

Nursing

edição brasileira

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



www.revistanursing.com.br

ANO 20 • EDIÇÃO 235
DEZEMBRO 2017

ARTIGOS

Obstrução de sonda enteral por fármacos em uma Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional exploratório

Perspectiva do graduando em Enfermagem quanto ao futuro profissional

O olhar humanizado sobre o paciente crítico: reflexões em um campo de estágio da Enfermagem

O bem espiritual: o uso da espiritualidade como fator coterapêutico e de ressignificação

Estratégias do enfermeiro no atendimento à mulher vítima de violência no serviço de Emergência

**Relatos de enfermeiros:
pacientes com HIV/Aids
em processo de morte**



Promoção da saúde aos pacientes portadores de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde





SÃO CAMILO

PÓS-GRADUAÇÃO EM

ENFERMAGEM

LATO SENSU

- Auditoria em Enfermagem
- Enfermagem do Trabalho
- Enfermagem em Centro Cirúrgico, Centro de Material e Esterilização e Recuperação Anestésica
- Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica
- Enfermagem em Estomaterapia
- Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto
- Enfermagem Obstétrica
- Enfermagem Pediátrica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC)
- Gerenciamento e Liderança em Enfermagem

STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

saocamilo-sp.br | 0300 017 8585



São Paulo e Campinas



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Ana Paula Cappellano - MTB 09394/MG (jornalista@mpmcomunicacao.com.br)

PUBLISHER

Maria Aparecida dos Santos (maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br)

DIAGRAMAÇÃO

Andressa Lima e Larissa Barreto

EVENTOS

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br | (11) 4152-1879

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

A edição brasileira da **Revista Nursing**, criada em julho de 1998 e atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação mensal destinada à divulgação de conhecimento científico na área da Enfermagem. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais deste campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

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

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

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 19 / R\$880,00

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Acesse: www.revistanursing.com.br



www.facebook.com/revistanursingbrasil



Conselho Científico da Edição Brasileira

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Professora associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS. Pós-doutorado em Enfermagem

Prof.ª Dra. Ana Cláudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Prof. Dr. David Lopes Neto

Professor Associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM). Doutor em Enfermagem pela UFC. Pós-Doutor em Enfermagem pela UFS.

Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

Prof.ª Adjunta Doutora da UNIFESP (1986-2000). Conselheira Federal do Conselho Federal de Enfermagem (2015-2018). Doutorado em Enfermagem pela USP. Atuação na área de Saúde Mental e Educação Superior

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

Professora Livre Docente Associada do Departamento de Administração e Saúde Coletiva da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. Graduação pela Faculdade Adventista de Enfermagem. Especialização em Administração Hospitalar. Mestrado em Enfermagem e Doutorado em Saúde Pública pela USP

Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira

Enfermeira especializada em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, Mestrado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pró-reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão da Universidade de Santo Amaro, docente do Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro, docente colaboradora da Universidade Católica Portuguesa.

Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira

Professora associada e diretora regional do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutora em Filosofia

Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

Professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP e pós-doutorado pela escola de Enfermagem da USP

Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk

Professora associada e docente permanente do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFMS. Doutorado em Ciências pela UNIFESP/EPM

Prof.ª Marluce Maria Araújo Assis

Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutorado em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Pública na Escuela Andaluza de Salud Pública em Granada, Espanha

Prof.ª Dra. Mirna Frota

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora titular na Universidade de Fortaleza na graduação em Enfermagem e Pós-graduação em Saúde Coletiva

Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Prof.ª Sandra Arantes

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

Doutorado em Biotecnologia. Mestrado em Reabilitação. Especializações em Urgência e Emergência, U.T.I e Saúde Pública. Graduação em Enfermagem. Professor nas universidades Anhanguera de São Paulo e Nove de Julho (UNINOVE) nos cursos de graduação e pós-graduação.

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

Colaborou:

Prof.ª. Dra. Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas.

Crédito das fotos de capa:

Imagem ilustrativa: CanStockPhoto

Propriedades e direitos

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

Agenda	1951
Editorial	1954
Notícias	1956
Entrevista	1959

Artigos Científicos

Obstrução de sonda enteral por fármacos em uma Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional exploratório

Obstruction of enteral probe by drugs in an Intensive Care Unit: exploratory observational study

Obstrucción de sonda enteral por fármacos en una Unidad de Terapia Intensiva: estudio observacional exploratorio

Alex Sandro de Azeredo Siqueira, Enéas Rangel Teixeira, Vagner M. Barcelos, Aline Siqueira de Azevedo, Vanessa Pio dos Santos Torres e Mariana Estevão Ferreira

1963

Perspectiva do graduando em Enfermagem quanto ao futuro profissional

Nursing undergraduate's perspective on the professional future

Perspectiva del estudiante de graduación en Enfermería en cuanto al futuro profesional

Suely Lisboa Nunes, Acácia Pereira da Silva Oliveira, Juliana de Oliveira Musse, Marieta Gonçalves, Conrado Marques de Souza Neto e Carine Santana Ferreira Marques

1970

Relatos de enfermeiros: pacientes com HIV/Aids em processo de morte

Reports of nurses: patients with HIV/AIDS in death process

Relatos de enfermeros: pacientes con VIH/SIDA en proceso de muerte

Rebeca Coelho de Moura Angelim, Daniela de Aquino Freire, Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão, Luciana da Rocha Cabral e Fátima Maria da Silva Abrão

1974

O olhar humanizado sobre o paciente crítico: reflexões em um campo de estágio da Enfermagem

The humanized look on the critical patient: reflections in a campus of Nursing internship

La mirada humanizada sobre el paciente crítico: reflexiones en un campo de prácticas de la Enfermería

Camila Mendes da Silva, Dayanne Marcelle Guedes Ferreira, Jamira Martins dos Santos, Andreia Oliveira Barros Sousa, Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz e Taciana da Costa Farias Almeida

1978

O bem espiritual: o uso da espiritualidade como fator coterapêutico e de resignificação

The spiritual good: the use of spirituality as a co-therapeutic and resignification factor

El bien espiritual: el uso de la espiritualidad como factor coterapéutico y de resignificación

Ester Lorrany dos Santos, Teresa Cristina Rosa Romero Navarino e Marta Miriam Lopes Costa

1983

Estratégias do enfermeiro no atendimento à mulher vítima de violência no serviço de Emergência

Strategies of the nurse in the care of the woman victim of violence in the Emergency service

Estrategias del enfermero en la atención a la mujer víctima de violencia en el servicio de Emergencia

Halene Cristina de Armada e Silva, Jane Thais Marins da Silva, Maria Regina Bernardo da Silva, Leonardo Lima de Moraes dos Reis, Camila Cruz de Souza e Adriana Loureiro da Cunha

1987

Promoção da saúde aos pacientes portadores de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde

Health promotion for patients with hypertension in a Primary Health Unit

Promoción de la salud a los pacientes portadores de hipertensión arterial en una Unidad Básica de Salud

Avanilde Paes Miranda, Carla Cristina Câmara de Andrade e Luiz Henrique Soares da Silva

1992

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
I Congresso Internacional de Políticas Públicas de Saúde: em defesa do Sistema Universal de Saúde (CIPPS)	06 a 08/12/2017	Chapecó/SC	Site: uffs.edu.br/campi/chapeco/cipps/apresentacao
Conferências Web sobre o Portal SBE: Saúde Baseada em Evidências	12/12/2017	On-line, pelo link: bit.ly/divulga-ps-be-2017	Site: modelo.bvsalud.org/noticias/2017/08/15/divulgacao-do-calendario-de-conferencias-web-sobre-o-portal-sbe-saude-baseada-em-evidencias
EARS — I Simpósio de Otologia do HCPA	14 a 16/12/2017	Porto Alegre/RS	Telefone: (51) 3332-6840 Site: fundacaomedicars.org.br/evento/ears-i-simpósio-de-otologia-do-hcpa
XXVII Curso de Verão em Fisiologia e Farmacologia “Prof. Wilson Teixeira Beraldo” — Morbidades contemporâneas: processos inflamatórios e modelos experimentais	15 a 26/01/2018	Belo Horizonte/MG	Site: fisfarufmg.wixsite.com/ufmgcursodeverao2018
36º CIOSP — Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo	31/01/2018 a 03/02/2018	São Paulo/SP	Site: ciosp.com.br

Normas para Publicação

A Revista Nursing, edição brasileira, tem por objetivo a divulgação de assuntos de Enfermagem, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. Para a publicação na Nursing, o trabalho deverá atender às seguintes normas:

- 01 Devem ser enviados para artigo@mpmcomunicacao.com.br, acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
- 02 Um dos autores deve ser profissional de enfermagem. Ao menos um autor deve ser assinante da revista.
- 03 Os autores devem checar se descritores utilizados no artigo constam no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).
- 04 Não ter sido publicado em nenhuma outra publicação nacional.
- 05 Ter, no máximo, 10 páginas de texto, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até 19 mil caracteres com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word para o e-mail artigo@mpmcomunicacao.com.br
- 06 Caberá à redação julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade de uniformizar a produção editorial.
- 07 As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Estilo Vancouver).
- 08 Evitar siglas e abreviaturas. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
- 09 Conter, no fim, o endereço completo do(s) autor(es), email e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional.
- 10 Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, citar apenas a denominação química ou a designação científica.
- 11 O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
- 12 O original do artigo não aceito para publicação será devolvido ao autor indicado, acompanhado de justificativa do Conselho Científico.
- 13 O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es). Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela Editora MPM Comunicação LTDA, e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
- 14 Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).
- 15 Ao primeiro autor do artigo serão enviados dois exemplares desta revista.
- 16 Caso os autores possuam fotos que possam ilustrar o artigo, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
- 17 Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: NURSING – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO, Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038.



SOMOS CUIDADO SOMOS PROTAGONISTAS SOMOS A ENFERMAGEM

**O corporativismo não
pode estar acima da
saúde pública**



Cofen
Conselho Federal de Enfermagem



Coren
Conselho Regional de Enfermagem

 /eucurtoaenfermagem

Saúde do Homem para além do “Novembro Azul”



Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas

Prof^ª. Dra. dos cursos de Graduação em Enfermagem e Mestrado Profissional em Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde, do Centro Universitário São Camilo/SP

Foto: arquivo pessoal

“A política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família”

No Brasil, durante longo período, a Saúde Coletiva preocupou-se com a saúde materna-infantil, reconhecida como sendo a do grupo mais vulnerável da população. Assim, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surgiu em 1983, enquanto o **programa voltado à saúde do homem surgiu apenas em 2008**. Então, pergunta-se: por que a saúde do homem não estava inserida no rol das políticas públicas?

Por muito tempo, a literatura deu indícios de que **os homens eram uma população refratária aos cuidados de saúde, mantendo-se distante da atenção primária à saúde**. A porta de entrada do segmento masculino nos serviços de saúde dava-se por meio do pronto-socorro e dos hospitais, o que aumenta os custos com saúde. Enfim, os indicadores de morbimortalidade do homem foram aumentando, levando as autoridades de saúde, junto a outras instituições científicas, à criação de uma política exclusiva voltada para esse segmento da população.

Assim, foi criada pelo Ministério da Saúde a **Política Nacional de Saúde do Homem**, em novembro de 2008, com apoio da OPAS (Organização Panamericana de Saúde), com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da popula-

ção masculina entre 20 a 59 anos aos serviços de saúde. **O Brasil tornou-se o segundo país da América a ter um setor para a saúde do homem**. Só o Canadá tinha essa política. O então presidente em exercício fez um chamamento em cadeia nacional aos homens brasileiros, solicitando que não deixassem para a última hora o que poderia ser prevenido, deixando de lado a cultura de que serviços de saúde, exames e médicos eram “coisa para mulher”. Saúde, como dizia, “era coisa de macho”.

A política

Um dos principais objetivos desta política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a **compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos**. Outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. A iniciativa é uma resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública.

A política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sintase parte integrante deles.

A política agrupa uma série de medidas específicas com nove eixos de ação, entre as quais: a promoção de saúde com foco na elaboração de estratégias para aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; a implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem — com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica e melhorar o atendimento, a qualidade e resolubilidade dos serviços de saúde —; a avaliação dos insumos; equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina.



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto

O enfoque tem sido a prevenção do câncer de próstata, com a colaboração da Sociedade Brasileira de Urologia, que não mediu esforços para que esta campanha reunisse cada vez mais adeptos. Muitos homens associam este ato ao exame de toque retal, porém, muitos desconhecem a existência de outros exames anteriores, como, por exemplo, o PSA e a ultrassonografia de próstata.

Construindo a Saúde do Homem

No Brasil, são notórios os dados de mortalidade geral masculina na faixa etária alvo da política. Estudo realizado em 2010 pelo Ministério da Saúde aponta como primeira causa de óbito de homens nesta faixa etária as causas externas, principalmente em homens mais jovens, numa proporção de 35%, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (18%) e neoplasias (12%). **Em 2016, as principais causas de mortalidade masculina en-**

tre 20 e 59 anos continuaram sendo as externas, como agressões e acidentes de veículos, que corresponderam a 36,4% no ano passado. O uso abusivo de álcool e drogas também é um agravo que permanece como grande desafio na saúde do homem.

Até onde se sabe, desde a criação do programa, observa-se que **os homens continuam a buscar menos o serviço de saúde**, pois um dado relevante é que os homens dão maior importância ao trabalho do que à saúde. Outra questão importante é a da acessibilidade aos serviços de Atenção Básica, que funcionam em horários incompatíveis com os desta população.

Finalizando, fica a questão: Programa Saúde do Homem, realidade ou ficção? Acreditamos que **é um processo em construção, no qual a Enfermagem tem papel de suma importância.** 🐦

Prof^a. Dra. Lúcia de Lourdes Souza Leite Campinas

calçado profissional antiderrapante



Calçado fechado
ATENDE AS NORMAS NR-32
(Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde)

Works
PROFESSIONAL SHOES
CA nº 31.898

RESISTENTE A ÓLEO
ISO 20347/7:12 OB-SRC-FO-E

SOLADO SUPER GRIP
ANTIDERRAPANTE

Tênis Works
PROFESSIONAL SHOES
CA nº 37.212

Atende Normas NR32

Sapatilha
PROFESSIONAL SHOES
CA nº 34.061

← EVA Emborrachado

Soft Works
PROFESSIONAL SHOES
CA nº 27.921

ISO 20347/7:12

Light Boot
PROFESSIONAL SHOES
CA nº 37.390

Resistente Produtos Químicos
D-K-O-P-R

- Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS



(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br

CBCENF 2017 comemora sucesso

Evento foi marcado por atos políticos e participação de grandes nomes da Saúde

Fotos: divulgação Cofen/cofen.gov.br



A vigésima edição do **Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF)**, realizado no Rio de Janeiro/RJ entre 6 e 10 de novembro, contou com 8.500 inscritos, incluindo 1.500 estrangeiros, e a participação de nomes de peso na programação. Palestrantes como o teólogo Leonardo Boff e o professor Leandro Karnal, entre outros, promoveram a reflexão sobre a Saúde, o papel da Enfermagem e a atuação das/dos profissionais da área. “Ainda que eu não possa transformar a Saúde brasileira, quando entro no quarto de um paciente, posso transformar aquele ambiente, posso transformar aquele quarto”, observou Leandro Karnal, na palestra “Ética, Trabalho e Felicidade”, que abriu as atividades do 20º CBCENF.

A agenda científica, que incluiu mesas-redondas sobre o papel da Enfermagem na prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis congênita, a Enfermagem Forense e temas como “As reformas trabalhistas e previdenciária: impactos para a Enfermagem”, “Segurança do Paciente: cenário atual e tendências”, “Dimensionamento de pessoal de Enfermagem: implicações legais” e “Cuidado de Enfermagem em Estética: tecnologia, inovação e aspectos legais”, levantou importantes questões, como a defesa da autonomia profissional, da formação presencial e de qualidade, do Sistema Único de Saúde e do legado da Reforma Psiquiátrica.

O **Encontro Latino-Americano de Enfermagem em Saúde Mental** e a reunião do **Conselho Internacional de**

Enfermagem, realizados no CBCENF, consolidaram a internacionalização do evento.

Durante a solenidade de encerramento, foram premiados os trabalhos “Estilo de vida masculino e feminino e ações de promoção da saúde para escolares adultos e jovens”, com relatoria de Francisco Mendonça, “Cargas de trabalho: percepções de enfermagem no cotidiano hospitalar”, relatado por Elisa de Vargas, e “Maternidade no ambiente prisional: análise da realidade do Presídio Feminino de Sergipe”, por Karine do Nascimento.

“Este congresso foi um marco da união da Enfermagem. A Enfermagem tem voz e será ouvida. Chegará um momento em que nenhum presidente da República nomeará um ministro da Saúde sem ouvir a Enfermagem”, ressaltou o **presidente do Cofen, Manoel Neri**, na cerimônia que fechou os trabalhos do 20º CBCENF. **Maria Antônia Tyrell, presidente do Coren-RJ**, fez um agradecimento a todos os congressistas e trabalhadores que garantiram o êxito do congresso, apesar do momento crítico pelo qual passa o estado do Rio de Janeiro. “Mais do que um discurso de encerramento, faço aqui uma oração de agradecimento”, declarou Tyrell. **Magno Guedes, coordenador-geral do 20º CBCENF**, destacou a bagagem de conhecimento, os relacionamentos de amizade e a força para lutar individualmente e como categoria que cada participante levaria desta edição do encontro. Em 2018, será a vez da cidade de São Paulo receber o CBCENF.

