens inferiores a este estudo 31% recebiam entre 1 a 2 salários mínimos enquanto neste estudo 81% recebem entre 1 a 2 salários mínimos e 14% desconhece a renda total familiar. Dessa forma, podemos inferir que a renda familiar pode se tornar um limitador ao acesso a

bens, serviços e informações. Isso influenciaria na produção social de saúde do grupo estudado. Outra observação para esse grupo populacional, é que a escolaridade e a renda determinam o modo de vida e como ele tem vivenciado o tratamento, que pode constituir um risco de agravamento da doença. E ainda, incrementar a demanda para os serviços de saúde, uma realidade observada no desenvolvimento desta pesquisa.

Esse grupo populacional é favorecido por atividades oferecidas no território como lian gong, hidroginástica, grupo de mulheres, grupo de caminhada, grupo de idoso e grupo de apoio à comunidade, dentre outros com adesão 76% nesses projetos.

A maioria dos entrevistados, 57% afirmou praticar atividade física e 43% não pratica nenhum tipo de atividade física. A caminhada é a mais citada como opção para atividade física, resultado semelhante ao estudo de Tavares, Drumond e Pereira (2008), no qual 37,4% citaram a caminhada como a atividade mais realizada pelos entrevistados. Ressalta-se que a prática de atividades físicas é fundamental para a manutenção de boa qualidade de vida, interferindo no bem-estar fisiológico e psicológico. Sabe-se, entretanto, que o enfermeiro desta equipe participa dos grupos de caminhada, parece que isto favorece a adesão dos usuários a essa modalidade de prática física. Porém, neste estudo foi citado pela minoria que atividade física não é considerada essencial ao tratamento apesar da área de abrangência contar com uma academia da cidade, além de grupos de caminhadas e liang gong, excluindo desta forma o fator custo.

Assunção e Ursine (2007), observaram que existe uma relação do fator socioeconômico com a adesão a atividade física, pois 78,7% dos participantes de seu estudo que aderiram a atividade física foram considerados com condição socioeconômica muito boa. Além disso, o comportamento sedentário aumenta com a idade e é maior entre aqueles com o menor poder aquisitivo. A condição socioeconômica demonstrou que pessoas com DM residentes em área de alto risco tiveram menor adesão ao tratamento não farmacológico, o que corrobora com estes resultados. Sabe-se hoje em dia, que a atividade física é uma das principais formas preventivas de doenças crônicas como o DM (GOUVEIA; RODRIGUES, 2014). Dos pacientes que recebem informação sobre prática de exercícios físicos apenas 25% realizaram algum tipo de atividade, 10% não realizava, nenhum tipo de tratamento e 26% aderiram apenas ao medicamento como forma de tratamento da doença (Assunção, Ursine, 2007). Torres et al (2011), observou que existem algumas barreiras para a busca de um estilo de vida

saudável entre elas foi percebida a falta de apoio familiar, o estresse, o trabalho ou a ocupação, a segurança e o custo dos lugares para a realização dos exercícios.

Considerando sobre a dieta adequada, 62% consideram alimentar-se adequadamente. Na entrevistada, ficou claro que prevalece a sua cultura alimentar em detrimento de um planejamento adequado para o tratamento do DM. Paiva, Bersusa e Escuder (2006), afirmam que a dieta é a orientação mais frequente recebida por seus entrevistados o mesmo observou-se no local da pesquisa.

Sobre as comorbidades, a HAS foi a mais citada no estudo de Faria et al (2008), 56,5%. Neste estudo a HAS também foi citada como a principal patologia

associada ao DM. Isto chama atenção por se tratar de condições crônicas de saúde no qual o tratamento representa a extensão do comportamento da pessoa frente à doença, e alerta para a vulnerabilidade dessas pessoas.

Quando perguntado sobre o serviço de saúde, 57% consideram o tratamento oferecido adequado e 67% ainda o consideram resolutivo. Este achado é semelhante ao estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), que constatou que 65,6% consideram o serviço resolutivo. No entanto quando indagado sobre a qualidade do serviço 91% não souberam opinar divergente do estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), no qual 68,8% estavam satisfeitos com a qualidade do serviço.

A resolutividade e a satisfação das pessoas são maneiras de se avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos no atendimento ao usuário. Principalmente, em se tratando de doenças crônicas, a avaliação das pessoas dependerá do grau de aceitação e compreensão de sua patologia (PAIVA, BERSUSA, ESCUDER, 2006). Sobre problemas no serviço de saúde, os motivos mais citados por 62% foram: a falta de médicos, a demora das consultas especializadas e a qualidade do atendimento de algumas categorias.

A maioria das pessoas com DM são acompanhadas pelo profissional médico correspondendo a 95%, em seguida o profissional enfermeiro com 61%. Este achado é semelhante ao resultado do estudo de Chaves, Teixeira e Silva (2013), no qual 97% consideram a consulta com o enfermeiro importante e referiu ainda que o papel do enfermeiro é ensinar e orientar o seu autocuidado. No entanto, ressalta-se a importância de todos os profissionais de saúde e a contínua avaliação da efetividade e da qualidade do tratamento das pessoas com DM, sabendo-se de sua complexidade (GUIDONI et al, 2009).

Sobre o tempo de convívio com a doença, observa-se que, de certa forma o diabetes impactou na vida das pessoas. Expressa tanto na negação da doença quanto na noção do tempo de convívio, constituindo-se em evento crítico e sua repercussão na produção de vida.

O problema se torna maior quando a pessoa é idosa e/ou foi acometida por DM há muitos anos. Em muitos casos, a pessoa com DM leva anos para se sensibilizar frente à doença e perceber os reais riscos que ocorrem na ausência do autocuidado. Por isso não tem interesse em saber mais sobre a doença e suas possíveis complicações e acaba por conhecê-las quando elas já estão instaladas (GOUVEIA; RODRIGUES, 2014).

Sobre a autonomia da pessoa no tratamento percebeu-se que algumas vezes a DM não é a prioridade diante de tantos fazeres, problemas e preocupações. As pessoas tomam muitos medicamentos, sabem os nomes de alguns, de outros não, sabem descrever a forma do medicamento às vezes os horários e até a indicação. Faria et al. (2009), comentam que existe uma relação direta com a compreensão da importância e necessidade do tratamento com o medicamento ao qual o indivíduo faz uso. O mesmo estudo ainda chama atenção para o uso inadequado do medicamento para controle glicêmico, ressaltando a pouca orientação acerca do antidiabético oral, a utilização da dose e horário errados como os mais prevalentes. Mais de um terço das pessoas com DM não souberam o nome do medicamento e 51% deles tomavam medicamentos nos horários incorretos e 71% não sabiam a finalidade e indicação do medicamento, fortalecendo a ideia de que a falta de conhecimento acerca da doença e do tratamento ainda é um grande desafio a ser enfrentado.

A falta de conhecimento acerca do tratamento medicamentoso tem causado um forte impacto na qualidade de vida e na saúde das pessoas, principalmente naquelas com uma ou mais condições crônicas de saúde (FARIA et al., 2009). A situação se agrava quando paciente faz uso de medicamentos para outras morbidades, como HAS, dislipidemias, pois tudo se torna mais confuso (GOUVEIA; RODRIGUES, 2014).

Foi observado que o tratamento medicamentoso é citado pelos participantes na maioria das vezes como a única forma de tratamento ou o essencial. Isto é reforçado pela evidência na prática das pessoas procurarem principalmente por assistência médica e em situações agudas. Gouveia e Rodrigues (2014), reforçam que a população geralmente resiste em aceitar outros tipos de intervenção, que não seja a consulta médica e a prescrição de medicamentos. Uma abordagem compartilhada entre o sujeito e profissional da saúde poderia suprir as lacunas de conhecimentos das

peessoas com DM quanto à utilização dos medicamentos. A informação clara e precisa da dose prescrita pelo médico, o horário correto de ingestão, o número de vezes e comprimidos que devem ser ingeridos por dia além de contribuir para que a pessoa use de forma correta também pode motivá-lo ao autocuidado e à adesão à terapia medicamentosa (FARIA et al., 2009).

A pessoa que conhece e compreende seu tratamento medicamentoso pode utilizá-lo corretamente, embora isso não garanta necessariamente a utilização correta, pois o uso adequado envolve vários outros fatores (FARIA et al, 2009). Está informação é reforçada por Assunção e Ursine (2007), que pesquisaram o conhecimento e sua aplicação na rotina diária e encontraram que ter o conhecimento não é garantia única para a mudança de comportamento nas pessoas com DM.

Ainda existem outros fatores que influenciam na adesão, como: disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e amigos, isolamento social, relação entre usuários e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (FARIA et al; 2014).

Na prática assistencial deparamo-nos com o impacto que o DM tem sobre a saúde das pessoas e com a dificuldade de adesão dos seus acometidos aos comportamentos preventivos. Para tanto, é necessário considerar a pessoa com suas crenças e como elas podem influenciar no modo como se cuida do diabetes. Diante disso, fica claro que, para orientar e estimular o autocuidado precisa conhecer suas crenças já que este componente será essencial na mudança de comportamento da pessoa (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em relação ao tratamento observou-se a fragmentação e valorização da terapêutica medicamentosa às vezes como a única forma de tratamento, pois consideram que, o importante é tomar os medicamentos em primeiro lugar, seguidos depois pela alimentação adequada e prática de exercícios físicos regularmente e momentos de lazer. Portanto, apesar da valorização do tratamento medicamentoso outras variáveis começam a ser reconhecidas pelas pessoas que vivenciam condição crônica de saúde e que influenciam na qualidade de vida.

A exigência da mudança no cotidiano e nos hábitos de vida dificulta o enfrentamento do DM e de outras doenças crônicas. Muitas pessoas não encaram a dieta e as atividades físicas como aliada ao tratamento medicamentoso, inclusive no caso da DM. A alimentação não é um fenômeno unicamente

biológico, pois sofre influencia de fatores sociais, culturais e emocionais envolve valores e crenças, reforço de vínculos e trocas afetivas (GOUVEIA; RODRIGUES, 2014).

Gouveia e Rodrigues (2014), reforçam que para a mudança de hábitos alimentares no controle da DM não é importante apenas ofertar informações ao paciente, mas também englobar aspectos emocionais que influenciam na adesão ao tratamento. E necessário que seja considerado o contexto no qual a pessoa está inserida assim como as possíveis repercussões que a doença possa trazer para sua rotina, acarretando problemas financeiros ou de ordem pessoal, fazendo com que a doença represente um peso em sua vida.

De acordo com o autor supracitado existe uma dificuldade em lidar com a diferença entre os hábitos alimentares adotados por seus familiares e o restante de seu círculo social e os prescritos para uma pessoa com DM. Para essas pessoas o apoio é muito importante como forma de reforço no enfrentamento à doença. Esse apoio é importante por fazer com que eles se sintam fortalecidos e incentivados a melhorar o autocuidado e conviver melhor com a DM. Todavia, outras pessoas relatam se sentir privadas de sua autonomia devido a um controle exacerbado por parte de alguns familiares, dizendo a hora que tem que comer, tomar a medicação etc. Sendo assim o ideal é que exista um equilíbrio na oferta do cuidado, mas também que não sufoque com ordens e restrições, o controle na medida certa, sem dúvida tem o significado de proteção e cuidado (GOUVEIA ; RODRIGUES, 2014).

Nesse sentido, defende-se uma abordagem centrada no usuário para o cuidado do diabetes, segundo sua realidade. Plano de autogestão do agravo efetiva e quase sempre requerem tanto o conhecimento sobre a doença pelo profissional quanto às prioridades, preocupações, metas, tradições, cultura, valores e recursos (ANDERSON; FUNNELL, 2010).

Com a implementação das ESF possibilitou incrementar novas relações entre profissionais de saúde, famílias e comunidade, pautadas no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade, como a falta de adesão ao tratamento de DM (FARIA et al., 2014).

Os indivíduos com DM vivem nessa condição 24 horas por dia, o que ressalta a importância do autocuidado, portanto, a prioridade dos profissionais, na orientação das pessoas com DM, é encorajar a realização das atividades de autocuidado, quando possível (TORRES et al., 2011). O autocuidado é

uma prática em que as pessoas adquirem informações que o ajudarão a cuidar de si, ganham com isso autonomia sobre sua saúde, pois ao adquirir conhecimento terão a possibilidade de aplicar em seu benefício. Apesar de existir uma distância significativa entre o saber e o fazer no cuidado de um agravo, ou seja, apenas a transmissão de informação não implica mudança de comportamento, apesar do conhecimento ser um pré-requisito (CYRINO, 2009). Com atitudes simples como verificar os pés, cuidados com os ferimentos, reeducação alimentar, pois isto evitará possíveis complicações à sua saúde e o indivíduo passa a ter uma autovigilância sobre o seu corpo e sua saúde, (CHAVES; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

O esforço para melhorar o autocuidado requer uma equipe proativa e preparada permitindo um melhor atendimento aos indivíduos com doença crônica, indo além de “simplesmente ajudar o paciente a adquirir conhecimentos e habilidades”. Os mesmos são responsáveis por ajudá-los a atingir seus objetivos e superar as barreiras por meio da educação, autorreflexão, apoio social, autogestão, (ANDERSON; FUNNELL, 2010). Vários fatores podem influenciar na perspectiva do autocuidado, entre elas, a comunicação entre os indivíduos e o profissional e um fator importante além do ambiente físico, social e a exposição à informação (TORRES et al., 2011).

O comportamento das pessoas em relação à saúde depende se consideram susceptíveis a um determinado problema de saúde, se acreditam na gravidade das consequências destes problemas e se as ações de saúde podem trazer-lhes benefícios. A suscetibilidade refere-se à percepção subjetiva do risco de ter a doença. A gravidade percebida refere-se a sentimentos e preocupações com relação à doença e suas consequências na saúde e nas condições de vida, de trabalho, vida familiar e relações sociais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os profissionais de saúde apresentam dificuldades envolvendo a participação motivada e contínua da equipe bem como na multiplicação dessas informações para a população. Nesse sentido, as equipes precisam ser capacitadas para serem educadores tanto com conhecimento da clínica quanto da habilidade de comunicação, estratégias metodológicas e aplicabilidade na prática. Para isso, o MS está desenvolvendo uma estratégia de educação em saúde para o autocuidado, voltada ao indivíduo com DM, com a construção de uma rede de tutores e multiplicadores no âmbito local, regional e estadual (TORRES et al., 2011).

Em relação ao acesso, alguns elogiam porque são bem atendidos, outros falam da demora nas consultas especializadas e da dificuldade de acesso ao médico e a fazer os exames de rotina. Outros não sugerem nada, implicando em um desconhecimento da doença ou mesmo negação da doença.

Travassos e Martins (2004), distinguem acesso e acessibilidade. Acesso refere-se à forma como as pessoas percebem a acessibilidade e acessibilidade refere-se a características da oferta. Também apontam que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los. Destacam o fato de que a disponibilidade de serviços pode também não ser de conhecimento de todos já que diferentes grupos populacionais variam no grau de informação e isto influencia na forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, portanto, o acesso aos mesmos.

O acesso é considerado ótimo quando a provisão do cuidado é realizado no momento e local adequados. A importância do acesso centra-se no uso de procedimentos de saúde com potencial para alterar positivamente o estado de saúde das pessoas. O acesso refere-se ao uso de serviços/tecnologias de reconhecida eficácia usada no momento adequado. Neste caso, interessa saber se oportunidades de bons resultados estão sendo perdidas por problemas de acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A probabilidade de as pessoas adotarem uma “ação de saúde” é influenciada pela vantagem ou inconveniência de adotar esta ação além dos estímulos internos ou externos para adotá-la. O balanço entre benefícios e barreiras percebidas com relação à ação a ser adotada é descrito como análise inconsciente de custo - benefício em que indivíduos pesam os ganhos da ação contra a percepção de que esta ação pode ser custosa, desagradável ou inconveniente. A ameaça notada e a percepção de que os benefícios são superiores as barreiras para a ação são os elementos-chave para adoção de uma determinada ação preventiva ou prescrição terapêutica, (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a vivência de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acompanhadas por Equipe de saúde da Família foi desafiante. Constatar como a doença é percebida pelo usuário e que isto implica em tempos e interações diferentes nos leva a repensar sobre a integralidade do cuidado, a repercussão da doença na vida de quem convive com ela. Além disso, repensar a corresponsabilização em relação ao autocuidado e a autonomia do sujeito quanto à adesão ao tratamento não apenas medicamentoso

no cenário caracterizado por controvérsias e contradições que coexistem nos serviços de saúde e na vida das pessoas.

O resultado deste estudo chamou atenção quanto ao provável déficit de conhecimento acerca do tratamento medicamentoso. Este déficit pode agravar o estado de saúde da pessoa com DM e, conseqüentemente, acrescentar custos diretos e indiretos para a economia. Não basta oferecer os medicamentos, é preciso também avaliar a forma como vêm sendo utilizados pela população. Em se tratando de condição crônica, o tratamento apenas medicamentoso não é suficiente para um bom controle da patologia e produção de vida. Considerando que o número de pessoas com DM vem crescendo é fundamental estimular, que os usuários e famílias conheçam as ofertas da AB e desenvolvam ou despertem suas habilidades para cuidar da sua saúde com autonomia e responsabilidade num projeto conjunto com profissionais e serviços de saúde.

Em relação ao autocuidado é necessário um esforço das equipes multiprofissionais com o objetivo de ajudar os usuários a transpor as barreiras que impedem a sua melhoria com a utilização dos projetos e equipamentos sociais, de educação na própria comunidade.

Vale repensar o acesso para a pessoa com DM, já que, é um fator importante a ser considerado na adesão ao tratamento de doenças crônicas como é o caso do DM. É importante refletir sobre a qualidade do atendimento, ou mesmo outras formas de atendimento além da consulta individual ou grupos com o intuito de estimular o autocuidado. Portanto, saber que o conhecimento não é garantia de adesão ao tratamento, espera-se que a pessoa conhecendo sobre sua condição e as possíveis conseqüências para a sua saúde terá a possibilidade de escolha consciente.

Reconhece-se que as limitações do estudo se deram no campo de utilização dos instrumentos, da coleta de dados realizada no domicílio dependendo de um terceiro sujeito e da insuficiência dos cadastros para identificação dos sujeitos. Recomendam-se estudos relacionados à adesão ao tratamento não medicamentoso que seriam a ponte para planejar ações com o intuito de melhorar o autocuidado e conseqüentemente o tratamento, impactando nos aspectos levantados nesta pesquisa: autonomia, corresponsabilização e acesso. Dessa forma, conquistando melhor qualidade de vida, retardando agravos e complicações da doença até a finitude. Por outro lado, espera-se que as complicações retardem as incapacidades para manter a pessoa em produtividade de vida e trabalho, o que é imensurável.

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

APOSTOLO, J.L.A., et al. Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.4, pp. 575-582. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?Acesso em: 14 de Fev. de 2014)

ANDERSON, R.M; FUNNELL, M.M. Patienter empouwerment: myths and misconceptions. patient educ couns, V.79, M.3, p.277-282, JUN.2010.

REINERS, A.A.O., et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2299-2306. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>> Acesso em: 10 de ago. de 2019.

CAZARINI, R.P., et al. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. Medicina (Ribeirão Preto); 35(2):142-150, abr.-jun.2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=355707&indexSearch=ID>> Acesso em: 10 de ago. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf> Acesso em: 05 de set. de 2019

KEWMING S, D'AMORE A, MITCHELL EKL. Conversation Maps and Diabetes Education Groups: An Evaluation at an Australian Rural Health Service. Diabetes Spectrum: A Publication of the American Diabetes Association.[Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 25];29(1):32-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755459/>

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Censo Bhsocial. Intranet. Informações para Atenção básica. Belo Horizonte; 2012. Acesso em: 31 de marc. de 2014.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Censo Bhsocial. Intranet. Informações para Atenção básica. Belo Horizonte; 2012. Acesso em: 31 de marc. de 2014.

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

PAIVA, D.C.P., BERSUSA, A.A.S., ESCUDER, M,M, L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.2, pp. 377-385. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/15.pdf>>. Acesso em: 14 de Dez. de 2014.

FERNANDES, M. T. O., SOARES, S.M. The development of public policies for elderly care in Brazil. Rev Esc Enferm, 46(6),1494-502.

COTTA, R.M.M., et al. Perfil socio sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1251-1260. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a26v14n4.pdf> > Acesso em: 10 de set. de 2019.

GOUVEIA, J.N.S., RODRIGUES, C,R,F. Como o portador de diabetes mellitus enfrenta a doença e seu tratamento-uma revisão integrativa. 2014. Disponível em: http://www.santamarcelina.org/aps/Trabalhos/TCC_Juliana_Nazareth.pdf Acesso em : 03 de set. de 2019.

ASSUNCAO, M.C.F.,SANTOS, I.S., COSTA, J.S.D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2002, vol.18, n.1, pp. 205-211. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8157.pdf> > Acesso em: 10 set. de 2019.

TORRES, H.C., et al. Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus. Acta paul. enferm. [online]. 2011, vol.24, n.4, pp. 514-519. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a11v24n4.pdf>>. Acesso em: 11 de set. de 2019.

FARIA, H.T.G., et al. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. Acta paul. enferm. [online]. 2009, vol.22, n.5, pp. 612-617. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/03.pdf> >. Acesso em: 09 de set. de 2019.

CHAVES, M.O.,TEIXEIRA, M.R.F., SILVA, S.É.D. Percepções de portadores de diabetes sobre a doença: contribuições da Enfermagem. Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.2, pp. 215-221. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/10.pdf> > Acesso em: 09 de set. de 2019.

GUIDONI, C.M., et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. Braz. J. Pharm. Sci. [online]. 2009, vol.45, n.1, pp. 37-48. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf> >. Acesso em: 14 de set. de 2019.

CYRINO, A.P. A educação para o autocuidado no diabetes: da obediência ao “empoderamento” do portador. In: Entre a Ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, suppl.2, pp. S190-S198. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 11 de set. de 2019.

Capítulo 12

ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA INDÍGENAS NO AMAZONAS

DOI: [10.37423/200500963](https://doi.org/10.37423/200500963)

Maria Luiza Carvalho de Oliveira (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil).

Sônia Rejane de Senna Frantz (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil).

Elielza Guerreiro Menezes (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil).

Izabela Guimarães Pezos (Acadêmico de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil).

Noely Raquel Nascimento das Neves (Acadêmico de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil).

Ramyres Carmo dos Santos (Acadêmico de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil).

Suelem Maciel do Nascimento (Acadêmico de Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas. Manaus, Amazonas, Brasil).

INTRODUÇÃO

Educação em saúde é uma atividade que envolve a comunicação entre profissionais de saúde e a comunidade através de diversas metodologias que instigam o público alvo a refletir sobre sua corresponsabilidade no processo de saúde-doença, levando-o a fazer escolhas que transformem a prática de saúde comunitária no meio ambiente no qual estão inseridos com o objetivo de promover mais qualidade de vida (MALLMANN et. al., 2015). A atividade de educação em saúde é utilizada como ação de saúde efetiva no âmbito da saúde coletiva, pois é considerada uma ferramenta para constituir uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde que a população está exposta, em vista a solucionar. Além disso, a atividade de educação em saúde fortalece os movimentos sociais locais, cria vínculos entre o profissional de saúde e o pensar cotidiano da população, valoriza os saberes e o conhecimento prévio da população e não somente o conhecimento científico detido pela equipe de saúde (VASCONCELOS, 2001; PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998; FALKENBERG et. al., 2014). A equipe de enfermagem possui um papel fundamental, atuando prioritariamente na potencialidade do indivíduo ter autonomia em relação a sua saúde. Dessa forma, a educação em saúde potencializa a qualidade de vida, ressaltando a importância de se desenvolver hábitos saudáveis com consciência, desse modo, os indivíduos deixam de ter uma consciência ingênua e passam a ser mais críticos. Os profissionais da área da saúde estão qualificados para promover a educação em saúde, vislumbrando a troca de informação entre os indivíduos, respeitando a individualidade e as peculiaridades de cada um, possibilitando que se promova saúde por meio das práticas educativas. Portanto, a atividade de educação em saúde é uma forma eficiente de promover saúde e orientar para práticas de vida saudáveis, onde se oportuniza o compartilhamento de saberes (GUETERES et. al., 2017).

No decorrer dos últimos 40 anos a educação em saúde no Brasil vem aprimorando iniciativas a fim de produzir novos conhecimentos que possam contribuir para a implementação de políticas, através de discussões coletivas, na constante busca de melhorias da qualidade dos serviços oferecidos à população. Através da história da educação profissional em saúde fica evidenciado que, as políticas nessa área foram desenvolvidas a partir da integração da formação dos trabalhadores com a realidade prática dos serviços (LIMA et al., 2016).

No contexto nacional tem-se como marco na política de educação dos profissionais da saúde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, no ano de 2003, que facultou a institucionalização da política de educação em saúde e estabeleceu iniciativas relacionadas à

reorientação da formação profissional; e em 2004 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que tem como intuito transformar as práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços (BRASIL, 2018). A proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS tem como uma de suas principais estratégias fortalecer o Sistema Único de Saúde - SUS, mediante a formação de profissionais que problematizem sua atuação e valorizem as especificidades dos espaços nos quais atuam, pois enquadra uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino com vistas à produção de mudanças de práticas de saúde da população (BRASIL, 2018).

A população necessita conhecer sobre algumas práticas de saúde através do ensinamento das instruções corretas e saudáveis sobre uma temática específica. Por isso, as atividades de educação em saúde e a intervenção da equipe de saúde com as metodologias educativas adequadas para o público alvo são importantes para que os resultados promovam a melhoria da promoção da saúde e prevenção da doença, capacitando a população para o enfrentamento de problemas de saúde pública.

A Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, instituída em 2002, defende um modelo de atenção diferenciada à saúde indígena, contemplando cada grupo ou etnia a partir de suas características demográficas e suas especificidades culturais que estão intimamente ligadas ao processo saúde doença como um todo. Esse atendimento diferenciado se mostra fundamental para essas populações com vistas a contemplar necessidades específicas da população indígena oferecendo uma reorganização dos serviços de saúde com base na equidade de acesso e na integralidade da assistência (COSTA et al., 2016). A reorganização da assistência de saúde indígena se propõe na estruturação de um modelo diferenciado de atenção à saúde, baseado na estratégia de execução pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), tendo como objetivo garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002).