Fonte: Ascom - Cofen/cofen.gov.br

Vacina da dengue tem perfil de segurança alterado

Recomendação é de que pacientes sem contato prévio com o vírus da doença não sejam vacinados



Foto: ilustrativa/CanStockPhoto

De acordo com a **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)**, o laboratório **Sanofi-Aventis**, fabricante da **Dengvaxia®**, a vacina contra a dengue, apresentou informações preliminares, ainda não conclusivas, que apontam que indivíduos que usam a vacina sem ter tido contato anterior com o vírus da dengue podem desenvolver formas mais graves da doença. Isso poderia acontecer no caso de pessoas soronegativas serem expostas ao vírus da dengue, ou seja, serem picadas por um mosquito infectado, depois de terem sido vacinadas.

“A vacina em si não desencadeia um quadro grave da doença, nem induz ao aparecimento da doença de forma espontânea. Para isso, é necessário o contato posterior com o vírus da dengue por meio da picada de um mosquito infectado”, esclareceu a Anvisa em nota publicada no seu site oficial. Ainda segundo a agência, “este risco não havia sido identificado nos estudos apresentados para o registro da vacina na população para a qual a vacina foi aprovada”. Enquanto os dados completos dos estudos a serem apresentados são avaliados, a bula da vacina será atualizada, e, **até que se conclua esse processo, recomen-**

da-se que pessoas soronegativas não tomem a vacina.

A Dengvaxia®, primeira vacina contra dengue registrada no Brasil, teve o registro concedido pela Anvisa em 28/12/2015, com a indicação de prevenção da doença causada pelos sorotipos 1, 2, 3 e 4 do vírus em indivíduos dos 9 aos 45 anos de idade residentes em áreas endêmicas. O órgão informa que o registro foi baseado em ensaios clínicos conduzidos em diversos países, incluindo o Brasil (nos estudos de Fases 2 e 3), e que a vacina foi estudada em mais de 40 mil indivíduos em todo o mundo.

As informações preliminares sobre a alteração do perfil de segurança da Dengvaxia® já foram apresentadas para a Anvisa, que realizou reunião com o fabricante e participou, no dia 28 de novembro, de uma teleconferência com especialistas do grupo de vacinas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar o caso.

Confira a nota completa on-line, no link [portal.anvisa.gov.br/documents/219201/2782895/Nota+Vacina+Dengue+\(1\).docx/ca6b98ea-244c-4d43-8169-2d6386de3ec6](http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/2782895/Nota+Vacina+Dengue+(1).docx/ca6b98ea-244c-4d43-8169-2d6386de3ec6).

Fonte: [Anvisa/portal.anvisa.gov.br](http://portal.anvisa.gov.br)

Dezembro Laranja promove ações de prevenção do câncer da pele

“Se exponha mas não se queime” é o slogan da campanha promovida pela SBD



Foto: divulgação da campanha/www.dezembrolaranja.com.br

O movimento **Dezembro Laranja**, desenvolvido pela **Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD)** desde 2014, promove uma série de iniciativas de conscientização sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer da pele. Em 2017, pela primeira vez, a campanha será estendida para cobrir o período completo do verão, com ações realizadas na internet, nas ruas, praias e nos parques. Buscando conscientizar e educar as pessoas sobre os riscos decorrentes da exposição excessiva ao sol sem proteção e com o slogan “Se exponha mas não se queime”, a mensagem do Dezembro Laranja deste ano tem como um dos principais públicos-alvos as pessoas que trabalham sob o sol ou ao ar livre, além daquelas em seu cotidiano profissional e em momentos de lazer.

“Queremos divulgar para a grande população, especialmente para os trabalhadores que desempenham suas funções expostos ao sol, como carteiros, vendedores ambulantes, operários da construção civil, feirantes e outros, esse conjunto de atitudes, essenciais para que essa exposição prolongada não traga problemas de saúde”, explica José Antonio Sanches, presidente da SBD. A recomendação é do uso de equipamentos de proteção individual (EPI), ou seja, chapéus de abas largas, óculos escuros, roupas que cubram boa parte do corpo e protetores solares com fator mínimo de proteção solar (FPS) 30. Evitar os horários de maior insolação, das 10h às 16h, e manter a hidratação também estão entre as principais medidas fotoprotetoras.

Quem coordena a campanha deste ano é o dermatologista Joaquim Mesquita Filho. “Nós temos como missão orientar a população na identificação dos sinais de câncer da pele e prováveis lesões tumorais que já existam. Orien-

tar que pode ser feita uma proteção saudável contra a radiação ultravioleta, com o uso de roupas adequadas, de filtro solar, e da procura por lugares com sombras, como embaixo de barracas ou árvores”, comenta o médico.

Está prevista a divulgação de peças publicitárias na internet (Facebook, Instagram e site), principalmente em dezembro, com mensagens dadas pelos personagens Dr. e Dra. Pele e marcadas com a hashtag #DezembroLaranja e #ControleoSol. Também será possível customizar a foto de perfil, postar o texto com fundo laranja no Facebook ou usar o filtro laranja do Stories no Instagram. Lideranças participarão do movimento vestindo a cor laranja e monumentos nacionais serão iluminados com a cor símbolo da campanha. Também estão programadas ações no RioZoo, AquaRio e Paineiras para o mês de dezembro, além da distribuição de folhetos, desenhos temáticos para colorir e gibis da Turma da Mônica pelo Papai Noel Laranja. Nos cinemas, será exibido um filme de animação sobre a fotoproteção.

Segundo o **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**, a exposição excessiva e sem proteção ao sol é a principal causa de câncer da pele, que pode manifestar-se como uma pinta ou mancha, geralmente acastanhada ou enegrecida, uma pápula ou nódulo avermelhado, cor da pele e perolado (brilhoso), ou como uma ferida que não cicatriza. Quando descoberta no início, a doença tem mais de 90% de chance de cura. No site inca.gov.br é possível acessar o folder “**Câncer de pele: vamos falar sobre isso?**”, produzido pelo instituto. Já para saber mais sobre o Dezembro Laranja, acesse a página oficial do movimento: www.dezembrolaranja.com.br.

Fonte: SBD/sbd.org.br; INCA/inca.gov.br

Enfermagem na estética para a saúde integral

O presidente da SBEE, Anderson da Silva Spinola, faz um panorama da Enfermagem Estética no Brasil e aposta na derrubada das recentes barreiras impostas para a atuação de enfermeiras e enfermeiros da especialidade

Por: Ana Cappellano | Foto: arquivo pessoal/Instagram



Anderson da Silva Spinola

Anderson da Silva Spinola é Enfermeiro assistencial em diversas áreas, atualmente trabalhando em Urgência e Emergência, e especialista em Saúde Estética, Enfermagem Dermatológica, Cardiologia para Enfermeiros, Enfermagem Intensiva e de Alta Complexidade e Docência do Ensino Superior. Doutorando em Ciências Biomédicas, também atua como docente de cursos livres e de pós-graduação em Enfermagem Dermatológica, como palestrante de simpósios (SBEE, SBBME) e congressos (Cofen) e é proprietário da Scientia Cursos/Sistema Pedagógico Ltda. É o idealizador e presidente da SBEE — Sociedade Brasileira de Enfermagem Estética.

A Enfermagem Estética pode até soar como novidade aos ouvidos dos mais leigos, mas, segundo o enfermeiro e presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem Estética (SBEE), Anderson da Silva Spinola, a estética sempre andou lado a lado com a Enfermagem, presente na rotina de cuidados e na preocupação com a autoestima e o bem-estar de cada paciente. “Hoje a gente não fala simplesmente de estética como questão ou fator de embelezamento, a gente fala de saúde estética”, explica Anderson. “A gente está ali para olhar o organismo como um todo. A gente não está ali só para olhar a unha, só para olhar o cabelo, só a gordura lo-

calizada. A gente enxerga o organismo como um todo. (...) O enfermeiro, por ter essa formação generalista durante a graduação, quando vai para o campo da Estética, leva tudo isso com ele”.

No Brasil, onde vem, desde maio deste ano, enfrentando algumas barreiras com uma série de liminares que impedem a atuação de enfermeiras e enfermeiros na área de estética, a especialidade tem encontrado um campo profícuo de atuação não só no ambiente hospitalar, mas também em clínicas e centros de estética, de cirurgia vascular e, entre outros, nos pré e pós-operatórios de cirurgias plásticas e corretivas, atendendo, por exemplo, pacientes que

se submeteram à mastectomia. Já o empreendedorismo, com profissionais de enfermagem “alçando voo” e investindo na abertura de consultórios e clínicas de enfermagem estética, revela-se como um novo mercado de trabalho. Para quem quer se lançar nessa carreira promissora, especializar-se, por meio da pós-graduação e da capacitação contínua, é fundamental.

A Revista Nursing conversou com Anderson sobre esta área que busca, com conhecimento científico, destreza e um olhar profundo sobre as necessidades do paciente, alcançar a saúde física e psicológica, por meio do atendimento global e do cuidado integral ao paciente.

Revista Nursing: O que é a especialidade de estética na área de enfermagem, como ela pode ser definida?

Anderson da Silva Spinola: Eu costumo dizer que a Enfermagem Estética, ou melhor, a estética dentro da enfermagem, não começou agora, atualmente, com uma resolução. Quando você faz um curativo, você tem uma preocupação com a estética, você não faz de qualquer jeito. Quando você arruma uma cama, um leito hospitalar, você está observando alguns critérios de estética. Quando você faz a higienização do couro cabeludo, arruma de uma certa forma o cabelo do paciente, você está fazendo estética. Então, de uma certa forma, a estética sempre esteve presente nas rotinas da enfermagem. A gente pode dizer que ela é tão antiga quanto a própria Enfermagem. A gente sempre teve este olhar para a estética, talvez num outro prisma, talvez, se a gente for procurar a definição de estética, a gente nunca tenha olhado para essa parte do embelezamento.

Hoje a estética está se tornando mais científica porque ela acaba procurando alguma coisa nos moldes “médicos”, e a profissão que está mais voltada, mais próxima dessa questão da medicina, é a enfermagem. Então, nada mais justo, mais adequado, do que ter a enfermagem atuando dentro da estética. Muitas pessoas achavam, inclusive, que não havia aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que é a SAE, na estética, e nós fizemos um simpósio, inclusive no Cofen, no ano passado, antes da confecção da legislação, e mostramos que vários diagnósticos de enfermagem, com planos de cuidados completos, encaixam-se, sim, dentro da estética, tanto para a parte psicológica, como para as outras necessidades humanas.

E hoje a gente tem a questão do cuidado individualizado, e a enfermagem faz isso muito bem dentro da estética, embora haja uma procura muito grande por protocolos por parte de vá-

rios profissionais. Mas os enfermeiros conseguem fazer uma boa avaliação, um bom exame físico e identificar, dentro de uma boa anamnese, o que realmente o cliente precisa.

Nursing: Quais as áreas de atuação, hoje, do profissional de Enfermagem Estética? Onde está este “nicho” na área de saúde?

Spinola: Bom, hoje, principalmente, ele está no consultório de enfermagem estética. Mas também existe a possibilidade dele trabalhar no pré e pós-operatório de cirurgias, até mesmo

“Hoje a estética está se tornando mais científica porque ela acaba procurando alguma coisa nos moldes ‘médicos’, e a profissão que está mais voltada, mais próxima dessa questão da medicina, é a enfermagem”

nos de cirurgias plásticas, por conta da drenagem linfática, das orientações, da troca de curativos, aplicação de ultrassom ou de microcorrentes, que seria a eletroterapia. Ele também pode atuar dentro do seu consultório, com micropigmentação mamária, porque é uma área em que hoje, as pacientes mastectomizadas, ou homens, quando o cirurgião precisa retirar o complexo aréolo-mamilar, não se consegue devolver isso para o paciente. Mas o enfermeiro que tem um curso de micropigmentação, por exemplo, ele pode redesenhar o complexo aréolo-mamilar como uma

obra de arte, em que você tem efeitos de sombra, de textura, de relevo. Ele também pode atuar em centros de estética, clínicas de cirurgia vascular.

De uma forma geral, o maior nicho de atuação seria em relação à abertura de consultório de enfermagem estética, ou mesmo a clínica de enfermagem estética, ou clínicas de estética, centros de estética. Mas ele também pode atuar na consultoria para resíduos de serviços de outras clínicas, na criação de protocolos para perfurocortantes, toda aquela parte de biossegurança que o enfermeiro domina muito e também pode aplicar nessa área de estética.

Lembrando que 80% dos procedimentos de estética envolvem a questão do processo de cicatrização e resposta inflamatória, e o enfermeiro, por ser um especialista no tratamento de lesões de pele e trabalhar com essa questão da cicatrização, acaba usando essa *expertise* na própria estética.

A melhor opção, hoje, para o enfermeiro que está fazendo a pós em Estética ou que quer atuar nessa área, é o empreendedorismo, que é uma coisa muito bacana, porque o enfermeiro não se via, e ele ainda não se vê, como um profissional empreendedor, o qual possa utilizar os serviços dele como uma forma de obter trabalho e renda sem estar vinculado a um empregador.

Nursing: Essa iniciativa empreendedora no mercado já vem acontecendo?

Spinola: Sim. Muitos enfermeiros já atuam na estética há alguns anos e outros estão se lançando no mercado empreendedor agora. Alguns enfermeiros têm investimentos de centenas de milhares de reais, são empregadores, inclusive, de outros profissionais da área da Saúde, como médicos, fisioterapeutas, farmacêuticos e esteticistas também.

Nursing: Como a/o profissional de enfermagem que se interessar pela área pode buscar a formação especializada na Enfermagem Estética?

Spinola: Existem três formas de adquirir instrução na área de estética para a enfermagem. Existe a pós-graduação em Enfermagem Estética, ou qualquer outra área, outra titulação, dentro da Estética. Existem os cursos de extensão universitária, que podem ser feitos, inclusive, pelos estudantes de graduação e de pós-graduação, e os cursos livres.

Nos cursos de pós-graduação, a exigência da resolução que seria editada, a revisão da resolução que seria publicada e que, infelizmente, por conta das limitações, não foi, exige que o enfermeiro tenha uma formação de pós-graduação com o mínimo exigido pelo MEC, que é de 360 horas, e, dentro dessas 360 horas, ele teria que ter 100 horas práticas. Os cursos de extensão universitária vão agregar conhecimento ao enfermeiro, mas eles não são cursos profissionalizantes, não vão dar uma profissão ao enfermeiro, e são muito semelhantes aos cursos livres.

Os cursos livres podem ser feitos, inclusive, pelos enfermeiros que são especialistas em Dermatologia, em Enfermagem Dermatológica. A maioria dos cursos de Enfermagem Dermatológica que existem hoje é focada no tratamento das lesões de pele ou doenças de pele e essa parte de estética acaba ficando secundária. Não se aprende procedimentos específicos da área de estética, mas ele (enfermeiro) é habilitado para tudo isso. Então nós aconselhamos que o enfermeiro com pós em Enfermagem Dermatológica procure se capacitar.

Nursing: Como está hoje o campo da pesquisa na área de Enfermagem Estética?

Spinola: Nós ainda estamos “engatinhando”. A maioria das publicações feitas na área de estética é feita por ou-

tros profissionais, mas nós temos, sim, profissionais super competentes que pesquisam, que testam tecnologia, que fazem mestrado nessa área. Porque a estética se mostra, a estética do embelezamento, digamos assim, como uma novidade, ela veio à tona recentemente como área de atuação do enfermeiro. O próprio graduando não tem ainda o conhecimento de que o enfermeiro pode atuar na Estética. Inclusive, é uma proposta a se fazer aos cursos de graduação, para adequar a grade, preparar o graduando para, quando ele sair da faculdade, já começar atuando na Estética, procurando entrar na área. Que ele faça da graduação pontes de pesquisa onde ele possa publicar trabalhos voltados para a Estética.

O que eu tenho sempre dito é: “utilizem os seus trabalhos de conclusão de curso para publicar, transformem-no em artigo científico, mandem para as revistas, as on-line, as físicas, alguns sites”, porque é assim que a gente mostra o cientificismo da Enfermagem Estética. Um jeito que a gente teria de provar e de mostrar que a Enfermagem Estética é eficiente nesta área é, justamente, através dos trabalhos científicos, publicando trabalhos científicos, artigos científicos.

Nursing: Quais os desafios, planos e objetivos da Sociedade Brasileira de Enfermagem Estética (SBEE)? Como ela busca atuar?

Spinola: Neste um ano de oficialização da Sociedade, nós conseguimos cumprir uma boa parte das prerrogativas, praticamente todas aquelas propostas no estatuto, que vão desde a criação da legislação, em que nós constamos como referência teórica no texto oficial feito pelo Cofen, como referência de parte técnica consultada. Uma outra

visão seria trazer a Enfermagem Estética para a sociedade como um todo de uma forma científica, por meio dos nossos eventos, e nós conseguimos.

Para o ano que vem, a gente pretende fazer o nosso II Congresso Brasileiro de Enfermagem Estética, além de uma campanha de cursos livres, workshops, palestras. Vamos participar do Condepe, temos alguns convites para publicação em revistas científicas. Agora, temos novo planejamento, novas intenções, mas o principal é conseguir parcerias com instituições de ensino, com empresas conveniadas para descontos para quem é associado, para que possa melhorar a sua capacitação, ter mais acesso a alguns serviços, como convênio médico. E uma agenda de cursos para o ano inteiro, para 2018.

De imediato, a gente está se programando para poder tentar derrubar essas limitações que estão impedindo (a atuação da Enfermagem na Estética), então a gente conta com o apoio dos associados. Quanto mais enfermeiros associados, maior é a nossa representatividade perante o judiciário, o Cofen, a sociedade como um todo. É um grupo grande de enfermeiros que está sendo privado de trabalhar e que precisa continuar trabalhando. Então, a gente aproveita, inclusive, para fazer a chamada desses enfermeiros, para que eles venham se associar, venham participar dessa luta conosco.

Nursing: Você poderia falar um pouco sobre a situação das limitações restringindo a atuação da/do enfermeira/enfermeiro na área da Estética? Como a SBEE está agindo neste contexto e quais são as expectativas?

Spinola: São três ações principais movidas por entidades médicas (contra

a Resolução Cofen 529/2016, que normatiza a atuação do Enfermeiro na área de Estética). Do ponto de vista técnico, do ponto de vista legal, não existe embasamento que sustente essas liminares. A gente só não entende, e eu gostaria muito de saber, o porquê do judiciário ainda estar segurando isso. Nós fazemos procedimentos invasivos muito mais complexos, nós tomamos decisões muito mais graves, se caso nós errarmos, e a estética, que é nível ambulatorial, nós não podemos fazer. A Sociedade, agora por conta, está ingressando contra essas três liminares e a gente precisa da ajuda de todos os enfermeiros. A gente espera conseguir fazer isso ainda agora em dezembro, para que possa pelo menos derrubar essas liminares, para que o mérito da questão seja julgado lá em última instância.

A enfermagem tem contato com o paciente desde o terceiro semestre, a gente faz avaliação física praticamente desde o terceiro semestre. A gente não entende porque a enfermagem, teoricamente, seria menos competente do que as outras categorias profissionais.

Nós vimos uma grande movimentação, não só da enfermagem, mas também de outras categorias, quando foi a questão da Atenção Básica, recentemente, e, na verdade, a Enfermagem Estética está impedida de trabalhar desde maio. Será que existe algum tipo de interesse mercadológico aí? Uma das liminares, inclusive, quer impedir que o Cofen, que pode versar oficialmente sobre a enfermagem, emita ou edite qualquer norma referente à Enfermagem Estética, Dermatológica, cirurgia plástica e vascular. O enfermeiro tem muito no tratamento de lesões de pele, que está dentro da Dermatologia, então essa autonomia também está cerceada.

Mas eu acho que nós vamos conseguir, com essas ações que nós estamos tentando, derrubar essas liminares. É uma questão de tempo, só. Então a gente pede que os enfermeiros tenham calma e que venham se asso-

ciar, porque a gente precisa de força, somar forças para conseguir derrubar essas liminares.

Nursing: Como a Enfermagem Estética pode contribuir, de fato, para a saúde, para o atendimento integral? Qual o papel da especialidade na Saúde no Brasil?

Spinola: Todo o trabalho da enfermagem tem que ser baseado numa teo-

“(...) A gente pede que os enfermeiros tenham calma e que venham se associar, porque a gente precisa (...) somar forças para conseguir derrubar essas liminares”

ria, num teórico. A Enfermagem Estética trabalha não só com a Teoria do Autocuidado de Orem, mas também com a Teoria das Necessidades Básicas Humanas de Maslow, em que a gente fala muito no termo das necessidades biopsicossociais espirituais. A enfermagem, com toda a sua cautela, com toda a sua *expertise*, a

parte de injetáveis, ela consegue canalizar todo esse conhecimento e trazer tudo isso, todo o conhecimento científico acerca de biossegurança, de interações entre substâncias, de formas de aplicação, de anamnese, de exame físico, de trabalhar o cliente numa integralidade.

Porque hoje a gente não fala simplesmente de estética como questão ou fator de embelezamento, a gente fala de saúde estética. Porque a população está envelhecendo e ela precisa envelhecer de uma forma saudável, ela precisa chegar numa certa idade e ainda se sentindo saudável, lógico, dentro das suas limitações. Ela precisa se sentir bem. O enfermeiro, por ter essa formação generalista durante a graduação, quando vai para o campo da Estética, leva tudo isso com ele, e isso é muito valorizado, é muito valioso para o cliente de estética. Porque a gente não está ali só para ver a pele. A gente está ali para olhar o organismo como um todo. A gente não está ali só para olhar a unha, só para olhar o cabelo, só a gordura localizada. A gente enxerga o organismo como um todo. A gente faz até mesmo uma avaliação psicológica, o perfil psicológico do paciente.

É justamente por ter este olhar holístico, este olhar científico, e não um olhar limitado, não um olhar somente para aquilo a que o cliente se refere. A enfermagem cuida do ser humano como um todo, ela não cuida só da parte estética. Existe uma parte científica que faz com que a gente tenha um olhar generalizado, porém profundo, da situação. Nós enxergamos o cliente como um todo, não apenas com aspectos isolados. 🐾

Enfermagem Estética on-line

A SBEE está presente nas redes sociais, divulgando sua atuação em prol da especialidade, os eventos que promove e novidades da área.

Confira: [facebook.com/SBEEenfermagemEstetica](https://www.facebook.com/SBEEenfermagemEstetica).

Obstrução de sonda enteral por fármacos em uma Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional exploratório

RESUMO | A terapia de nutrição enteral é uma opção para pacientes que possuem limitações principalmente no sistema gastrointestinal e sistema neurológico. Para que ocorra a ingestão adequada de substâncias nutricionais, utiliza-se a sonda de nutrição enteral. Uma vez que a maioria dos fármacos não está disponível em soluções, elixires, suspensões, é adotada a prática de macerar esses fármacos e os diluir em água. Objetivo: observar a técnica utilizada para triturar, diluir e administrar formulações sólidas via sonda. Método: estudo observacional com abordagem qualitativa e quantitativa, utilizando o Diagrama de Ishikawa, o checklist qualitativo e a fórmula quantitativa. Resultado: foi observado um percentual de 21,42% de obstrução das sondas de nutrição enteral. Conclusão: a prática de trituração e diluição de fármacos sólidos influencia na obstrução das sondas de nutrição enteral, logo, é oportuna a sugestão da integração da equipe de saúde para maior conhecimento sobre formulações sólidas a serem trituradas.

Palavras-chaves: obstrução do cateter; nutrição enteral; trituração.

ABSTRACT | Enteral nutrition therapy is an option for patients who have limitations primarily in the gastrointestinal system and neurological system. For the proper intake of nutritional substances, the enteral nutrition probe is used. Since most drugs are not available in solutions, elixirs, suspensions, the practice is to macerate these drugs and dilute them in water. Objective: to observe the technique used to crush, dilute and administer solid formulations via probe. Method: observational study with qualitative and quantitative approach, using the Ishikawa Diagram, the qualitative checklist and the quantitative formula. Result: a percentage of 21.42% of obstruction of the enteral nutrition probes was observed. Conclusion: the practice of grinding and dilution of solid drugs influences the obstruction of the enteral nutrition probes, so it is timely to suggest the integration of the health team for a better knowledge about solid formulations to be crushed.

Keywords: catheter obstruction; enteral nutrition; grinding.

RESUMEN | La terapia de nutrición enteral es una opción para pacientes que tienen limitaciones principalmente en el sistema gastrointestinal y el sistema neurológico. Para que ocurra la ingestión adecuada de sustancias nutricionales, se utiliza la sonda de nutrición enteral. Una vez que la mayoría de los fármacos no están disponibles en soluciones, elixires, suspensiones, se adopta la práctica de macerar estos fármacos y diluirlos en agua. Objetivo: observar la técnica utilizada para triturar, diluir y administrar formulaciones sólidas vía sonda. Método: estudio observacional con enfoque cualitativo y cuantitativo, utilizando el Diagrama de Ishikawa, el checklist cualitativo y la fórmula cuantitativa. Resultado: se observó un porcentaje de 21,42% de obstrucción de las sondas de nutrición enteral. Conclusión: la práctica de trituración y dilución de fármacos sólidos influye en la obstrucción de las sondas de nutrición enteral, luego es oportuno la sugerencia de la integración del equipo de salud para mayor conocimiento sobre formulaciones sólidas a ser trituradas.

Palabras claves: obstrucción del catéter; nutrición enteral; trituración.

Alex Sandro de Azeredo Siqueira

Mestrando do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF). Enfermeiro assistencial da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Vagner M. Barcelos

Mestrando do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) da

Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Enéas Rangel Teixeira

Pós-doutorado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica/SP. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde (PACCS) da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Aline Siqueira de Azevedo

Especialista em Terapia Intensiva – UERJ/RJ.

Vanessa Pio dos Santos Torres

Acadêmica de Enfermagem – ISECENSA/RJ.

Mariana Estevão Ferreira

Acadêmica de Enfermagem – ISECENSA/RJ.

Recebido em: 07/10/2017

Aprovado em: 15/11/2017

Introdução

A terapia de nutrição enteral é uma opção para pacientes que possuem limitações principalmente no sistema neurológico e sistema gastrointestinal. Para que ocorra a ingestão adequada de substâncias nutricionais, utiliza-se a sonda de nutrição enteral (SNE)¹.

Algumas formulações farmacêuticas elencadas para administração via enteral apresentam-se na forma líquida, entretanto, a carência de fármacos para patologias específicas nesta forma torna inevitável a prática da trituração de formas sólidas para administração em sonda enteral².

A trituração de fármacos resume-se no ato de "amassar" medicamentos sólidos, diluí-los em água para serem administrados via sonda enteral. A trituração inadequada desses medicamentos gera problemáticas como: obstrução do cateter de nutrição, interação droga-nutriente, mudança da propriedade físico-química do fármaco e alteração da biodisponibilidade.

Os comprimidos e as cápsulas são fórmulas farmacêuticas que, comumente administrados através da sonda, causam problemas. Entre os fatores que mais caracterizam risco de obstrução da sonda enteral estão a viscosidade e o pH de certas medicações que, ao serem simultaneamente administradas com fórmulas enterais, podem formar precipitados e, ainda, comprimidos de revestimento entérico e ação prolongada, que ao serem triturados e solubilizados formam massas ou gel³.

O profissional de enfermagem deve ser comprometido com conceitos fisiológicos, patológicos e ações medicamentosas a fim de tratar e recuperar o estado de saúde do indivíduo crítico. Além dessa perspectiva prática e dinâmica na qual se insere a enfermagem, existem outros horizontes que permitem a assistência além do humano e que devem ser implementados na prática da profissão para a oferta do serviço integral e revolucionário, no que se busca a tecnologia atual⁴.

Dessa forma, evidenciou-se a necessidade de analisar a técnica realizada

para triturar, diluir e administrar fármacos sólidos prescritos via sonda enteral, buscando a realidade de uma Unidade de Terapia Intensiva, o local onde mais se encontra pacientes debilitados, recebendo terapia polimedicamentosa sólida via sonda enteral, e de se usar ferramentas de qualidade que facilitem a prática da organização desse processo pouco abordado, mas que pode gerar riscos à saúde do paciente e do profissional.

"A trituração inadequada desses medicamentos gera problemáticas como: obstrução do cateter de nutrição, interação droga-nutriente, mudança da propriedade físico-química do fármaco e alteração da biodisponibilidade"

Portanto, este trabalho tem como objetivo observar a prática da trituração de medicações sólidas para administração via sonda enteral, analisando a técnica utilizada para triturar, diluir e administrar essas formulações e sua relação com a obstrução do cateter de nutrição em pacientes da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Privado em Campos dos Goytacazes.

Métodos

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva composta por dezesse-

te leitos de um Hospital Privado situado na cidade de Campos dos Goytacazes. Trata-se de um estudo observacional, exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa. No primeiro contato, objetivou-se a ambientação com a unidade e os profissionais. Por se tratar de uma observação não-participante, ficou estabelecido o acompanhamento dos técnicos de enfermagem durante o processo de preparo e administração dos medicamentos, sem que houvesse interferência na rotina do setor. Foram disponibilizados, também, prontuários, assim como prescrições e anotações de balanço hídrico, de forma a facilitar a pesquisa, permitindo a identificação das patologias e dos medicamentos utilizados por cada paciente.

O estudo ocorreu de janeiro a março de 2016. Como critério de inclusão, foram utilizados os pacientes internados na UTI em uso de SNE concomitante à administração de terapia medicamentosa contínua (formulações sólidas) por esta via. Foram excluídos da amostra deste estudo pacientes internados em enfermarias, em uso de terapia enteral, parenteral, gastrostomia e, ainda, aqueles capazes de deglutir o medicamento sólido.

Foram observados procedimentos de trituração, diluição e administração de medicamentos em todos os pacientes internados, bem como o número de sondas obstruídas nesse período. Vale ressaltar que, após análise dos quadros clínicos e prontuários dos pacientes, foi estipulado que o melhor horário para observação seria 12h00min, devido ao quantitativo de medicamentos sólidos prescritos para este horário, salvo no caso específico do medicamento Omeprazol cápsula®, que, por padronização da unidade, é administrado às 06h00min. Levando em conta a inviabilidade de observação neste horário, foi necessário contar com o apoio da equipe, que se comprometeu em relatar quaisquer alterações referentes ao mesmo.

A coleta de dados da pesquisa está previamente baseada no Diagrama de

Figura 1. Diagrama de Ishikawa como espinha de peixe. Fonte: DME-ESALQ/USP. CIAGRI/USP.

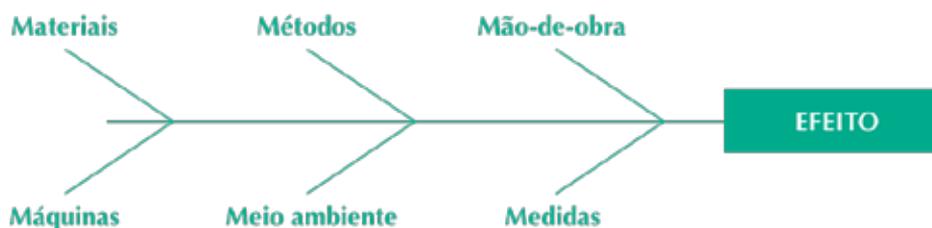
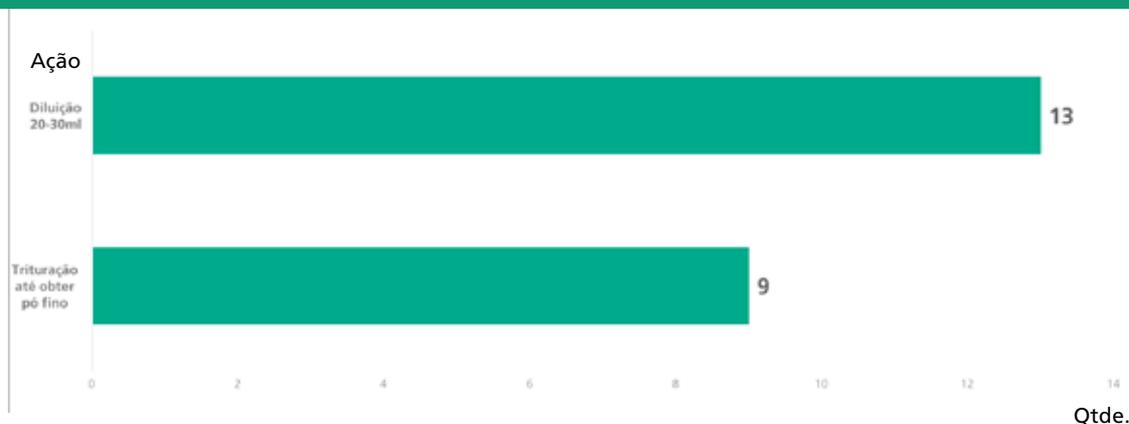


Figura 2. Demonstração da quantidade de ações relacionadas à trituração e diluição.



Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito, desenvolvido pelo engenheiro japonês Kaoru Ishikawa¹⁰.

O Diagrama de Ishikawa (Figura 1) é uma ferramenta de qualidade que permite elencar as possíveis causas do problema, permitindo a organização das ideias envolvidas na pesquisa. Ele adota subgrupos para dividir tais causas, quais sejam: materiais, máquinas, mão-de-obra, métodos, meio ambiente, medidas^{5, 10}.

Para organizar a problematização de ideias, o referido instrumento foi aplicado da seguinte maneira, correlacionando aos itens do diagrama: as possíveis causas do problema são a utilização de pilão e pistilo, a diluição homogênea da solução, a pausa na dieta e a lavagem da sonda antes e após a administração do medicamento, o tempo entre a preparação e administra-

ção do medicamento; o efeito refere-se à obstrução da sonda de nutrição.

O campo da UTI passa a ser o foco exploratório da pesquisa. Nesse momento, observou-se a técnica utilizada para triturar, diluir e administrar formulações sólidas via sonda enteral, e tais condutas foram descritas em um checklist (Tabela 1) previamente estabelecido, com referência nas evidências científicas que orientam ações ideais com recomendações que visam diminuir e evitar riscos relacionados à obstrução da sonda enteral⁶.

Esta fase configurou a coleta de dados que subsidiou a análise qualitativa. É relevante ressaltar que foi entendido não ser oportuno o preenchimento desta ferramenta no momento da observação propriamente dita, durante o acompa-

nhamento dos técnicos de enfermagem, para que não se promovesse um ambiente hostil, construindo uma relação amistosa e colaborativa, e, principalmente, para que não houvesse intimidação por parte dos profissionais executores do procedimento, provocando mudança na postura e tornando a observação não condizente com a realidade cotidiana. Por conseguinte, houve melhor aproveitamento do tempo, proporcionando uma observação atenta e constante, para posterior anotação.

$$\frac{\text{Nº de sondas obstruídas}}{\text{Nº total de sondas / 15 dias}} \times 100$$

Fonte: Manual de Indicadores de Enfermagem — NAGEH 2006. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH) — São Paulo.