Dentro das ações descritas e aprovadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é dever dos profissionais promover atividades de educação em saúde e atividades afins para acompanhantes e pacientes em condições para o exercício dessas atividades (BRASIL, 2002). Além disso, atividades educativas dentro da saúde indígena realizadas por equipe multiprofissional de saúde e obtiveram um resultado positivo tanto para a equipe de saúde quanto para a comunidade indígena. A atividade de educação em saúde para as populações indígenas têm a possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento através de uma ação educativa comprometida com a conscientização e mobilização popular, possibilitando aos indígenas, não apenas a percepção e também a adoção de comportamentos saudáveis, mas, principalmente, o conhecimento acerca dos direitos em saúde, interagindo de forma mais autônoma na busca de alternativas para o enfrentamento dos seus problemas (OLIVEIRA et. al., 2012). Diante das conceituações, este artigo tem o objetivo de descrever as experiências vivenciadas por enfermeiros na atividade de educação em saúde para indígenas do Amazonas e identificar mudanças de práticas de saúde na comunidade indígena.

CONCEITUAÇÃO TEÓRICA

Apesar de existir várias tendências pedagógicas dentro da prática de educação em saúde, é indiscutível que a prática educativa norteadas pela pedagogia da problematização é a mais adequada para o sucesso desta atividade, pois além de promover a valorização do saber do educando e instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade e de si mesmo, possibilita efetivação do direito da clientela às informações de forma a estabelecer sua participação ativa nas ações de saúde, assim como para o desenvolvimento contínuo de habilidades humanas e técnicas no trabalhador de saúde, fazendo que exerça um trabalho criativo.

Sendo assim, a Metodologia da Problematização aparece como uma nova tendência pedagógica que tem como o objetivo de problematizar a realidade e buscar soluções para os problemas observados, possibilitando o desenvolvimento do raciocínio reflexivo (FRANZONI et. al., 2019).

Quando se fala de Metodologia da Problematização, logo, remete-se à figura de Charles Maguerez uma figura lembrada pela sua teoria que é conhecida como o Método Arco de Maguerez, elaborada na década de 70 do século XX, na qual é representado por um esquema metodológico capaz de nortear a prática pedagógica de um educador, que busca desenvolver em seus alunos uma formação crítica

como criativa, mas também prepará-los para uma atuação política. E que se torna popular através do livro de Bordenave (1989) inspirado na Educação Problematicadora de Paulo Freire (MELO, 2013).

Na aplicação da Metodologia da Problematização almeja que o participante seja ativo, levando-o a se inclinar para a realidade que o cerca, refletir sobre ela e questionar as considerações do que lhe parece com problemas. Portanto, esse método tem como procedência a realidade do indivíduo, o contexto no qual está incluso e onde os diversos problemas podem ser visualizados, detectados ou entendidos, de maneira que possam ser estudados em conjunto ou em pares (BORILLE et. al., 2012).

A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez concebe um caminho que fornece uma riqueza de estímulos para desenvolver uma diversidade de conhecimentos. E essa riqueza da metodologia está incluída em suas características e etapas, que são estimuladoras de habilidades intelectuais divergentes dos indivíduos, exigindo, no entanto, aptidão e empenhos pelos que a desenvolvem no sentido de seguir metodicamente a sua orientação básica, para alcançar os resultados pretendidos (COLOMBO, 2007).

Maguerez teve como embasamento para este método, três hipóteses: Na primeira hipótese ele sugere que se estabeleça uma ligação íntima entre a problemática e o meio real em que acontece, analisando-se “in loco” todas as suas características; na segunda, a reflexão em comum sobre o que se observou na realidade, utilizando-se de gestos, imagens e desenhos, com a sua aprendizagem em francês, para adquirir conhecimentos gerais, técnicos e aritméticos relacionados ao desempenho profissional; na terceira hipótese, Numa fase mais adiantada, logo que os alunos obtiveram um domínio mínimo da compreensão do francês, passavam a participar nas aulas instrutoras, que vinham transmitir conhecimentos técnico-profissionais específicos (SOUSA, 2020).

A metodologia tem sua organização baseada na resolução de problemas, tratadas em grandes grupos, como por exemplo, em uma escola o grupo seria a uma classe ou turma e contando com a participação de um professor, não direcionadas para o “saber”, porém para o “saber fazer”, procedendo da observação das necessidades do real para um debate levando em consideração, não os conhecimentos, mas a experiência de cada um para se alcançar à formação da solução do problema para realidade observada (SOUSA, 2020).

A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez é uma das estratégias de ensino-aprendizagem para o desdobramento da Problematização. Ela se apresenta em cinco etapas que tem

como ponto de partida a realidade social: a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e aplicação à realidade, que serão descritas a seguir (PRADO et. al., 2012).



Figura 1 - Arco de Maguerez

Etapa 1: Observação da Realidade

É o princípio de um processo de condensação de informações pelos sujeitos e que são guiados a observar a realidade em volta, sob sua óptica, e a detectar-lhes as características, mas também um momento de reflexão em conjunto do cenário em que o problema se insere, buscando analisar todos os elementos da situação (COLOMBO, 2007; SOUSA, 2020).

Nesta etapa ocorre a participação ativa dos sujeitos com um olhar atento da realidade, realizando assim uma leitura inicial na qual o trabalho está inserido ou acontecendo na vida real. É o período em que os sujeitos envolvidos podem se atentar para a realidade, selecionando questões que precisam ser desenvolvidos, trabalhados, revisados ou melhorados, com a finalidade de colaborar para a transformação da realidade observada (COLOMBO, 2007; PRADO et. al., 2012).

As ações relativas a esta etapa são: identificação do recorte de realidade a ser observado; eleição da forma de observação; a observação (no formato definido ou possível); registro das observações; análise do registrado, em seu conteúdo, problematizando-o; designação do foco do estudo a partir de um critério; redação do problema; justificativa de escolha do problema (COLOMBO, 2007). Portanto, nesta primeira etapa, ocorre o registro de todas as informações sobre o cenário ambiental, partindo do conhecimento pessoal que cada um dos sujeitos tem desta realidade, logo, a observação da realidade dependerá da visão de mundo e das experiências de vida de cada indivíduo, podendo ser diferentes de um observador para o outro (BORILLE et. al., 2012; SOUSA, 2020).

Etapa 2: Identificando os Pontos-Chave

Nesta etapa, os sujeitos iniciam uma reflexão do que foi observado na realidade, destacando e compreendendo os fatores e determinantes acerca do problema, com isso, resultará na identificação dos pontos-chave do estudo em questão e as variáveis determinantes da situação. Este é o momento de justaposição após a etapa da escolha do que será estudado sobre o problema, os aspectos que precisam ser conhecidos e melhor compreendidos, para buscar uma resposta ao problema, proporcionando uma reflexão sobre o estudo, criatividade e flexibilidade no processo de construção através de debates em grupo (COLOMBO, 2007; PRADO et. al., 2012). O estabelecimento dos pontos-chave suscita discussões, que proporciona a extrair possíveis explicações da existência do problema, e analisá-las captando as diversas questões envolvidas no problema, contribuindo, assim, para reflexões sobre o tema em questão. Portanto, é nesta etapa que ocorre a definição do que vai ser estudado a respeito do problema (BORILLE et. al., 2012; COLOMBO, 2007; SOUSA, 2020).

Etapa 3: Teorização

Ao escolher a forma de investigar cada ponto-chave, ou seja, a metodologia – maneira específica de estudo, consoante a natureza de cada aspecto escolhido, inicia-se a investigação (COLOMBO, 2007). Nesta etapa, é o período em que os sujeitos passam a entender o problema e questionar o porquê dos acontecimentos observados nas fases anteriores, além de adquirir um suporte teórico-científico que faça a conexão entre o conhecimento empírico e a realidade. Uma teorização bem elaborada propicia o sujeito a compreender o problema, não somente em suas manifestações baseadas nas experiências ou contextos, mas também os princípios teóricos que os explicam (PRADO et. al., 2012; SOUSA, 2020). Ao basear teórico-cientificamente o contexto problemático, provocam-se operações mentais analíticas que contribuem para o crescimento intelectual dos alunos envolvidos no processo.

Começando da discussão sobre a gênese do tema e do seu sustento teórico, tratam-se as diversas formas de operacionalização da questão, o percurso metodológico do processo, os pontos convergentes e divergentes de cada proposta, conduzindo a progressão do raciocínio, dos mecanismos de pesquisa e de resolução de problemas, indispensáveis para um mundo que vive em constantes e profundas mudanças (SOUSA, 2020). As ações relativas a esta etapa de teorização tem: Eleição da forma de estudar cada ponto-chave; Preparação dos instrumentos de coleta de informação; Testar os instrumentos; Organizar as condições para a aplicação dos instrumentos; Coletar as informações (aplicação dos procedimentos e instrumentos definidos); Tratar as informações; Analisar e discutir as informações (Estabelece relações entre as diferentes informações); Concluir em função do problema, verificando se as hipóteses explicativas iniciais foram confirmadas, negadas ou não foram consideradas na Teorização; Registrar toda a Teorização (COLOMBO, 2007).

Portanto, nesta etapa, compreende a investigação aprofundada dos pontos-chave definidos. Logo, é nesta etapa que se incentivam leituras de pesquisas e estudos a fim de buscar um melhor esclarecimento da situação-problema (BORILLE et. al., 2012).

Etapa 4: Hipóteses de Solução

Na quarta etapa do Arco de Charles Maguerez, abarca na elaboração de caminhos alternativos viáveis para a solução dos problemas identificados, de uma forma crítica e criativa, a partir do enfrentamento entre teoria e realidade (SOUSA, 2020).

Nesta etapa o sujeito deve ser bem criativo, e essa criatividade tem que ser estimulada para que o processo descrito até o momento ultrapasse os conhecimentos e as ações pretéritas que aspiram à realização de alguma mudança daquela parcela da realidade estudada. Ao designar ligações entre as diversas informações teorizadas e com embasamento nas reflexões realizadas nas etapas anteriores, criam-se as hipóteses de solução para o problema, tendo em vista o recorte da realidade. As hipóteses podem alcançar diferentes patamares ou níveis de ação (COLOMBO, 2007).

Logo, as hipóteses de solução elaborada elegem-se aquelas que serão aplicadas em prática na parte da realidade da qual se extraiu o problema de estudo. Por fim, todo o estudo ganha um norte, já que ajudará a analisar qual a melhor hipótese de solução para o problema (SOUSA, 2020).

Etapa 5: Aplicação à Realidade

Nessa etapa, os participantes analisam e avaliam a aplicabilidade das hipóteses, as hipóteses que trarão transformações e essas ações se concretizam na realidade de onde foi achado o problema. O propósito maior desta etapa é proporcionar, a partir das hipóteses já elaboradas anteriormente, uma transformação, mesmo que pequena, naquele cenário de realidade (COLOMBO, 2007).

Os sujeitos refletem sobre a aplicabilidade à realidade de cada uma das hipóteses planejadas, verificando a probabilidade, a urgência, a prioridade, etc., e por fim, decidindo as que poderão ser realizadas e atingir mais diretamente o problema, contribuindo para a transformação da realidade estudada, colocando de lado as menos propícias e escolhendo as melhores (COLOMBO, 2007; SOUSA, 2020).

METODOLOGIA

Relato de experiência sobre atividades de educação em saúde realizada por enfermeiros para indígenas do Amazonas que ocorreram no ano de 2019. De acordo com o último censo 2000/2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, o Estado do Amazonas possui uma população autodeclarada indígena de 168.680, sendo o município de São Gabriel da Cachoeira o que se tem a maior população, com 29.017, portanto, considerando-se o município com maior população indígena do Brasil (IBGE, 2012).

As atividades ocorreram no ano de 2019 e para a realização das experiências utilizou-se a pedagogia da problematização com aplicação do arco de Margueret. A atividade de educação foi desenvolvida pela proposta metodológica da roda de conversa e utilizou-se recursos visuais com imagens, objetos e cartazes referente ao tema proposto.

A roda de conversa é uma forma de coleta de dados na qual o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa ao participar da conversa e ao mesmo tempo produzir dados para discussão; permitindo assim uma partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos (MOURA e LIMA, 2014).

Grande parte das atividades foram realizadas na CASAI - Manaus. A Casai é uma unidade estruturante da organização dos serviços de saúde à população indígena, que tem condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes; prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia; marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar; providenciar o

acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem (BRASIL, 2009).

E uma atividade foi realizada em Cauburís, que é uma das comunidades indígenas pertencentes do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro que abrange três municípios do Amazonas sendo Barcelos, Santa Izabel e São Gabriel. Conta com 19 pólo-base e atende mais de 34 mil indígenas (BRASIL, 2020).

As atividades de educação em saúde estão descritas abaixo de acordo com as etapas do Arco de Magueréz.

Atividade 1	
Tema	Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Sexual
Local	Casa de Apoio à Saúde Indígena- CASAI Manaus Amazonas
Observação da Realidade	Foi realizado um estudo teórico sobre populações indígenas, atendimento diferenciado, vulnerabilidade social e política de atenção à de saúde indígena. Ainda nesta fase houve a interação dos enfermeiros com a população indígena proporcionada pela proposta metodológica da roda de conversa onde o objetivo foi conhecer o nível de informação da população indígena sobre tema.
Pontos Chaves	Partindo para segunda fase, objetivamos selecionar os subtemas referente ao tema proposto pontuando questões e dúvidas de acordo com a necessidade da população indígena.
Teorização	Efetivação da atividade de educação em saúde com abordagem sobre o tema baseado nos pontos chaves selecionados na fase anterior. Utilizamos os recursos visuais.
Hipóteses de Solução	A partir da teorização, as hipóteses de solução dos problemas identificados relacionados ao tema foram surgindo pela própria população, dando ênfase para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo.

Aplicação da Realidade	Com feedback positivo, houve o despertar do interesse da população indígena para trabalhar na modificação da prática de saúde sexual. A compreensão da realidade e compreensão da necessidade de mudança dessa realidade foi o ponto crucial para que houvesse aplicabilidade do aprendizado à prática de saúde.
------------------------	--

Quadro 1 - Descrição da atividade 1

Atividade 2	
Tema	Alimentação Saudável
Local	Casa de Apoio à Saúde Indígena- CASAI Manaus Amazonas
Observação da Realidade	Através de estudos científicos abordados em aulas sobre as populações indígenas, percebemos uma grande prevalência de casos de diabetes e doenças cardiovasculares na população indígena, muito se dado pela má alimentação dos mesmos, e outra dificuldade seria a linguagem;
Pontos Chaves	Nesta utilizamos os seguintes pontos-chaves como, Alimentação saudável, alimentação não saudável, malefícios e benefícios;
Teorização	A partir dos pontos-chaves destacados, utilizamos como embasamento teórico referências relacionadas a estas, resumindo-as em cartazes para apresentação.
Hipóteses de Solução	A criação de cartazes com mais imagens ilustrativas de alimentos e uma linguagem simples, para uma melhor transmissão dos assuntos queríamos abordar. Utilizamos um painel para a dinâmica para a melhor fixação do conteúdo e para melhor aprendizagem, mas também um momento tira-dúvidas.
Aplicação da Realidade	Realizamos a atividade em dois grupos com, aproximadamente, 10 em cada um, e percebemos um feedback positivo de cada uma das hipóteses apresentadas.

Quadro 2 - Descritivo da atividade 2

Atividade 3	
Tema	Tuberculose
Local	Casa de Apoio à Saúde Indígena- CASAI Manaus Amazonas
Observação da Realidade	Foram realizados estudos sobre a tuberculose e sua incidência em populações indígenas, que nos levaram a ter os dados sobre como o conhecimento das populações indígenas sobre essa doença.
Pontos Chaves	Selecionamos como pontos chave Tuberculose; índios sul-americanos; saúde de populações indígenas; epidemiologia; sistemas de saúde; Brasil.
Teorização	Para teorização a partir dos pontos chave utilizamos de cartazes explicativos e jogo de perguntas e respostas.
Hipóteses de Solução	A partir da teorização com uso de cartazes e jogo de perguntas e respostas tivemos como objetivo não só levar auxiliá-los a perceberem os sintomas da doença como também esclarecer alguns mitos e verdades.
Aplicação da Realidade	Tivemos contato com dois grupos de diferentes tribos indígenas, tendo feedback positivo com a participação de todos.

Quadro 3 - Descrição da atividade 3

Atividade 4	
Tema	Higiene Bucal
Local	Comunidade Indígena de Cauburís em Barcelos Amazonas
Observação da Realidade	Durante a visita domiciliar os indígenas eram questionados em relação a temas sobre assuntos que gostariam que poderiam ser abordados com a comunidade. Além disso, a equipe

		observou que a higiene bucal dos integrantes da comunidade necessitava de uma intervenção dos profissionais de saúde para promover saúde. Muitos casos críticos de infecção bucal, cáries e tártaros eram visíveis em crianças, adultos e idosos.
Pontos Chaves		A partir disso, o foco desta atividade de educação em saúde foi a promoção da saúde bucal e prevenção de doenças com o público voltado, principalmente, para as mães e crianças indígenas.
Teorização		A teorização foi realizada em um uma sala de escola, utilizado a proposta metodológica da roda de conversa e dialógica, partindo do conhecimento prévio dos indígenas sobre o assunto e considerando os costumes de higiene da população. Toda a comunidade teve orientação prática de escovação, visita no consultório odontológico e apresentação dos materiais necessários para uma boa higiene bucal. Houve processo participativo com inclusão de dinâmicas, brincadeiras, gincanas e distribuição de brindes.
Hipóteses de Solução	de	Informação para a comunidade sobre o processo de higiene bucal como escovação diária consulta periódica ao dentista da saúde indígena como forma de prevenção de doenças bucais. Oferta de materiais para manter a limpeza bucal diária para a comunidade.
Aplicação da Realidade	da	Observou-se mudança na prática de saúde bucal com rotinas implementadas com ajuda do líder da comunidade indígena e os profissionais de saúde, principalmente para as crianças. As consultas odontológicas para prevenção também ficaram mais frequentes.

Quadro 4 - Descrição da atividade 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É notório que a simples transmissão de conteúdo sobre qualquer assunto, não supre mais as necessidades da comunidade, pois é necessário examinar a existência humana e seus conhecimentos, suas estruturas, sua leitura de mundo e sua realidade de vivência para que permita a população uma tomada de consciência que leve a transformação (FAGUNDES e OLIVEIRA, 2017).

Por isso, a prática educativa em grupo fundamentada no modelo problematizador constituiu um efetivo recurso para o desenvolvimento da consciência crítica e senso de responsabilidade do coletivo (RAMOS et al. 2017). Assim, a utilização da metodologia da problematização com aplicação do Arco de Maguerez contribuíram para o início de formação da consciência crítica e reflexiva da população indígena, confirmada pela modificação da prática de saúde.

Outro aspecto importante foi utilização da pedagogia da problematização e a proposta do arco de Maguerez, que propõe uma metodologia dialógica e participativa dando ênfase e importância no conceito de vida da população, valorizando experiências e conhecimentos dos indígenas, bem como os valores étnico-culturais. Além disso, as atividades trouxeram a possibilidade de desenvolver o indígena para tornar-se multiplicador das ações da prevenção da doença, um dos objetivos da educação em saúde. Também identificou o indígena como elemento participativo e importante para seu próprio processo de saúde doença, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Para oferecer uma boa atividade de educação em saúde para a população é preciso compreender que a educação em saúde não se faz para a comunidade, mas com a comunidade, e toma como ponto de partida do processo pedagógico o saber pré definido (FAGUNDES e OLIVEIRA, 2017). Por isso, a participação da comunidade indígena em todas as etapas do processo contribui para o sucesso e alcance dos objetivos da atividade.

A utilização da roda de conversa como estratégia de educação em saúde consegue disseminar e esclarecer o conhecimento sobre os temas relacionados à saúde e colabora para a efetividade da atividade, além de facilitar a troca de conhecimentos e experiências (DIAS et. al., 2018). Os espaços de discussão proporcionados durante as atividades permitiram o compartilhamento de dúvidas, perguntas e experiências dos indígenas, que se expressaram mais facilmente, natural e espontaneamente quando colocados no mesmo nível.

Assim, a importância da roda de conversa neste tipo de atividade, pois estimulou a participação igualitária dos indígenas.

Observou-se que após as atividades de educação em saúde a população se comunicavam entre si sobre o tema, discutindo sobre o aprendizado de forma positiva. Esta questão foi identificada pela equipe de enfermagem durante as visitas domiciliares. Por isso, a participação e interação dos protagonistas do processo é necessário, pois a avaliação de como pensam e agem os indígenas facilita

a identificação da realidade, e eles mesmos podem direcionar as práticas de saúde mais adequadas a sua vivência (PAES e PAIXÃO, 2016).

A realização das atividades educativas também oportunizou a integração entre os indígenas e a equipe de enfermagem, pois havia participação de ambos em seu desenvolvimento. Os adultos participavam do processo educativo na organização do local, no transporte, na divulgação da programação. Assim, as atividades educativas possibilitam estabelecer vínculo entre a equipe/equipe, equipe/comunidade e comunidade/comunidade e dar aos indígenas a oportunidade de tornar-se responsáveis pela atividade em conjunto.

No Brasil, a (o) enfermeira (o), desempenha o papel de coordenar a equipe de enfermagem e articular o trabalho. É, portanto, a profissional responsável pela atividade de educação em saúde coletiva (FAGUNDES et. al, 2016). Nessas atividades de educação para indígenas no Amazonas, não foram diferentes, e todas foram coordenadas e realizadas pela equipe de enfermagem, confirmando a ação da enfermagem e sua contribuição para a saúde da população indígena.

CONCLUSÃO

As experiências vivenciadas permitiram reafirmar que a atividade de educação em saúde é destinada à transformação da realidade na busca de práticas de saúde eficientes e eficazes de acordo com o contexto social, histórico, cultural, econômico e político. Esse processo de transformação da realidade, pode ser observado a médio ou longo prazo. O que determina é o compromisso e dedicação da comunidade e o quanto está disposta a modificar a prática de saúde de forma coletiva.

As visitas domiciliares dentro do programa saúde da família indígena possibilita a equipe de saúde observar se as mudanças estão ocorrendo ou não e reforçar a teorização que foi abordada na atividade de educação em saúde. Por isso a interação e parceria entre os profissionais de saúde com a comunidade indígena é importante, para que a equipe consiga identificar os problemas de saúde coletiva e oferecer ajuda para modificá-la.

A participação da população indígena é essencial, pois os torna responsáveis pelas práticas de saúde da comunidade e reafirma o compromisso de todos na execução da atividade.

A realização das atividades educativas desenvolvem um papel importante na prevenção das doenças e promoção da saúde da população indígena, alcançando as comunidade indígenas do Amazonas. Esta

experiência foi fundamental para construção e reconstrução do conhecimento compartilhado e comunitário e principalmente para reformulação das práticas de saúde na comunidade e na ação coletiva atrelada ao trabalho da enfermagem, objetivando transformações na prática da saúde indígena.

Para ampliação das atividades de educação em saúde para indígenas do Amazonas deve-se ter apoio programático e compromissado, sendo essencial a que as atividades sejam realizadas com frequência com apoio dos gestores e administradores do serviço de saúde indígena do país, para que se compreendam outras faces do problema e sejam encontradas soluções que beneficiem as comunidades indígenas do Amazonas e do Brasil.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón; DO NASCIMENTO, Wanderson Flor. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 29-39, 2014.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, v. 16, n. 3, p. 09-19, 1995.

BORILLE, Dayane Carla et al. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 209-216, Mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DSEI Alto Rio Negro recebe apoio para

reestruturação. <<https://www.saude.gov.br/noticias/sesai/27587-dsei-alto-rio-negro-recebe-apoio-para-reestruturacao>>. Acesso em 18 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. - Brasília : Funasa, 2009.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

COLOMBO, Andréa Aparecida. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: ciências sociais e humanas*, v. 28, n. 2, p. 121-146, 2007.

DA COSTA, Francisco Ariel Santos et al. Práticas populares em saúde indígena e integração entre o saber científico e popular: revisão integrativa. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, 2016.

DIAS, Eliani Sayumi Motisuki et al. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online*, v. 10, n. 2, p. 379-384, 2018.

FAGUNDES, Norma Carapiá et al. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira [Continuing professional development in health for working nurses]. *Revista Enfermagem Uerj*, v. 24, n. 1, p. 11349, 2016.

FAGUNDES, Daniely Quintão; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de Paulo Freire. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 223-243, 2017.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 847-852, 2014.

FRANZONI, Patricia da Graça Rocha; CRUZ, Romildo Pereira; QUARTIERI, Marli Teresinha. Ensinando a metodologia da problematização com o Arco de Maguerez a partir da estratégia World Café. *Reflexão e Ação*, Santa Cruz do Sul, v. 27, n. 3, p. 191-207, set. 2019. ISSN 1982-9949. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/12191>>. Acesso em: 18 maio 2020. doi:<https://doi.org/10.17058/rea.v27i3.12191>.

GUETERRES, Évilin Costa et al. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. *Enfermería Global*, v. 16, n. 2, p. 464-499, 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Os indígenas no Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro. 2012

LIMA, Halan et al. Políticas Públicas de Educação Profissional em Saúde no Brasil. *CIAIQ2016*, v. 2, 2016.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1763-1772, 2015.

MELO, Myllena Cândida de. A residência como cenário educativo para enfermeiros: o uso da metodologia da problematização. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2013.

MISSIONÁRIO–CIMI, CONSELHO INDIGENISTA. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Brasília: CIMI, 2013.

MOURA, Adriana Borges Ferro; LIMA, Maria da Glória Soares Barbosa. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. *Interfaces da Educação*, v. 5, n. 15, p. 24-35, 2015.

OLIVEIRA, Jonas Welton Barros; AQUINO, Jael Maria; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 3, p. 437-444, 2012.

PAES, Caila Carolina Duarte Campos; PAIXÃO, Alvaneide Nunes dos Passos. A importância da abordagem da educação em saúde: revisão de literatura. Revista de Educação do Vale do São Francisco-REVASF, v. 6, n. 11, 2017.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. Revista de saúde Pública, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PRADO, Marta Lenise do et al. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, Mar. 2012.

RAMOS, Flávia Elisa Antunes Lemes de et al. Atividade de grupo como estratégia de educação em saúde auditiva de trabalhadores de um serviço de manutenção hospitalar. Audiology-Communication Research, v. 22, 2017.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S4-S6, 1999 Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de maio de 2020.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600001>.

SOUSA A B. O método da resolução de problemas com o arco de maguerez.

<<https://sites.google.com/site/albertobarrossousa/metodologias-de-educacao/metodologia-do-arco-maguerez>>. Acesso em: 11 de maio de 2020.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, p. 73-100, 2001.