A ferramenta que fundamentou a análise quantitativa foi a planilha de acompanhamento dos casos de obstrução de sonda enteral disponibilizada no setor, conforme Apêndice 1.

A alimentação desse instrumento foi constante, de acordo com a ocorrência de eventos adversos (obstrução), e analisada semanalmente, sofrendo alterações nos casos de alta e inclusão de novos pacientes que iniciaram a terapia enteral.

A análise dos dados quantitativos da planilha foi feita através de uma fórmula que possibilitou a transcrição para o formato gráfico tipo barras, sendo a fórmula: A análise qualitativa dos dados colhidos através do checklist ocorreu por meio de comparação das ações reais, que configuram as ações realizadas pela equipe de enfermagem para triturar, diluir e administrar fármacos sólidos via sonda enteral, e as ações ideais, baseadas nas evidências científicas. A discussão das técnicas realizadas teve embasamento na literatura científica que subsidiou a pesquisa.

Após a instituição participante fornecer a autorização formal para a realização do estudo, os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo recebido informações quanto: aos objetivos da mesma e à garantia a todos do anonimato; à ausência de sanções ou prejuízos pela não participação ou pela desistência, a qualquer momento; ao direito de resposta às dúvidas; à inexistência de qualquer ônus financeiro ao participante. O estudo foi submetido ao Conselho Nacional de Saúde no campo de Ética em Pesquisa, sendo o número de aprovação: 10974812.2.0000.5524, no dia 06/06/2013.

Resultados

Foi observado que, de um total de 15 (quinze) procedimentos, 09 (nove) trituraram as medicações até obter o pó fino e 13 (treze) diluíram as mesmas medicações com 20-30 ml de água filtrada, conforme a Figura 2.

Articulando conhecimentos prévios sobre a melhor maneira de realizar as técnicas tão discutidas neste estudo e a sua correlação com a obstrução da sonda de nutrição, a dedução primária concebida através dos dados supracitados seria a de que a maneira utilizada pelos profissionais dessa Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

"A obstrução da sonda de nutrição enteral pode ocorrer pela trituração inadequada dos fármacos sólidos, pela diluição em quantidade insuficiente de água, a não lavagem do cateter antes e após a administração da medicação diluída e (...) pelo fato de a formulação não dever ser triturada (...)"

não influencia de forma relevante na incidência da obstrução do cateter, na oclusão do equipo da bomba de infusão e, ainda, na troca desta sonda por vedação. Não obstante, aqueles procedimentos que não reproduziram o ideal podem estar associados ao número de obstruções quantificado no período de observação.

A obstrução da sonda de nutrição enteral pode ocorrer pela trituração inadequada dos fármacos sólidos, pela diluição em quantidade insuficiente de água,

a não lavagem do cateter antes e após a administração da medicação diluída e, muitas vezes, pelo fato de a formulação não dever ser triturada, por conta dos seus princípios farmacológicos, potencial hidrogeniônico (PH) e instabilidade, o que pode levar à formação de precipitados e gel, que vedam o cateter³.

Durante a coleta dos dados, foram passadas 14 (quatorze) sondas e, dessas 14 (quatorze), apenas 3 (três) foram encontradas obstruídas, conforme a Figura 3.

Conforme a Figura 4, podemos observar que, em um período de 15 dias, apenas 21% (3 três) das sondas foram encontradas obstruídas.

Consoante ao investigado, a paciente D.L.P. estava com a SNE há 26 dias e esta apresentava grumos esbranquiçados no interior. As medicações sólidas adotadas foram: Bisoprolol 2,5 MG comprimido, Furosemida 40 MG comprimido, ambos às 12h00min, e Omeprazol 20 MG cápsula, às 06h00 da manhã. Como citado na metodologia, o horário de 06h00 da manhã não possibilitara a observação, logo, houve colaboração da equipe.

Segundo o relato da profissional de enfermagem, no dia 24/09/2013, ao assumir o plantão, ela identificou que a sonda estava obstruída, necessitando da lavagem com certa pressão, técnica que busca o retorno da permeabilidade do cateter. Posteriormente, no dia 26/09/2013, a SNE foi trocada devido aos grumos que vedavam o cateter. Ambos os acontecimentos foram considerados como obstrução da sonda de nutrição enteral.

Existe um dilema especial acerca das bombas inibidoras de prótons. O Omeprazol é um fármaco encapsulado, havendo microgrânulos de liberação entérica em seu interior. Ou seja, a cápsula é degradada pelo ácido gástrico e os grânulos são levados ao intestino pela afinidade com o meio básico e, assim, absorvidos⁸. Uma vez que a cápsula é desprezada e os microgrânulos diluídos em água filtrada, a possibilidade de ocorrer a formação de gel e precipitados no interior da sonda de nutrição é improvável.

A paciente em questão fazia uso do Omeprazol via sonda enteral e as observações relatavam grumos esbranquiçados no interior da sonda, resistência do cateter ao administrar a medicação e posterior troca do cateter. Logo, a correlação dos fatos acima é enigmática, contudo, inegável.

Um novo sujeito de pesquisa foi a paciente T.A., que fez uso da sonda de nutrição por 11 dias. A medicação utilizada era a Amiodarona 200 mg, às 12h00min. A SNE apresentava alguns precipitados no interior e necessitou ser trocada em 26/09/2016.

Discussão

Estudos científicos demonstram que alguns fármacos, como a Amiodarona, podem ter o nível sérico alterado por interação físico-química e não devem ser triturados. Esses fármacos são incompatíveis com o material da sonda (PVC, poliuretano), causando perda na absorção, o que altera a biodisponibilidade. Além disso, o revestimento do comprimido não deve ser violado.⁹

Transportando os dados produzidos no checklist, observa-se que nas técnicas relacionadas à paciente T.A não houve trituração até se obter pó fino, bem como a diluição não contou com a quantidade ideal de água e, ainda, a medicação não foi administrada imediatamente. Desta forma, a obstrução do cateter de nutrição correlaciona-se com a interação físico-química do fármaco utilizado, conjuntamente à técnica realizada até a administração deste.

Assim, em ambos os casos especificados, a obstrução do cateter de nutrição está relacionada à medicação que é triturada, seja pela técnica inapropriada, seja pela inadequação da maceração, em que o revestimento do fármaco, de fato, não deve ser violado. Presume-se que o profissional de enfermagem e toda a equipe de saúde devem buscar maiores conhecimentos acerca da trituração de fármacos sólidos e de suas implicações na terapêutica do indivíduo, de maneira a se pensar criticamente na

Tabela 1. Checklist utilizado para observação não-participante no campo de pesquisa.

CHECKLIST OBSERVACIONAL QUALITATIVO		
Ações	Ideal	Real
Trituração	Triturar até obter pó homogêneo.	SIM () NÃO ()
	Usar pilão e pistilo.	SIM () NÃO ()
Diluição	Diluir em 20-30 ml de água filtrada.	SIM () NÃO ()
Administração	Usar uma seringa para cada fármaco.	SIM () NÃO ()
	Lavar a sonda com 15 ml de água filtrada antes e após administração.	SIM () NÃO ()
	Pausar dieta enteral.	SIM () NÃO ()
	Administrar medicação imediatamente.	SIM () NÃO ()

Apêndice 1. Planilha que possibilitou a anotação dos casos de obstrução de sondas.

PLANILHA PARA O ACOMPANHAMENTO DE OBSTRUÇÃO DE SONDAS								
DIAS MÊS	NUMERAÇÃO DOS LEITOS							
	Leito 01	Leito 02	Leito 03	Leito 04	Leito 05	Leito 06	Leito 07	Leito 08
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								

técnica que está sendo realizada, tal como no bem-estar do paciente.

Observa-se que a técnica de trituração de medicamentos sólidos em uma Unidade de Terapia Intensiva torna-se um desafio, devido às particularidades dos profissionais ao manusear os materiais a fim de obter a formulação adequada para administração via sonda enteral e, igualmente, devido à preocupação dos mesmos com sua própria aptidão e destreza ao executar essa prática.

A trituração de fármacos sólidos deve ser realizada quando o profissio-

nal atuante compreende a terapêutica do medicamento e tem ciência de que o ato de “amassá-lo” pode alterar sua formulação, o que está relacionado às propriedades físico-químicas, à biodisponibilidade, à interação com a dieta enteral, ao mecanismo de competitividade entre a dieta e o fármaco, ao tratamento da patologia em questão e aos riscos teratogênicos, carcinogênicos, dentre outros⁹.

Em conformidade com o observado no campo de pesquisa, a trituração dos medicamentos era feita com um frasco de vidro

Figura 3. Gráfico referente ao número de SNEs instaladas e obstruídas.

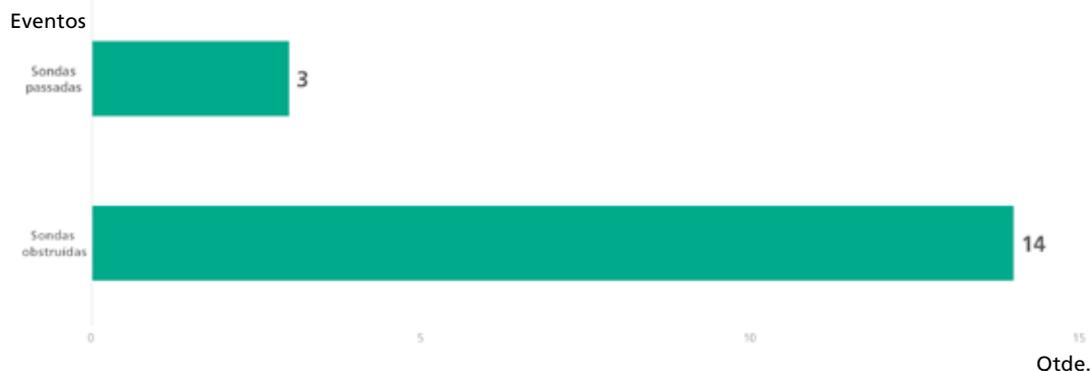
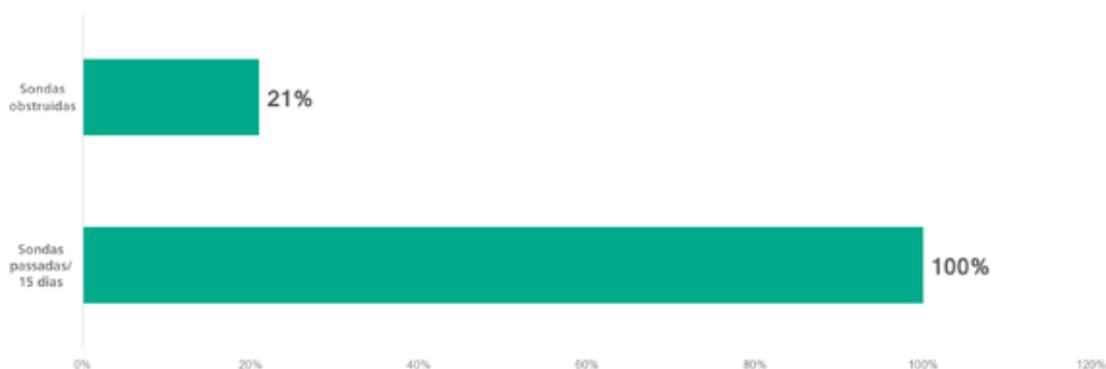


Figura 4. Porcentagem de obstrução das sondas de nutrição possibilitada pela fórmula presente na metodologia.



que outrora fora utilizado e que, naquele momento, estava sendo reaproveitado. Este frasco era usado para triturar todas as formulações sólidas de forma compressiva, de cima para baixo e em movimentos circulares. Os comprimidos encontravam-se inclusos em um copo plástico de 50 ml. Cada fármaco era triturado separadamente para posterior diluição. Quando a medicação apresentava-se em cápsula, esta era aberta e depois diluída.

Utiliza-se para formas sólidas trituráveis um gral, também conhecido como pilão, recipiente onde é colocado o medicamento a ser triturado, e um pistilo, objeto usado para triturar, chamado co-

mumente de "socador". Ambos, preferencialmente, devem ser confeccionados em porcelana. Os utensílios para preparo não necessitam estar esterilizados, porém, devem estar limpos e não podem conter restos de comprimidos triturados previamente².

Para angariar uma prática satisfatória, é necessário que o profissional triture a medicação sólida até obter pó fino e a dilua em uma quantidade satisfatória de água, relativamente, 20-30 ml, de modo a conseguir uma solução homogênea. Além disso, é essencial a administração imediata, pois a medicação em repouso é depositada no fundo do recipiente,

seringa ou copo, sendo necessária nova mistura, o que pode levar a uma perda de fração do fármaco⁷. Deve-se usar uma seringa para cada fármaco a ser administrado, devido à interação medicamentosa que pode haver entre eles⁶.

Conclusão

Existem muitas evidências científicas relacionadas à trituração de medicações sólidas, à discussão sobre deverem ou não ser trituradas, e às principais consequências decorrentes desta prática. Contudo, são escassas as iniciativas que buscam trazer resolutividade a essas questões. Como visto, nos casos de obstrução evi-

Figura 5. Caracterização dos medicamentos observados de acordo com a categoria medicamentosa, dose e apresentação.

CARACTERÍSTICAS DOS MEDICAMENTOS		
Medicamento	Dose	Apresentação
Bisoprolol	2,5 mg	Comprimido
Furosemida	40 mg	Comprimido
Omeprazol	20 mg	Cápsula
Amiodarona	220 mg	Comprimido

denciados neste estudo, a técnica utilizada para triturar, diluir e administrar esses fármacos interfere de forma relevante na oclusão do cateter de nutrição, assim como o escasso conhecimento por parte dos profissionais relacionado às formas de apresentação das medicações e se estas devem ser maceradas e diluídas.

Logo, é oportuno sugerir a integração do profissional de enfermagem, do farmacêutico e do médico, educações continuadas que visem conscientizar a equipe sobre a técnica de maceração — minimizando e, até mesmo, evitando riscos carcinogênicos, teratogênicos por inalação de partículas suspensas, bem como a obstrução do cateter — e prescrições que proponham vias alternativas para a administração dos medicamentos — como intravenosa, intramuscular, sub-

cutânea, intradérmica —, além de incentivar os profissionais da UTI a desenvolverem uma curiosidade epistemológica em todos os aspectos da prática cotidiana.

No que tange ao exercício da prática assistencial da enfermagem, é dever do enfermeiro responsável implementar medidas que otimizem os procedimentos rotineiros, a fim de aperfeiçoá-los, assim como analisar as situações de forma crítica e traçar planos de cuidados que visem o bem-estar do sujeito e a constante evolução da equipe.

Nessa perspectiva, baseada nos resultados obtidos na pesquisa entrelaçados à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), propõe-se a participação direta do enfermeiro, por meio da elaboração de prescrições de enfermagem que direcionem cuidados específicos para aprimorar

"(...) A técnica utilizada para triturar, diluir e administrar esses fármacos interfere de forma relevante na oclusão do cateter de nutrição, assim como o escasso conhecimento por parte dos profissionais relacionado às formas de apresentação das medicações e se estas devem ser maceradas e diluídas"

a técnica envolvida nos cuidados com o cateter de nutrição enteral relacionados à trituração de fármacos sólidos. 🐼

Referências

1. Chaves DL. SAE: Sistematização de Enfermagem. 1st ed. São Paulo: Martinari LTDA; 2009.
2. Lisboa CD, Silva LD. Consequências de interação entre nutrição enteral e fármacos administrados por sondas: uma revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*. 2011 Janeiro; 16.
3. Lima G, Negrini MMN. Assistência farmacêutica na administração de medicamentos via sonda: escolha da forma farmacêutica adequada. *Revista Einstein*. 2009.
4. Garcia AC, Rocha E, Trevezan MA. Gestão da qualidade na enfermagem brasileira: uma revisão da literatura. *UERJ Nursing Journal*. 2013; 21(6).
5. Lins BFE. Ferramentas básicas de qualidade. São Paulo; 1993.
6. Sutherland A. Guideline on administration of medication via enteral feeding tubes. In *Greater Glasgow and Clyde*; 2009. p. p.1-8.
7. Boullata JI. Drug administration through an enteral feeding tube: the rationale behind the guidelines. In ; 2009. p. p.34-42.
8. Graves C. A guide to drug therapy in patients with enteral feeding tubes: dosage form selection and administration methods. In *Hospital Pharmacy*; 2004. p. p.225-237.
9. Lisboa CD. Preparo e administração de medicamentos por sondas em pacientes que recebem nutrição enteral. 2011. Dissertação de mestrado da Faculdade de Enfermagem — UERJ.
10. Wilson N, Best C. Administration of medicines via an enteral feeding tube. *Nursing Times*. 2011; p. p.18-20.
11. Heydrich J. Padrão de prescrição, reparo e administração de medicamentos em usuários de sonda de nutrição enteral internados em um hospital universitário. 2006. Dissertação de mestrado da Faculdade de Farmácia — UFRGS.

Perspectiva do graduando em Enfermagem quanto ao futuro profissional

RESUMO | Os desafios na formação em enfermagem estão em construir um profissional com competências e habilidades técnicas/científicas para intervir nos serviços de saúde. O presente trabalho é um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que tem como objetivo conhecer as perspectivas dos graduandos em Enfermagem quanto ao seu futuro profissional. A pesquisa foi realizada com 100 alunos do curso de graduação em uma universidade privada do município de Aracaju, no segundo semestre de 2015. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras e os dados foram analisados através de um software ACTION versão 2.9. A maioria dos pesquisados sente-se apta para atuar como enfermeiro, sobretudo na área de Saúde Coletiva, tendo expectativas de se inserir no mercado de trabalho logo após conclusão do curso e iniciar uma especialização em Urgência/Emergência ou Saúde Pública. A visão dos graduandos sobre o futuro profissional reflete as oportunidades experimentadas durante a graduação. As instituições formadoras devem reconhecer suas expectativas e esclarecer, já nos últimos anos do curso, as possibilidades de atuação do enfermeiro no mercado de trabalho, contribuindo para inserção precoce dos seus egressos.