Capítulo 13

A PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS SOB A ÓTICA DA INTERDISCIPLINARIDADE

[DOI: 10.37423/200500968](https://doi.org/10.37423/200500968)

Hadassa Bastos Moreira. (Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia). hadassa.bastos1@gmail.com

Mariani de Jesus Santos. (Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia). pityesamu2011@gmail.com

Jessica Miranda Costa. (Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia). jheucosta22@gmail.com

Tainah Silva Santos. (Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia). tainah.silva@outlook.com

Aretusa de Oliveira Martins Bitencourt. (Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

aomartins@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/5785221835633051>)

Ricardo Matos Santana (Professor Adjunto da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

ricmas@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/9385234501124106>

Nayara Mary Andrade Teles Monteiro. (Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

nmatmonteiro@uesc.br - <http://lattes.cnpq.br/6616915798890993>)

Myria Ribeiro da Silva. (Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

mrsilva@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>)

RESUMO: A prática interdisciplinar é extremamente importante e contribui de modo significativo para a formação integral do educando. Desse modo, partindo do pressuposto que uma das vertentes da enfermagem é a educação em saúde, e o enfermeiro, por conseguinte, exerce o papel de educador, foi proposta a realização de uma intervenção educativa no Restaurante Universitário (RU), pelos alunos do 3º semestre da graduação em Enfermagem, sob o prisma da interdisciplinaridade. A ação foi pautada na prática de higienização correta das mãos e sua relevância para a manutenção da saúde dos manipuladores de alimentos que ali trabalhavam, e consequentemente, das pessoas que usufruíam dos serviços oferecidos por eles. Para tanto, os alunos foram submetidos a um Curso Básico de Higienização das Mãos, promovido pelo Laboratório de Infectologia do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem – NEPEMENF da Universidade Estadual de Santa Cruz, através da articulação com a disciplina de Vivências Interdisciplinares III. No intuito de responder as questões que nortearam a sua elaboração. O presente trabalho teve como objetivo geral: Discutir as vivências interdisciplinares dos discentes do 3º semestre da graduação de enfermagem da UESC; e como objetivos específicos: Descrever conhecimentos adquiridos nas disciplinas estudadas durante o semestre que se relacionam com as atividades desenvolvidas pelo Laboratório em conjunto com a disciplina de vivências interdisciplinares III; Relatar os sentimentos que emergiram durante as vivências interdisciplinares dos discentes do 3º semestre da graduação de enfermagem da UESC; Refletir sobre a relevância dos conhecimentos adquiridos nas disciplinas estudadas para o processo de trabalho do enfermeiro. Por fim, levando em consideração que o processo de enfermagem, enquanto método científico está dividido em cinco momentos, a saber: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, a ação educativa desenvolvida está pautada nos cinco momentos citados. Dessa forma, as experiências aqui descritas ocorreram a partir de um momento de investigação, onde foram coletados dados que subsidiaram a elaboração do processo de enfermagem educacional utilizado para a construção da ação educativa posteriormente realizada no RU.

PALAVRAS-CHAVE: educação em saúde; processo de enfermagem; desinfecção das mãos.

1. INTRODUÇÃO

A lavagem das mãos, de modo geral, pode ser entendida como um ato cultural de representatividade da limpeza. Para alguns povos esse ato ganha um sentido de cunho religioso, todavia, para a ciência seu significado atinge proporções extremamente complexas.

Muito se tem discutido na literatura a respeito de termos como lavagem das mãos e higienização das mãos, ações que podem ser consideradas a mesma coisa para pessoas cujo conhecimento a respeito da temática é insuficiente. Contudo, tem sido constatado que a divergência entre eles está à além da terminologia, fato que pode ser comprovado cotidianamente na prática hospitalar, pois o ato de higienizar as mãos, por si só, é suficiente para prevenir doenças infecciosas originadas por microorganismos existentes na pele (CARVALHO, 2017).

A prática de higienização das mãos e objetos inanimados teve início no século XIX, quando precursores da infectologia e enfermagem, o médico Ignaz Semmelweis e a Enfermeira Florence Nightingale, respectivamente, desenvolveram várias técnicas de assepsia, desinfecção e esterilização com o intuito de evitar a proliferação de bactérias. O primeiro, por demonstrar em seus estudos que a higienização adequada das mãos era eficaz na prevenção e contra infecções puerperais, e contribuía para diminuição significativa das mortes de parturientes (HUGONNET; PITTET, 2000; RODRIGUES, 1997 apud SOUSA et al 2016) e a segunda por, atendendo ao convite para exercer atividades de enfermagem na Guerra da Criméia, organizar a enfermaria que encontrava-se em condições lastimáveis e implantar além das medidas de cuidados e higiene dos pacientes e utensílios, preparo de alimentos e serviços de lavanderia, outras medidas básicas que ajudaram a reduzir a taxa de mortalidade (RODRIGUES, 1997 apud SOUSA et al 2016). Desde então, muito se tem feito para que a população de um modo geral passe a aderir à prática cotidiana de higienização das mãos e cuidados com o ambiente.

Partindo do pressuposto que esta prática está diretamente atrelada à manutenção do estado de saúde, este trabalho tem como recorte do objeto a prática correta de higienização das mãos sob um prisma interdisciplinar, onde serão descritas experiências vivenciadas durante uma intervenção educativa realizada por estudantes do 3º semestre de graduação em enfermagem, depois de submetidos a um Curso Básico de Higienização das Mãos promovido pelo Laboratório de Infectologia do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem – NEPEMENF da Universidade Estadual de Santa Cruz, através da articulação com a disciplina de Vivências

Interdisciplinares III, que por sua vez, segundo o Projeto Político Pedagógico - PPP da referida instituição, “tem a finalidade de prover meios de articular as disciplinas de cada semestre, orientando a construção de atividades pedagógicas interdisciplinares de pesquisa e extensão” (2014, p. 23 apud LAVINSKY et al 2017, p. 13).

Sabendo-se da importância da prática interdisciplinar e sua contribuição para a formação integral do educando, foram elaboradas as seguintes questões que nortearam a construção do presente trabalho: Quais os conhecimentos adquiridos nas disciplinas estudadas durante o semestre que estão diretamente relacionados com as atividades desenvolvidas pelo laboratório em conjunto com a disciplina de vivências interdisciplinares III? Quais foram os sentimentos emergentes durante as experiências vivenciadas pelos discentes do 3º semestre da graduação de enfermagem da UESC? Qual a relevância dos conhecimentos adquiridos nas disciplinas estudadas para o processo de trabalho do enfermeiro?

No intuito de responder às questões norteadoras o presente trabalho teve como objetivo geral: Discutir as vivências interdisciplinares dos discentes do 3º semestre da graduação de enfermagem da UESC; e como objetivos específicos: Descrever conhecimentos adquiridos nas disciplinas estudadas durante o semestre que se relacionam com as atividades desenvolvidas pelo Laboratório de Infectologia em conjunto com a disciplina de vivências interdisciplinares III; Relatar os sentimentos que emergiram durante as vivências interdisciplinares dos discentes do 3º semestre da graduação de enfermagem da UESC; Refletir sobre a relevância dos conhecimentos adquiridos nas disciplinas estudadas para o processo de trabalho do enfermeiro.

Apesar de a prática de higienização das mãos ser um recurso bastante significativo na prevenção e controle de infecções, sua adesão tem sido relativamente baixa, dado a importância de se fazer deste uma prática corriqueira. Segundo Henriques (2016, p. 7):

Estudos sobre o tema mostram que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é baixa, devendo ser estimulada e conscientizada entre os profissionais de saúde, **bem como em qualquer indivíduo** [grifo nosso].

Assim, levando em consideração que uma das vertentes da enfermagem é a da educação em saúde, por conseguinte, o enfermeiro exerce o papel de educador, a intervenção educativa realizada pelos estudantes do 3º semestre da graduação foi fundamental tanto na contribuição para a promoção da saúde quanto para a formação integral do próprio estudante, justificando a relevância do projeto.

2. METODOLOGIA

Como recurso metodológico, foi elaborado um relato de experiência, dissertando sobre as vivências interdisciplinares dos discentes do 3º semestre da graduação de Enfermagem da UESC.

Dyniewicz, 2014, apud Pinheiro et al. 2016, descreve o relato de experiências como “um método de observação sistemática que promove o diálogo entre as evidências emergentes da realidade e arcabouços teóricos”. Sob a ótica do mesmo, o relato de experiência é construído como uma dissertação narrativa que expõe experiências vivenciadas pelos autores.

O relato aqui apresentado mostra o processo de construção de uma prática educacional que procurou associar as teorias que fundamentam o processo de higienização das mãos e a execução desse processo, com a finalidade de levar ao aprendiz a importância dessa conduta, sem a intenção de conscientizá-los, porém com o propósito de fazê-los enxergar a relevância dessa higienização como rotina no contexto da saúde ao qual estão inseridos.

Ademais, buscou-se estabelecer relações entre as disciplinas estudadas durante o semestre, para que, por meio dessa associação, fosse possível contemplar a vertente epistemológica que é proposta pela disciplina “Vivências Interdisciplinares”, onde a junção de vários conhecimentos dá suporte para o desenvolvimento de novas compreensões (THIESEN, 2008 apud MACHADO, 2013).

O estudo foi desenvolvido a partir de um processo de investigação com os funcionários do Restaurante Universitário (RU) da Universidade Estadual de Santa Cruz, situada no município de Ilhéus-BA, tendo como base metodológica uma entrevista em que foram contempladas questões específicas sobre os sujeitos da intervenção educativa, necessidades de aprendizagem, entendimento sobre higienização das mãos e entendimento sobre os conceitos de saúde.

A instituição em que a ação foi desenvolvida conta com 15 funcionários, dos quais apenas 6 responderam/participaram da entrevista. Todavia, no dia da implementação do projeto, toda a equipe estava presente e participou ativamente do processo.

3. RESULTADOS

As experiências aqui descritas ocorreram a partir de um momento de investigação, onde foram coletados dados que subsidiaram a elaboração do processo de enfermagem educacional utilizado para a construção da ação educativa posteriormente realizada no RU.

O processo de enfermagem, enquanto método científico está dividido em cinco momentos, a saber: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (LAVINSKY et al, 2017), assim, a ação educativa desenvolvida está pautada nos cinco momentos citados.

3.1 MOMENTO DE INVESTIGAÇÃO

O primeiro momento, denominado investigação, foi destinado ao conhecimento dos sujeitos da intervenção educativa, o território educativo que a ação seria realizada, as necessidades de aprendizagem, as experiências educativas anteriores pelas quais passaram os sujeitos da intervenção, e o tempo e período disponíveis para intervenção educativa.

Os sujeitos da intervenção educativa eram indivíduos adultos, um grupo formado por quatro mulheres e dois homens, num total de seis pessoas que participaram da entrevista, dentre as quais, duas afirmaram ser beneficiárias de algum programa social. No quesito religioso, cinco pessoas relataram possuir religião e de uma não respondeu. As seis pessoas entrevistadas afirmaram não participar de grupos sociais, e questionadas a respeito de participação em movimentos de cunho étnico-racial, quatro sinalizaram negativamente e duas se abstiveram. No que diz respeito a aspectos culturais, todos os indivíduos entrevistados relataram gostar de músicas e ter acesso às redes sociais mais comuns.

No que diz respeito às necessidades de aprendizagem, Bastable (2010) afirma que o enfermeiro enquanto educador deve atentar-se constantemente aos sinais que afetam o nível de aprendizagem do indivíduo, bem como às condições especiais do aprendiz, para a partir de então classificar os determinantes da aprendizagem que precisam de uma avaliação, que subdivide-se em necessidade do aprendiz, estado da prontidão para aprender e estilos de aprendizagem.

Dos três determinantes, as necessidades de aprendizagem precisam ser identificadas primeiro, de modo que um plano instrucional possa ser estruturado para atender quaisquer deficiências nos domínios cognitivo, afetivo ou psicomotor. Uma vez descobertas quais necessidades precisam ser supridas, é possível determinar quando e como a aprendizagem pode ocorrer da maneira mais apropriada (BASTABLE 2010, p. 119).

Nesse sentido, para que uma ação educativa seja efetiva, faz-se necessário conhecer as necessidades de aprendizagem e as condições especiais de cada aprendiz. Questionando o público alvo a esse respeito, cinco pessoas afirmaram não apresentar necessidades especiais e doenças crônicas, e uma pessoa afirma possuir transtorno de comunicação de cunho auditivo, o que se reflete no

comportamento de saúde desses aprendizes, pois, cinco dos indivíduos entrevistados além de não procurar atendimento de saúde, não participam de atividades que incentivam a sua promoção.

Ao serem arguidos a respeito de participações anteriores em atividades de capacitação sobre higienização das mãos, quatro, das seis pessoas, afirmaram já haver participado. Todavia, no que se referem à compreensão a respeito do assunto, três disseram que precisavam aprender sobre como realizar a lavagem correta, uma sinalizou precisar aprender tudo e duas afirmaram não precisar aprender nada. Essa divergência de opiniões a cerca da necessidade de aprender pode ser explicada, pois “não são todos os indivíduos que percebem uma necessidade de educação. Frequentemente, os aprendizes não estão conscientes do que não sabem ou do que querem saber” (BASTABLE, 2010, p. 119), mas, ainda assim, todos os entrevistados responderam que costumavam lavar as mãos.

Uma vez conhecidas as necessidades de aprendizagem e partindo do pressuposto que educar é uma das funções mais simples e fundamentais que o enfermeiro deve saber, “para cumprir bem o papel de educador, esse profissional deve identificar a informação de que os aprendizes precisam e considerar a prontidão e os estilos de aprendizagem” (BASTABLE, 2010. p. 117).

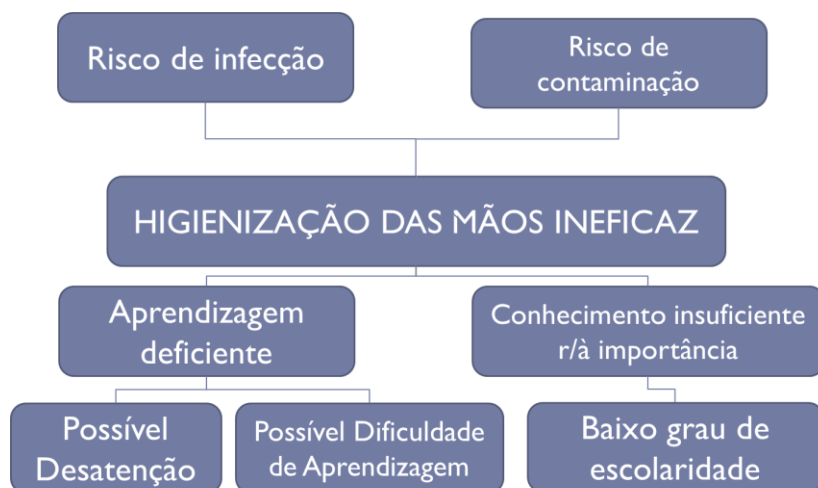
Relacionado ao estilo de aprendizagem, cinco pessoas deram preferência ao estilo cinestésico, com o desenvolvimento de atividades práticas, e uma pessoa preferiu o estilo auditivo, em que precisa ouvir, discutir e formar grupos de estudos.

Para finalizar a entrevista, a última pergunta a ser realizada foi a respeito da durabilidade da intervenção educativa, em que os participantes sinalizaram dispor de 1 hora para a realização da mesma, com início às 14h30min e término às 15h30min, pois era o momento em que todos os funcionários da instituição estariam presentes, tanto os que trabalham no período da manhã quanto os da noite.

Assim, a partir das respostas obtidas no momento de investigação, procedeu-se a síntese dos dados coletados, a elaboração de uma árvore de problemas e possíveis diagnósticos/problemas de enfermagem que serão detalhados no momento de diagnóstico.

3. 2 MOMENTO DE DIAGNÓSTICO

Após a coleta dos dados, realizada no momento de investigação, deu-se início ao segundo momento do processo de enfermagem, denominado momento de diagnóstico, em que os dados foram sintetizados e possibilitaram a elaboração da árvore de problemas abaixo.



Uma vez elaborada a árvore de problemas, cujo foco do diagnóstico é Higienização das mãos ineficaz, procedeu-se à conversão do mapa conceitual em enunciados de diagnósticos/problemas de enfermagem formalizados conforme linguagem documentária, segundo a Taxonomia da NANDA-II, onde foram obtidos os seguintes diagnósticos:

- **Técnica de higienização das mãos** ineficaz r/à aprendizagem deficiente, possivelmente causada por desatenção ou dificuldade de aprendizagem, e por um conhecimento insuficiente sobre a importância e/p relato dos sujeitos da intervenção.
- **Disposição para conhecimento melhorado** r/à aprendizagem anteriormente deficiente e/p relatos no momento da investigação.
- **Risco de infecção** r/à técnica de higienização das mãos ineficaz.
- **Risco de contaminação** r/à técnica de higienização das mãos ineficaz.

Após identificados os diagnósticos/problemas educativos, foi possível perceber que o objeto da intervenção educativa, o tema central da ação que seria realizada era a técnica de higienização das mãos ineficaz, atrelada à necessidade de conhecimento melhorado a respeito do assunto.

Desse modo, posteriormente a identificação dos diagnósticos/problemas de enfermagem, procedeu-se a busca por indicadores na Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC que subsidiassem e

confirmassem os diagnósticos, e o estabelecimento metas a serem cumpridas durante a intervenção.

Assim, foram identificados os seguintes indicadores:

00161 - Disposição para conhecimento melhorado

	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUBSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NÃO COMPROMETIDO	
090206 Reconhecimento de mensagens recebidas	1	2	3	4	5	NA

META: Aumentar para 5.

Não apresentarão comprometimento no reconhecimento de mensagens recebidas após realização da intervenção educativa.

	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUBSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NÃO COMPROMETIDO	
090210 Interpretação precisa de mensagens recebidas	1	2	3	4	5	NA

META: Aumentar para 5.

Não apresentarão comprometimento na interpretação de mensagens recebidas após realização da intervenção educativa

00180 - Risco de contaminação

	NUNCA DEMONSTRADO	RARAMENTE DEMONSTRADO	ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO	FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO	CONSISTENTEMENTE DEMONSTRADO	
163401 Reconhece o risco de doença	1	2	3	4	5	NA

META: Aumentar para 4.

Reconhecerão o risco de doença de forma frequente após realização da intervenção educativa.

00004 – Risco de infecção

	NUNCA DEMONSTRADO	RARAMENTE DEMONSTRADO	ALGUMAS VEZES DEMONSTRADO	FREQUENTEMENTE DEMONSTRADO	CONSISTENTEMENTE DEMONSTRADO	
190219 Busca informações atualizadas sobre os riscos à saúde	1	2	3	4	5	NA

Frequentemente buscarão informações atualizadas sobre os riscos à saúde após realização da intervenção educativa.

Cada resultado encontrado possui uma escala de mensuração, do tipo Likert de 5 pontos, com descrição específica das condições em que se encontram os sujeitos da intervenção. Assim, os números em vermelho representam o estado atual e os números em roxo, a meta que se pretende alcançar ao final da intervenção educativa.

Dessa forma, após a identificação dos diagnósticos, levantamento de seus respectivos indicadores e traçado das metas que se pretendiam atingir com a intervenção educativa deu-se início ao planejamento da ação.

3. 3 MOMENTO DE PLANEJAMENTO

Uma vez identificados os diagnósticos, deu-se início ao terceiro momento do processo de enfermagem, denominado momento de planejamento, em que foram projetadas as finalidades da intervenção educativa, identificado o tipo de intervenção que seria realizada bem como as teorias que a subsidiariam, escolhidos os elementos que iriam auxiliar na comunicação verbal e não verbal no cenário educativo, traçadas as técnicas e estratégias de ensino aprendizagem na saúde que seriam utilizadas no desenvolvimento da ação e, elaborado o cronograma educativo.

Dessa forma, para atender aos diagnósticos levantados, a intervenção educativa foi projetada com as seguintes finalidades:

- **Objetivo geral:** Instruir sobre a higienização das mãos, mostrando sua importância na promoção à Saúde.
- **Objetivos instrucionais:** Proporcionar o conhecimento técnico sobre a forma correta de higienização das mãos.
- **Objetivos comportamentais:** Demonstrar a melhoria da qualidade de higienização das mãos e o entendimento sobre a importância da higienização constante das mãos.

A escolha do tipo de intervenção educativa foi baseada nas finalidades projetadas e no cenário educativo em que seria desenvolvido, neste caso, o Restaurante Universitário da UESC. Assim, a intervenção realizada foi uma ação de educação em serviço e em saúde, pois estava relacionada tanto à aprendizagem organizacional quanto a educação em saúde dos usuários.

Partindo do pressuposto que, para que a aprendizagem em serviço aconteça e novos conhecimentos sejam produzidos, a ação foi desenvolvida “considerando-se os princípios da aprendizagem significativa e de construção da autonomia dos sujeitos, evitando-se a mera transmissão de conhecimento” (BRASIL, 2014).

Para tanto, a intervenção educativa foi projetada com base nos ideais preconizados pela Teoria Cognitiva da Aprendizagem, cuja chave para o aprendizado está na capacidade cognitiva do indivíduo, ou seja, na tríade percepção, pensamento e memória (BASTABLE, 2010); pela Teoria Social da Aprendizagem, em que a aprendizagem perpassa por três processos distintos – a saber: processo externo, em que há um modelo de comportamento a ser percebido pelo aprendiz; processo interno, ou autoregulação e controle do aprendiz, que se subdivide em atenção, retenção, reprodução e motivação; e, processo externo, em que o aprendiz, possivelmente, desempenhará o comportamento percebido inicialmente (BANDURA, 1977 apud BASTABLE, 2010); – pelas Abordagens teóricas da Comunicação na Saúde e Enfermagem e pela Política Nacional de Promoção à Saúde.

Com o objetivo de documentar o planejamento da ação educativa utilizou-se o Plano de Ensino Aprendizagem - Programa Educacional (Ciclo de Aprendizagem) que contempla quatro, dos cinco momentos do processo de enfermagem, a saber: momento de investigação, planejamento, implementação e avaliação.

Dessa forma, o planejamento da intervenção educativa lançou mão das seguintes estratégias de ensino:

- Dinâmica da maçã – 10 min;
- Dinâmica da caixa preta – 10 min;
- Instrução sobre a prática correta sobre higienização das mãos – 5 min;
- Aplicação da técnica de higienização das mãos – 10 min;
- Mesa redonda: Importância da higienização das mãos – 25 min;
- Avaliação.

Para cada momento da intervenção foi estabelecido um tempo máximo de realização, pois “a organização do tempo, ou seja, o ponto em que o ensino deve acontecer é muito importante.

Qualquer coisa que afete o conforto físico ou psicológico pode afetar a habilidade e a disposição para aprender” (BASTABLE, 2010, p. 128), dessa forma é fundamental que o facilitador esteja atento ao tempo dedicado a cada atividade realizada, sendo sensível, é claro, àquelas que necessitam de um tempo maior para que a aprendizagem efetiva aconteça.

Nesse sentido, o planejamento se faz imprescindível, para que cada atividade realizada numa ação educativa não seja feita de forma solta, antes tenha sentido e fins específicos, interajam entre si e sejam de cunho significativo para o aprendiz, para que este a todo o momento seja um participante ativo do processo, demonstrando prontidão para aprender, que de acordo com Bastable (2010, p.127) “pode ser definida como o momento em que o aprendiz demonstra interesse em aprender a informação necessária para manter uma ótima saúde ou para se tornar mais habilidoso em alguma tarefa”.

Para subsidiar a intervenção foram usados os seguintes recursos: convites individuais; cartaz convite, colado em pontos estratégicos do local em que seria realizada a ação; folder; panfletos ilustrativos da ANVISA, que foram colocados posteriormente em pontos estratégicos; 2 Maças; Antisséptico; caixa-preta com luz negra; substância quimioluminescente; papel toalha; e certificados para os participantes.

Encerrando o momento de planejamento, seguiu-se com a avaliação, que aconteceu sob duas formas distintas, uma ao final da intervenção educativa realizada, em que um momento de conversa informal foi aberto para que os participantes pudessem expressar os sentimentos emergentes da experiência, trocar informações e possíveis sugestões e a outra durante todo o processo em que durou a intervenção, desde sua construção, com a investigação, até o momento em que a ação deu-se por encerrada.

3. 4 MOMENTO DE IMPLEMENTAÇÃO

O quarto momento do processo de enfermagem é denominado momento de implementação, onde as atividades previamente planejadas, baseadas em diagnósticos identificados durante a investigação, são postas em prática.

Dessa forma, de posse do planejamento, deu-se início à intervenção educativa no RU, com duração total de 1 hora.

A primeira estratégia utilizada para captar a atenção do público e mantê-lo atento e participativo durante toda a intervenção foi a “dinâmica da maçã”, cujo objetivo era demonstrar que ambientes e superfícies podem estar contaminados mesmo que tal sujidade não seja perceptível a olho nu. Para

tanto, foram utilizadas duas maçãs, uma limpa e outra em que uma quantidade da substância quimioluminescente foi depositada, de modo que, ao entrar em contato com a mão dos participantes, estes percebessem a diferença da textura entre as duas, e o produto ali colocado aderisse em uma de suas mãos para posterior visualização no decorrer da atividade.

Em seguida, utilizou-se a técnica de quimioluminescência, com uma substância apropriada, cujo princípio ativo consiste na emissão de luz resultante de uma reação química, na dinâmica denominada “caixa preta”. Segundo Câmara (2014), a energia gerada pelo rompimento de ligações fracas, produzirá compostos intermediários eletronicamente excitados, que serão capazes de emitir luz ao retornarem a seu estado de energia inicial, e uma vez associada a marcadores luminescentes, nesse caso a substância quimioluminescente, torna esta técnica fundamental.

Dessa forma, quando os participantes colocaram as mãos, aparentemente limpas, para visualização dentro da caixa preta, cuja única fonte de emissão de luz era uma lâmpada fluorescente de luz negra, toda a superfície com a substância existente tornou-se visível. Este fato gerou uma sensação de *frenesi* no público presente, e o deixou receptivo a toda e qualquer orientação que fosse ministrada na intervenção, que por sua vez, contribuiria para a aprendizagem significativa, pois “a prontidão acontece quando o aprendiz está receptivo, disposto e capaz de participar do processo educativo” (BASTABLE, 2010, p. 127).

Nesse sentido, é papel do educador, vale ressaltar o enfermeiro enquanto educador, identificar o que e quando ensinar, adaptando-se as necessidades e especificidades do aprendiz. Segundo Bastable:

o papel de educador desses profissionais está profundamente atrelado ao crescimento e ao desenvolvimento de sua profissão. Desde a metade do século XIX, quando a enfermagem foi reconhecida pela primeira vez como disciplina independente, a responsabilidade pelo ensino é reconhecida como um importante papel do profissional enquanto cuidador (2010, p. 26).

Partindo desse pressuposto, deu-se início à instrução sobre a prática correta de higienização das mãos por um dos graduandos em enfermagem. Em seguida, baseando-se nos ideais preconizados pelas teorias cognitiva e social da aprendizagem que subsidiaram essa intervenção, os participantes procederam à aplicação das técnicas apreendidas. De acordo com o manual do Ministério da Saúde:

A ação dá sentido e significado à prática. Ela pressupõe a participação ativa do sujeito nos distintos processos de exploração, seleção, combinação e organização de informações. Existem conteúdos que podem ser adquiridos mediante mecanismos de observação e recepção, mas os aspectos operativos

do pensamento só se configuram a partir das ações e da coordenação entre elas (2014, p.19).

Dessa forma, foi possível aos participantes fazerem uma interseção entre a teoria apreendida e a aplicação efetiva dessa teoria, para que o processo de aprendizagem fosse significativo para eles.

Assim, após a aplicação da semiótica de lavagem das mãos, foi aberta uma mesa redonda composta pelos graduandos em enfermagem, participantes da intervenção e uma convidada especial, doutora em Imunologia pela Universidade de São Paulo, com experiência na área de ciências e ênfase em Imunologia e Microbiologia. Na referida mesa, foram abordados temas como microbiota transitória e residente, epidemiologia das doenças causadas por esses microrganismos e higienização das mãos, como mecanismo de prevenção de doenças.

A discussão iniciou abordando os conceitos de microbiota transitória e residente. A primeira, adquirida por contato direto indivíduo-indivíduo, superfícies e ambientes contaminados, coloniza a epiderme pelo curto período de tempo em que ali sobrevive e pode ser removida a partir de fricção mecânica com água e sabão. E a segunda, está alojada na derme, não é facilmente removível por água e sabão e é menos passível de causar infecção por contato (CARDOSO e MIMICA, 2016).

De acordo com a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), a pele pode servir como local em que os microrganismos se instalam e podem ser transmitidos por contato direto, ou indireto, e também por meio de utensílios ou superfícies do ambiente. Por este motivo a higienização correta das mãos, em que todos os passos são contemplados, é de fundamental importância por prevenir a disseminação de doenças que vão desde simples infecções a infecções graves.

As doenças causadas por esses microrganismos fazem parte do grupo de doenças infecciosas provocadas por bactérias gram-positivas que se apresentam de várias formas: cocos, diplococos e principalmente estafilococos. Eles podem se replicar em temperatura que varia de 7,8°C a 48,5°C. (PINHEIRO, 2017). Faz-se necessário destacar que os estafilococos habitam as superfícies cutaneomucosas da maioria das pessoas saudáveis, e se mostram infecciosos apenas em grande número. Porém se forem estabelecidas e não forem tratadas, podem levar a um quadro grave, induzindo lesões e morte celular. (COTRAN, 1991).

Esse tipo de microrganismo é responsável por causar inflamações e invadir linfócitos produzindo septicemia ou endocardite grave, além de lesar os tecidos por ação local – por meio da ação de suas enzimas – ou por ação a distância – na ausência do agente – por meio das toxinas produzidas. (COTRAN, 1991).

Os principais surtos de intoxicação alimentar, notadamente, estão relacionados à higienização inadequada das mãos. Dos diversos tipos de microrganismos detectados em alimentos, o principal

gênero que se destaca, por ser encontrado na pele das pessoas, é o *Staphylococcus aureus* (TEIXEIRA, 2018).

Para tentar amenizar esse fato, a ANVISA, criada pela Lei nº 9.782 de 1999, através da Vigilância Sanitária que exerce o papel do controle sanitário, procura garantir a qualidade dos produtos consumidos em todas as estâncias, com ações de caráter regulamentador, fiscalizador, educativo e punitivo.

Dentre as ações de cunho educativo realizada pela ANVISA, está a criação do Manual de Biossegurança (2016), para o qual a iniciativa educativa deve seguir dois princípios básicos, a saber: “Que as ações de educação sejam desenvolvidas enquanto processo” e “Que considere o contexto socioeconômico, antropológico e cultural”.

Para subsidiar estas ações, a ANVISA disponibiliza manuais com caráter informativo, por exemplo, a Cartilha de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, que traz questões e orientações de suma importância para a área, como: Doenças Transmissíveis por Alimentos (DTA); a Resolução da Anvisa nº 216/04 — onde são estabelecidas normas que devem ser obedecidas por manipuladores, com intuito de assegurar a não contaminação dos alimentos, estendendo-se da venda até o consumidor; Contaminação; Microrganismos; Manipulação dos alimentos; Higienização das Mãos — foco deste trabalho; além de Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) de higienização dos recursos e materiais.

A semiotécnica ensinada foi baseada nos 11 passos padronizados para higienização das mãos preconizados pela ANVISA. Todavia, vale ressaltar que a lavagem das mãos por si só, não demonstra eficácia contra todos os tipos de microbiotas, para muitas é necessário que antissépticos sejam utilizados.

Dessa forma, no último ponto abordado na mesa redonda, higienização das mãos como mecanismo de prevenção de doenças, foram levantadas questões a respeito do uso de produtos, como o álcool e sabonetes simples, no procedimento de higienização das mãos, ambos escolhidos por serem tanto relativamente eficientes quanto de fácil acesso e baixo custo para a instituição e funcionários individualmente. O álcool, em especial os que são feitos a base de etanol, potente agente antimicrobiano, por agir desnaturando e coagulando as proteínas, e possivelmente causando lise celular; e os sabonetes comuns, principalmente os líquidos, que são úteis tanto na remoção de sujeiras aparentes, quanto de microbiotas transitórias, todavia, sua eficácia dependerá da técnica empregada e do tempo gasto com a mesma (KAWAGOE, 2016).

Por fim, encerrando a ação, foi aberto um momento de conversa informal em que os participantes

expuseram seus pontos de vista a respeito do projeto que foi desenvolvido com eles, sua eficácia, importância no cotidiano pessoal e no ambiente de trabalho, eliminaram possíveis dúvidas existentes e deram sugestões sobre outras ações que poderiam ser realizadas.

3. 5 MOMENTO DE AVALIAÇÃO

Por fim, encerrando o processo de enfermagem que subsidiou a intervenção proposta, está o momento de avaliação. Segundo Bastable, a avaliação pode ser entendida como um:

Processo que pode fornecer evidências de que nossas atividades como enfermeiros e enfermeiros educadores são um diferencial que valoriza o cuidado que fornecemos. Avaliação é definida como um processo sistemático em que o valor ou o mérito de algo - nesse caso, e ensino e a aprendizagem- é julgado (2010 p. 580).

Nesse sentido, a avaliação consiste em uma ferramenta fundamental, uma vez que perpassa por todos os momentos do processo de enfermagem. Sendo assim, saber avaliar e como avaliar é de extrema importância para o fazer do enfermeiro.

Dessa forma, é aconselhável que uma intervenção educativa possua três fases de avaliação: diagnóstica, onde as necessidades do aprendiz são identificadas, para que o planejamento seja baseado em tais necessidades; periódica, que possibilita ao educador a perceber se a ação e seus participantes estão seguindo conforme o esperado; e a avaliação final, que lhe permite analisar se, e até que ponto, foram supridas as necessidades inicialmente identificadas (BASTABLE, 2010).

Assim, a avaliação se fez presente em todos os passos da intervenção educativa, desde a investigação até a realização da ação. Na primeira, foi empregada uma avaliação diagnóstica, onde os dados foram coletados, resumidos, interpretados e usados para planejar a ação, e na segunda, essa ferramenta foi usada para determinar o sucesso dessa ação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da prática de lavagem das mãos ter se tornado um hábito constante no cotidiano da população, principalmente quando existe alguma sujidade aparente, ainda é possível perceber um déficit no conhecimento da real importância de se higienizar corretamente as mãos, seguindo todas as técnicas e tempo destinado a cada uma delas. Tal fato é bastante evidente principalmente nos âmbitos de assistência à saúde e produção de gêneros alimentícios.

Uma vez que as mãos são veículos de transmissão de microbiotas tanto transitórios quanto residentes

e que cada indivíduo manifesta resistência aos diversos tipos existentes de forma diferente, conhecer os microrganismos mais encontrados nas mãos de manipuladores de alimentos em restaurantes populares dando ênfase a sua causa (etiologia), os mecanismos de seu desenvolvimento (patogênese), as alterações estruturais induzidas nas células e nos órgãos do corpo (alterações morfológicas), e as consequências funcionais das alterações morfológicas (significado clínico) foi fundamental para o público presente.

Partindo desse pressuposto, a intervenção educativa foi planejada seguindo os cinco momentos do processo de enfermagem, baseada nos diagnósticos identificados no momento de investigação, de modo que cada atividade visava a real necessidade dos aprendizes, para que estes fossem participantes ativos do processo e que cada momento da ação lhes fosse significativo e a aprendizagem efetiva acontecesse.

A capacitação pode não gerar resultados imediatos, uma vez que o processo de aprendizagem acontece de forma gradativa. Todavia, pode ser considerado um marco inicial para um futuro, no qual, a consciência plena da importância da higienização adequada das mãos é benéfica não somente para os funcionários do Restaurante Universitário, mas também para toda comunidade acadêmica que usufrui dos serviços prestados pelo estabelecimento.

Assim, a oportunidade propiciada aos estudantes do 3º semestre de graduação em enfermagem, pela disciplina de Vivências Interdisciplinares III, de exercer uma das muitas faces do fazer do enfermeiro que é a arte de educar, foi de extrema importância para sua formação enquanto futuros profissionais, pois possibilitou-lhes fazer uma intersecção entre teoria e prática ao realizar uma intervenção educativa em que os cinco momentos do processo de enfermagem foram percebidos, o que por si só foi profundamente enriquecedor.

5. REFERÊNCIAS

BASTABLE, Susan B. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem /Susan B. Bastable; tradução Aline Capelli Vargas. - 3. ed. - Porto Alegre : Artmed, 2010. 688 p.; 25 cm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 120 p.:il. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf. Acesso em: 02/08/2017.

CARDOSO, C. L; MIMICA, L. M. J. ASPECTOS MICROBIOLÓGICOS DA PELE *in* SEGURANÇA DO PACIENTE: Higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Ministerio da Saúde). Brasília- DF; 2016.

CARVALHO, M. T. M. Lavar as mãos: esse hábito deve continuar. Disponível em:

http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=1947. Acesso em: 01/08/2017.

CÂMARA, B; Principais metodologias utilizadas em aparelhos no laboratório clínico. Biomedicina padrão. Julho, 2014. Disponível em: <http://www.biomedicinapadrao.com.br/2014/07/principais-metodos-utilizados-em.html>. Acesso em: 05/08/2017.

COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; ROBBINS, Stanley L.: Robbins - Patologia Estrutural e Funcional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

KAWAGOE, J. Y. PRODUTOS UTILIZADOS NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS *in* SEGURANÇA DO PACIENTE: Higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Ministerio da Saúde). Brasília- DF; 2016.

LAVINSKY, A. E et al. Vivências Interdisciplinares na Enfermagem III: *Plano de Ensino*. 3ª ed. Ilhéus; 2017.

MACHADO, Vitor Barletta. O longo caminho da interdisciplinaridade. Revista Eletrônica de Educação. São Carlos, SP: UFSCar, v. 7, no. 1, p. 416-432, mai. 2013. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>.

PINHEIRO, Pedro. DOENÇAS CAUSADAS POR BACTÉRIAS. 2017. Disponível em:

<http://www.mdsaude.com/2011/05/doencas-bacterias.html>. Acesso em: 05/08/2017.

SOUSA, F. C; RODRIGUES, I. P; SANTANA, H. T. Perspectiva Histórica *in* SEGURANÇA DO PACIENTE: Higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Ministerio da Saúde). Brasília- DF; 2016.

TEXEIRA, A. F. M. Doenças microbianas de origem alimentar. Disponível em:

http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/revista_virtual/biologia_molecular/biomol06.pdf. 2018. Acesso em: 05/08/2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ (UESC). DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE. COLEGIADO DE ENFERMAGEM. Curso de bacharelado em enfermagem: projeto político pedagógico. Ilhéus, BA: UESC, 2014. 104 p. apud LAVINSKY, A. E et al. Vivências Interdisciplinares na Enfermagem III: *Plano de Ensino*. 3ª ed. Ilhéus; 2017.

MOORHEAD, S; JOHNSON, M; MAAS, M. L; SWANSON, E. NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem. Tradução da 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2016.

NANDA, International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015 – 2017, Tenth Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. NANDA International, Inc. Published 2014 by John Wiley & Sons, Ltd.

Capítulo 14

PROMOÇÃO EM SAÚDE FRENTE À PANDEMIA DO SARS-COV-2: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

[DOI: 10.37423/200500969](https://doi.org/10.37423/200500969)

Myria Ribeiro da Silva. (Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia. Email: mrsilva@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>)

Talita Hevilyn Ramos da Cruz Almeida (Docente na Universidade Paulista - Campus Ilhéus. Email: talitahevilyn@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9215364155778485>)

Emilaine Santos Souza (Hospital Regional Costa do Cacau Ilhéus/Bahia. E-mail: emilaine87@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/3314705908572222>)

Alana do Nascimento Azevedo (Enfermeira. Faculdade De Tecnologia e Ciência-Bahia. Email: alanaenfa@yahoo.com.br. <http://lattes.cnpq.br/5224814298571493>)

Letícia Karie Fernandes Santa Rosa (Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia. E-mail: leticiakarie@hotmail.com)

Patrícia de Oliveira Sampaio (Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia. E-mail: pattysampaiio924@gmail.com)

Kelly Figueiredo Barreto (Graduanda em Enfermagem. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia. E-mail: kellybarreto.yumi@gmail.com)

Ricardo Matos Santana (Professor Adjunto da Universidade Estadual de Santa Cruz Bahia. Email: ricmas@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/9385234501124106>)

RESUMO: Promover a saúde de uma sociedade perpassa estabelecer em cada indivíduo o conhecimento sobre doença, prevenção, medidas de controle e principalmente, gerar em cada um o entendimento correto da palavra saúde, que não se restringe a ausência de doença, mas está atrelada às condições de vida. O presente capítulo tem como objetivo relatar as potencialidades da promoção em saúde frente ao quadro sanitário vivenciado pelos brasileiros, e promover a conscientização da população acadêmica, profissionais de saúde e comunidade sobre as principais condutas de prevenção do SARS-CoV-2. Trata-se de um relato de experiência de um grupo de Docentes e Discentes e colaboradores da área de Enfermagem, que fazem parte do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem (NEPEMENF) do departamento de saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz localizada em Ilhéus-Bahia. Constatou-se através da descrição dos eventos, a relevância de implementar atividades educativas na comunidade. Essas condutas, desde que planejadas considerando o público alvo, podem atuar como instrumento que modifica pensamentos, hábitos e culturas caracterizando a promoção da saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Covid-19. Coronavírus.

INTRODUÇÃO

A saúde, educação e trabalho estão totalmente relacionadas e envolvidas em processos políticos, sociais e econômicos. A educação em saúde é um termo muito utilizado em instituições de ensino e de assistência à saúde. É caracterizada pela orientação ou capacitação de indivíduos, de maneira que o mesmo adquira conhecimentos específicos voltados para a área, seja na prevenção de doenças, como é o caso da educação popular e sanitária ou na formação contínua de profissionais, nesse último caso, utilizamos o termo Educação permanente em Saúde, uma vez que, está relacionada capacitação e atualização contínua dos profissionais (Miccas e Batista, 2014).

Ao falar sobre Educação em Saúde, nos remetemos a uma figura ímpar na história do Brasil, Carlos Chagas. Médico infectologista, sanitarista e cientista, Chagas assumiu o Departamento Nacional de Saúde em 1920 e destacou a importância da educação sanitária para com a população brasileira que vinha sendo dizimada por diversas doenças infectocontagiosas, com destaque para: Tuberculose, Febre Amarela, Varíola, Hanseníase, Infecções Sexualmente Transmissíveis, dentre outras (Ravagnani, 2015).

Sucessor de Oswaldo Cruz, Chagas percebeu que para evitar a revolta da população como ocorreu na “Revolta da Vacina”, a comunidade deveria passar pelo processo de educação sanitária, e introduziu a propaganda com método para educar a população com objetivo de gerar uma consciência crítica e condutas de prevenção de doenças por parte da sociedade (Ravagnani, 2015).

A Lei 8080 de 1990, conhecida como lei orgânica da saúde, nas disposições gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) escritas em seus artigos 1º ao 5º, regulamenta as ações de promoção, proteção, recuperação da saúde, e afirma que a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado. Destaca-se aqui nesse trecho, a atividade de Promoção à saúde. Nesse contexto, a promoção é caracterizada pela educação em saúde que deve ser dada a todos os brasileiros.

Atualmente a pandemia causada pelo novo vírus da família do Coronavírus, tem desestabilizado as diversas comunidades. Caracterizada como um problema de saúde a nível mundial, o Covid-19 é uma doença viral nova. A família do Coronavírus pode se alojar em células de algumas espécies de animais como: camelo, gato, morcego e gado. Alguns tipos virais podem infectar humanos e causar infecções de vias respiratórias, das quais se destacam a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) (ANVISA, 2020).

Esse novo tipo viral, o SARS-CoV-2, foi identificado pela primeira vez em Wuhan, China no final do ano de 2019, e tem sido responsável pela morte de inúmeras pessoas em todo o mundo. A clínica é caracterizada por distúrbios na via respiratória, semelhante à gripe, tem sintomas como tosse, febre,

em casos mais graves, pneumonia e edema pulmonar. A via de transmissão é por gotículas e medidas de higiene e precaução são imprescindíveis para evitar a transmissão e infecção (ANVISA, 2020).

Considerando a importância que a temática carrega e a atual situação vivenciada pela Pandemia da doença Covid-19, esse estudo tem como objetivo relatar as potencialidades da promoção em saúde frente ao quadro sanitário vivenciado pelos brasileiros, e promover a conscientização da população acadêmica, profissionais de saúde e comunidade sobre as principais condutas de prevenção do SARS-CoV-2.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EXTENSÃO EM METODOLOGIAS NA ENFERMAGEM

O Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologias na Enfermagem (NEPEMENF) é um projeto composto por Professores, Graduandos de Enfermagem, Enfermeiros e outros profissionais da área da saúde. O NEPEMENF está vinculado ao Colegiado de Enfermagem do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz, localizada no Município de Ilhéus-Bahia.

O NEPEMENF surgiu da percepção da necessidade de um aprofundamento teórico-prático, com iniciativas no ensino, na extensão e na pesquisa. A partir da vivência de docentes e com base nos relatos de discentes e profissionais da área da saúde, identificou-se a necessidade de correlacionar os conhecimentos das diversas áreas de atuação do Enfermeiro à estrutura metodológica do Processo de Enfermagem (que é a base metodológica da profissão).

Em sua trajetória, o NEPEMENF tem discutido e procurado operar suas ações de maneira a promover a indissociabilidade entre a tríade acadêmica (Ensino-Pesquisa-Extensão). Tem como interesse fundamental correlacionar os conhecimentos das diversas áreas de atuação do enfermeiro à estrutura metodológica do Processo de Enfermagem. Para tanto, utilizamos os referenciais sobre Planejamento como eixo norteador para a organização dos papéis do enfermeiro: Assistência, Administração, Ensino e Pesquisa. Dessa forma, o NEPEMENF tem a convicção filosófica de que o Processo de Enfermagem é um método de planejamento para sistematizar as ações da Enfermagem.

LABORATÓRIO DE INFECTOLOGIA

Esse projeto está organizado internamente por de Linhas de Ação, viabilizando a promoção do alinhamento entre a tríade acadêmica. Essas Linhas de ação são denominadas de Laboratórios de Ensino, Pesquisa e Extensão, das quais se enquadra o Laboratório de Infectologia. De modo a

possibilitar o desenvolvimento de atividades, envolvendo professores, alunos, profissionais de saúde e usuários; facilitar o desenvolvimento da aprendizagem científica e de habilidades para estruturar investigações e resolver problemas concretos; e permitir a aprendizagem vivencial, trabalho em equipe, gestão integrada, pesquisa aplicada e inovação tecnológica.

Como descrito, esse projeto possui várias linhas de ação. Destacamos aqui, o Laboratório de Infectologia do NEPEMENF, que possui como principais objetivos: Discorrer sobre as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), bem como as doenças infectocontagiosas de relevância epidemiológica; conhecer as legislações vigentes e adotar condutas de cunho educativo voltado para ações de prevenção e promoção da saúde, além de apresentar as principais condutas do gerenciamento de resíduos nos serviços de saúde e sua implicação na saúde humana.

PROCESSO DE PLANEJAMENTO E ELABORAÇÃO DAS AÇÕES

Tomaram-se como base os objetivos propostos pelo Laboratório de infectologia e a ferramenta metodológica da profissão, Enfermagem, que é o Processo de Enfermagem, composto por cinco momentos correlacionados: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação das ações implementadas.

Realizou-se a análise e **investigação** sobre as demandas e necessidades educativas do público alvo em estudo (discentes, comunidade e profissionais da área da saúde) sobre o novo vírus SARS-CoV-2. Nesse momento, utilizou-se como fonte de investigação os relatos de profissionais da área da saúde e comunidade, divulgados em mídias sociais, bem como diálogos entre familiares e vizinhos dos pesquisadores.

Após o momento de investigação, identificou-se as necessidades educativas mais relevantes, aqui, iremos denominá-las de **diagnósticos**, descritos abaixo.

- Orientação sobre medidas de prevenção e controle do COVID-19.
- Técnica correta para inserção e retirada de máscaras faciais.
- Higienização de máscaras não profissionais.
- Higienização de superfícies, objetos e pisos em ambientes domésticos.
- Tratamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde.
- Nutrição e imunidade.

Após traçar os principais diagnósticos, realizou-se o momento de **planejamento e implementação** das ações de intervenção. Esse período foi realizado através de uma discussão, em plataforma digital, com a coordenadora do Laboratório de Infectologia, docentes, enfermeiros e graduandos em Enfermagem,

onde foram definidos como métodos de implementação das ações educativas a elaboração de material visual do tipo folhetos, com vocabulário de fácil interpretação de forma que qualquer cidadão obtenha correta compreensão do conteúdo. Priorizaram-se textos curtos e objetivos bem como o uso da imagem para melhor consolidação da memória.

O material educativo foi construído através do programa da Microsoft, Power Point. Após análise da equipe, constatou-se que o método digital, através de mídias sociais como Telegram®, WhatsApp®, Instagram®, Facebook®, como melhor meio de divulgação do material educativo. Utilizou-se como fonte bibliográfica do material educativo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos, o Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), manuais do Ministério da Saúde, bem como artigos científicos publicados nos bancos de dados Medline, Biblioteca Virtual da Saúde a Scientific Electronic Library Online e Google Acadêmico. Após a elaboração, edição e revisão final os folhetos educativos foram divulgados nas plataformas digitais pelos professores e colaboradores do projeto.

TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS EM SAÚDE

De acordo com a Resolução CONAMA nº 005/1993, resíduo sólido é definido como: *“resíduos nos estados sólido e semissólido que resultam de atividades de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola e de serviços de varrição...”* O descarte adequado, acondicionamento, transporte, destino final e tratamento dos resíduos estão diretamente relacionados com a saúde humana e ambiental. Infelizmente, não se limita ao ambiente de assistência à saúde, os resultados da falha do tratamento desse tipo de resíduo podem provocar disseminação de doenças para a comunidade (ANVISA, 2020).

A atual situação vivenciada pelo mundo, pandemia pelo SARS-CoV-2, evidencia a necessidade de redobrar os cuidados em relação ao resíduo hospitalar, bem como as práticas de higiene realizadas nesses ambientes. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) o resíduo obtido da assistência às pessoas contaminadas com o novo vírus é caracterizado como agente biológico de risco 3 e são enquadrados na categoria de resíduos A 1, eles devem ser acondicionado em saco vermelho identificado e deve ser substituído quando atingir 2/3 da capacidade ou no mínimo uma vez a cada 48 horas. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, rígido e resistente a ruptura ou punctura, com sistema de abertura sem contato manual (ANVISA, 2020).

De acordo com Resolução RDC Nº 306, de 7 de dezembro de 2004 da ANVISA, “o Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde (GRSS) constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão,

planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais”. Desta forma, o GRSS tem como objetivo reduzir a produção de resíduos e gerar um descarte seguro de forma eficiente e com o propósito de garantir segurança dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. Para que todo o processo seja realizado, é necessário o manuseio adequado levando em consideração as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos. Além disso, o processo para gerenciar os resíduos é denominado de manejo e possui as seguintes etapas: segregação, condicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externo e disposição final.

Tomando como base a relevância epidemiológica e o potencial de disseminação relacionado a esse tema, como parte da ação extensionista do Laboratório de Infectologia, foram elaboradas duas cartilhas que abordaram as condutas referentes às boas práticas de higiene hospitalar, utilização de Equipamentos de proteção individual, técnicas de paramentação e desparamentação de equipamentos de proteção, bem como as principais ações do gerenciamento de resíduos para evitar contaminação e transmissão de doenças. O material elaborado teve como objetivo inserir as novas mudanças requeridas com foco no combate ao Coronavírus.

Os principais objetivos dessas cartilhas estão relacionados ao manejo correto dos resíduos, visto que, a assistência a pacientes com COVID-19 requer conhecimento sólido das formas de transmissão e o descarte de resíduos provenientes destes pacientes, se descartados de maneira inadequada, podem aumentar a disseminação da doença no âmbito intra-hospitalar.

Além disso, deve-se manter o rigor das técnicas de higienização, limpeza e desinfecção de Enfermarias, Unidades de Terapia Intensiva, Emergência e outros locais como clínicas que assistem pacientes com COVID-19. Esses profissionais devem adotar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e saber os tipos de precaução a ser empregada em cada situação, visto que, procedimentos como aspiração de via aérea, intubação, manobras de reanimação, ventilação invasiva e não invasiva podem gerar aerossóis no ambiente, fato que necessita cuidados maiores e precauções específicas para aerossóis como uso de máscara N95/PFF2, avental impermeável, protetor facial, além das precauções padrão. Saber a técnica de inserção de cada equipamento, bem como a forma de retirá-los é imprescindível para evitar contaminação no momento da paramentação ou desparamentação, outro cuidado relevante é o tempo máximo de uso de cada máscara. Todos esses pontos foram abordados nos instrumentos educativos.

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Uma das principais vertentes do projeto é o auxílio na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. No momento, a principal ameaça à população tem sido a COVID-19, e por isso, todos os esforços estão voltados para impactar positivamente contra a disseminação dessa doença e na diminuição da morbimortalidade da população. O foco do projeto tem sido a prevenção, com orientações para população em geral e elaboração de boletins e cartilhas para as instituições de saúde, visando facilitar o entendimento sobre a temática para trabalhadores da área de saúde.

Para tanto, é preciso realizar pesquisas atuais e minuciosas em fontes confiáveis e com credibilidade científica. O presente projeto tem utilizado principalmente documentos da ANVISA, visto que a mesma publica instrumentos completos que abarcam todo o conteúdo necessário na elaboração das cartilhas de boletins.