Palavras-chaves: educação em enfermagem; estudantes de enfermagem; mercado de trabalho.

ABSTRACT | The challenges in nursing training are in building a professional with technical/scientific skills and abilities to intervene in health services. The present work is a descriptive study, with quantitative approach, aiming to know the perspectives of Nursing undergraduates regarding their professional future. The research was carried out with 100 students of the undergraduate course at a private university in the municipality of Aracaju, in the second half of 2015. For the data collection, a semi-structured questionnaire was elaborated by the researchers and the data were analyzed through an ACTION software version 2.9. The majority of respondents feel able to act as a nurse, especially in the area of Collective Health, with expectations of entering the job market soon after completing the course and starting a specialization in Urgency/Emergency or Public Health. The vision of undergraduates about the professional future reflects the opportunities experienced during graduation. The educational institutions must recognize their expectations and clarify, in the last years of the course, the nurses' possibilities in the labor market, contributing to the early insertion of their graduates.

Keywords: nursing education; nursing students; job market.

RESUMEN | Los desafíos en la formación en enfermería están en construir un profesional con competencias y habilidades técnicas/científicas para intervenir en los servicios de salud. El presente trabajo es un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo, que tiene como objetivo conocer las perspectivas de los graduandos en Enfermería en cuanto a su futuro profesional. La encuesta fue realizada con 100 alumnos del curso de graduación en una universidad privada del municipio de Aracaju, en el segundo semestre de 2015. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario semiestruturado elaborado por las investigadoras y los datos fueron analizados a través de un software ACTION versión 2.9. La mayoría de los encuestados se siente apta para actuar como enfermero, sobre todo en el área de Salud Colectiva, teniendo expectativas de insertarse en el mercado de trabajo luego de la conclusión del curso e iniciar una especialización en Urgencia/Emergencia o Salud Pública. La visión de los graduandos sobre el futuro profesional refleja las oportunidades experimentadas durante la graduación. Las instituciones formadoras deben reconocer sus expectativas y aclarar, ya en los últimos años del curso, las posibilidades de actuación del enfermero en el mercado de trabajo, contribuyendo a la inserción precoz de sus egresados.

Palabras claves: educación en enfermería; estudiantes de enfermería; mercado de trabajo.

Suely Lisboa Nunes

Enfermeira graduada pela Universidade Tiradentes.

Acácia Pereira da Silva Oliveira

Enfermeira graduada pela Universidade Tiradentes.

Juliana de Oliveira Musse

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT. Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade São Francisco da Paraíba. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. Professora orientadora.

Marieta Gonçalves

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT. Mestre em Saúde e Ambiente – UNIT.

Conrado Marques de Souza Neto

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT. Mestre em Biotecnologia Industrial pela UNIT.

Carine Santana Ferreira Marques

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Tiradentes – UNIT. Mestre em Biotecnologia Industrial pela UNIT.

Recebido em: 22/03/2017

Aprovado em: 31/10/2017

Introdução

Os desafios na formação em enfermagem estão em construir um profissional com competências e habilidades técnicas/científicas para intervir nos serviços de saúde¹. Estão em formar um enfermeiro crítico, reflexivo e que consiga aliar a teoria com a prática sem comprometer os princípios científicos, mas que seja criativo e aprenda a se adaptar às singularidades e complexidades das situações. Sob outro aspecto, espera-se que seu papel seja o de agente integrante de políticas de saúde pública, promovendo o empoderamento

dos usuários e a participação social². Algumas formulações farmacêuticas elenadministração em sonda enteral².

Na contemporaneidade, o mercado de trabalho na saúde exige mão de obra cada vez mais qualificada e que acompanhe o desenvolvimento tecnológico e científico da área, tornando-se um grande desafio principalmente à formação do enfermeiro. Nesse contexto, as mudanças curriculares na graduação em Enfermagem nos últimos anos buscam atingir essa prática com propostas reais e com a conscientização do aluno de que a formação profissional é um processo de construção permanente³⁻⁶.

É fundamental uma reflexão quanto a esse processo de formação, a partir de experiências e enfrentamentos presentes no cotidiano de trabalho, confrontando as competências adquiridas e desenvolvidas no curso de graduação com a realidade laboral. Portanto, conhecer as perspectivas dos graduandos em enfermagem é uma forma de analisar, compreender e refletir sobre as questões relativas ao ensino superior e às características inerentes ao ingressante na profissão⁷.

Assim, a pesquisa buscou conhecer as perspectivas dos graduandos em enfermagem quanto ao seu futuro profissional, bem como caracterizar o perfil dos alunos e analisar o processo de formação acadêmica e suas expectativas profissionais.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa, realizado no segundo semestre do ano de 2015, em uma instituição de ensino superior privada localizada na cidade de Aracaju, estado de Sergipe. A amostra foi constituída por 100 alunos do último semestre da graduação de enfermagem, de um total de 106. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, com perguntas objetivas, elaborado pelas pesquisadoras, contemplando os seguintes aspectos: dados socioeconômicos dos alunos (idade, sexo, profissão, dados sobre formação escolar, estado civil e renda); informações relativas ao curso de graduação

(tipo de instituição, turno em que estuda e grade curricular) e sobre a expectativa profissional (área de interesse, dificuldades, interesse financeiro, preparação profissional). Os dados foram analisados através de um software ACTION versão 2.9.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido e os dados foram colhidos após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIT, sob o parecer 1.248.938.

“Foram consideradas como áreas mais importantes a de Saúde Coletiva, a gerencial/administrativa e a de semiologia/semiotécnica”

Resultados e Discussão

Analisando as características dos alunos, pode-se observar a predominância do sexo feminino (88%), com idade entre 20 e 30 anos (83%) e solteiros (86%). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos com egressos de enfermagem nos quais a maioria era também constituída por mulheres jovens e solteiras^{3,4}. A predominância feminina nos cursos de enfermagem já era esperada, uma vez que a profissão está enraizada às tendências históricas do papel da mulher no processo de cuidar⁸. Entretanto, a inserção dos homens na categoria vem aumentando no decorrer dos anos⁹.

Na pesquisa desenvolvida por Colenci e Berti (2011), cerca de 51,91% do total de uma amostra de 104 sujeitos já possuíam formação na área de enfermagem como auxiliar ou técnico, diferenciando dos dados encontrados nesse estudo, que foi apenas 22%. Vale ressaltar que alunos com experiência prévia na área podem ter maior facilidade em desenvolver habilidades práticas e técnicas durante os estágios.

Quanto ao tipo de instituição em que os alunos concluíram o ensino médio, a maioria (67%) referiu ser oriunda de instituição particular. Esses dados corroboram os de Spíndola, Martins e Francisco (2008), que, ao traçarem o perfil de 120 graduandos de uma instituição privada, encontraram a maioria sendo oriunda de escolas particulares, cerca de 62%, seguidos de 37,5% de escolas públicas.¹⁰

Na instituição, 30% dos alunos pesquisados possuem algum tipo de bolsa de financiamento estudantil, 52% têm o curso custeado pela família, 12% por meio de renda própria e 6% pelo cônjuge. Nesse sentido, programas criados pelo governo federal vêm colaborando com a inserção cada vez maior de estudantes economicamente menos favorecidos em IES privadas através de financiamentos como o FIES (Fundo de Financiamento Estudantil) e PROUNI (Programa Universidade para Todos).

Dados comprovam que, nos últimos anos, vem crescendo consideravelmente o número de ofertas de vagas de graduação em enfermagem, principalmente no setor privado, devido ao apoio oferecido pelo governo. Em 2011, haviam 826 cursos de Enfermagem em todo o Brasil, sendo 160 em instituições públicas e 666 em instituições privadas. Em 2012, esse número passou para 838 e, em 2013, para 888 cursos.^{11,4}

Considerando algumas áreas de estudo com as quais os alunos tiveram contato durante a vida acadêmica (gerência em enfermagem, semiologia/semiotécnica, metodologia da pesquisa, saúde mental, ensino clínico, estágio extracurricular e pesquisa/iniciação científica), foi sugerido

que os alunos julgassem o grau de importância das mesmas. Foram consideradas como áreas mais importantes a de Saúde Coletiva, a gerencial/administrativa e a de semiologia/semiotécnica. Esses resultados condizem com os da pesquisa na qual a Saúde Coletiva também foi apontada como predominantemente importante, demonstrando grande interesse dos graduandos por esse campo de atuação⁵.

Outro aspecto que merece atenção é o fato da pesquisa ainda ser considerada de pouca relevância por alguns acadêmicos (9%). Este resultado pode indicar que, embora a grade curricular na instituição em questão contemple disciplinas que estimulam a pesquisa, tais como Enfermagem Baseada em Evidências, os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), Práticas Investigativas, ainda existem alunos com dificuldade de compreensão quanto ao seu papel para uma prática de enfermagem mais segura e resolutiva.

Sobre as fontes de aprendizagem durante a trajetória acadêmica, pode-se constatar que as opções mais referidas foram atividades de extensão (42%) e participação em congressos (36,7%), seguidas de atividades de iniciação científica (11%), estágio (6%) e monitoria (4,3%). É necessário enfatizar que a procura por outros mecanismos de aprendizagem, além da sala de aula, é um exemplo de apropriação dos alunos em relação ao processo de formação, pois passam a ser atores, em vez de meros espectadores, buscando o conhecimento, atualizando-se, e, conseqüentemente, desenvolvendo novas habilidades e competências necessárias à profissão.

Desde a implantação da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996, existe a proposta de implementações pedagógicas nos cursos de ensino superior apoiadas no modelo de ensino por competências¹². As DCN/ENF enfatizam a competência profissional como a capacidade de colocar em prática os conhecimentos, valores e habilidades essenciais para o desempenho eficaz e eficiente das atividades oriundas do trabalho, que devem ser pautadas pela integralidade da assistência,

a adequação e flexibilidade do currículo às necessidades do SUS, a integração de disciplinas e a autonomia institucional¹³.

O processo ensino-aprendizagem na enfermagem é fundamental para a formação de profissionais mais criativos e adaptáveis, capazes de se adequarem às realidades impostas nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, comprometidos com a vida. Nesse sentido, o ensino por competências surge como proposta pedagógica que visa superar a abordagem tradicional e proporcionar uma educação mais ampliada¹⁴.

“A procura por outros mecanismos de aprendizagem, além da sala de aula, é um exemplo de apropriação dos alunos em relação ao processo de formação, pois passam a ser atores, em vez de meros espectadores”

O ensino tradicional é centrado no professor, por meio da transmissão de conteúdos pré-definidos, enquanto o ensino por competências traz uma perspectiva inovadora, em que o aluno passa a ser ator durante seu processo educativo e não apenas sujeito, estimulando o empoderamento em relação ao seu aprendizado. Além disso, este modelo estimula a discussão entre a teoria da disciplina e a experiência do trabalho, contribuindo para uma formação mais emancipadora¹⁵.

A avaliação da aprendizagem baseada em competências requer uma análise minuciosa por parte do docente, uma vez que o mesmo não deve apenas avaliar os

conhecimentos apreendidos, mas também as habilidades e atitudes desenvolvidas pelos alunos, comparando àquelas esperadas pela proposta pedagógica. O crescimento do educando transcende resultados de desempenho, estando voltado principalmente às competências profissionais a serem adquiridas e necessárias ao trabalho¹⁶.

Dos alunos questionados, 26% julgaram a profissão de enfermeiro como muito promissora, 63% como promissora, 11% como razoável. Não houve nenhum aluno que tenha considerado a profissão ruim. E em relação à atuação do enfermeiro nos dias atuais, 70% considerou ampla e diversificada, envolvida em diferentes etapas do processo saúde-doença, que vai desde a prevenção, o tratamento e a reabilitação até a participação nas transformações sociais e políticas. Esse resultado condiz com a proposta das DCNs, que é a de um profissional crítico, reflexivo e adaptável às singularidades do Sistema Único de Saúde.

No tocante à expectativa quanto ao mercado profissional, a maioria (92%) sente-se preparada para ingressar no mesmo e afirma ter sido bem formada pela universidade (92%). Vale ressaltar que 27% dos graduandos já receberam ofertas de trabalho. Esses resultados vão ao encontro dos observados em outra pesquisa na qual 32% de sua amostra (68 alunos do último semestre do curso de Enfermagem) confirmaram ter recebido proposta de emprego antes de se formarem, 96% consideravam-se aptos para o mercado de trabalho e 69% relataram renda mínima pretendida acima de R\$ 2.000.³

Quanto à expectativa financeira, 90% dos alunos acreditam vir a ganhar futuramente um salário superior a R\$ 2.000, 9%, entre R\$ 1.800 e 2.000 e apenas 1% acredita vir a ter uma remuneração entre R\$ 1.000 e 1.500. Vale ressaltar que a categoria ainda não tem um piso salarial aprovado, embora exista um projeto de lei (459) que tramita desde 2015 dispondo sobre o assunto.

Nas questões que abordavam a área de maior dificuldade, a que se sentem mais preparados e o que pretendiam fazer após

a conclusão do curso, os alunos tiveram a opção de marcar mais de uma alternativa. Dessa forma, em relação à área de maior dificuldade, a alternativa mais referida foi a de pesquisa (42,59%), seguida da área hospitalar (18,51%), de gestão (17,59%), ensino (11,11%), Saúde Pública (6,48%) e pediatria (2,77%). Não quiseram opinar 2,77%. Por outro aspecto, os alunos afirmaram sentir-se mais preparados para trabalhar na Saúde Pública (42,73%), seguido de na área hospitalar (34,78%), em gestão (0,15%), ensino (8%), pesquisa (3%) e obstetrícia (3%).

Ao serem questionados quanto aos planos após a conclusão do curso, as alternativas mais referidas foram: inserir-se no mercado de trabalho, com 32,71%; iniciar uma especialização *latu sensu*, com 31,48%; estudar para prestar concurso público, 19,75%; participar de processo seletivo para mestrado acadêmico, 11,11%; e iniciar outra graduação, 4,95%. Nenhum aluno optou por atuar com pesquisa após a formação.

Os resultados supracitados, mais uma vez, apontam a desvalorização ou a pouca adesão dos graduandos quanto à área de pesquisa, aspectos que podem ser considerados preocupantes, uma vez que a pesquisa promove uma prática de enfermagem baseada em evidências, ou seja, a atitude profissional pautada no pensamento crítico e reflexivo, com a escolha das melhores ações para a tomada de decisões durante a assistência.

Uma pesquisa realizada por Erdmanna, Peiter e Lanzoni (2017)¹⁷, cujo objetivo era caracterizar o perfil dos grupos de pesquisa da área da Enfermagem disponíveis no Diretório dos Grupos de Pesquisa na página do CNPq nos anos de 2006 e 2016, demonstrou que, embora o número desses grupos tenha aumentado de 251 em 2006 para 617 em 2016, 22% ainda permanecem sem a participação de alunos de graduação.

Considerações Finais

A maioria dos pesquisados acredita estar preparada para exercer a profissão de en-

fermeiro, sobretudo no campo de Saúde Pública, uma das áreas em que os graduandos sentem-se mais aptos a atuar. Estes têm expectativas de se inserirem no mercado de trabalho logo após a conclusão do curso e de iniciar uma especialização, principalmente nas áreas de Saúde Coletiva e de urgência/emergência. Entretanto, percebeu-se que existe pouca adesão dos alunos, durante seu processo de formação, à área de pesquisa.

A visão dos graduandos sobre o futuro profissional reflete as oportunidades experimentadas durante a graduação. Suas expectativas devem estar alinhadas aos prévios conhecimento, treinamento e divulgação da realidade que os espera fora do campus universitário. Cabe à instituição formadora esclarecer os seus alunos — seja por meio das matérias e dos conhecimentos oferecidos, seja por meio de convênios com empresas e órgãos públicos — e zelar para a inclusão dos formados na economia, aproximando, o mais fidedignamente possível, a realidade acadêmica da realidade profissional. 🐦

Referências

1. Silva MG, Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva RMO. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis. 2010; 19(1): 176-84.
2. Lucchese R, Vera I, Pereira WR. As políticas públicas de saúde — SUS — como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(3):562-6.
3. Manarin AP, Bortoleto CB, Ferreira MCS. Perspectivas do egresso de enfermagem frente ao mercado de trabalho. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde.* 2009; 8(1): 93-105.
4. Colenci R, Berti HW. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011; 46(1):158-66. 2011.
5. Carvalho LS. Uma antiga profissão do futuro: percepções de enfermeiros sobre sua formação e inserção profissional. Dissertação para mestrado — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=601703&indexSearch=ID>>. Acesso em: 27 out. 2015.
6. Jabbur MFLO, Costa SM, Dias OV. Percepções de acadêmicos sobre a enfermagem: escola, formação e competências da profissão. *Rev. Norte Min. Enferm.* 2012;1(1):3-16.
7. Barlem JGT, Bordignon SS, Lunardi VL, Zacarias CC, Barlem ELD, Filho WDL. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. *Escola Anna Nery.* 2012; 16(2):343-353.
8. Oliveira BM, Mininel VA, Felll, V. E. A. Qualidade de vida de graduandos de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2011; 64(1):130-135.
9. Vitorino DFP, Hertel VL, Simões IAR. Percepções de moradores de uma cidade de Minas Gerais sobre o profissional de enfermagem do gênero masculino. *Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(4):528-537.
10. Spíndola T, Martins ERC, Francisco MTR. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. *Rev. Bras. Enferm.* 2008; 61(2): 164-9.
11. Teixeira E, Fernandes JD, Andrade AC, Silva KL, Rocha MEMO, Lima RJO. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev. Bras. Enferm.* 2013;66 (esp):102-10.
12. Ministério da Educação. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 34, n. 248, 23 dez. 1996. Seção 1, p.833-841.* Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 13 out. 2015.
13. Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Francisco AM, Moreira HM, Gomes R. A formação em enfermagem por área de competência: limites e possibilidades. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014;48 (esp2):225-232.
14. Paranhos VD, Mendes MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2010; 18(1):1-7.
15. Souza, SDH.; Miyadahira, AMK. O desenvolvimento de competências no curso de graduação em Enfermagem: percepção de egressos. *Cienc. Cuid. Saúde.* 2012;11:243-250.
16. Prado RA, Prado ML, Reibnitz KS. Desvelando o significado da avaliação no ensino por competência para enfermeiros educadores. *Rev. Eletr. Enf.* 2012;14(1):112-121.
17. Erdmann AL, Peiter CC, Lanzoni GMM. Grupos de pesquisa em enfermagem no Brasil: comparação dos perfis de 2006 e 2016. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):69051.