Para, além disso, têm-se estudado uma maneira de elaborar materiais para fazer orientações direcionadas aos profissionais de saúde, os quais possam ser aplicados de forma remota e sem aglomerações, visto que, segundo o Ministério da Saúde, o número de profissionais infectados por COVID-19 tem sido cada vez mais crescente o que nos leva a refletir que, apesar dos equipamentos de proteção individual disponibilizados, provavelmente estejam havendo falhas em seu uso ou até mesmo nos cuidados simples, como a higienização das mãos frequente e correta.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de óbitos de profissionais de enfermagem tem sido crescente. Um alerta de que é preciso ter uma atenção maior com esses profissionais, visto que são estes que se mantêm em contato direto e contínuo com os pacientes, o que aumentam as chances de serem contaminados. Sendo assim, o principal público alvo neste primeiro momento, será a equipe de enfermagem.

Um dos objetivos do projeto é atuar divulgando informações nas instituições hospitalares parceiras, através de cartilhas informativas digitais sobre controle de infecção.

É importante destacar, algumas medidas interessantes que estão sendo adotadas em um hospital da região sul da Bahia. São condutas relatadas por uma colaboradora do laboratório que atua como enfermeira assistencial nessa instituição.

Umas das ações implementadas em âmbito hospitalar local, é o uso de roupas hospitalares privativas em que a responsabilidade de higienização é da instituição empregadora, e não é permitido levar o fardamento para o domicílio. Essa medida visa reduzir a disseminação do vírus no domicílio do colaborador. Também têm sido disponibilizadas para os acompanhantes de pacientes internados roupas higienizadas diariamente, para que se possa ter o controle da manutenção da higiene.

Além disso, tem sido implantado protocolo de higienização para os trabalhadores que atuam diretamente com pacientes infectados com COVID-19. A cada entrada ou saída do trabalhador do setor de tratamento de pacientes com COVID-19, o mesmo toma banho com produtos específicos para diminuir a carga viral que possa estar na superfície da pele destes, diminuindo o risco de infecção e transmissão da doença. E a instalação de um túnel de desinfecção.

Tem-se intensificada a vigilância de pacientes com sintomas respiratórios sugestivos de COVID-19, na tentativa de realocar esse paciente para o isolamento até confirmação diagnóstica. Têm sido fornecidas máscaras cirúrgicas assim que é detectado algum sintoma respiratório, seja de pacientes na emergência ou nas enfermarias, e realizado teste do COVID-19 a partir da coleta de secreções nasofaríngeas destes.

Segundo a ANVISA, o contágio por COVID-19 se dá por contato direto de pessoa a pessoa com secreções nasofaríngeas.

AÇÕES SOBRE MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E PREVENÇÃO DA DISSEMINAÇÃO E CONTÁGIO DA COVID 19

De acordo com Bastable (2010, p. 406) “a avaliação diagnóstica do aprendiz é o primeiro passo no processo de ensino-aprendizagem. Ela determina o que o indivíduo precisa saber, quando e em que condições está mais receptivo à aprendizagem, e como realmente aprende melhor”.

Observou-se que, a partir do momento que surgiram os primeiros casos de óbito no Brasil causado por COVID-19, houve mudança no comportamento da população, na tentativa de se proteger de uma possível infecção. A partir daí, constatou-se a carência de informações de quais seriam as ações corretas para se blindar contra o vírus. Foram percebidos comportamentos variados da população, como o uso de luvas para fazer compras, uso de materiais diversos pra proteger o rosto, até mesmo uso de máscaras faciais de crochê, o uso inadequado de água sanitária e a negligência quanto uma das ações mais efetivas na prevenção e quebra do ciclo de transmissão, que é a higienização das mãos.

Partindo da observação comportamental do público em geral frente à pandemia, feita sob orientação da coordenadora do projeto e colaboradores, surgiu a ideia de elaborar materiais de fácil entendimento e que pudessem ser publicados nas mídias sociais para maior alcance da população. Inicialmente foram discutidos quais materiais seriam efetivos na orientação da população, e então decidiu-se pela elaboração de boletins e cartilhas. Posteriormente, determinou-se sobre os assuntos mais relevantes que deveriam ser abordados e a linguagem utilizada, na tentativa de facilitar o entendimento e aprendizagem das pessoas.

Ao todo, elaborou-se 2 cartilhas e 8 boletins informativos com os seguintes títulos:

- Cartilha: “Recomendações Essenciais para boas práticas de higiene e limpeza em serviços de assistência à saúde frente à pandemia da covid19”.
- Cartilha: “Tratamento de Resíduos: pandemia covid-19”.
- Boletim: “Coronavírus: Como elimina-los utilizando hipoclorito de sódio”
- Boletim: “Coronavírus: Formas de contágio e medidas de prevenção”
- Boletim: “Coronavírus: Contra-indicações para o uso de máscara não profissional”.
- Boletim: “Coronavírus: Como colocar e retirar a máscara sem contaminar-se”.
- Boletim: “Coronavírus: Higienização das máscaras de tecido”.
- Boletim: “Como prevenir a disseminação do coronavírus em instituições de longa permanência para idosos”.
- Boletim: “Como fortalecer a imunidade para combater o coronavírus! 10 passos para uma alimentação saudável e equilibrada”.
- Boletim: “Alimentação e imunidade: Como fortalecer o sistema imunológico em tempos de Covid-19”

Destaca-se o fato, de que cinco dos boletins informativos foram realizados exclusivamente pelos Graduandos de Enfermagem sob orientação, edição e revisão dos docentes.

Após a divulgação de todo esse instrumento em redes de comunicação online, percebeu-se que o conteúdo chegou de maneira eficaz, houve o retorno da população alvo para esclarecimentos de dúvidas e demonstração de interesse referente a temática abordada. Identificou-se frases como:

“...a linguagem está de fácil entendimento”.

“... eu gastava muita água sanitária.”

“...parabéns, esse material ficou muito bom.”

“... Excelente... quero repostar...”

Os objetivos principais de disseminação em massa desses instrumentos e a contribuição com informações relevantes frente à pandemia do COVID-19 na instrução da população foram alcançados com sucesso.

Percebeu-se que a linguagem utilizada, objetividade das informações, bem como as imagens, facilitaram a compreensão dos processos descritos. Um dos principais resultados obtidos com essa ação foi a formação de uma rede de informações, visto que, as pessoas que tiveram acesso aos boletins, compartilharam também em suas redes de comunicação digital, ampliando o alcance e

visibilidade do conteúdo. Desta forma, deu-se o **momento de avaliação**, e consolidou o processo de enfermagem, como supracitado, a base metodológica da profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das ações descritas contatou-se a relevância que a promoção da saúde se propõe, e a necessidade de mudança da cultura do indivíduo. Essa mudança se pauta em gerar no educando o conhecimento e a habilidade de realizar uma análise crítica e reflexiva das situações à sua volta. Infelizmente percebe-se uma resistência e falta de conhecimento da população em adotar as medidas de precauções e controle, por isso considera-se imprescindível que a metodologia ou instrumento utilizado nas ações educativas, tenham um conteúdo claro, objetivo e palavras de fácil interpretação. O formato de divulgação digital do conteúdo informativo permitiu obter-se resultados de forma rápida, no entanto, para que haja melhor alcance é necessária contínua publicação e disseminação desse material digital.

REFERÊNCIAS

BASTABLE. S. B. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. Ed, São Paulo: Artmed Editora. S.A, 2010

_____. BRASIL. Lei Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 30 de abril de 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2). 66p. Brasília: Anvisa, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. Resolução RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html>; Acesso em: 7 de maio de 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. Portaria Nº 529, 1 DE ABRIL DE 2013. Disponível:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>; Acesso em: 8 de maio de 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA. RDC nº 222 de 28 de março de 2018.

Miccas FL & Batista SHSSR. Rev.Educação permanente em saúde. Saúde Pública 2014;48(1):170-185

RAVAGNANI AC. História da Enfermagem. Rio de Janeiro: SESES, 2015; 162p.

Capítulo 15

MAPEAMENTO DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM CARDIOPATAS.

[DOI: 10.37423/200500971](https://doi.org/10.37423/200500971)

Myria Ribeiro da Silva. (Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz Bahia). mrsilva@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

Andréia Santana Bomfim. (Enfermeira. Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia). deasantana@hotmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9621504255503670>

Kerlly Taynara Santos Andrade. (Discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, modalidade Mestrado Profissional da UESC). ktsandrade@hotmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9005203887552336>

Nayara Mary Andrade Teles Monteiro. (Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

nmatmonteiro@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/6616915798890993>)

Ricardo Matos Santana. (Professor Adjunto da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia). ricmas@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/9385234501124106>

Talita Hevilyn Ramos da Cruz Almeida. (Docente na Universidade Paulista - Campus Ilhéus). talitahevilyn@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9215364155778485>)



RESUMO: Objetivou-se no presente estudo identificar os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem descritas pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Intervention Classification (NIC), para pacientes portadores de cardiopatias internados. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizada em um Hospital da Região Sul da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados no período de setembro de 2013 a março de 2015. Participaram 139 clientes. observa-se que os diagnósticos predominantes relacionam-se aos domínios Eliminação e Troca, Atividade e Repouso, Segurança e Proteção, Enfrentamento e Tolerância ao estresse e Conforto. Torna-se relevante conhecer a sistematização de enfermagem como método científico seguro para uma assistência holística e eficaz. Trabalhar com essas afecções de forma precisa, utilizar-se de ferramentas científicas de linguagem padronizadas, potencializa o cuidado, reduz o tempo de internação, e consequentemente o desgaste físico e emocional de pacientes e familiares.

Palavras-chave: Cardiologia; Classificações de enfermagem; Processo de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares apresentam-se hoje como um grande problema de saúde pública, em todo o mundo, no Brasil corresponde à primeira causa de óbito, sendo responsáveis por 27,7% do total de óbitos e por 10,1% das internações em 2014, levando a altos índices de morte prematura¹. Esta morbidade é responsável pelo aumento do número de internações, reduz a qualidade de vida e aumenta significativamente os gastos públicos nesta área^{1,2}.

Um estudo realizado pela OMS projeta o crescimento da morbimortalidade por doença cardiovascular (DCV) em todo o mundo principalmente em países de baixa e média rendas, esta projeção para o ano de 2040 destaca o Brasil com um aumento de 250% sobre os valores atuais na incidência destas patologias. Uma epidemia de doenças cardiovasculares encontra-se prestes a se instalar e merece atenção, devido ao crescimento e ao envelhecimento da população^{1,3}.

No sistema de saúde vigente as doenças do aparelho circulatório geram grandes gastos, principalmente sobre as internações hospitalares. Em estudo ecológico foram identificadas as DCV como primeira causa de internações no Brasil, com tendência de aumento conforme aumento da idade, principalmente acima dos 70 anos⁴.

O paciente portador de cardiopatia apresenta comprometimento de seu todo harmônico, seu estado de saúde sofre grandes alterações. O mesmo pode apresentar limitações emocionais, financeiras, perdas pessoais e sociais e precisará aprender a administrar o seu tratamento. Neste momento de debilidade, o enfermeiro assume um papel importante e muito expressivo no sentido de ajudá-lo não só a enfrentar as dificuldades em torno da doença, mas também de cuidá-lo nas suas necessidades de segurança, carinho e autoconfiança. Nesta perspectiva, é importante que o enfermeiro perceba as inúmeras necessidades que os pacientes portadores de doença crônica apresentam, para que se realize raciocínio clínico e crítico constante, torna-se então importante compreender as respostas do indivíduo ao acometimento por doença cardiovascular⁵.

Esta prática apoiada num referencial metodológico baseada em evidências fortalece a autonomia e garantia do exercício profissional da enfermagem. Este método-ferramenta, o processo de enfermagem, auxilia na sistematização das ações, utilizando etapas que vão sendo operacionalizadas, em sua maioria, concomitantemente, assim proporcionando maior flexibilidade^{6,7}.

Este método denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia relevante para organizar e realizar o cuidado, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE). Este é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, possibilitando a elaboração e implementação de um plano de cuidados direcionado as necessidades

de saúde do indivíduo, devendo ser devidamente documentado numa linguagem padronizada, que favorece o processo de comunicação entre os profissionais^{7,8}.

Composta por cinco momentos inter-relacionados, interdependentes e recorrentes, o PE é uma ferramenta para identificação dos problemas apresentados voltado para o planejamento de ações com vistas ao alcance de mudanças nas condições de saúde do paciente, família ou coletividade. Os momentos existentes no PE correspondem a: Coleta de informações (Histórico), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação, que devem ser registrados formalmente no prontuário do cliente. No cenário atual a enfermagem utiliza sistemas de classificação, ou taxonomias que contém termos de domínio da enfermagem para uso em todo o cuidado e especialidades. A classificação de diagnósticos é destacada pela NANDA Internacional (NANDA I)⁹, já as intervenções são descritas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC)¹⁰ e por fim os resultados que são detalhados pela *Nursing Outcomes Classification* (NOC)¹¹, denominados NANDA-I/NIC/NOC (NNN)⁷.

São necessárias atualizações contínuas no cuidado da enfermagem, pois as intervenções na especialidade da cardiologia necessitam de capacitações e de tecnologia sofisticada, frequentemente, inovadoras, o que demanda versatilidade e capacitação diferenciada dos profissionais. Para organizar de modo sistematizado as condições necessárias ao desempenho do cuidado profissional, favorecendo uma prática assistencial adequada e individualizada, torna-se importante esta Sistematização da Assistência de Enfermagem¹². A aplicação deste processo no contexto da cardiologia pode permitir um conhecimento mais completo e detalhado pelo enfermeiro, da situação que envolve a pessoa com esse tipo de afecção ou que possui algum risco para desenvolvê-la e assim melhor planejar o cuidado e avaliação com vistas à reabilitação e prevenção da progressão do agravo¹³.

Torna-se importante conhecer as respostas do indivíduo as alterações ocorridas como consequência das doenças cardiovasculares, considerando a necessidade de autonomia e garantia do exercício profissional da enfermagem, associando os sintomas e sinais clínicos conhecidos na prática clínica cardiológica em fenômenos, ações e resultados de enfermagem. Utilizar as associações dos fatores predisponentes e evidentes a um diagnóstico de enfermagem torna-se importante para determinar com clareza e assertividade os cuidados a serem realizados pela enfermeira e equipe, bem como auxilia a enfermeira na comunicação aos demais membros de equipe sobre a sua atuação multi e interdisciplinar. A construção de protocolos de cuidados à população cardiopata é de extrema relevância e a utilização dos diagnósticos de enfermagem contribui para esta construção¹⁴.

Tendo em vista a complexidade da temática, questionou-se: quais são os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem presentes em pacientes internados com doenças cardiovasculares?

A descrição dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem contribuem para a análise das respostas à doença cardiovascular, com foco no objeto de trabalho do enfermeiro que, associado às questões de gênero, culturais, demográficas, sociais, econômicas, bem como às condições do tratamento médico e espirituais, possibilita uma investigação holística, embasada em uma linguagem internacional proposta pela NANDA/NOC/NIC¹⁴. Além disso, permite aos enfermeiros manter uma visão transpessoal ao identificar com base em evidências as necessidades de cuidados aos indivíduos sob seus cuidados, justificando a importância do estudo para o escopo científico e prático da enfermagem.

Em vista disso, o objetivo deste estudo foi identificar os principais diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem descritos pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), *Nursing Intervention Classification* (NIC), para pacientes portadores de cardiopatias internados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado na unidade de internação em cardiologia de um hospital público localizado na região sul do estado da Bahia, Brasil. Com base em amostragem de conveniência, adotou-se como critério de seleção, pacientes com doenças cardíacas, admitidos no referido hospital, no período de setembro de 2013 a março de 2015, e que concordaram em participar da pesquisa preenchendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram do estudo 139 pacientes. Os critérios para inclusão na pesquisa foram pessoas com idade superior a 18 anos, com doença cardíaca, conscientes, sendo verificado o nível de consciência mediante a aplicação da Escala de Coma Glasgow, com escore igual a 15. Para a coleta de dados foram realizadas anamnese e exame clínico e como fonte secundária de dados os prontuários dos clientes, em especial o histórico, a evolução e as anotações de enfermagem, pois estes fornecem informações abordando os requisitos de ações de enfermagem prestadas, os relativos ao desenvolvimento da condição de saúde, contendo questões relacionadas a dados sociodemográficos, antecedentes cirúrgicos e de doenças, além de dados laboratoriais. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz/UESC, parecer nº 436.807. Previamente à coleta, foi realizada uma solicitação formal de autorização para a coleta dos dados à responsável pela unidade de cardiologia. Os participantes do estudo foram informados acerca da finalidade do estudo, do caráter sigiloso e possibilidade de interrupção de sua participação sem qualquer tipo de prejuízo, após a aceitação, estes assinaram o TCLE. O tratamento dos dados foi

realizado no *software Epi Info* versão 7, com entrada dupla, para garantir a consistência do banco de dados. A análise foi realizada no *Statistical Package for Social Science*, versão 20.0, por meio de frequências absolutas e relativas, de modo a se obter a frequência dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem com o objetivo de se obter um perfil que fundamentaram o Processo de Enfermagem, no entanto considerou-se os títulos dos DE, resultados e intervenções/atividades formulados para mais de 70,0% dos participantes do estudo. Os DE, resultados e intervenções/atividades foram confrontados com a literatura e avaliados por três peritos com expertise na área, ou seja, mais de cinco anos de exercício na profissão, com mestrado concluído, publicações em congressos, livros e/ou revistas indexadas na área de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem nos últimos cinco anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 139 pacientes internados em um setor de cardiologia do hospital campo de estudo. Inicialmente traça-se o perfil sociodemográfico dos sujeitos do estudo (Tabela 1), com perceptível destaque na prevalência de internações para o sexo masculino (65,4%) e para a faixa etária considerada idosa que mantém alta porcentagem nas internações (56,1%) em comparação com crianças e adolescentes (0 – 14 anos) que não apresentou internações neste setor (0%). Os que se declararam como solteiros apresentaram a porcentagem de (75,5%) das internações, em comparação aos que se declararam casados (18,7%).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes internados. Itabuna-BA. 2016.

Sexo	(N)	(%)
Feminino	48	34,6%
Masculino	91	65,4%
Total	139	100%

Idade	(N)	(%)
0 – 14 anos	0	0%
15 – 59 anos	61	43,9%
60 – 100 anos	78	56,1%
Total	139	100%

Estado Civil	(N)	(%)
Solteiros	105	75,5%
Casados	26	18,8%
Divorciados	3	2,1%
Viuvos	5	3,6%
Total	139	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: N = número de pacientes internados; % = frequência.

A partir da análise dos dados coletados percebeu-se a alta prevalência das doenças cardíacas no sexo masculino em relação às mulheres internadas. Inúmeros fatores refletem no perfil de morbidade e mortalidade em indivíduos do sexo masculino. Entre eles encontram-se vulnerabilidades quanto às carências assistenciais relacionadas a questões sociais que afastam os homens da preocupação com o autocuidado, não procuram o serviço de saúde e nem seguem tratamentos recomendados; e à maior exposição aos riscos ao longo da vida como uso excessivo de álcool e drogas ilícitas, tabagismo, alimentação inadequada e ausência de regularidade na prática de atividades físicas, aumentando a predisposição a doenças cardiovasculares. Ou seja, há uma sobremorbidade e sobremortalidade masculina estabelecida tanto na população mais jovem (relacionada a causas externas), quanto na população acima de 60 anos (relacionada a doenças crônicas)^{15,16}.

A faixa etária com elevado índice de internação foram os maiores de 60 anos (56,1%), a população considerada ativa apresenta a segunda maior porcentagem (43,9%). Já é conhecida da literatura nacional e internacional a alta relação diretamente proporcional entre a idade e as DCV. Sabe-se que o Brasil enfrenta uma inversão na pirâmide etária com aumento da expectativa de vida ultrapassando os setenta anos tanto para homens quanto para mulheres, e ainda que haja uma mudança no aspecto epidemiológico com redução das doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas relacionada aos hábitos de vida da população com exposição aos riscos supracitados¹.

Com relação ao estado civil dos pacientes internados, o destaque para aqueles que se declararam solteiros (75,5%), pode estar relacionado ao não incentivo ao autocuidado e à procura dos serviços de saúde que os homens casados dispõem devido à preocupação expressada pelas parceiras¹⁷.

A Tabela 2 elenca os diagnósticos médicos que levaram as internações destes pacientes, sendo a Insuficiência Cardíaca Congestiva e o Infarto Agudo do Miocárdio as causas principais destas internações, com a porcentagem de 46% e 28%, respectivamente. As complicações a nível pulmonar,

secundárias as afecções cardíacas, aqui identificadas como *Outros*, apresentaram significativa porcentagem nas causas de internação, com 7,19%.

Tabela 2 – Motivos de internação dos pacientes no setor de cardiologia. Itabuna-BA. 2016

Motivo da Internação	(N)	(%)
Insuficiência Cardíaca Congestiva	64	46,00%
Infarto Agudo do Miocárdio	39	28,00%
Angina (Estável/Instável/Pectoris)	11	7,91%
Arritmias	7	5,03%
Bloqueios Atrioventriculares	4	2,87%
Endocardite	2	1,43%
Taquicardia Ventricular	1	0,71%
Derrame Pericárdio	1	0,71%
Outros	10	7,19%
Total	139	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: N = número de pacientes internados; % = frequência.

De todas as doenças cardiovasculares a Insuficiência Cardíaca Congestiva é considerada a causa mais frequente de internações hospitalares devido ao agravamento do quadro clínico, com cerca de 6,4 milhões de pessoas acometidas no Brasil. Sua prevalência deve-se a esta doença ser a consequência final da maioria das doenças cardíacas².

A partir da análise da fisiopatologia e dados sociodemográficos foi possível identificar diagnósticos de enfermagem relevantes para um cuidar específico e direcionado. No quadro a seguir (Quadro 1) foram distribuídos os Diagnósticos de Enfermagem descritos em seus respectivos domínios, abordando as Características Definidoras e Fatores Relacionados e de Risco, que se enquadram nas condições apresentadas pelos pacientes estudados.

Quadro 1- Diagnóstico de Enfermagem, características definidoras e fatores relacionados referentes a cada domínio. Itabuna-BA. 2016.

Domínio 3 - Eliminação e Troca			
Diagnóstico	Características definidoras	Fatores relacionados	(%)
Troca de gases prejudicada	Dispnéia Hipóxia	Desequilíbrio na ventilação-perfusão	100%

Domínio 4 - Atividade/Repouso			
Diagnóstico	Características definidoras	Fatores relacionados	(%)
Insônia	Relato de estado de saúde diminuído	Ansiedade Desconforto físico (p. ex., dor, falta de ar)	100%
Fadiga	Falta de energia Relato de incapacidade de manter o nível habitual de atividade física	Condição física debilitada Estados de doença	100%
Debito cardíaco diminuído	Fração de ejeção diminuída Índice do volume sistólico/diastólico diminuído Alterações no ECG	Contratilidade alterada Frequência cardíaca alterada Volume de ejeção alterado	100%
Intolerância a Atividade	Desconforto aos esforços Dispneia	Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de O ₂ Fraqueza generalizada	100%
Risco de perfusão tissular periférica ineficaz		Hipertensão Idade > 60 anos	100%
Domínio 9 - Enfrentamento/Tolerância ao estresse			
Diagnóstico	Características definidoras	Fatores relacionados	(%)
Síndrome do estresse por mudança	Depressão Insegurança Medo Sintomas físicos aumentados	Estado de saúde diminuído Mudança de um ambiente para outro	80%
Sentimento de impotência	Relatos de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores	Regime relacionado à doença	70%
Domínio 11 - Segurança/Proteção			
Diagnóstico	Características definidoras	Fatores relacionados	(%)

Risco de Infecção		Defesas secundárias	100%
		inadequadas	
		Desnutrição	
		Doença crônica	
Risco de Integridade da pele prejudicada		Extremos de idade	100%
		Circulação prejudicada	
		Estado nutricional	
		desequilibrado	
Domínio 12 - Conforto			
Diagnóstico	Características definidoras	Fatores relacionados	(%)
Dor Aguda	Relato verbal de dor Gestos protetores Comportamento expressivo (p. ex., agitação, gemido, irritabilidade, choro)	Agentes lesivos (p. ex., biológicos)	100%
Dor Crônica	Alteração da capacidade de Continuar atividades prévias Expressão facial Irritabilidade Relato verbal de dor	Incapacidade física crônica	70%

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: % = frequência.

O domínio 3 da NANDA I⁹ corresponde a *Eliminação e Troca* e apresentou-se em 100% dos pacientes internados com o diagnóstico *Troca de gases prejudicada*, que é definido como excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alvéolo capilar. Sua frequência foi relacionada ao desequilíbrio na ventilação-perfusão e evidenciados por quadros de dispneia e hipóxia, sendo, assim, fundamental monitorar o desempenho respiratório de pacientes cardíacos.

No domínio 4, referente a *Atividade e Repouso*, foram detectados cinco Diagnósticos de Enfermagem, apresentando alta porcentagem nos pacientes em questão. Diagnósticos estes que são *Insônia*, *Fadiga*, *Débito Cardíaco Diminuído*, *Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz* e *Intolerância a Atividade* com 100% de prevalência.

O diagnóstico de *Insônia* é definido pela NANDA I⁹ como distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa e caracterizado por estado de saúde diminuído, relacionado a desconfortos físicos e ansiedade. Os distúrbios no padrão do sono são comuns em pacientes internados por influência do estresse gerado no processo de hospitalização, como ruídos e a própria assistência, e ainda por sintomas relacionados à doença como dor e dispneia^{14,18}.

Também diagnosticou-se a *Fadiga* definida pela NANDA I⁹ como uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual e caracterizada pela falta de energia e pela incapacidade de manter o nível habitual de atividade física evidenciados por *Condição física debilitada* e o *Estado de doença*. Este diagnóstico de enfermagem é muito frequente em pacientes com cardiopatias. Sob este resultado e a aplicabilidade desses DE em cardiologia, um estudo de revisão de literatura sobre fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca demonstrou que ela possuía uma frequência entre 69% a 88% dos casos analisados¹⁹.

O *Debito cardíaco diminuído* definido pela NANDA I⁹ como quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração pra atender as demandas metabólicas corporais. Este Diagnóstico de Enfermagem foi detectado como o mais frequente em pacientes internados em unidade de cardiologia, onde os pacientes internados por síndrome coronária apresentavam características definidoras comuns como: alterações no eletrocardiograma, dispneia, variação da pressão arterial, fadiga, isquemia, presença de problemas circulatórios, hipóxia tecidual¹³.