Relatos de enfermeiros: pacientes com HIV/Aids em processo de morte

RESUMO | Objetivo: relatar casos de pacientes com HIV/Aids em processo de morte para enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. Método: trata-se de um estudo descritivo-exploratório e qualitativo realizado com 41 enfermeiros. Resultados: os pacientes marcantes para os enfermeiros foram crianças que contraíram HIV/Aids por meio do abuso sexual ou por transmissão vertical, pais que abandonaram a família após a descoberta do HIV e casais soroconcordantes. Conclusão: percebe-se que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, a Aids, quando não tratada, é uma doença permeada pela proximidade da morte, fazendo-se necessário que os enfermeiros e toda a equipe multiprofissional promovam acolhimento, uma escuta qualificada e orientações voltadas à adesão à terapia antirretroviral.

Palavras-chaves: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT | Objective: report cases of patients with HIV/AIDS in the process of death for nurses who work in Intensive Care Units. Method: this is a descriptive-exploratory and qualitative study, carried out with 41 nurses. Results: the outstanding patients for nurses were children who contracted HIV/AIDS through sexual abuse or by mother-to-child transmission, parents who left the family after the discovery of HIV and seroconcordant couples. Conclusion: it is noticed that, despite the scientific and technological advances, AIDS, when untreated, is a disease permeated by the proximity of death, making it necessary for nurses and the whole multiprofessional team to promote reception, qualified listening and orientations directed to the adherence to antiretroviral therapy.

Keywords: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; nursing; Intensive Care Units.

RESUMEN | Objetivo: informar casos de pacientes con VIH/SIDA en proceso de muerte para enfermeras que actúan en Unidades de Terapia Intensiva. Método: se trata de un estudio descriptivo exploratorio y cualitativo realizado con 41 enfermeras. Resultados: los pacientes marcados para las enfermeras fueron niños que contrajeron el VIH/SIDA a través de abuso sexual o por transmisión vertical, los padres que han abandonado la familia después del descubrimiento del VIH y soroconcordantes parejas. Conclusión: se dio cuenta de que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, el SIDA, cuando no se trata, es una enfermedad impregnada por la proximidad de la muerte, haciéndose necesario que las enfermeras y todo el equipo multiprofesional promueven acogida, una escucha cualificada y orientaciones dirigidas a la adhesión a la terapia antirretroviral.

Palabras claves: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos.

Rebeca Coelho de Moura Angelim

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB.

Daniela de Aquino Freire

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB.

Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem UPE/UEPB.

Luciana da Rocha Cabral

Enfermeira. Residente em Saúde da Mulher pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP).

Fátima Maria da Silva Abrão

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Adjunta da Universidade de Pernambuco (UPE).

Recebido em: 13/12/2016

Aprovado em: 31/10/2017

Introdução

O avanço da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) permanece como um desafio aos diversos segmentos científicos, políticos e sociais, sendo caracterizado por se apresentar como uma epidemia multifacetada e de difícil controle. Diante das práticas e hábitos realizados pelos indivíduos em geral, houve mudanças no perfil epidemiológico da in-

fecção pelo HIV, extrapolando o foco dado no início da epidemia de acometer determinados grupos de riscos, passando a ser considerados vulneráveis ao HIV os grupos populacionais compostos por jovens, homens, mulheres, idosos, homossexuais e outros¹.

Tal realidade dá-se pelo aumento da transmissão do HIV por meio da via sexual, podendo estar associada ao não uso de métodos preventivos em relações consideradas estáveis e à não suspeita de que pessoas com aparência saudável poderiam estar contaminadas, ampliando a vulnerabilidade desses indivíduos e acarretando, dessa forma, em uma maior exposição para contaminação do vírus².

O descobrimento do diagnóstico de soropositividade para o HIV é um momento

difícil, geralmente ligado a sentimentos de medo, angústia e tristeza, e que pode ser encarado com reações de rejeição/negação inicialmente. Entretanto, por se tratar de uma doença sem cura e por afetar o sistema imunológico dos pacientes, torna-se necessário que os mesmos sejam orientados e acompanhados quanto aos cuidados a serem realizados.

Dessa forma, sabendo-se do impacto biopsicossocial da Aids, bem como da terapia antirretroviral, o abandono do tratamento pode acarretar graves prejuízos à saúde das pessoas que vivem com o HIV/Aids (PVHA), ao torná-las mais suscetíveis à aquisição de doenças oportunistas e que, logo, acabam evoluindo para um quadro mais grave que necessita de cuidados intensivos.

Considerando-se os diversos grupos populacionais vulneráveis à exposição e contaminação do HIV, o presente estudo objetivou relatar casos de pacientes com HIV/Aids em processo de morte para enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva.

Métodos

Trata-se de um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo, com uma abordagem qualitativa, realizado com 41 enfermeiros do quadro permanente e que exerciam, há no mínimo seis meses, sua prática profissional com as PVHA. Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida em três serviços de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Estado de Pernambuco entre os meses de agosto de 2013 a julho de 2014. Estes serviços prestam assistência especializada aos pacientes com o diagnóstico positivo para o HIV pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados foi realizada a partir de uma entrevista semiestruturada, cujo roteiro foi aplicado de forma individual, em sala reservada, contendo a seguinte questão norteadora: qual foi o caso de HIV/Aids em processo de morte mais marcante?

As entrevistas foram gravadas e, logo depois, transcritas para preservar a fidedignidade das falas. O tempo médio de cada entrevista foi de 20 minutos. Para analisar os dados, utilizou-se a técnica de análise de

conteúdo de Bardin (2010)³, cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações. Nessa técnica, considera-se a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou um conjunto de características num determinado fragmento da mensagem. Este tipo de análise é uma técnica que permite, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto, replicáveis ao seu contexto social.

"(...) A Aids, quando não tratada, é uma doença permeada pela proximidade da morte, apesar dos avanços científicos e tecnológicos"

O estudo foi elaborado em consonância com a Resolução 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco e aprovado sob parecer nº 323.018.

Resultados e discussão

A pesquisa envolveu 41 enfermeiros, sendo a maioria do sexo feminino (85,4%). Os extremos etários foram de 23 a 62 anos e a média das idades foi de 40,92 anos. Quanto ao estado civil, 56,1% relatou ser casado. Sobre a capacitação profissional, 90,2% dos entrevistados referiram ter concluído cursos de especialização lato sensu e apenas 4,9% têm o título de mestrado.

Observaram-se, por meio das falas dos enfermeiros, casos de pacientes que adquiriram a infecção do HIV através do abuso sexual sofrido na infância ou na adolescência, e, geralmente, vindo de pessoas com grau de parentesco próximo à família ou que convivem com a criança e o adolescente.

A história é que a menor morava com a mãe e o padrasto no interior, e esse padrasto a estuprou aos sete anos de idade e foi embora. (Ent. 17)

Foi de um adolescente de 14 anos. Segundo informações, esse adolescente tinha sofrido abuso, e você olhava para ele e achava que era uma criança, porque ele não tinha porte de um adolescente na faixa etária que respondesse àquela idade. (Ent. 30)

O abuso sexual contra crianças e adolescentes é definido como o contato ou a interação sexual entre uma criança e/ou adolescente com alguém em estágio psicosexual mais avançado de desenvolvimento, sendo que a vítima é usada para estimulação e gratificação sexual do agressor⁴.

Desta forma, vale salientar que a violência sexual, principalmente contra crianças e adolescentes, constitui uma das manifestações de violência mais desumanas e que ainda permanece até os dias atuais. E, além, tudo isso é uma forma de violação dos direitos humanos.

Estudo revela que, em relação ao grau de parentesco dos agressores, 27,3% deles são os próprios pais e/ou padrastos da vítima. Em 23,4% dos casos o autor da agressão é o vizinho, em 9%, o tio, em 8%, o namorado, e em 5,2%, outros, enfatizando a íntima relação entre o agressor e a vítima⁵.

Teve um que passou por mim pouco mais de 6 meses. Ele tinha sido abandonado pela família e a mãe morava em outro estado. Quando criança, ele foi abusado pelo padrasto e a mãe, mesmo sabendo do abuso, não se separou do marido. Ao crescer, ele se tornou um homossexual. Não sei dizer se isso interferiu ou não na decisão dele, enfim. (Ent. 20)

Ele foi abusado aos 7 anos de idade até os 14 anos pelo padrasto, e, quando a mãe dele descobriu, ele foi expulso de casa e foi se prostituir para sobreviver e foi quando ele adquiriu o vírus. (Ent. 34)

Nota-se nestas falas (acima) que a/o criança/adolescente passou por um histórico longo de abuso e isso pode ser devido ao silêncio das vítimas, que, muitas vezes, não revelam a situação por medo do agressor ou até mesmo por vergonha, ou por não serem capazes de identificar a relação abusiva como certa ou errada. Diante dessas falas, pressupõe-se que, além do trauma, o abuso pode levar a sérias consequências como o abandono, a prostituição, a probabilidade de contaminação pelo HIV, e, ainda, a rejeição dessa criança.

Outro ponto importante ao observar as falas é que, quando expostas a situações de abuso, as crianças precisam ser ouvidas e acolhidas pelos seus tutores de forma que sejam retiradas de tal exposição, pois o que acontece em alguns casos é que elas relatam a situação e são ignoradas.

Neste cenário, um estudo revela que o abuso sexual pela própria vítima ou a descoberta deste por outras pessoas configuram-se, em muitos casos, como evidências primordiais para promover a prevenção primária, ao diminuir as possibilidades de que outras crianças e adolescentes sejam violentadas pelo mesmo agressor, além de impedir a revitimização e minimizar sequelas psicológicas e físicas por meio do acesso das vítimas aos serviços médicos, psicológicos e outras intervenções^{6,7}.

Na fala expressa abaixo, evidenciou-se que, mesmo diante do conhecimento de contaminação com o HIV, há mães que expõem seu bebê a uma situação de risco, aumentando a probabilidade da criança contrair o vírus causador da Aids.

Inclusive, nós tivemos uma criança aqui com 28 dias que chegou e foi internada com tuberculose. A mãe sabia que tinha (o vírus) e mesmo assim amamentava. (Ent. 01)

Quando a criança é infectada com o HIV, muitas vezes, isso gera nos familiares sentimentos de impotência e culpa, além de medo, preocupação e sofrimento, que, por vezes, levam ao uso de drogas, pensamento de morte e desespero⁸. Entretanto, na fala anterior, o profissional revela que a genitora mostrou total indiferença ao amamentar a criança, mesmo sabendo do risco da transmissão pelo aleitamento materno.

Diante dessas experiências vivenciadas pelos enfermeiros em relação à transmissão, percebe-se que a assistência qualificada prestada pelos mesmos é capaz de criar vínculos de confiança com os pacientes e seus familiares, servindo como alicerce de apoio e escuta, como pode ser lido a posteriori.

Uma mãe chegou para mim e disse: “nossa menina morreu”. Então isso para mim é muito importante. Ela ligou para mim e disse: “eu quero você na UTI”. Então eu

“Observaram-se, por meio das falas dos enfermeiros, casos de pacientes que adquiriram a infecção do HIV através do abuso sexual sofrido na infância ou na adolescência, e, geralmente, vindo de pessoas com grau de parentesco próximo à família ou que convivem com a criança e o adolescente”

fui lá. “Porque minha filha parece que não está bem”. Quando eu cheguei lá, a mãe me abraçou e disse: “nossa menina foi embora”. (Ent. 01)

Eu me lembro de vários casos de pacientes que marcaram, porque eles terminaram passando muito tempo internados e criamos um certo vínculo. (Ent. 20)

É importante reconhecer a relevância do apoio profissional à família das pessoas que vivem com HIV. Para isso, faz-se ne-

cessário que a família receba orientações adequadas de profissionais de saúde desde o início do diagnóstico do HIV/Aids, para que estes compreendam os cuidados que devem ser realizados com a criança⁹.

Dessa maneira, a imagem do enfermeiro emerge como a daquele que coordena, acolhe, cuida, apoia e aconselha o processo de cuidado do paciente em diversas situações, pois o paciente com HIV requer cuidados especiais, principalmente crianças e adolescentes que no início da vida já estão enfrentando uma situação complexa como a do HIV, que, mesmo havendo tratamento, ainda é envolvida por estigmas e discriminação.

Sendo assim, o papel do enfermeiro e de toda a equipe de saúde faz-se importante no sentido de assistir, ensinar e integrar a família no cuidado ao paciente, pois é fundamental para a nova realidade a ser enfrentada.

Outro ponto primordial que precisa ser discutido é em relação ao abandono de entes queridos após a descoberta do diagnóstico de soropositividade do HIV, como pode ser observado na fala abaixo.

A mãe, quando soube que era soropositiva, foi embora e deixou a filha com a avó. Quando a menina começou a ficar doente, a avó começou a andar com ela (neta) pelos hospitais do interior, e, ao chegar a Recife, descobrimos que ela também era soropositiva, aos nove anos de idade. (Ent. 17)

A criança, a partir da concepção, nasce e traz consigo sentimentos de inocência, de início da vida, de início de aprendizado e, por isso, deve ser livre de muitos perigos que a vida adulta oferece, mas pode-se observar que, cada vez mais, elas são vítimas da contaminação do HIV proveniente dos seus responsáveis¹⁰.

A infecção do HIV em crianças por meio da transmissão vertical repercute, muitas vezes, de forma traumática, tanto em relação à mãe, por ter transmitido o vírus, como para o filho, uma vez que, desde novo, precisa enfrentar todo o processo de adoecimento e tratamento, além do julgamento da sociedade.

Algumas pessoas que têm o vírus do HIV não fazem adesão ao tratamento por diversos motivos, dentre eles, a não aceitação da doença, a estigmatização e discriminação pela sociedade e até mesmo por familiares e amigos, e devido às adversidades decorrentes do tratamento antirretroviral.

A seguir, um enfermeiro relata o caso de um casal sorocordante. Sobre este assunto, vale lembrar que, mesmo que os dois sejam soropositivos, é necessário realizar as precauções durante a relação sexual, pois a relação desprotegida pode levar a alterações na carga viral, ou seja, aumentar a carga viral, podendo levar a complicações relacionadas às doenças oportunistas.

Eu tive casais, marido e mulher com Aids, filho com Aids, eles internados e a filha internada em outro hospital; no falecimento da filha e a mãe estava internada. (Ent. 35)

Quando um casal sorocordante decide ter um filho, é preciso receber esclarecimentos — vindos, principalmente, dos profissionais de saúde — acerca das tecnologias atualmente disponíveis e recomendadas, que visam reduzir o risco de transmissão do vírus. Sendo assim, provavelmente, a genitora do caso relatado acima ou não seguiu as orientações ou não foi orientada

quanto às medidas a serem realizadas para evitar a transmissão vertical.

Segundo o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas para prevenção da Transmissão Vertical do HIV, a taxa de transmissão do vírus quando a gestante faz o uso correto de antirretrovirais é inferior a 1%. Vale ressaltar que a carga viral e a contagem de linfócitos CD4 são utilizadas para monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando, desta forma, na resposta ao tratamento antirretroviral¹¹.

Para que ocorra uma proteção adequada entre casais HIV-positivos, torna-se necessário aderir ao uso do preservativo durante a relação sexual. Este cuidado é indispensável à promoção e proteção da saúde desses indivíduos, seja nas relações estáveis ou não, nos sorocordantes e nos sorodiscordantes. Assim, vê-se a necessidade de um serviço ambulatorial qualificado que utilize meios que priorizem a promoção da saúde a estes casais com HIV/Aids em relação ao uso correto do preservativo, elucidando a sua real necessidade, pois, ao se ter relação sexual expositiva, podem ocorrer a contaminação e/ou o aumento da carga viral de seus companheiros e até de si mesmos¹².

Conclusão

De acordo com os casos relatados pelos enfermeiros, percebeu-se um maior impacto acerca da contaminação em crianças, a qual se dava por meio do abuso sexual entre familiares ou pela transmissão vertical. Essas situações geralmente causam um choque devido à circunstância de indefesa das crianças, em razão de sua vulnerabilidade por não poderem evitar a transmissão. Além disso, devido à dependência de cuidadores, sejam eles os pais ou não, e ao processo de construção da sua imunidade, a Aids tem um efeito mais maléfico nas crianças do que nos adultos.