O *Risco de perfusão tissular periférica ineficaz* definida como redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde⁹, também foi detectado dentre os diagnósticos relacionados a fatores de risco como hipertensão e idade superior a 60 anos. E o diagnóstico *Intolerância a Atividade* definida como energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas⁹ foram relacionados ao desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e fraqueza generalizada. Ambos os DE estiveram presentes em 100% dos pacientes hospitalizados com doenças cardíacas em um estudo nacional¹⁴. A intolerância à atividade se justificada pelo desconforto respiratório, fadiga e palpitação comum nestes pacientes ao desenvolverem suas atividades diárias, influenciado pela incapacidade do coração em manter um

débito cardíaco conivente as demandas teciduais de oxigênio e da redução do fluxo sanguíneo periférico, refletindo na perfusão sanguínea¹⁴.

No que se refere ao domínio 9 referente ao *Enfrentamento e Tolerância ao Estresse*, foram identificados os DE *Síndrome do estresse por mudança* e *Sentimento de impotência* com porcentagem de 80% e 70%, respectivamente. A *Síndrome do estresse por mudança* definida como distúrbio fisiológico ou psicossocial decorrente de mudança de um ambiente para outro⁹, foi caracterizado por depressão, insegurança, medo e sintomas físicos aumentados, relacionado ao estado de saúde diminuído e mudança de um ambiente para outro.

Já o *Sentimento de impotência* definido como a experiência vivida de falta de controle sobre uma situação⁹, apresentou como características definidoras a frustração quanto incapacidade de realizar atividades anteriores, relacionadas ao regime relacionado à doença. É importante o diálogo como fermenta para o conhecimento e controle da doença, discutir a questão saúde junto ao paciente no intuito de gerar transformações nos hábitos de saúde do portador de doença crônica cardíaca, proporcionando-lhe qualidade de vida. O enfermeiro deve procura proporcionar bem estar pessoal e qualidade de vida do paciente através de ações lúdicas para que o emocional esteja em sincronia com a dimensão física⁵.

A tabela 6 destaca o domínio 11 Segurança e Proteção, em que os diagnósticos de enfermagem Risco de Infecção e Risco de Integridade da Pele Prejudicada apresentaram ambos

No domínio 11 são abordados diagnósticos de enfermagem relativos à Segurança e Proteção. Foram identificados, com 100% de incidência, os diagnósticos *Risco de Infecção* definido como risco de ser invadido por microorganismos patogênicos, com fatores de risco relacionados às defesas secundárias inadequadas, desnutrição e doença crônica⁹ e o diagnóstico *Risco de Integridade da pele prejudicada* definido como risco de epiderme e/ou derme alterada⁹, com os fatores de risco: extremos de idade, circulação prejudicada e estado nutricional desequilibrado. Estudo realizado com 211 pacientes no Hospital Universitário da USP chegou a conclusão que lesões teciduais foram bastante observadas na clínica médica, com alta prevalência, acometendo principalmente pacientes idosos e que possuíam doenças de base e doenças associadas que comprometiam o sistema cardiovascular ou respiratório²⁰. Os diagnósticos *Dor Aguda* e *Dor Crônica* encontrados no domínio 12 referente ao *Conforto* apresentaram, respectivamente, porcentagem de 100% e 70%. A *Dor aguda* definida como experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial⁹, apresentou como características definidoras: Relato verbal de dor, gestos protetores e comportamento expressivo exemplificados por agitação, gemido, irritabilidade e choro, relacionados

agentes lesivos. A *Dor crônica* definida como experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial, sem término antecipado ou previsível e com uma duração de mais de seis meses⁹, foi caracterizada por alteração da capacidade de continuar atividades prévia, expressão facial, irritabilidade e relato verbal de dor relacionados a incapacidade física crônica.

As dores relacionadas a acometimentos cardíacos apresentam na literatura algumas explicações cabíveis, apesar de não se saber uma causa exata que esclareça a dor. Percebeu-se que a redução do débito cardíaco, relacionado a interrupção do fluxo sanguíneo para algumas regiões do tórax, ou seja, quando há isquemia, resulta na liberação de substâncias ácidas pelo músculo, gerando o sintoma da dor²¹.

Detalhar os diagnósticos de enfermagem influencia para a análise das respostas à doença cardiovascular, levando o enfermeiro a focos específicos, associados às questões de gênero, culturais, demográficas, sociais, econômicas, bem como às condições do tratamento médicos e espirituais, tornando o enfermeiro portador de uma visão ampla do cuidado, utilizando uma linguagem internacional proposta pela NANDA-I¹⁴.

A Tabela 3 foi elaborada com base nos Resultados de Enfermagem (NOC)¹¹, mantendo-se necessários em 100% dos pacientes. Foram estes: *Bem Estar Pessoal* indicado por desempenho das atividades da vida diária, relações sociais e capacidade para relaxar. *Conhecimento: Controle da Doença Cardíaca* indicado por curso usual do processo da doença, estratégias para reduzir fatores de risco, nível de atividade recomendada. *Controle da Dor* indicado por reconhecimento do início da dor, uso de analgésicos conforme recomendação e relato de dor controlada¹¹. A literatura atual tem vem fortalecendo a utilização dos resultados validados para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, levando a produção de intervenções precisas e relevantes, evidenciando a importância de seu emprego na prática de enfermagem²².

Outros resultados estabelecidos foram: *Controle de Risco: Processos Infeciosos* indicado por reconhecer o risco pessoal de infecção e prática de estratégias de controle de infecção. *Eficácia da Bomba Cardíaca* indicado por pressão arterial dentro dos valores normais, tamanho do coração e pulsos periféricos normais. *Estado Cardiopulmonar* indicado pelo ritmo cardíaco, ritmo respiratório e saturação de O₂ normais. *Estado Nutricional* indicado por ingestão de nutrientes, energia, tonus muscular e hidratação. *Integridade Tissular: Pele e Mucosas* indicado por perfusão tissular e integridade da pele¹¹. Utilizar as classificações de enfermagem relacionadas aos resultados na busca de uma assistência qualificada traz benefícios como segurança no planejamento, execução e avaliação

das condutas de enfermagem, melhoria da comunicação e da qualidade das documentações, visibilidade às ações de enfermagem^{7,8}.

Tabela 3 - Resultados de Enfermagem dos pacientes cardiopatas. Itabuna-BA. 2016.

Resultados de Enfermagem	(%)
Bem Estar Pessoal	100%
Desempenho das atividades da vida diária	
Relações sociais	
Capacidade para relaxar	
Conhecimento: Controle da Doença Cardíaca	100%
Curso usual do processo da doença	
Estratégias para reduzir fatores de risco	
Nível de atividade recomendada	
Controle da Dor	100%
Reconhecimento do início da dor	
Uso de analgésicos conforme recomendação	
Relato de dor controlada	
Controle de Risco: Processos Infeciosos	100%
Reconhecer o risco pessoal de infecção	
Prática de estratégias de controle de infecção	
Eficácia da Bomba Cardíaca	100%
Pressão arterial	
Tamanho do coração	
Pulsos periféricos	
Estado Cardiopulmonar	100%
Ritmo cardíaco	
Ritmo respiratório	
Saturação de O ₂	
Estado Nutricional	100%
Ingestão de nutrientes	
Energia	
Tonus muscular	
Hidratação	
Integridade Tissular: Pele e Mucosas	100%
Perfusão tissular	
Integridade da pele	

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: % = frequência.

A Tabela 4 com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)¹⁰ apresenta as principais intervenções necessárias para o alcance dos resultados anteriormente elencados, apresentando relevância como intervenção em 100% dos pacientes. Dentre elas encontram-se a *Redução da Ansiedade* através da oferta de informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico, escuta do paciente com atenção e administração de medicamentos para reduzir ansiedade, conforme apropriado. A intervenção *Controle da Dor* mostrou como atividades realizar uma avaliação completa da dor, local e características, escolher e implementar uma variedade de medidas (farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais) como essenciais¹⁰. A relação da ansiedade e dor está associada a piores

resultados clínicos e na qualidade de vida. É necessário determinar o tratamento para alívio da dor, reduzindo os sintomas físicos e consequentemente a ansiedade²³.

A intervenção *Assistência no Autocuidado* apresentou como atividades relevantes monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente e encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária¹⁰. Os pacientes crônicos necessitam de atenção integral que envolvendo tempo, cenários de saúde, cuidadores e treinamento para realizarem seus cuidados, melhorando na qualidade de vida. É necessário que o enfermeiro se comprometa com a qualidade de vida do paciente, buscando estratégias que lhe permitam um viver saudável⁵.

Na intervenção *Cuidados Cardíacos* destacou-se como necessárias as atividades: observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído, monitorar equilíbrio de líquidos e monitorar valores dos exames laboratoriais. Nas *Precauções Circulatórias* é necessário fazer avaliação completa da circulação periférica e manter hidratação adequada para evitar viscosidade do sangue. Uma intervenção também muito relevante é a **Monitoração de Sinais Vitais** através das atividades: Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório, monitorar oximetria de pulso, monitorar bulhas cardíacas, sons pulmonares, cianoses, baqueteamento digital¹⁰. Constante avaliação do paciente cardíaco é extremamente necessário, oxigenação, queixas, verificar a sinais vitais em horários pré-estabelecidos, avaliar circulação e presença de cianose⁵.

A *Proteção Contra Infecção* intervenção extremamente relevante traz como atividades, monitorar vulnerabilidade a infecções e monitorar exames laboratoriais. A intervenção *Promoção de Exercícios* destacou como atividade da enfermagem: orientar o indivíduo sobre o tipo adequado de exercícios para seu nível de saúde e monitorar a resposta individual ao programa de exercícios¹⁰. Orientação com relação à atividade física e alimentação para restabelecer e manter as condições físicas em bom estado, no intuito de controlar a doença cardíaca e reduzir as vulnerabilidades⁵.

Para a intervenção *Administração de Medicamentos* é necessário: Seguir os “cinco certos” da administração de medicamentos, dar o medicamento, usando técnica e via adequadas e monitorar possíveis alergias, interações e contraindicações. Para o *Controle da Nutrição*, as atividades elencadas do foram: Determinar, junto ao nutricionista conforme apropriado, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais o paciente e pesar o paciente a intervalos adequados¹⁰. Cuidados básicos e específicos são necessários para reabilitar o paciente em tempo mínimo possível. É necessário que o paciente faça uso de suas medicação nos horários certos, que tenha seus bons hábitos, alimentações nos horários corretos, conforme a dieta estabelecida⁵.

Na intervenção de *Monitoração Respiratória* é necessário monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações e instituir tratamentos terapêuticos respiratórios, se necessário¹⁰. O comprometimento da função respiratória pode estar diretamente relacionado com o mecanismo patológico das doenças cardiovasculares, pode dispneia aos esforços, podendo evoluir para quadros mais graves. A dificuldade respiratória é considerada como o sintoma mais comum destas patologias, necessitando de rápidas correções²¹.

Tabela 4 - Intervenções e Atividades de Enfermagem dos pacientes cardiopatas. Itabuna-BA. 2016.

Intervenções de Enfermagem	Incidência (%)
Redução da Ansiedade Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; Escutar o paciente com atenção Administrar medicação para reduzir ansiedade, conforme apropriado.	100%
Assistência no Autocuidado Monitorar a capacidade do paciente para autocuidado independente; Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária.	100%
Cuidados Cardíacos Observar sinais e sintomas de débito cardíaco diminuído Monitorar equilíbrio de líquidos Monitorar valores dos exames laboratoriais	100%
Precauções Circulatórias Fazer avaliação completa da circulação periférica Manter hidratação adequada para evitar viscosidade do sangue	100%
Controle da Dor Realizar avaliação completa da dor, local, características, frequência Escolher e implementar uma variedade de medidas (farmacológicas, não farmacológicas, interpessoais)	100%
Proteção Contra Infecção Monitorar vulnerabilidade a infecções Monitorar exames laboratoriais	100%
Administração de Medicamentos Seguir os “nove certos” da administração de medicamentos Dar o medicamento, usando técnica e via adequadas Monitorar possíveis alergias, interações e contraindicações	100%
Controle da Nutrição Determinar, junto ao nutricionista conforme apropriado, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais o paciente; Pesar o paciente a intervalos adequados	100%
Monitoração Respiratória Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações; Instituir tratamentos terapêuticos respiratórios, se necessário.	100%
Monitoração de Sinais Vitais Monitorar a pressão sanguínea, pulso, temperatura e padrão respiratório; Monitorar oximetria de pulso Monitorar bulhas cardíacas, sons pulmonares, cianoses, baqueteamento digital	100%
Promoção de Exercícios Orientar o indivíduo sobre o tipo adequado de exercícios para seu nível	100%

de saúde;
Monitorar a resposta individual ao programa de exercícios.

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: % = frequência.

CONCLUSÃO

A utilização dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem com base na NANDA, NOC e NIC no cotidiano do enfermeiro torna-se extremamente relevante, processo que permite uma linguagem universal, profissionais mais críticos e centrados na integralidade da atenção, com foco além dos sistemas biológicos, mas da condição mental e social que o processo saúde doença traz para o indivíduo.

A doença cardiovascular vem acometendo um grande número populacional, relacionada a fatores de risco cada vez mais comuns como obesidade, sedentarismo, hipertensão, dentre outros, considerado um dos maiores motivos de internação e gastos públicos. Trabalhar com essas afecções de forma precisa, utilizar-se de ferramentas científicas de linguagens padronizadas, potencializa o cuidado, reduz o tempo de internação, e conseqüentemente o desgaste físico e emocional de pacientes e familiares.

Pesquisas voltadas a utilização dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem ainda se encontram escassas e necessitam ser ampliadas para fortalecer o papel assistencial do enfermeiro, em especial no setor de cardiologia, o presente fortalecerá o planejamento do cuidado a pacientes que se encontram internados por afecções cardíacas, resultando na implementação de ações rápidas e eficazes para a resolução dos problemas identificados.

Nesta perspectiva a implementação da NANDA, NOC e NIC no cotidiano profissional, torna-se extremamente relevante, permitindo a formação de profissionais autônomos, fortalecidos em uma base científica que permite uma assistência de qualidade com focos em resultados já predeterminados, na busca de uma produção de saúde com qualidade e com foco na integralidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019;24(1):105-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>

2. Azevedo PR, Sousa MM, Oliveira JS, Freire MEM, Matos SDO, Oliveira SHS. Conocimiento de los enfermeros sobre la insuficiencia cardíaca: un estudio comparativo. *Enfermería Global*, 2018; (50):30-41. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.289391>
3. Chagas ACP, Zilli EC, Ferreira JFM, Moretti MA, Ramos RF. Saúde Cardiovascular do Homem Brasileiro – Visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol*, 2009; 93(6): 584-587. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009001200004>
4. Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2015; 24(3):389-398. doi: 10.5123/S1679-49742015000300005
5. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009, 3(2):342-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200015>
6. Barros ALBL. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. *Acta. Paul. Enferm*, 2009; 22(Especial):864-7.
7. Santos IMF (Org.) SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático. Salvador: COREN - BA, 2016.
8. Sartori AA, Gaedke MA, Moreira AC, Graeff MS. Nursing diagnoses in the hemodynamics sector: an adaptive perspective. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03381. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017006703381>
9. NANDA Internacional. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
11. Moorhead S, Johnson M, Mass LM, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
12. Lopes CT, Carneiro CS, Santos VB, Barros ALBL. Diagnósticos de Enfermagem validados em Cardiologia no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Acta Paul Enferm*, 2012; 25 (1):155-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800024>
13. Nunciaroni AT, Gallani MCBJ, Agondi RF, Rodrigues RCM, Castro LT. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados em uma unidade de cardiologia. *Rev Gaúcha Enferm*, 2012; 33(1):32-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100005>
14. Pereira JMV, Cavalcanti ACD, Santana RF, Cassiano KM, Queluci GC, Guimarães TCF. Diagnósticos de enfermagem de pacientes hospitalizados com doenças cardiovasculares. *Esc Anna Nery*, 2011; 15(4):737-745. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400012>
15. Alves FP. Saúde do homem: ações integradas na atenção básica. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- 17 Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2011; 13(3):152-166.
18. Biani JP, Duran ECM. Sono e cuidados de enfermagem em adultos internados em unidades coronarianas: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE. Recife*, 2017; 11(Supl. 1):403-9. doi: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201720
19. Azzolin K, Souza EM, Ruscel KB, Mussi CM, Lucena AF, Rabelo ER. Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2012; 33(4):56-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400007>
20. Siqueira SMC, Silva CG, Silva JC, Freitas DA, Camargo CL. Úlcera por pressão em pacientes hospitalizados. *Revista Digital*, 2013; 18(187).
- 21 Sousa VEC, Montoril MH, Pascoal LM, Lopes MVO. Avaliação da troca gasosa de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. *Cogitare Enferm*, 2010; 15(4):681-7. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i4.20365>
22. Garbin LM, Rodrigues CC, Rossi LA, Carvalho EC. Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. *Rev Gaúcha Enferm*, 2009; 30(3):508-15.
23. Castro MMC, Quarantini LC, Daltro C, Caldas MP, Karestan C, Koenen KC, et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Rev. Psiqu. Clín*, 2011; 38(4):126-9.

Capítulo 16

HIGIENE DAS MÃOS: REVISÃO INTEGRATIVA DAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE BOAS PRÁTICAS EM ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200500975](https://doi.org/10.37423/200500975)

LETICIA SILVEIRA CARDOSO (Dra. em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Campus Uruguaiana/RS-Brasil). lsc_enf@yahoo.com.br

DANIELEN ANTUNES EGGRES (Acadêmica do nono semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Campus Uruguaiana/RS-Brasil).

KELLY DAYANE STOCHERO VELOZO (Dra. em Saúde da Criança. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Campus Uruguaiana/RS-Brasil).

LETICE DALLA LANA (Dra. em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Campus Uruguaiana/RS-Brasil. Vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento Humano na Fronteira (GEPESH-FRON). Membro do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem -RS (DCEG-ABEn-RS).

JOSEFINE BUSANELLO (Dra. em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Campus Uruguaiana/RS-Brasil. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Cuidados Intensivos (LACIN).

Resumo: **Objetivo:** apresentar fomento para a adesão à prática de higiene das mãos, como estratégia de segurança do paciente e do profissional de saúde, baseada em evidências científicas da prática de enfermagem. **Metodologia:** revisão integrativa realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, no mês de abril de 2019, conforme protocolo PRISMA, resultando em um universo de sete artigos. **Resultados:** o uso exclusivo de informação visual não altera significativamente as taxas de higiene das mãos entre os profissionais de enfermagem. A ausência de higiene das mãos predomina após a realização de procedimentos de enfermagem. O controle da organização institucional foi indicado como premissa para que todos os profissionais cumpram com a boa prática de higiene das mãos. **Conclusão:** Independentemente do grau de desenvolvimento dos países, a adesão à prática de higiene das mãos atrela-se a articulação instituição-profissional, cabendo a primeira dispor de recursos materiais e educacionais e aos últimos de manter a vigilância e estimulá-la em suas interações no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Higiene das Mãos; Enfermagem Baseada em Evidências; Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

A higiene das mãos constitui-se em ação de trabalho prioritária para os profissionais da saúde. Prioridade impregnada pelos aspectos da biossegurança, já que os ambientes dos serviços de assistência à saúde possuem maiores probabilidades para contaminação profissional-paciente. Probabilidades associadas a presença de um maior quantitativo de microrganismos e/ou de microrganismos mais resistentes e de pacientes com redução em seus mecanismos de defesa (ALMEIDA; CANINI; REIS; TOFFANO; PEREIRA; GIR, 2015). Ela define-se como a utilização de água, sabão e atrito mecânico com fricção entre todas as partes das mãos com fins a redução de microrganismos. Admite-se a substituição intercalada da água e do sabão por soluções alcóolicas, mas se mantem a mesma fricção. Essa substituição intercalada pauta-se na ausência de matéria orgânica visível nas mãos antes ou após a higienização com soluções alcóolicas (BRASIL, 2010).

Essa possibilidade sustenta-se em evidências científicas que se caracterizam como resultados de investigações que dispõem sobre soluções para problemas decorrentes das práticas profissionais de assistência à saúde. A partir do consenso de pesquisadores sobre tais resultados, tem-se a inovação para as e nas tecnologias de cuidado derivadas da interligação de conhecimentos teóricos e práticos. Logo, as evidências científicas são uma forma de promoção da relação entre capacitação profissional e melhores resultados em saúde. Isto é, demonstram que profissionais capacitados tendem a apresentar boas práticas de cuidado, o que se converte em qualidade da assistência e segurança do paciente (PEDROSA; OLIVEIRA; FEIJÃO; MACHADO, 2015).

A segurança do paciente traduz-se na aplicação de um conjunto de informações que descreve para os profissionais a forma como executar cada ação de cuidado em saúde. Ela tem por finalidade evitar danos às pessoas e utiliza de diferentes estratégias para incentivar os profissionais da saúde a adotarem as boas práticas como a higiene das mãos (BRASIL, 2013).

As boas práticas também objetivam a redução da ocorrência de equívocos e falhas na execução do processo de trabalho, através de análise, correção e prevenção de eventos adversos. Tais falhas ameaçam a segurança do paciente e impedem resultados melhores no cuidado em saúde (PEDREIRA, 2009). O desenvolvimento de práticas baseadas em evidências na área de atuação da enfermagem tem sido indicado como uma das responsabilidades do profissional enfermeiro. A este compete avaliar indicadores de qualidade do cuidado com o propósito de buscar eficiência e padronização das ações de cuidado nos serviços de saúde (PEDROSA; OLIVEIRA; FEIJÃO; MACHADO, 2015).

Ainda que os serviços de saúde sejam vistos de forma complexa, estratégias simples e efetivas são capazes de prevenir e minimizar riscos na assistência à saúde, tais como a educação permanente e o

uso de protocolos padronizados pelas instituições (OLIVEIRA; LEITÃO; SILVAS; FIGUEIREDO; SAMPAIO; MONTEIRO, 2014). Na particularidade da enfermagem, as mãos dos profissionais são o principal instrumento de trabalho nos serviços de saúde, portanto, também são um dos principais veículos de transmissão de microrganismos patogênicos. Dessa forma, a higiene das mãos tem como objetivo a proteção do paciente, do profissional e do ambiente contra a proliferação de microrganismos patogênicos (OLIVEIRA; PAULA; GAMA, 2017).

Estudos comprovam que, mesmo com atividades de educação permanente e divulgação da prática de higiene das mãos, a adesão dos profissionais da saúde ainda não é efetivamente realizada (OLIVEIRA; RODRIGUEZ; LOBO; SILVA; GODOY; SILVA, 2018; OLIVEIRA; PAULA; GAMA, 2017). Ao que acrescem a falta de materiais e o curto tempo para a execução das ações de trabalho como justificativas para a não realização desse procedimento (RUBIM; CARDOSO; SILVA; GELATI; RODRIGUES; CEZAR-VAZ, 2017).

O presente artigo está elaborado como objetivo de apresentar fomento para a adesão à prática de higiene das mãos, como estratégia de segurança do paciente e do profissional de saúde, baseada em evidências científicas da prática de enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (SOARES; HOGA; PEDUZZI; SANGALETI; YONEKURA; SILVA, 2014), sintetizada a partir da busca e incorporação de resultados de estudos significativos da produção científica relacionada às boas práticas de enfermagem baseadas em evidências científicas sobre higiene das mãos. É estruturada a partir da questão norteadora: Quais as evidências científicas sobre higiene das mãos no trabalho da enfermagem?

A busca foi realizada na base de dados de divulgação da produção científica, nomeada Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de abril de 2019, conforme protocolo PRISMA (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015). Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: textos disponíveis na íntegra, em forma de artigo científico, publicados a partir de 2013, nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis gratuitamente. Os de exclusão foram: estudos que não apresentam a enfermagem como participante e estudos que não apresentam evidências científicas sobre higiene das mãos. O recorte temporal aplicado ao universo pauta-se da publicação da Portaria MS/GM Nº. 529 de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Para a etapa de coleta de dados utilizaram-se os termos: Evidence-Based Nursing; Hand Hygiene, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no sistema de métodos médicos da língua

inglesa Medical Subject Headings (MeSH). Para a busca avançada aplicou-se a terminologia booleana “and”. Obteve-se 77 manuscritos, destes, 49 estavam disponíveis na íntegra e em formato de artigo, 27 publicados a partir de 2013, 25 nos idiomas inglês e português e 12 disponíveis gratuitamente. Destes, 10 pertencem à base de dados da Medical Literature Analylis and Retrieval System Online (MEDLINE) e dois pertencem à base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Título URL	Autores Revista	Ano Qualis*
A ubiquitous but ineffective intervention: Signs do not increase hand hygiene compliance https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27422141	BIRNBACH et al. Journal of Infection and Public Health	2017 B1
Avaliação das práticas de curativo de cateter venoso central de curta permanência https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagem/uerj/article/view/18196	GOMES et al. Revista Enfermagem UERJ	2017 B1
Preventing surgical site infections: Facilitators and barriers to nurses' adherence to clinical practice guidelines A qualitative study https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30589979	LIN et al. Journal of Advanced Nursing	2019 A1
Successful control of a Methicillin-resistant Staphylococcus aureus outbreak in a neonatal intensive care unit: a retrospective, before-after study https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-13-440	IACOBELLI et al. Journal of Clinical Nursing	2013 A1
Tendências e desafios do preparo cirúrgico das mãos https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/136	KAWAGOE Revista SOBECC	2016 A2
The role of hand hygiene in controlling norovirus spread in nursing homes https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-1702-0	ASSAB, TEMIME Infectious Diseases	2016 B3

Use of na Innovative Personality-Mindset Profiling Tool to Guide Culture-Change Strategies among Different Healthcare Worker Groups https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140509	GRAYSON et al. Plos One	2015 A2
--	-----------------------------------	------------

Após a sobreposição das bases de dados, não se encontraram artigos duplicados. Posteriormente, realizou-se a leitura de títulos, resumos, resultados e conclusões dos 12 artigos disponíveis, aplicou-se os critérios de exclusão. Dos 12 artigos, três foram excluídos por não ter a enfermagem como participante e outros dois por não apresentar evidências científicas sobre higiene das mãos, resultando em um universo de sete artigos, **Ilustração 1**.

Ilustração 1 – Qualidade das revistas que divulgam o universo de investigação.

Legenda: Qualis* 2013/2016 - Área da Enfermagem - Plataforma Sucupira ou Fator de Impacto.

O qualis das revistas indica a qualidade dos artigos na área da Enfermagem, sendo duas qualis A1, duas qualis A2, duas qualis B1 e uma qualis B3. Entre os estudos selecionados, dois estudos foram realizados no Brasil, dois na França, um estudo foi realizado na Flórida, um na Austrália e um no Canadá.