Observou-se, ainda, neste estudo, que a Aids, quando não tratada, é uma doença permeada pela proximidade da morte, apesar dos avanços científicos e tecnológicos, os quais possibilitaram a dispensação universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais, os programas de tratamento e controle, além de profissionais de saúde capacitados para prestar uma assistência integral e humanizada, por meio do acolhimento, da escuta ativa e das orientações relacionadas à terapia antirretroviral, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos doentes com Aids. 🐦

Referências

1. Bezerra VP, Serra MAP, Cabral IPP, Moreira MASP, Almeida SPF, Patricio ACFA. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. *Rev. gaúch. enferm.*, 2015;36(4):70-6.
2. Gontijo DT, Cunha APG, Riccioppo MRPL, Molina RJ, Medeiros M. "Deixo ela no canto e vou tocar minha vida": significados de viver com HIV para homens com adesão irregular à terapia antirretroviral. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)*, 2013;26(4):480-488.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições; 2010.
4. World Health Organization, WHO, & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, ISPCAN. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. 2006. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.
5. Soares EMR, Silva NLL, Matos MAS, Araújo ETH, Silva LDSR, Lago EC. Perfil da violência sexual contra crianças e adolescentes. *Rev. Interdisciplinar*, 2016; 9(1): 87-96.
6. Mason C, Kennedy N. Sexual abuse in Malawi: patterns of disclosure. *J. child sex. abuse*, 2014;23(3):278-289.
7. McElvaney R. Disclosure of child sexual abuse: delays, non-disclosure and partial disclosure. What the research tells us and implications for practice. *Child Abuse Rev.*, 2013;24(3):159-169.
8. Oliveira FFD, Wernet M, Silveira AO, Dupas G, Alvarenga WA. Esperança da gestante soropositiva para o vírus da imunodeficiência humana. *Ciênc. cuid. saúde*, 2012;11(4):730-738.
9. Alvarenga WA, Silva MR, Nascimento LC, Wernet M, Oliveira FFD, Dupas G. Experiência de familiares no cuidado à criança exposta ao HIV: o início da trajetória. *Rev. gaúch. enferm.*, 2014;35(3):68-74.
10. Borges JMC, Pinto JAP, Ricas J. Mães e crianças vivendo com HIV/Aids: medo, angústia e silêncio levando a infância à invisibilidade. *Estud. psicanal.*, 2009;(32):71-80.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília; 2015.
12. Moura ERF, Lima DMC, Silva RM. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/Aids, o que mudou com a soropositividade. *Rev. Cuba Enferm.*, 2012;28(1):37-48.

O olhar humanizado sobre o paciente crítico: reflexões em um campo de estágio da Enfermagem

RESUMO | A humanização é adotada como base para a formação do trabalhador de saúde, tendo em vista o cuidado integral, a promoção da saúde e a valorização da subjetividade do ser cuidado e social. Objetivo: o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência das aulas práticas de discentes de Enfermagem, abordando as expectativas criadas antes de entrar em um ambiente de atendimento crítico, bem como a realidade impactante encontrada frente à assistência e o aprendizado alcançado mediante as situações vividas. Método: trata-se de um relato de experiência com uma abordagem qualitativa. Resultados: a análise dividiu-se em 02 (duas) categorias, "Conhecendo a assistência: percepção das discentes" e "Refletindo a humanização na caminhada acadêmica". Conclusão: conclui-se que se pode ir além, quebrando pré-conceitos que são criados antes de se entrar em campo de estágio crítico, superando as expectativas.

Palavras-chaves: humanização; enfermagem; estágio.

ABSTRACT | The humanization is adopted as the basis for the formation of the health worker, in view of the integral care, health promotion and the appreciation of the subjectivity of the social human being cared for. Objective: this study aimed to report the experience of the practical classes of Nursing students, addressing the expectations created before entering a critical care environment, as well as the shocking reality found in relation to the care and the learning achieved through the situations experienced. Method: this is a report based on experience with a qualitative approach. Results: the analysis was divided into 02 (two) categories, "Knowing the assistance: students' perception" and "Reflecting the humanization in the academic walk". Conclusion: it is concluded that one can go beyond, breaking preconceptions that are created before entering the field of critical stage, surpassing expectations.

Keywords: humanization; nursing; internship.

RESUMEN | La humanización se adopta como base para la formación del trabajador de salud, teniendo en cuenta el cuidado integral, la promoción de la salud y la valorización de la subjetividad del ser cuidado y social. Objetivo: este estudio tuvo como objetivo hacer un relato de las clases prácticas de los estudiantes de Enfermería, en contra de las expectativas creadas antes de entrar en una unidad de cuidados intensivos y la realidad impactante que ha sido encontrada frente a la asistencia y el aprendizaje alcanzada a través de las situaciones experimentadas. Método: se trata de un relato de experiencia con un enfoque cualitativo. Resultados: el análisis se dividió en 02 (dos) categorías, "Conociendo la asistencia: percepción de los discentes" y "Reflejando acerca de la humanización en la jornada académica". Conclusión: se concluye que se puede ir más allá, rompiendo los prejuicios que se han formado antes de entrar en el campo de práctica crítica, superando las expectativas.

Palabras claves: humanización; enfermería; práctica.

Camila Mendes da Silva

Acadêmica de Enfermagem. Estudante. Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande/PB, Brasil.

Dayanne Marcelle Guedes Ferreira

Acadêmica de Enfermagem. Estudante. Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande/PB, Brasil.

Jamira Martins dos Santos

Acadêmica de Enfermagem. Estudante. Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande/PB, Brasil.

Recebido em: 11/04/2017

Aprovado em: 15/11/2017

Andreia Oliveira Barros Sousa

Enfermeira. Especialista. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande/PB, Brasil.

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

Enfermeira. Especialista. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande/PB, Brasil.

Taciana da Costa Farias Almeida

Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Paraíba. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande/PB, Brasil.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva é destinada à internação de pacientes críticos, sendo aqueles com comprometimento de um ou mais dos sistemas fisiológicos, tornando-se necessários a substituição artificial das funções, atrelada a uma assistência contínua pelos profissionais, bem como materiais específicos e outras tecnologias⁽¹⁾.

Assim, o trabalho da equipe de enfermagem é fundamental para uma assistência de qualidade na UTI. No entanto, os profissionais precisam superar dificuldades que são evidenciadas na literatura, como desunião da equipe,

escassez de trabalhadores, estrutura inadequada, falta de equipamentos e materiais⁽²⁾ e, especificamente para os enfermeiros, somam-se as condições insatisfatórias relacionadas à baixa remuneração, hierarquização, diversidade, complexidade dos procedimentos técnicos e sobrecarga de trabalho⁽³⁾.

Nesse sentido, a humanização surge como solução para os problemas assistenciais, adotada como base para a formação do trabalhador de saúde, tendo em vista o cuidado integral, a promoção da saúde e a valorização da subjetividade do ser cuidado e social⁽⁴⁾. Ela valoriza o usuário como ser participativo do cuidado, sugere a criação de vínculo para assistência integral, além de oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente⁽⁵⁾.

A humanização é traduzida pela Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) como um elo entre a gestão e o cuidado, inclusive entre suas diferenças, ou seja, um modo de incentivar a produção de novas formas de cuidado e de organização do mesmo. A PNH deve estar inserida em todos os programas e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo ao princípio de transversalidade, ampliando o grau de comunicação entre os grupos e quebrando, assim, o cuidado hierarquizado, bem como ao de indissociabilidade entre a gestão e o cuidado, e, ainda, à autonomia dos sujeitos envolvidos, uma vez que as mudanças ocorrem quando são reconhecidos os papéis de todos os inclusos⁽⁶⁾.

Frente às experiências vividas por estudantes de graduação durante sua prática assistencial, alguns questionamentos foram considerados: os estudantes que vão ao encontro da realidade da UTI estão preparados para lidar com as várias fragilidades do ser humano? Será que, além da estrutura organizacional da UTI, da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e das técnicas para manuseio de equipamentos, eles sabem lidar com os sentimentos que a assistência

ao paciente crítico pode advir? Será que os discentes reconhecem uma assistência humanizada dentro da UTI?

A partir dessa reflexão, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência das aulas práticas de discentes de enfermagem, por meio de suas vivências em uma UTI, abordando as expectativas criadas antes de entrar em um ambiente

“Ao retirar a sonda, a usuária urinou por um período relativamente longo, o que nos fez refletir como a paciente poderia estar desconfortável e impossibilitada de se comunicar para relatar dor, pelo fato de estar entubada”

de atendimento crítico, bem como a realidade encontrada frente à assistência e o aprendizado levado mediante as situações vivenciadas.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. O relato de experiência é um tipo de estudo utilizado para descrever vivências consideradas relevantes, que possuem teor para contri-

buir com a prática de outros profissionais. A experiência pode se repetir em outros cotidianos, porém, a reflexão e narração são singulares, uma vez que elas dependem da personalidade dos envolvidos, da biografia e da participação na história⁽⁷⁾.

A experiência foi vivenciada por três discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, durante o primeiro estágio na UTI do Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga, localizado no município de Campina Grande/PB. A instituição é referência para atendimentos de urgência e emergência de 64 municípios.

Foram três turnos de aulas práticas, do componente curricular obrigatório “Atenção ao Paciente Crítico”, ofertados durante o mês de março de 2017 e acompanhados por uma docente, os quais possibilitaram efetuar os ensinamentos assistidos na teoria e em sala de aula.

O presente relato de experiência foi elaborado sistematicamente a partir de quatro etapas: resgate da experiência através do diálogo entre as discentes e autoras do relato e de anotações realizadas durante a vivência prática; seleção da temática que marcou as discentes de forma singular; análise da literatura científica para compreender as evidências produzidas nesta temática; e, por fim, a escolha final da vivência a ser relatada.

Durante o relato, foram adotados nomes fictícios de pedras preciosas para os casos de pacientes que foram descritos, tanto para preservar a identidade dos mesmos, como para realçar a discussão, vistos os objetivos propostos.

Por se tratar de experiência de ensino-aprendizagem, não houve necessidade da formalização do procedimento de consentimento livre e esclarecido previsto na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RELATANDO A EXPERIÊNCIA

A análise produziu 02 (duas) categorias: “Conhecendo a assistência: percepção das discentes” e “Refletindo a humaniza-

ção na caminhada acadêmica”, tendo-se como fundamentação teórica reflexiva a literatura de Paulo Freire e as concepções da humanização.

1 - Conhecendo a assistência: percepção das discentes

No primeiro dia de estágio, as discentes conheceram a estrutura física da unidade. A UTI do hospital é uma sala ampla, onde os pacientes são dispostos em suas laterais, um ao lado do outro e separados por biombos. Há no meio um espaço onde os prontuários são organizados, em uma longa mesa de granito que possibilita aos profissionais um olhar constante sobre os pacientes.

Primeiramente, fomos apresentadas à equipe, composta por médico, enfermeiros e técnicos de enfermagem, todos sendo acolhedores, permitindo que as discentes ficassem à vontade para participar com eles de qualquer cuidado que fosse prestado. É vital que cada trabalhador da equipe cumpra com suas responsabilidades e compromimentos durante a rotina, estando disposto a sanar dúvidas e manter a organização do ambiente de trabalho⁽²⁾.

Posteriormente, pela primeira vez, as alunas assistiram à passagem de plantão de uma equipe para outra. Conheceram os usuários internos, suas patologias, alterações significativas em seus quadros e suas particularidades. Durante esse processo, as discentes observaram como a enfermeira que assumiria o plantão obtinha as informações sobre os pacientes já conhecidos de plantões anteriores e como se atentava para compreender os quadros clínicos e as necessidades daqueles que eram novos na unidade.

Cabe destacar que a enfermagem é a categoria que fornece cuidados assistenciais mais diretos e especializados na UTI, com profissionais que precisam ter o conhecimento sobre o paciente, desenvolver a empatia por ele, para que se promova o cuidado verdadeiro, essencialmente como uma ação interativa entre cuidador e a pessoa que é cuidada⁽⁸⁾.

Iniciou-se a rotina da nova equipe e a docente optou pelos pacientes mais graves, com o intuito de criar para as alunas a oportunidade de assistirem um paciente crítico e necessitado de cuidados mais intensivos em relação aos demais. Esses foram momentos propícios para instigar o desenvolvimento de competências e

“Foi um caso que inquietou bastante as discentes, pois a paciente não conseguia expressar seus desejos e necessidades, tendo em vista que não falava (...) e nem movimentava seus membros. Seus olhos expressavam a tristeza de não ser mais como antes”

habilidades concernentes à assistência de enfermagem⁽⁹⁾, envolvendo o planejamento das ações e o olhar crítico-reflexivo sobre o paciente crítico.

Inicialmente, analisaram-se os prontuários com o objetivo de obter o maior número de informações, considerando que a maioria dos pacientes estavam

sedados e não poderiam nos responder. Cada discente realizou o exame físico céfalo-podálico, tendo a sensibilidade de dialogar com o usuário, explicando as intervenções que estavam realizando. Foi observado que essa prática era feita apenas por uma técnica de enfermagem da equipe vivenciada, enquanto ela realizava um banho no leito.

Ao término, cada discente fez a evolução de enfermagem no prontuário de seus respectivos pacientes, identificou os principais diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções a serem realizadas. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desta UTI é feita por meio de um instrumento próprio da unidade, composto por tópicos de múltipla escolha com diagnósticos e intervenções já redigidos para serem apenas selecionados, limitando, assim, a possibilidade de um olhar integral sobre o usuário, porém, facilitando o trabalho dos enfermeiros ali sobrecarregados, segundo relato desses.

Alguns dos fatores que colaboram para o processo de humanização entre os profissionais de enfermagem de UTI são o trabalho realizado em equipe, o bom relacionamento interpessoal, a valorização pelos colegas, pela instituição e pelo próprio trabalhador, a comunicação efetiva, os valores de cada pessoa e a formação acadêmica, que deveria primar não somente pela humanização da assistência, mas também entre os profissionais⁽¹⁰⁾.

É relevante o destaque de episódios ocorridos com alguns pacientes, por terem sensibilizado as discentes. Primeiro, o caso do Cristal, diagnosticado com politraumatismo em virtude de um acidente de moto ocorrido em janeiro. Ele estava aguardando uma artrodese de coluna torácica e, por conta da gravidade de suas lesões, permanecia com imobilização cervical e seu leito em 0° (zero grau) e em movimentação em bloco. Encontrava-se desperto e confuso sobre a sua situação, buscando interagir conosco a cada momento. Naquele mesmo dia, era a primeira vez que recebia a visita dos seus familiares.

Outro caso foi o de Safira, diagnosticada com traumatismo cranioencefálico e trauma torácico intenso decorrente de um atropelamento de moto. Ela estava sedada e, na realização do exame físico e da análise de seu prontuário, as discentes, juntamente com a professora, identificaram um bexigoma e se descobriu que a sonda vesical de demora estava obstruída. Ao retirar a sonda, a usuária urinou por um período relativamente longo, o que nos fez refletir como a paciente poderia estar desconfortável e impossibilitada de se comunicar para relatar dor, pelo fato de estar entubada. Fez-nos concluir, também, como a sonda ocluída havia influenciado diretamente na instabilidade dos seus sinais vitais.

Ainda houve a Esmeralda, portadora da Síndrome de Guillain Barré, decorrente de infecção pelo Zika Vírus. Estava consciente e com tetraparesia. Foi um caso que inquietou bastante as discentes, pois a paciente não conseguia expressar seus desejos e necessidades, tendo em vista que não falava (em virtude da traqueostomia) e nem movimentava seus membros. Seus olhos expressavam a tristeza de não ser mais como antes.

O paciente, ao se deparar com um ambiente desconhecido, longe de seus familiares e em constante contato com pessoas desconhecidas, vê-se carente afetivamente, necessitando de demasiada atenção e apoio. E, quando este paciente não está fazendo uso de medicamentos para fins de sedação, é possível perceber sentimentos de angústia e sofrimento em seu olhar e em suas expressões.

Neste momento, todo cuidado e atenção tornam-se redobrados, pois os acadêmicos podem auxiliar os pacientes na comunicação de suas necessidades, amenizando o clima de angústia sentido pelos mesmos, a fim de lhes transmitir segurança, confiança e conforto diante da circunstância, sempre através do relacionamento do usuário com os acadêmicos.

2 - Refletindo a humanização na caminhada acadêmica

Durante toda a graduação, criam-se expectativas diante dos campos de estágios, pois se entende que apenas o aperfeiçoamento das técnicas e habilidades na realização de procedimentos será fundamental para a formação profissional. Diante desta afirmação, o aluno, ao iniciar as aulas práticas, direciona o seu

“(...) Os componentes curriculares mais especializados têm buscado por uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, promovendo a horizontalidade e a participação do educando, instigando a reflexão-ação”

olhar ao paciente somente para a condição patológica, fragmentando-o, pois se preocupa em buscar e consolidar o aprendizado teórico na prática.

A disciplina Paciente Crítico (teórica) evita ao máximo uma “Educação Bancária”, modelo descrito por Paulo Freire como aquele em que “o educador faz ‘comunicados’ e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pa-

cientemente, memorizam e repetem [...] A única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los”⁽¹¹⁾.

As práticas vivenciadas durante os estágios dessa disciplina foram singulares, pois foi a primeira vez que um docente adotou uma postura diferenciada, mostrando-se confiante em nossos conhecimentos adquiridos ao longo da graduação, proporcionando uma sensação de autonomia e responsabilidade sobre o cuidado de enfermagem aos pacientes, autonomia esta não experimentada antes em outros campos de prática. Foi possível realizar uma assistência integral, fazendo com que tivéssemos o conhecimento a respeito do paciente desde a sua entrada no hospital até o plantão da noite anterior, bem como de sua evolução clínica. Permitindo-nos, ainda, realizar exame físico, cuidados necessários e o processo de enfermagem para aquele usuário.