Para a análise e interpretação do universo, realizou-se a leitura dos sete artigos com fins a apresentar evidências científicas sobre a higiene das mãos no trabalho da enfermagem e o nível de evidência. A classificação considerada divide-se nos seguintes níveis: nível I revisão sistemática ou metanálise; nível II estudos randomizados, ensaios clínicos controlados; nível III ensaios clínicos controlados sem randomização; nível IV caso controle ou estudos de corte; nível V revisões sistemáticas de estudos qualitativos ou descritivos; nível VI estudos qualitativos ou descritivos; nível VII estudos de opinião, parecer ou consenso (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT; STILLWELL; WILLIAMSON, 2010).

A apresentação e discussão dos resultados obtidos sustentaram-se na abordagem qualitativa, que possibilita por meio da releitura dos artigos, responder à questão de pesquisa. Diante das respostas obtidas obtiveram-se três categorias teórico-empíricas: **Informação em saúde para a enfermagem**, **Procedimentos de enfermagem** e **Organização do trabalho**.

Os aspectos éticos e os preceitos de autoria foram respeitados de forma que todos os autores consultados foram citados e referenciados ao longo do estudo. Paralelamente, se dispôs o ano de publicação dos documentos conforme previsto na Lei nº 9.610 (BRASIL, 1998).

RESULTADOS

Do conjunto de sete artigos, 42,90% referem-se ao uso de recursos informacionais para a realização da higiene das mãos pelos profissionais de enfermagem. Já outros 28,55% a supressões deste procedimento e, os demais, 28,55%, a necessidade de definição institucional para o cumprimento das recomendações para higiene das mãos pelos profissionais de saúde.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ENFERMAGEM

A inserção dos estudos nessa categoria pauta-se na utilização ou não de recursos visuais informativos para a realização de higiene das mãos entre profissionais de enfermagem.

Em 28,60% dos estudos incluídos nesta categoria, todos realizados no cenário internacional, evidencia-se que a utilização de informações de modo exclusivamente visual não altera significativamente as taxas de higiene das mãos entre os profissionais de enfermagem (BIRNBACH; ROSEN; FITZPATRICK; EVERTT-THOMAS; ARHEORT, 2017; IACOBELLE; COLOMB; BONSANTE; ASTRUC; FERDYNUS, 2013). Isto, independe da fonte de informações, do design do conteúdo e da dimensão física do documento (BIRNBACH; ROSEN; FITZPATRICK; EVERTT-THOMAS; ARHEORT, 2017), estudo com nível de evidência II. Outro aspecto associado a informação em saúde para profissionais de enfermagem está na ausência de visualização dos microrganismos no cotidiano de suas atividades (IACOBELLE; COLOMB; BONSANTE; ASTRUC; FERDYNUS, 2013), estudo com nível de evidência III.

Entre o universo explorado, somente um estudo (IACOBELLE; COLOMB; BONSANTE; ASTRUC; FERDYNUS, 2013), realizou a conjugação de estratégias de educação em saúde para ampliar a higiene das mãos entre os profissionais de enfermagem. O diferencial referido está na utilização de recursos áudio (treinamentos) e visuais (folhetos, pôsteres e caixa de luz ultravioleta), além da constância da difusão de conteúdos atualizados sobre a temática entre os profissionais da instituição. Tal conjugação de estratégias aplicadas resultou em uma taxa de 95,90% de adesão a higiene das mãos em uma amostra de 1722 observações. Destaca-se que a instituição dispõe dos recursos materiais, pias e antissépticos, nos locais de acesso a instituição, nas unidades e nas enfermarias.

Estudo brasileiro aponta a existência de evidências científicas internacionais para utilização de preparações alcoólicas como estratégia para a higiene das mãos (KAWAGOE, 2016), estudo com nível de evidência V. Entretanto revela que no cenário nacional predominam as evidências de não realização da higiene das mãos, em virtude da ausência de cultura de segurança nas instituições, de atualização profissional, de indicadores avaliativos e de estudos nacionais com maior nível de evidência.

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Têm-se nesta categoria, resultados de estudos que indicam lacunas na higiene das mãos na especificidade da realização de procedimentos de assistência à saúde desenvolvidas por profissionais de enfermagem.

Do universo incluso nesta categoria, 14,27% dos estudos, todos desenvolvidos no cenário nacional, predominam evidências observadas de higiene das mãos pelos profissionais de enfermagem (GOMES; AQUINO; BARROS; QUEIROZ; OLIVEIRA; CAETANO, 2017), estudo com nível de evidência III. Entretanto, constatou-se a não realização desta após a remoção de cateter venoso central de curta duração.

Outros 14,27% dos estudos desta categoria, todos em cenário internacional, evidenciam a ausência de higiene das mãos autorreferida por enfermeiros principalmente após a realização de curativos em feridas operatórias (LIN et. al., 2019), estudo com nível de evidência VII. Estes justificam tal comportamento não seguro em decorrência da ausência de instalações, produtos e informações visuais. Ampliam ainda a sustentação indicando a ausência de profissionais que liderem a iniciativa no cotidiano do trabalho, bem como a inexistência de um programa institucional para atualização e o tempo excessivo empregado no diálogo com pacientes/familiares para identificar suas necessidades em saúde.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A indicação de ausência de gerenciamento e determinação institucional para a realização da higiene das mãos compôs o universo desta categoria.

Nos 28,55% dos estudos desta categoria as evidências científicas apontam o controle institucional como premissa para o cumprimento da estratégia de higiene das mãos. Premissa vinculada, em 14,27% as necessidades de vigilância em saúde para o fornecimento de produtos e serviços por parte de estabelecimentos destinados a permanência de pessoas. O referido estudo (ASSAB; TEMINE, 2016), com nível de evidência III, aponta que a ampliação para 60% da higiene das mãos entre os profissionais de uma instituição de longa permanência para pessoas idosas reduziu em 44% as infecções gastroentéricas e, associada ao isolamento da pessoa adoecida, a taxa chegou a 80%.

Já em ambiente hospitalar a resistência de profissionais médicos em adotar recomendações elaboradas igualmente para enfermeiros evidencia a necessidade de diretrizes institucionais para a adoção desta estratégia por todos os profissionais (GRAYSON; MACESIC; HUANG; BOND; FLETCHER; GWENDOLYN, 2015), estudo com nível de evidência V.

DISCUSSÃO

A informação em saúde disponibiliza por meio de recursos visuais sobre higiene das mãos constituiu-se em evidência científica presente em diversos estudos que apontam boas práticas em saúde. Entretanto, o presente estudo destaca que se faz necessária a conjugação doutros recursos por parte das instituições, tais como a educação permanente, a padronização desta prática para todos, profissionais e pacientes/familiares, para que se tenha adesão, ou seja, para que a higiene das mãos torne-se uma ação efetiva de controle de microrganismos.

Estudo realizado em Portugal, através da taxa autorreferida, demonstrou que 62% dos enfermeiros e demais profissionais concorda com a existência e implementação de materiais informativos sobre higiene das mãos adequadamente localizados na unidade. Por outro lado, o mesmo estudo revela que 86% dos profissionais refere conhecer as estratégias de promoção da higiene das mãos no formato impresso e ainda 14% desconhecem a existência desta informação (GRAVETO; SANTOS; COSTA; FERNANDES; ALARICO; OSÓRIO *et. al.*, 2018).

A oferta de recursos materiais, como pias e dispensadores de soluções antissépticas abastecidas nos serviços de saúde no cenário nacional, é frequentemente apontada como escassa ou insuficiente para garantir as boas práticas (RUBIM; CARDOSO; SILVA; GELATI; RODRIGUES; CEZAR-VAZ, 2017). As taxas de infecção por microrganismo gram negativos que se tornam resistentes a antibioticoterapia, no Brasil são elevadas e já associadas a problemática em questão (BRASIL, 2017).

Estudo realizado em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário do Paraná indica a importância do gerenciamento institucional da disponibilidade e da qualidade de produtos dispensados à higiene das mãos. Isto porque eles têm potencial para causar lesão na integridade cutânea em decorrência do uso frequente pelos profissionais da saúde (GARCIA; GIL; LAUS; HADDAD; VANNUCHI; TALDIVO, 2013). Sabe-se que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária indica o uso de soluções alcólicas com adição de 0,2% de glicerina, a fim de minimizar tal problemática (BRASIL, 2010). Assim como ela, outros autores enfatizam que a higiene das mãos deve ser realizada sempre antes e após o contato com o paciente, mesmo que não ocorra a realização de procedimentos que gerem contato direto com secreções e excreções corpóreas (REBRAENSP, 2013). Mesmo assim, estudo realizado com profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal de Goiás apresentou taxas de adesão de 2,6% antes da realização de procedimento assépticos e de 1,7% após a realização de procedimentos (SOUZA; RAMOS; BECKER; MEIRELLES; MONTEIRO, 2015).

Uma pesquisa realizada com a equipe de enfermagem de um hospital universitário de São Paulo identificou nenhuma utilização de solução alcoólica em 1.206 observações de higiene das mãos

(SANTOS; ROSEIRA; PIAI-MORAIS; FIGUEIREDO, 2014). A não adesão a esse procedimento resulta no comprometimento da segurança do paciente, do profissional de saúde e do ambiente de trabalho devido ao risco de contaminação de microrganismos pela transmissão cruzada entre paciente-profissional e do contato com superfícies contaminadas.

O uso de antisséptico alcoólico foi a forma mais frequente e preferencial de higiene das mãos observada em um estudo realizado na Turquia. Cerca de 65% dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva o utilizaram. Destes 64% o fizeram antes da realização de procedimentos limpos ou assépticos (FINDIK; OTKUN; ERKAN; SUT, 2011).

Segundo dados de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de uma instituição do sul do Brasil, a adesão de higiene das mãos no momento preconizado “antes de procedimento asséptico” não ocorreu em 81,6% das observações (GARCIA; GIL; LAUS; HADDAD; VANNUCHI; TALDIVO, 2013), isso se dá em função do uso de luvas para a realização de procedimentos assépticos.

O profissional, seja por desconhecimento ou desatenção, possui uma tendência a interpretar que o uso de luvas substitui a higiene das mãos. Dessa forma, é necessário reforçar que o uso de luvas não substitui a higiene das mãos, fazendo com que a realização desse procedimento seja um fator de garantia para uma assistência de qualidade e segura para o paciente e para o profissional (SILVA; CARDOSO; NASCIMENTO; MADEIRA, 2013).

Justificativas sustentada na falta de profissionais e de liderança no âmbito de prevenção e controle de infecções, conforme dados do presente estudo, necessitam ser superadas. Isto está ao encontro do posicionamento já apresentado por outros autores que revelam que os enfermeiros banalizam a higiene das mãos sustentados no ritmo intenso, na alta demanda de procedimentos e demais atribuições do enfermeiro, como orientar pacientes e familiares (GUEDES; MIRANDA; MAZIERO; CAUDURO; CRUZ, 2012; FINDIK; OTKUN; ERKAN; SUT, 2011). Outro estudo realizado com enfermeiros e médicos revelou que a prática de higienização das mãos está associada a percepção individual do dano ou não a saúde do paciente (JIMMIESON; TUCKER; WHITE; LIAO; CAMPBELL; BRAIN *et. al.*, 2016). Estratégias multimodais devem ser criadas para eliminar os fatores interferentes na realização da higienização das mãos e aumentar sua adesão, como já proposto pela Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (CARDOSO; PAULA; BUSANELLO; KUMMER, 2019; REBRAENSP, 2013). Ao que se soma, a corresponsabilização dos gestores institucionais pela organização do trabalho, com a criação e o gerenciamento de diretrizes institucionais relativas à adesão da higienização das mãos e a manutenção de profissionais capacitados a partir do conhecimento baseado em evidências científicas.

Estes são os apontamentos emergentes da análise das evidências científicas sobre boas práticas de enfermagem promovidas por este estudo.

CONCLUSÃO

As evidências científicas sobre higiene das mãos no universo explorado desmitificam a associação de sua realização/adesão com o desenvolvimento econômico dos países. Na particularidade da enfermagem, atrelam-se a articulação instituição-profissional, cabendo a primeira dispor de recursos materiais e educacionais e aos últimos de manter a vigilância e estimulá-la em suas interações no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

Almeida MCM; Canini SRMS; Reis RK; Toffano SEM; Pereira FMV; Gir E. 2015. Clinical treatment adherence of health care workers and students exposed to potentially infectious biological material. *Rev Esc Enferm USP*; 49(2):261-266.

Assab R, Temime L. 2016. The role of hand hygiene in controlling norovirus spread in nursing homes. *BMC Infectious Diseases*;16(395):1471-2334.

Birnbach D, Rosen L, Fitzpatrick M, Everett-Thomas R, Arheart K. 2017. A ubiquitous but ineffective intervention: Signs do not increase hand hygiene compliance. *J Infect Public Health*; 10(3):295-298.

Brasil. 2017. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2017.

_____. 2013. Portaria do Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Nº. 529 de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2013.

_____. 2010. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretriz Colegiada Nº 42 de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Brasília: MS, 2010.

_____. 1998. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, 1998.

Cardoso LS, Paula FM, Busanello J, Kummer BR. 2019. Segurança do paciente: revisão integrativa das ações de cuidado promovidas pela enfermagem. In: Neto BRS. Prevenção e Promoção de Saúde 2. 224ª ed. Ponta Grossa - PR: Atena Editora, 2019.

Findik UY, Otkun MT, Erkan T, Sut N. 2011. Evaluation of handwashing behavior and analysis of hand flora of intensive care unit nurses. *Asian Nurs Res*; 5(2):99-107.

Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. 2015. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde*; 24(2): 335-342.

- Garcia SD, Gil RB, Laus AM, Haddad MCL, Vannuchi TO, Taldivo MA. 2013. Gerenciamento de recursos materiais na prática da higienização das mãos. *Rev Enferm UFPE on line*; 7(5):1342-1348.
- Gomes MLS, Aquino GA, Barros LM, Queiroz PA, Oliveira FJG, Caetano JA. 2017. Avaliação das práticas de curativo de cateter venoso central de curta permanência. *Rev Enferm UERJ*; 25:18196.
- Graveto JM, Santos C, Costa PS, Fernandes E, Alarico S, Osório N *et. al.* 2018. Hand hygiene management among nurses: collective health challenges. *Rev Bras Enferm.*; 71(1):562-567.
- Grayson L, Macesic N, Huang K, Bond K, Fletcher J, Gwendolyn G. 2015. Use of an Innovative Personality-Mindset Profiling Tool to Guide Culture-Change Strategies among Different Healthcare Worker Groups. *PLoS One*; 10(10): e0140509.
- Guedes M, Miranda FMD, Maziero ECS, Cauduro FLF, Cruz EDA. 2012. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enferm.*;17(2):304-309.
- Iacobelli S, Colomb B, Bonsante F, Astruc K, Ferdynus C, Bouthet MF, Neuwirth C, Glélé LSA, Chavanet P, Gouyon JB. 2013. Successful control of a Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* outbreak in a neonatal intensive care unit: a retrospective, before-after study. *BMC Infectious Diseases*;13 (1):440-453.
- Jimmieson N, Tucker M, White K, Liao J, Campbell M, Brain D, *et al.* 2016. The role of time pressure and different psychological safety climate referents in the prediction of nurses' hand hygiene compliance. *Safety Sci*; 82(2016):29-43.
- Kawagoe JY. 2016. Tendências e desafios do preparo cirúrgico das mãos. *Revista SOBECC*; 21(4):217-222.
- Lin F, Gillespie B, Chaboyer W, Li Y, Whitelock K, Morley N, Morrissey S, O'Callaghan F, Marshall A. 2019. Preventing surgical site infections: Facilitators and barriers to nurses' adherence to clinical practice guidelines - A qualitative study. *J Clin Nurs.*; 28(9-10):1643-1652.
- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell SB, Williamson KM. 2010. Prática baseada em evidências: passo a passo. *Am L Nurs*; 110(1):51-3.
- Oliveira AC, Paula AO, Gama CS. 2017. Control de la higiene de manos: observación directa versus tasa autorreportada. *Enfermería Global*; 16(48):324-35.
- Oliveira JKA, Rodriguez EOL, Lobo IMF, Silva LSL, Godoy S, Silva GG. 2018. Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos. *Rev. Latino-Am. Enferm.*;26(9):e3017.
- Oliveira RM, Leitão IMTA, Silvas LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Monteiro G. 2014. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Rev Enferm Esc Anna Nery*; 18(1):122-129.
- Pedreira MLG. 2009. Enfermagem para a segurança do paciente. *Acta Paul Enferm.*;22(4):v.

Pedrosa KKA, Oliveira ICM, Feijão AR, Machado RC. 2015. Enfermagem baseada em evidência: caracterização dos estudos no Brasil. *Cogitare Enferm.*;20(4):733-741.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). 2013. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

Rubim MM, Cardoso LS, Silva JJS, Gelati TR, Rodrigues JM, Cezar-Vaz MR. 2017. Possibilidades profissionais e materiais em serviço intra-hospitalar de urgência e emergência: relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPE on line*; 11(5):2231-2237.

Santos TCR, Roseira CE, Piai-Morais TH, Figueiredo RM. 2014. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Rev Gaúcha Enferm.*; 35(1):70-77.

Silva BV, Cardoso CMS, Nascimento SMC, Madeira MZA. 2013. Adesão da higienização das mãos por profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFPI*;2(1):33-37.

Soares CB, Hoga LA, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DR. 2014. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*;48(2):335-345.

Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. 2015. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev Gaúcha Enferm.*;36(4):21-28.

Capítulo 17

APOIO AO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS: EXPERIÊNCIAS SOBRE A PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS

[DOI: 10.37423/200500996](https://doi.org/10.37423/200500996)

Anderson Reis de Sousa

Cléa Conceição Leal Borges

Isabella Félix Meira Araújo

Marcio Soares de Almeida

Cléton Salbego

Anderson Silva dos Santos

André Luís-França Chagas

Felipe de Jesus Souza

Izabel Conceição Santos

Jaci Almeida Santos

Keile Kemyly Assis da Silva

Naomy Safira Batista da Silva

Rafael Pereira dos Reis

Railene Pires Evangelista

Rebecca dos Santos Santos

Álvaro Pereira

Nadirlene Pereira Gomes



Este capítulo constitui uma produção científica vinculada às experiências acadêmicas de estudantes de Graduação e Pós-graduação *stricto sensu* da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. O desenvolvimento de tecnologias para a produção do cuidado à saúde de homens é fruto do dinâmico processo de ensino-aprendizagem, permeado por discussões, problematizações, reflexões críticas e criações em um componente curricular intitulado: Tópicos Especiais em Masculinidades, Violência e Saúde do Homem.

Ademais, a presente produção tem como objetivo central apresentar as experiências acadêmicas frente à produção de tecnologias cuidativo-educacionais, norteadas pelo apoio ao cuidado à saúde de homens. Tal concepção tecnológica é conceituada por Salbego *et al.* (2018) como produtos e processos advindos dos conhecimentos e saberes do homem, da experiência cotidiana e da pesquisa. Emergem de um universo dinâmico de práxis (pessoa-pessoa, pessoa-universo), sustentado por uma abordagem dialógica, crítica, reflexiva, ética e transformadora. O movimento cíclico e inacabado destas práxis, subsidia o processo de cuidar-educar e educar-cuidar de si e dos outros nos diferentes cenários de atuação da enfermagem.

Neste capítulo, será possível compreender o processo criativo que envolve a produção de Tecnologias Cuidativo-Educacionais (TCE) voltadas ao cuidado da saúde de homens.

O ENSINO E AS AÇÕES EDUCATIVAS NO PROCESSO DE CRIAÇÃO TECNOLÓGICA

As ações de caráter educativo provocadas no componente curricular estão estruturadas de modo que as (os) discentes tenham a oportunidade de integrar os conteúdos formativos do campo da saúde, além da aproximação destes às dimensões educacionais propostas no campo das ciências sociais, da educação e da saúde. Dessa maneira, o componente de Tópicos Especiais em Masculinidades, Violência e Saúde do Homem é ofertado para áreas distintas da formação acadêmica em saúde e afins, considerando que o debate acerca das relações de gênero, bem como das masculinidades, violências e da saúde de homens, é transversal às distintas áreas do saber.

Tal componente curricular, apresenta uma carga horária de 34 horas semanais, sendo este, um componente optativo do curso de Graduação e Pós-Graduação. Essa ementa direciona para a produção do conhecimento sobre gênero, aprofundando discussões sobre as masculinidades a partir de perspectivas filosóficas, sociológicas e antropológicas, com aproximação ao campo da saúde. Além disso, contempla os estudos sobre a construção das identidades de gênero, bem como das políticas das masculinidades, sob o prisma da compreensão acerca das expressões múltiplas das masculinidades e as suas relações com o comportamento e as práticas sociais desempenhadas por

homens, que podem colocá-los em situação de risco e vulnerabilidade, tal como a situação de violência.

Os conteúdos programáticos debatidos, são estruturados em três unidades, a saber: masculinidades, saúde de homens e violência e as relações baseadas em gênero, conforme exposto abaixo.

Figura 01: Estrutura temática do componente curricular: Tópicos Especiais em Masculinidades, Violência e Saúde do Homem.

UNIDADE 1: Masculinidades	
Temática 01	Masculinidades e sexualidade frente suas versões socioantropológicas.
Temática 02	Construção da masculinidade e sua interpretação psico-sócio-antropológica.
Temática 03	Papéis sexuais e de gênero; A produção da masculinidade na formação da moderna ordem dos gêneros; Construção da identidade masculina.
Temática 04	Políticas da masculinidade: Da utilidade produtiva à docilidade conveniente: a ótica pós-moderna; Sociologia das masculinidades, masculinidade hegemônica e outras masculinidades possíveis.
Temática 05	A crise de identidade: da desconstrução masculina à reconstrução do “novo homem”.
Temática 06	Interseccionalidade (gênero, raça, etnia, geração, classe e religião) e masculinidades.

UNIDADE 2: Saúde de homens	
Temática 01	Panorama da Situação de Saúde de Homens no Mundo, na Bahia, no Brasil e nas Américas.
Temática 02	Morbimortalidade masculina: estatísticas de homens envolvidos em causas externas, patologias correlatas: cardiovasculares e alcoolismo.

Temática 03	Atenção à Saúde de homens, cisgêneros e transgêneros: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, e sua repercussão social.
Temática 04	Masculinidades dissidentes: atenção à saúde de homens Gays, Bissexuais, Homens que fazem Sexo com outros Homens e Homens trans.

UNIDADE 3: Violência e as relações baseadas em Gênero

Temática 01	Violência baseada nas relações de gênero.
Temática 02	Masculinidades e expressões de violência baseada em gênero.
Temática 03	Expressões da Violência perpetradas/sofridas por Homens.
Temática 04	Masculinidades e violência conjugal: percepções, elementos precipitadores e repercussões geradas aos homens, suas famílias e à comunidade.
Temática 05	Morbimortalidade masculina: estatísticas de homens envolvidos em causas externas, patologias correlatas: cardiovasculares e alcoolismo.
Temática 06	A morte de homens por causas da violência urbana - as estatísticas de homens envolvidos em situações de violência, alcoolismo drogas e suicídio.
Temática 07	Masculinidades e homofobia/transfobia: repercussões e estratégias de enfrentamento.
Temática 08	Masculinidades e violências estruturais: repercussões e estratégias de enfrentamento.
Temática 09	Estratégias de prevenção e enfrentamento da violência - intervenções e práticas exitosas no trabalho envolvendo homens na prevenção e enfrentamento da violência.

Fonte: Elaboração própria, Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

A metodologia empregada visa provocar a problematização, a crítica, a reflexão e estrutura-se pela realização de estudos independentes e socializados no espaço de sala de aula e promoção de aulas reflexivas com a participação ativa das (os) estudantes. São utilizados ainda, recursos como dramatizações; análises fílmicas; problematização de casos e contextos sociais que tratem da

temática; visitas de convidados especialistas sobre o tema; discussão de textos; produção de artigos científicos e outras.

A abordagem metodológica baseia-se na aplicação de métodos ativos, que conduzam para a aprendizagem significativa. A exemplo disso, adota-se o Arco da Problemática que se estrutura como um processo de problematização a partir de cinco etapas, a saber: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade, conforme Figura 02 (BERBEL, 1995; PRADO *et al.*, 2012; BORDENAVE, PEREIRA, 1996).

Figura 02: Percurso metodológico para a problematização e criação tecnológica.



Fonte: Percurso metodológico para a problematização e criação tecnológica (BORDENAVE, PEREIRA, 1996).

A partir do emprego desse método, os problemas podem ser identificados, organizados e planejada a intervenção, sob o enfoque da análise crítica da realidade. Vale ressaltar que este método não garante a solução de problemas, mas sim, favorece que isto ocorra, desde que todos os sujeitos estejam envolvidos no processo. Na primeira etapa dessa proposta, os sujeitos procuram discutir a realidade, na qual as questões ou situações são problematizadas (BORILLE *et al.*, 2012). Especificamente nessa produção científica, os sujeitos são discentes do componente curricular de Masculinidades, Violência e Saúde do Homem.

Em seguida, os indivíduos identificam os principais fatores e determinantes para os problemas observados, definindo os “Pontos-chave” da reflexão e discussão. Findado a seleção dos pontos-chave, inicia-se a “Teorização”, no qual se busca a fundamentação teórica para a problemática, permitindo aos estudantes a compreensão dos problemas além das experiências vividas e incentivando o

pensamento crítico-reflexivo nos princípios teóricos (BERBEL, 1999; BORDENAVE, PEREIRA, 2005; COLOMBO, BERBEL, 2007).

Na etapa de "Hipóteses de solução", o estudante compreende a realidade ao ponto de modificá-la a partir de soluções propostas, usando sua intuição, criatividade e criticidade aguçada (BORDENAVE, PEREIRA, 2005; COLOMBO, BERBEL, 2007). A última etapa compreende a de intervenção, visto que a "Aplicação à realidade" possibilita a implementação das soluções no intuito de transformação da realidade problematizada, sugeridas no decorrer da etapa anterior (COLOMBO & BERBEL, 2007; REIBNITZPRADO, 2006).

No sentido de cumprir com a proposta teórica e metodológica de Manguerez, o componente adota a seguinte organização didático pedagógica:

Figura 03: Estrutura pedagógica das aulas teóricas do componente curricular: Tópicos Especiais em Masculinidades, Violência e Saúde do Homem.

Momentos da aula	Objetivos
I momento da aula - Atividade de aproximação	Direcionado a promover a iniciação das atividades de discussão/reflexão, tomando como base vivências/experiências do cotidiano/fatos sociais sobre a temática em questão.
II momento da aula - Teorização/Problematização	Destinado a promover discussão/reflexão e aprofundamento teórico sobre a temática em questão, tomando como base a leitura dos textos indicados.
III momento aula - Difusão/Construção	Dedicado à aspiração de ideias/propostas de criação de estratégias de promoção de novas masculinidades, enfrentamento da violência e produção do cuidado à saúde de homens.

Fonte: Elaboração própria, Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

As atividades avaliativas propostas para o componente, são de caráter somatório e processual. Para tanto, são realizados três momentos durante o semestre letivo. As (os) discentes contam com um

suporte didático, conduzido por docentes que compõe o grupo responsável, assim como de tirocinantes vinculados ao Programa de Pós-graduação. Além desse apoio, são utilizadas ferramentas estratégicas de comunicação, acompanhamento e interação, o grupo do aplicativo *WhatsApp* e *e-mail*. São avaliados durante o componente curricular, indicadores como: participação; desenvolvimento dialógico; capacidade de argumentação; apresentação de aprofundamento teórico; capacidade de crítica; assiduidade às aulas; cumprimento das atividades propostas e produção de um material acadêmico e/ou científico proposto. Há, durante o processo, a oportunidade do diálogo e a escuta da turma, bem como é realizado um momento final de encerramento do componente, a fim de que sejam analisados os ganhos, as perdas, as oportunidades e a capacidade de melhorias.

Figura 04: Atividades acadêmicas realizadas no componente curricular Tópicos Especiais em Masculinidade, Violência e Saúde do Homem.



Fonte: Elaboração própria. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DENTRO DO COMPONENTE

As atividades desenvolvidas estão em coerência com os conteúdos que compõe o componente curricular, de modo que provoquem e estimulem os discentes em construir, em conjunto, o aprendizado, bem como a condução do componente. Desse modo, as ações são vinculadas às demais estratégias que são desenvolvidas em um grupo de pesquisa que discute a problemática do cuidado à saúde, bem como das masculinidades, e o cuidado à saúde de homens.

A partir dessa articulação, as (os) discentes são integradas (os) e têm a oportunidade de se aproximarem da iniciação científica, bem como das ações de extensão. São oportunizadas a participação em ações educativas junto à comunidade; formação de grupos de apoio para o cuidado à saúde de homens; construção e organização de eventos científicos; participação em rodas de

conversa; elaboração de materiais educativos em saúde e no desenvolvimento de produções científicas.

Destaca-se particularmente o envolvimento das (os) discentes ingressas (os) no componente, junto ao grupo de apoio ao cuidado à saúde de homens, intitulado “Prosa de homens”, que tem o objetivo de apoiar homens a refletirem sobre as suas masculinidades, as formas de expressão do homem no/com o mundo e suas relações sociais, o enfrentamento das masculinidades hegemônicas e tóxicas, a promoção da cultura de paz e o enfrentamento da violência, a promoção do cuidado à saúde e a construção de novos referenciais de masculinidades mais cuidadores e saudáveis.

O grupo é aberto ao público masculino, mas não restringe a participação das mulheres. As (os) estudantes têm a oportunidade de participar das discussões, provocar reflexões e apontar o conhecimento já apreendido em sala de aula. As trocas são ricas e se mostram como importante estratégia pedagógica. Além disso, é possível captar, do público masculino presente, os elementos necessários para pensar a construção de hipóteses e mesmo os métodos e técnicas a serem empregados para a produção do cuidado à saúde de homens.

Figura 05: Logomarca do grupo de apoio prosa de homens.



Fonte: Elaboração própria. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Os grupos de apoio em saúde são expressões realistas de troca mútua de experiências, é uma maneira destes se sentirem pertencentes a um coletivo com características e objetivos em comum. A vivência tem evidenciado que a organização grupal é uma prática terapêutica de socialização importante e indispensável, principalmente quando se observa os benefícios e os resultados positivos desse recurso na qualidade de vida dos participantes (GONÇALVES; ALVAREZ; ARRUDA, 2007).

Portanto, o grupo de apoio “Prosa de Homens” propõe-se a um encontro leve, prazeroso, por vezes reflexivo e compreensivo que traz liberdade de fala e expressão aos homens sobre suas várias formas de masculinidades, buscando a tolerância às diversidades de etnia, religião, gênero e opinião. A flexibilidade de temas e formas de condução são o foco marcante dos encontros, no qual os diálogos podem se dar a partir de exemplos, relatos, desabafos, risadas, choros, terapias alternativas, técnicas de relaxamento, toque mútuo, leitura de poesias e outras formas de escuta mútua.

Em se tratando do componente curricular, são oportunizados também a possibilidade das (os) estudantes participarem de seminários científicos sobre a temática da produção do cuidado à saúde de homens, que inclui a realização de oficinas de apoio ao cuidado. As (os) estudantes colaboram participando de todo o processo de planejamento e operacionalização dos seminários, e compõe a equipe de aplicação das ações durante os eventos. Essa aproximação permite que estas (es) tenham acesso às discussões aprofundadas, bem como avaliem as práticas exitosas que estão sendo realizadas pelos (as) profissionais de saúde no serviço, assim como, das vivenciadas de homens quanto ao cuidado de si e de outras singularidades.

Na participação da elaboração das oficinas, as (os) estudantes têm a chance de compreender melhor as metodologias ativas, tal como os referenciais teóricos que dão sustentação à construção das mesmas. Além dessa compreensão, ocorrem um processo de desenvolvimento de habilidades, que envolve a comunicação, a interatividade, a ludicidade, a arte, a didática, o relacionamento, a empatia, a análise crítica, a programação e o envolvimento com as (os) demais colegas e docentes.

As oficinas têm a intencionalidade de promover instrumentalização de apoio à produção do cuidado à saúde de homens. As mesmas são realizadas para atingir profissionais de saúde, terapeutas, estudantes de Graduação e Pós-Graduação a refletirem na atenção à saúde masculina e na possibilidade da construção de estratégias que apoiem o cuidado.

Figura 06: Resultados das oficinas em sua primeira, segunda e terceira versão.



Fonte: Elaboração própria. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Os recursos metodológicos interativos, pautados na problematização, possibilitam a participação ativa dos sujeitos, além de melhor observação da realidade a qual pretende-se transformar com ações desenvolvidas oriundas de debates acerca do problema proposto. Assim, fomenta questionamentos com base nas teorias ancoradas e desenvolve meios para formulação de pensamentos críticos para a transformação da realidade (MACEDO *et al.*, 2018).

SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE APOIO AO CUIDADO À SAÚDE DE HOMENS

O processo de integração acadêmica oportuniza às (aos) discentes ingressarem nas ações promovidas pelo grupo de pesquisa, bem como dos projetos de pesquisa e extensão que são desenvolvidos. A partir dessa integração, torna-se factível a apropriação com a pesquisa científica e da sua necessidade e utilidade social, uma vez que a linha de estudo se dedica a enfrentar problemáticas sociais emergenciais que implicam fortemente no bem-estar e na qualidade de vida e saúde da população. Neste sentido, é ofertada a possibilidade do ingresso à um projeto de pesquisa matriz intitulado: *Produção do cuidado e tecnologias sociais para a atenção e educação em saúde de homens no município de Salvador, Bahia, Brasil*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer de número: 3.313.517. O referido projeto tem caráter multicêntrico e faz articulação com mais de dez órgãos e instituições de saúde, contemplando toda a rede de atenção na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Além disso, há articulação com as secretarias municipais e estaduais de saúde, o que permite o acesso aos serviços, bem como aos dados e à integração junto as equipes de profissionais e trabalhadores (as) da saúde.

Figura 07: Logomarca do Projeto de Pesquisa – cuidado à saúde de homens.



Fonte: Elaboração própria. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

O fortalecimento da integração ensino e serviço tem sido essencial para que haja a ampliação do Sistema Único de Saúde, além do retorno esperado da Universidade pública às demais instituições, possibilitando a implementação de uma formação crítica, reflexiva e implicada com as demandas expressas pela população.

O desenvolvimento da aprendizagem significativa, construída coletivamente, permitiu a materialização das estratégias por meio da construção de produtos, que desvelam capacidade ativa de propagação do conhecimento para a promoção da educação e da comunicação em saúde.

Neste intuito, a prática dos profissionais voltada para a educação em saúde constitui um tema que, cada vez mais, vem ocupando lugar nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham na área da saúde pública como um processo de aprendizagem e reflexão, proporcionando estreito contato com as situações do cotidiano, em seus complexos aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos, necessários no cuidado à saúde de homens (SOUZA, 2017).

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH) visa à promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis, com foco na atenção primária, a partir dos condicionantes socioculturais, assim como a crença na invulnerabilidade, no uso abusivo de álcool e tabaco, agravado de doenças, homicídio e violência. Estudos de prevalência apontam que os homens são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas, e que apresentam mortalidade mais precocemente. Os homens não procuram, inicialmente, os serviços de atenção básica, no geral, adentram pela atenção

hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência o agravamento da morbidade e o elevado custo ao sistema de saúde (SOUSA, 2015).

É notório o distanciamento do público masculino dos/nos serviços de saúde. Este pode ser explicado por diversos motivos, dentre eles, o fato dos homens, culturalmente, não reconhecerem a importância do cuidar da saúde, ou, os próprios profissionais de saúde a partir do construto social, não enxergarem a vulnerabilidade do público masculino, assim como, durante muito tempo, a falta de políticas públicas direcionadas a esta população (SIQUEIRA, 2017).

Nessa perspectiva, faz-se necessário sensibilizar os homens, quanto à promoção da saúde e prevenção de agravos, assim como profissionais e trabalhadores da saúde, para o cuidado prestado com qualidade, considerando as peculiaridades sociais, econômicas e culturais deste público.

SOBRE A PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS

Durante o desenvolvimento do componente, as (os) estudantes foram estimuladas (os) a refletir criticamente sobre a problemática do apoio ao cuidado à saúde de homens, incentivando à criação e desenvolvimento de estratégias que possibilitassem o estímulo/fortalecimento do processo cuidativo-educativo individual e/ou coletivo. Neste sentido, discutiu-se a ideia da geração de tecnologias cuidativo-educacionais como forma de produzir um recurso emergente da realidade dos indivíduos, e que, a partir do seu desenvolvimento, possa ser socializado e, por sua vez, ser reproduzido em outros cenários.

As Tecnologias Cuidativo-Educacionais compreendem o conjunto de conhecimentos/saberes científicos e cotidianos dos profissionais de saúde, envolvendo o processo de cuidar/educar e educar/cuidar de si e do outro, a partir dos princípios da práxis humana. Esses princípios envolvem os níveis de consciência, crítica, reflexiva, criadora, transformadora e multidimensional entre os seres envolvidos e/com o universo no qual está inserido (SALBEGO *et al.*, 2018).



Fonte: Representação das Tecnologias Cuidativo-Educacionais, conforme Salbego *et al.*, (2018).

A criação deste tipo de tecnologias desprende potencialidades para apoiar no cuidado à saúde de homens. Assim, foi necessária a realização de reuniões prévias com a participação dos docentes do componente e de estudantes de Mestrado, que realizavam tirocínio docente junto ao componente curricular. Essas reuniões foram realizadas com o objetivo de pensar o molde de estruturação da tecnologia a ser criada pelas (os) estudantes durante a realização do componente. Segundo Vazquez (2011) e Salbego *et al.*, (2018), os encontros entre o grupo acadêmico, se constitui com estratégia de produção de conhecimentos, caracterizando-se como espaço de troca de saber, organização de ideias e, sobretudo, impregnado de consciência reflexiva. Este nível de consciência advém do encontro entre os sujeitos, das suas inter-relações considerando o fenômeno de estudo, neste ato, a saúde de homens.

Estas reuniões de planejamento, impregnadas de reflexão, permitiram desenvolver uma matriz de estruturação criativa para o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional de apoio ao cuidado à saúde de homens. A matriz foi disponibilizada para três grupos de estudantes, formados por discentes de Graduação e Pós-Graduação, de modo homogêneo, a fim de garantir a socialização entre os estudantes de diferentes níveis de formação. Para o desenvolvimento da tecnologia foram disponibilizados cinco momentos de discussão e apresentação do material produzido, durante os horários das aulas. Ao final da produção, foi disponibilizado um dia de aula para a apresentação da tecnologia criada.

A sistemática para desenvolvimento de uma TCE, sob uma perspectiva de práxis, envolve a realização de ações conscientes e orientadas, e engloba elementos objetivos e subjetivos emergentes do

processo de criação tecnológica. Pensar a construção de tecnologias à luz da práxis, transcende uma concepção de atividade social transformadora, ou seja, de transformação da natureza, criação de objetos e instrumentos. Para tanto, ele deve ser compreendido como atividade transformadora do próprio homem, seja o que a concebe, como o que a recebe. Este movimento ocorre à medida que o ser humano atua sobre determinada realidade transformando-a e, que ao mesmo tempo, transforma a si mesmo (VAZQUEZ, 2011; SALBEGO; NIETSCHE, 2016; SALBEGO *et al.*, 2018).

Para o desenvolvimento da tecnologia, foi elaborada uma matriz, organizada com três dimensões, a saber:

Figura 07: Matriz de estruturação criativa para o desenvolvimento de uma tecnologia cuidadoso-educacional de apoio ao cuidado à saúde de homens.

MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DE TECNOLOGIA	
DIMENSÃO 01 - ESTRUTURAL	
1. Problemática identificada:	Apresentar a problemática que reflete o objeto central da tecnologia social.
2. Nós críticos:	Apontar a existência de nós críticos, existentes no processo de desenvolvimento e também de operacionalização e aplicação da tecnologia social produzida.
3. Levantamento de causas:	Levantar as causas que estão relacionadas com a problemática central da produção da tecnologia social.
4. Objetivos:	Descrever o objetivo central proposto da tecnologia social produzida, bem como de seus objetivos correlatos de alcance.
5. Finalidades:	Apresentar as justificativas pelas quais a tecnologia foi produzida, como forma de respaldar a necessidade e a utilidade da mesma.
6. Interações:	Apontar as interações possíveis que a tecnologia social produzida poderá ter, a capacidade de alcance, seja ela de pessoas ou

	organizações, e seus departamentos, seguimentos e setores.
7. Público alvo:	Descrição do público alvo à que se destina a tecnologia social.

MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DE TECNOLOGIA	
DIMENSÃO 02 - ORGANIZACIONAL/OPERACIONAL	
1. Planejamento:	Delinear as etapas constituintes para o desenvolvimento da tecnologia.
2. Recursos materiais:	Listar os recursos materiais necessários a serem utilizados no desenvolvimento da tecnologia.
3. Estrutura:	Apontar a estrutura, bem como as suas características que compõem os pilares do desenvolvimento da tecnologia, quer seja física, organizacional ou humana.
4. Atores/atrizes sociais/recursos humanos:	Descrever as pessoas (atores e atrizes) que estão envolvidas no processo de desenvolvimento e operacionalização da tecnologia, considerando a sua atuação/atribuição no processo.
5. Articulações/parcerias e cooperações necessárias:	Listar as articulações, parcerias e cooperações a serem firmadas para o desenvolvimento da tecnologia.
6. Aplicabilidades:	Apontar a aplicabilidade real e potencial do desenvolvimento tecnológico para a área/problema escolhido.

7. Soluções/produtos gerados/avaliação de impactos:	Apontar as possibilidades de levantamento e geração de hipóteses/soluções, produtos possíveis de serem gerados e a dimensão dos impactos.
--	---

MATRIZ DE ESTRUTURAÇÃO DE TECNOLOGIA	
DIMENSÃO 03 - TEÓRICO-CONCEITUAL	
1. Referenciais teóricos/técnicos:	Selecionar os referenciais teóricos e/ou técnicos/normativos que sustentarão o desenvolvimento da tecnologia, considerando as especificidades da população/problema alvo.
2. Métodos:	Descrever os métodos a serem empregados no desenvolvimento da tecnologia, por meio do destaque às suas etapas/fases/estratégias e outras.
3. Técnicas:	Descrever as técnicas a serem empregadas no desenvolvimento da tecnologia, por meio do destaque aos seus recursos, facilidades, limitações em adequação ao público/problema alvo.
4. Temáticas:	Listar e caracterizar as temáticas e/ou foco de atenção a serem utilizadas no desenvolvimento da tecnologia.
5. Atividades:	Listar e descrever as atividades a serem utilizadas no desenvolvimento da tecnologia.
6. Conceitos:	Listar e caracterizar os conceitos a serem utilizados no desenvolvimento da tecnologia, como forma de promover padronização.
7. Definições:	Listar e caracterizar as atividades a serem utilizadas no desenvolvimento da tecnologia,

	garantindo compreensão da linguagem e dos termos empregados.
--	--

Fonte: Elaboração própria. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

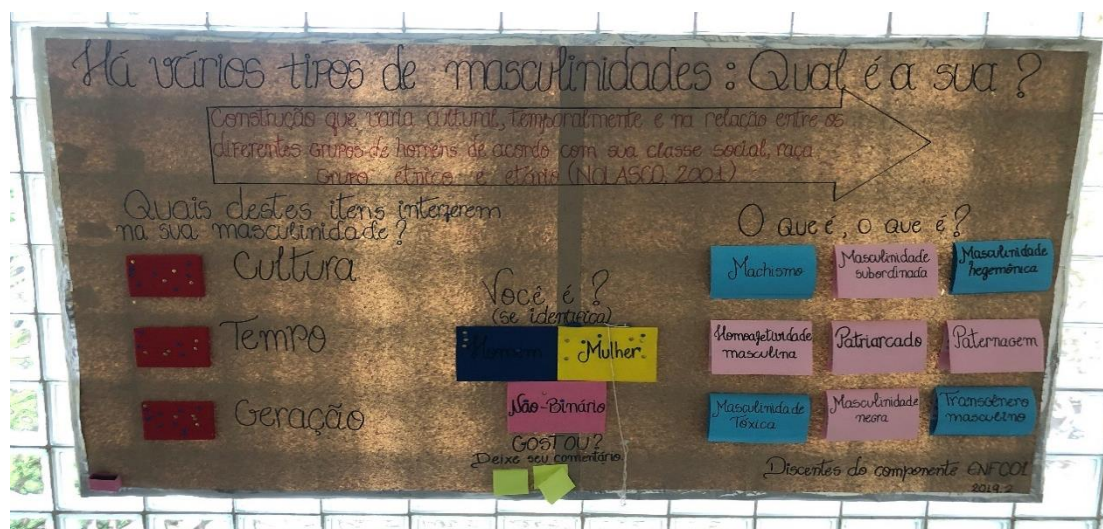
A matriz foi organizada sob a forma de dimensões, para que a mesma pudesse ser construída em pequenos grupos que, posteriormente, tivessem acesso à socialização dos demais como forma de promover a integração, avaliação, qualificação e, posteriormente, aplicação à realidade. Primeiramente, foram organizadas e finalizadas a dimensão estrutural, que garantiu, inicialmente, a compreensão coletiva acerca do problema em questão e da finalidade da criação da tecnologia. Passada para a dimensão seguinte, foi estruturada a organização e operacionalização da tecnologia e, por fim, após o amadurecimento das (os) estudantes criadoras (es) da tecnologia, foram estruturados os conceitos e as teorias fundantes da criação tecnológica.

A proposta de produção de tecnologia pautou-se na realidade vivenciada pelas (os) estudantes, tal como da capacidade intelectual e dos recursos disponíveis por essas (es). Neste sentido, optou-se pela criação de murais interativos para o apoio ao cuidado à saúde de homens.

A tecnologia desenvolvida adotou, enquanto perspectiva, ser de baixo custo, podendo ser criada com materiais recicláveis e/ou reaproveitáveis, com materiais de fácil acesso e locomoção, que tivesse aspectos da ludicidade por meio do uso das cores e promovesse a interação daqueles que seriam apresentados. Essa intencionalidade foi pautada considerando a viabilidade e a capacidade da geração de impactos no apoio ao cuidado à saúde de homens, a exemplo daqueles que estão em cenários com as creches, escolas, universidades, fábricas, empresas, igrejas, quartéis, ginásios esportivos, barbearias, aeroportos, transbordos rodoviários, estações de metrô, *shopping centers*, e outros espaços em que haja elevada concentração de homens.

A criação tecnológica pode ser um importante instrumento a ser desenvolvido por profissionais que se encontram na condição de coordenação, gerência, supervisão, docência de serviços e organizações e que desejam promover a educação em saúde, porém não sabem como desenvolver tais ações. A construção de murais interativos, poderá se mostrar enquanto importantes veículos de comunicação, cuidado e educação em saúde.

Figura 08: Mural interativo – temática: o que são masculinidades?



Fonte: Elaboração própria. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

Figura 09: Mural interativo – temática: o que são masculinidades?



Fonte: Elaboração própria. Salvador, Bahia, Brasil, 2020.

A criação dos murais interativo cuidadoso-educacionais, apresentam desenhos, imagens, textos, inserção de fotografias, mapas, gráficos, os quais, geram possibilidades de criação de histórias, aprendizados, interações, tais como de comunicação, sentimentos, pensamentos e experiências vivas (MACEDO, 2007). Desse modo, utilizar tal recurso tecnológico como uma estratégia de apoio à produção do cuidado à saúde masculina, poderá se constituir uma potente e relevante ação cuidadoso-educativa para a superação de mitos, estereótipos, desconhecimentos, permitindo que esses ampliem os sentidos para à condição de saúde e as suas práticas de cuidado, assim como exercitem a reflexão e sejam capazes de apreender e transpor o conhecimento para outros, como, por exemplo, a família, amigos, colegas de trabalho, dentre outros.

Os murais interativos caracterizam-se como possíveis Tecnologias Cuidativo-Educacionais devido aos níveis de consciência da práxis envolvidas, desde as etapas de planejamento e organização de ideias,

até sua fase de materialização. Uma tecnologia deste escopo, sustenta-se no referencial de Práxis Humana, considerando quatro níveis de consciência da humanidade frente ao seu processo existencial. De acordo com seu criador, o saber e o fazer do homem ocorre de modo criador, reflexivo, imitativo e/ou espontâneo. Ambos desprendem níveis de consciência, contudo, os dois primeiros apresentam níveis mais elevados (VAZQUEZ, 2011; SALBEGO; NIETSCHE, 2016; SALBEGO *et al.*, 2018). O processo criativo dos murais demonstra o envolvimento significativo de consciência criadora e reflexiva, à medida em que todos os atores sociais envolvidos na construção tecnológica despenderam grande reflexão e conhecimento técnico e científico. No tocante da aplicação da tecnologia, nota-se a presença da consciência reflexiva, ou seja, a criação estimula o homem a pensar sobre seu processo de saúde-doença, bem como, torna-se uma possibilidade de estímulo ao autocuidado. É considerando estas premissas que os murais se sustentam teórico-metodologicamente como Tecnologias Cuidativo-Educacionais (VAZQUEZ, 2011; SALBEGO; NIETSCHE, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentou-se nesse capítulo, as experiências acadêmicas dirigidas no apoio ao cuidado à saúde de homens, mediada pela produção de tecnologias cuidativo-educacionais. A partir deste relato, evidenciou-se o desenvolvimento de práticas exitosas desenvolvidas no campo da formação acadêmica em saúde, com vistas à atenção à saúde masculina.

As ações desenvolvidas contemplam a tríade ensino, pesquisa e extensão, que são a base para uma formação universitária com excelência. Além disso, as estratégias construídas contribuem para a adoção de competências capazes de compreender as masculinidades, bem como potencializar sua relação de influência em contextos ao cuidado à saúde de homens. Logo, as intervenções cuidativo-educativas, suscitam-se por meio da aplicação de metodologias ativas, da inserção precoce e proativa junto à comunidade e ao problema social debatido, além de possibilitar o alcance das habilidades necessárias para apoio ao cuidado produzido na rede de oferta de serviços, quer sejam eles da saúde, da educação, assim como de outros.

Por fim, compreende-se a produção de tecnologia cuidativo-educacional como uma importante ação de envolvimento acadêmico na busca pela resolução de problemas no âmbito da saúde e dar respostas às demandas sociais, através dos princípios essenciais no processo de construção da mesma, pautado na consciência humana. Neste sentido, a formação torna-se útil, plena e socialmente referenciada, pois se aproxima da realidade, a partir do levantamento de hipóteses e elaboração de estratégias devolvidas de maneira prática, dinâmica e reflexiva entre indivíduos em determinado território social.

REFERÊNCIAS

- BERBEL, N. Metodologia da problematização: Fundamentos e aplicações. Londrina: Ed INP/UEL. 1999.
- BERBEL, NAN. Metodologia da Problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. Semina: Cio Soc./Hum., Londrina, v.16. n. 2., Ed. Especial, p.9-19, out. 1995.
- BORDENAVE, J, PEREIRA, A. A estratégia de ensino-aprendizagem (26ª ed.). Petrópolis: Vozes. 2005.
- BORILLE, DC *et al.* A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. Texto Contexto Enfermagem. 2012; 21(1):209-216
- COLOMBO, A, BERBEL, N. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, 28(2), 121-146. 2007.
- DAGNINO, R. A. tecnologia social e seus desafios. In: Tecnologia Social: contribuições conceituais e metodológicas [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2014, pp. 19-34. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/7hbd/pdf/dagnino-9788578793272-04.pdf>
- GONÇALVES, L, HISAKO, T, ALVAREZ, AMA, MICHELI CORAL. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 1, p. 62-68, 2007.
- MACEDO, RCM. Imagens e narrativas nos/dos murais: dialogando com os sujeitos da escola. Educ. Soc., Campinas, vol. 28, n. 98, p. 111-128, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v28n98/a07v2898.pdf>
- PRADO, Marta Lenise do *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 172-177, mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en&nrm=iso>. Accesson: 22 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>.
- REIBNITZ, K, PRADO, M. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura. 2006.
- SALBEGO, C. Tecnologias cuidados-educacionais: a práxis de enfermeiros em um hospital universitário. Dissertação. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7476/SALBEGO%2c%20CLETON.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- SALBEGO, Cléton *et al* . Tecnologias cuidadoso-educacionais: um conceito emergente da práxis de enfermeiros em contexto hospitalar. Rev. Bras. Enferm., Brasília , v. 71, supl. 6, p. 2666-2674, 2018 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018001202666&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0753>.

SIQUEIRA, B.P.J. Refletindo Sobre a Produção do Cuidado ao Homem: Interseções Macro e Micropolíticas. In: Reis A. Pereira A. Saúde de homens: conceitos e práticas de cuidados. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2017. p. 33-44.

SIQUEIRA, S. M. C. *et al.* Atividades extensionistas, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: experiência de um grupo de pesquisa em enfermagem. Esc. Anna Nery, v.21, n.1, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000100701&script=sci_abstract&tlng=pt

SOUSA, AP *et al.* Avaliação da política de atenção integral à saúde do homem. Rev Enferm UFPI. 2015, jul-sep, v. 4, n. 3, p. 65-70. ISSN:2238-7234

SOUZA, KMJ *et al.* Contribuições da Saúde Coletiva para o trabalho de enfermeiros. Rev. Bras. Enferm. V.70, n.3, Brasília, mai/Jun, 2017. ISSN 0034-7167 On-line version ISSN 1984-0446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000300543&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 29/01/2020.

VÁZQUEZ, A, S. Filosofia da práxis. 2ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.