Há o predomínio de uma visão do modelo biomédico, principalmente nos períodos iniciais do curso, nas disciplinas intituladas “básicas”, em que ocorrem ensinamentos verticalizados, embasados na metodologia tradicional. Esse modelo promove o individualismo, uma vez que estimula a olhar o sujeito pela sua patologia, restringindo a assistência às técnicas e aos receituários de medicações⁽¹²⁾.

Tal fato influencia diretamente no cuidado prestado ao paciente, quando se esquece do ser como um todo que necessita de uma assistência mais realista e humanista, de um olhar voltado para a singularidade daquele indivíduo. No entanto, os componentes curriculares mais especializados têm buscado por uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem, promovendo a horizontalidade e a participação do educando, instigando a reflexão-ação.

Com isso, no decorrer da graduação, habituado com as aulas práticas e sensibilizado com as histórias encontradas no decorrer do caminho assistencial, o aluno volta seu olhar não mais para a doença/patologia, mas, sim, para “o Cristal, a Sa-

fira e a Esmeralda”, que, além de serem portadores de uma doença, são também autores de suas próprias histórias de vida, histórias estas que fazem com que cada ser humano seja único, seja singular.

É válido ressaltar que é a partir do “permitir-se” conhecer a história do paciente que identificamos os verdadeiros sentido e objetivo das aulas práticas na grade curricular do curso, pois as mesmas possibilitam enxergar que, na realidade, a prática não se limita ao aperfeiçoamento das técnicas e dos procedimentos, mas tem como desígnio desenvolver no discente a capacidade de se sensibilizar com cada paciente.

Humanizar é transformar a forma de cuidar, é modificar as ações profissionais, é alterar a atitude tanto nos cuidados diretos aos usuários, quanto nos aspectos humanos do cuidado, é conceder atenção na cortesia, na delicadeza, na prontidão, nas solicitações e no diálogo, promovendo uma assistência holística e integral⁽¹³⁾.

De acordo com Salicio & Gaiva, humanizar consiste em “tornar uma prática bela, por mais que ela lide com o que tem de mais degradante, doloroso e triste na natureza humana, o sofrimento, a

deterioração e a morte”⁽¹⁴⁾, situações encontradas cotidianamente no cenário das UTIs. A humanização está diretamente relacionada com a enfermagem, faz parte de sua filosofia considerar o indivíduo como um ser biopsicossocioespiritual⁽⁶⁾. Por isso a relevância do acadêmico, futuro profissional de enfermagem, ter essa compreensão.

Após todo o nosso percurso, podemos levar uma formação repleta de conhecimentos adquiridos em todos os estágios, assim como também levamos conosco as emoções e sensações vivenciadas e sentidas por cada paciente ao qual prestamos nosso cuidado. Torna-se necessário, também, enfatizar que o cuidado deve ser feito de forma integral e horizontalizada, para que se possa focar menos nas técnicas e conhecer para cuidar do paciente como um todo.

Considerações Finais

Constatou-se que todas as experiências vivenciadas foram de grande importância para a formação acadêmica das enfermeiras autoras deste relato. Instigou-se o desenvolvimento pessoal e profissional das discentes e se esclareceu a relevância

do “ser humano” e enfermeiro, partindo-se do princípio de que este deve dominar os conhecimentos técnicos e científicos, mas, também, a importância do cuidado de pessoas que têm emoções, sentimentos, opiniões, crenças e familiares.

Enquanto discentes, na experiência do estágio, concluiu-se que podemos ir além, quebrando pré-conceitos que são criados antes de se entrar em campo de estágio crítico, superando as expectativas. É possível, e necessário, criar uma relação de empatia com o paciente, pois o estado emocional do mesmo interfere diretamente no seu avanço ou retrocesso, e só é possível conhecer o outro a partir do momento em que se realiza um olhar diferenciado.

Ressalta-se que novas pesquisas sobre o tema devem ser realizadas, principalmente estudos de campo, que muito poderão contribuir para elucidar as questões acerca da humanização e das percepções dos acadêmicos de enfermagem durante a assistência na UTI, relacionando com os pacientes, familiares e profissionais que atuam no setor, contribuindo para uma visão ampliada sobre o fenômeno. 🐦

Referências

1. Brasil. Portaria nº 355, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas práticas para Organização e Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal”.
2. Rodrigues IL, Camponogara S, Soares SGA, Beck CLC, Santos TM. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. *Care Online*. 2016; 8(3):4757-4765.
3. Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm*. 2013; 66(1): 13-17.
4. Casate JC, Corrêa AK. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012; 46(1): 219-26.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização: documento base para trabalhadores e gestores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Política Nacional de Humanização. Brasília-DF, 2013.
7. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 621-6.
8. Rodrigues APLM, Paula VG, Paula DG, Junior EFP. O papel do enfermeiro na humanização da assistência ao paciente da Unidade de Terapia Intensiva. *Enferm. Brasil*. 2013; 12(5): 298-304.
9. Tomaz APKA, Tocantins FR, Souza SR. Estágio docência realizado num hospital universitário do estado do Rio de Janeiro – Relato de experiência. *J. Fundam. Care Online*. 2014; 6(2): 856-62.
10. Martins JT, Galdino MJQ, Garanhani ML, Sammi KM, Trevisan GS. Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva. *Cogitare Enferm*. 2015; 20(3): 589-95.
11. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016. p. 33.
12. Félix-Silva AV, Nascimento MVN, Albuquerque MMR, Cunha MSG, Gadelha MJA. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na Atenção Básica. Natal: Edunp; 2014.
13. Rodrigues AM, Calegari T. Humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev. Min. Enferm*. 2016; 20:e933.
14. Salicio DMBS, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Rev. Eletr. Enf*. 2006; 8(3): 370-6. p. 362.

O bem espiritual: o uso da espiritualidade como fator coterapêutico e de resignificação

RESUMO | Este estudo teve por objetivo compreender o uso da espiritualidade nos estágios de doença, tratamento e finitude como fator coterapêutico e de resignificação na vida do idoso. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo sistemática, por meio da metanálise de artigos das bases: LILACS e BDENF. A espiritualidade apresenta-se como fator contribuinte terapêutico, atuando na potencialização das terapias de reabilitação e prevenção da saúde do idoso, atribuindo um novo significado de vida e aos eventos de vida.

Palavras-chaves: idoso; espiritualidade; doença; tratamento; finitude.

ABSTRACT | The purpose of this study was to understand the use of spirituality in the stages of disease, treatment and finitude as a co-therapeutic and resignification factor in the elderly's life. It is a bibliographical review of the systematic type, through the meta-analysis of articles of the bases: LILACS and BDENF. Spirituality presents itself as a therapeutic contributing factor, acting in the potentialization of therapies of rehabilitation and prevention of the health of the elderly, attributing a new meaning of life and to the events of life.

Keywords: elderly; spirituality; illness; treatment; finitude.

RESUMEN | Este estudio tuvo por objetivo comprender el uso de la espiritualidad en las etapas de enfermedad, tratamiento y finitud como factor coterapêutico y de resignificación en la vida del anciano. Se trata de una revisión bibliográfica del tipo sistemática, por medio del metanálisis de artículos de las bases: LILACS y BDENF. La espiritualidad se presenta como factor contribuyente terapêutico, actuando en la potenciación de las terapias de rehabilitación y prevención de la salud del anciano, asignando un nuevo significado de vida y a los eventos de vida.

Palabras claves: anciano; espiritualidad; enfermedad; tratamiento; finitud.

Ester Lorrany dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau (PB) - Grupo Ser Educacional.

Teresa Cristina Rosa Romero Navarine

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Enfermagem em Terapia.

Marta Miriam Lopes Costa

Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba, na graduação e pós-graduação em Enfermagem.

Introdução

O envelhecimento é um processo que acarreta situações de perdas. Perda da saúde, da capacidade funcional e mental, da beleza, do trabalho, da autonomia e do status social. Perda dos amigos, do cônjuge e da idealização do futuro. Nessas situações de conflito, pode-se ver a intensificação da prática religiosa e da espiritualidade¹.

Os termos religiosidade e espiritualidade habitualmente são confundidos, sendo interpretados como sinônimos. Entretanto, a religiosidade consiste em comportamentos filiados a uma instituição religiosa e/ou a uma divindade que interferem essencialmente nas decisões e no direcionamento da vida, que tem como foco principal o exercício da espiritualidade². A espiritualidade demonstra-se mais ampla: "é aquilo que dá às pessoas sentido e propósito na vida"³. "É o estado de ser que se chega por meio da devoção, da religiosidade e da observância"².

Atualmente, um grande número de pesquisas tem demonstrado a influência que a espiritualidade tem sob o estado de saúde e bem-estar das pessoas, justifican-

do a relevância desse estudo para a comunidade científica. O objetivo é compreender o uso da espiritualidade nos estágios de doença, tratamento e finitude, como fator coterapêutico e de resignificação na vida do idoso, visto que essas situações de conflitos exigem maior resiliência e força dessas pessoas.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática, realizada a partir de estudos que atenderam como critérios de elegibilidade: artigos originais com fonte de dados primária, ter idosos como participantes do público estudado, contribuir ao tema do estudo na apresentação do tema espiritualidade e sua relação com a saúde do idoso.

Foi efetuada com levantamento de dados em bases eletrônicas: LILACS e BDENF, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde. Foram utilizados como descritores "espiritualidade and saúde"; "espiritualidade and enfermagem" e "espiritualidade and idoso", com os seguintes critérios de inclusão: ser artigo, com o texto completo disponível, anexado nas bases BDENF e LILACS, com o limite etário idoso e com data de publi-

Recebido em: 29/03/2017

Aprovado em: 27/11/2017

cação nos últimos 5 anos (2011-2016).

Como resultado, foram obtidos 41 artigos. Destes, artigos que estavam com o texto completo indisponível, repetidos e que se desviavam da temática, tipo de estudo e público exigido foram excluídos. A pesquisa resultou em 10 artigos, publicados em revistas com o WebQualis A1 a B2, realizados por profissionais/estudantes de enfermagem e/ou medicina, que se enquadraram em todos os critérios de inclusão. A extração dos dados foi realizada através de metanálise, com a leitura total dos artigos, o que permitiu elencar categorias ao estudo.

Resultados

Foram encontrados 10 (dez) artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão. De acordo com a relevância das informações, podemos levar em consideração as características: título do artigo, objetivo da pesquisa, tipo de estudo e resultados.

Discussão

As crises existenciais, cabíveis a todo ser humano, tornam-se devastadoras quando associadas ao contexto de doenças crônicas, agressivas, degenerativas e incapacitantes. A descoberta do diagnóstico causa perplexidade, busca por justificativas, inconformação, tristeza e angústia⁴. O uso da espiritualidade nessa conjuntura passa a ser de conforto e de conformação, conferindo forças para enfrentar o que está pela frente. Isso ocorre através da mudança de perspectiva pela qual o cliente compreende a doença.

O idoso concilia o acometimento da doença a uma "missão dada por Deus", procura algo positivo que explique o adoecimento e passa a compreendê-lo através de um objetivo maior conferido por Deus, através da espiritualidade. A percepção de que a doença é um "teste de fé", ou que pode servir de exemplo de paciência e resiliência, também pode ser identificada no uso da espiritualidade pelos idosos nessas circunstâncias⁴. O sentimento de confiança depositado no Divino permite o encon-

tro com o sentido, o alívio e a paz⁵. A espiritualidade passa a servir de alavanca para o enfrentamento das doenças, a redução da ansiedade, a prevenção de agravos e no aumento da qualidade de vida do idoso.

Em estudo realizado com idosos com câncer em tratamento quimioterápico, foi utilizada a oração como intervenção para a redução da ansiedade. Nesse estudo, a avaliação pós-intervenção demonstrou baixa no estado de ansiedade, na pressão arterial e normalização da frequência respiratória e cardíaca⁶. O bem espiritual resguarda o psíquico do idoso e lhe confere

"O idoso concilia o acometimento da doença a uma 'missão dada por Deus', procura algo positivo que explique o adoecimento e passa a compreendê-lo através de um objetivo maior conferido por Deus, através da espiritualidade"

esperança de melhoria de sua condição, para maior bem-estar geral ou para a cura⁷.

Ao se deparar com o tratamento duradouro e exaustivo de uma doença crônica, os sentimentos de medo e incerteza tomam conta do indivíduo. Nesse cenário, a espiritualidade mostra-se em dois lados de um mesmo imã: negativo e positivo. O lado negativo diz respeito ao abandono do tratamento ou ao ca-

ráter passivo que o idoso pode adquirir por meio do mau uso da espiritualidade. A entrega de seu quadro clínico à vontade de Deus e a admissão de um papel passivo quanto ao seu tratamento são prejudiciais e denotam uma má interpretação da ação do Divino⁸. Deve-se compreender que a espiritualidade age como coterapeuta, auxiliando de forma não convencional no tratamento para a reabilitação da saúde e o bem-estar do idoso.

Na perspectiva positiva da espiritualidade no tratamento do idoso, pode-se afirmar que o uso desse coterapeuta é simples, pode ser contínuo, sem gasto financeiro e sem mudança na rotina do serviço hospitalar⁶. A hospitalização é um fator estressor, pois somam-se à doença e aos sintomas físicos os procedimentos invasivos, a dependência, a falta de privacidade, a quebra de rotina e de seus papéis sociais e, ainda, a distância dos familiares. A incerteza da eficácia do tratamento e de sua possível cura promove ambivalência dos sentimentos de esperança e desesperança. Um estudo realizado com idosos com cancro avaliou a ocorrência de angústia espiritual durante o tratamento. Os idosos que tinham iniciado o tratamento há menos tempo apresentaram maior prevalência desse diagnóstico⁵. Nesse momento, a espiritualidade atua na aceitação e na renovação da esperança do idoso. É através dela que lhe são conferidas forças para aceitar as restrições, os incômodos e as implicações que os tratamentos exigem⁹.

A leitura da bíblia e a oração são práticas bastante prevalentes em idosos hospitalizados, o que, segundo a literatura, confere-lhes melhor cognição¹⁰. Serviços de capelania também fazem parte do corpo de cuidados de muitos hospitais, visando atender às necessidades psicoespirituais dos pacientes e ao seu direito de manifestação de crença. A espiritualidade proporciona o exercício da fé, do otimismo, da motivação para continuar com o tratamento, pontos de extrema importância para a recuperação da saúde. O apoio espiritual em Deus confere ao indivíduo segurança e conforto. Dá-lhe a percepção de que o

Tabela 1. Descrição dos artigos.

Título do artigo	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária	Identificar estratégias utilizadas por mulheres idosas no enfrentamento ao alcoolismo na família e os depoimentos espontâneos expressados no momento final das rodas de terapia comunitária.	Retrospectivo, documental.	A espiritualidade foi apresentada como uma das estratégias de enfrentamento utilizada pelas idosas.
Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas.	Compreender os significados da vivência do luto em viúvas idosas e sua relação com a religiosidade e espiritualidade.	Clínico qualitativo	A espiritualidade mostrou-se como um forte elemento construtor de significado orientado para a restauração do luto.
<i>Relationship between mental health and spiritual wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study.</i>	Avaliar a relação entre saúde mental e bem-estar espiritual dos pacientes em hemodiálise.	Observacional e transversal.	O bem-estar espiritual foi o mais forte preditor de saúde mental, sofrimento psíquico, distúrbios do sono e queixas psicossomáticas.
A experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico.	Interpretar os significados da experiência da doença e do tratamento entre pessoas com hipertensão arterial sistêmica.	Interpretativo, etnográfico.	A espiritualidade como objeto de esperança e apoio social para o enfrentamento da doença e tratamento.
A religiosidade no processo de viver envelhecendo.	Identificar como a religiosidade e as práticas espirituais são vivenciadas nas diferentes faixas etárias durante o processo de envelhecimento.	Observacional, transversal.	A religiosidade e a espiritualidade são recursos valiosos no enfrentamento das crises da vida cotidiana e fatores que interferem de maneira positiva na saúde física e mental, principalmente das pessoas idosas.
<i>Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados.</i>	Avaliar o <i>coping</i> religioso/espiritual de idosos residentes em duas instituições de longa permanência e o correlacionar a características sociodemográficas de saúde.	Epidemiológico analítico, transversal.	Os idosos com faixa etária mais elevada, sem escolaridade e com religião apresentaram estratégias de enfrentamento de forma elevada e positiva para as adversidades vivenciadas no processo de institucionalização.
<i>Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS).</i>	Analisar a associação entre dimensões de religiosidade e prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos e testar o suporte social como mecanismo de mediação desta suposta associação.	Quantitativo.	A amostra apresentou altos níveis de religiosidade, forte associação entre frequência religiosa e menor prevalência de transtornos mentais comuns, que não foi explicada pelo suporte social.
A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer.	Avaliar o efeito da prece sobre a ansiedade de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.	Quase experimental do tipo pré e pós-intervenção.	A prece no exercício da espiritualidade é eficaz na redução de ansiedade de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.
Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro.	Descrever a avaliação do bem-estar espiritual de idosos com cancro submetidos à quimioterapia e identificar possíveis fatores relacionados à angústia espiritual.	Metodológico, validação clínica.	A avaliação do bem-estar espiritual dos idosos com cancro deve integrar a avaliação global dos pacientes, realizada pelos enfermeiros, pois a angústia espiritual constitui um diagnóstico de enfermagem identificado em 42% da amostra.
Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos.	Avaliar aspectos da espiritualidade e religiosos em usuários de álcool e/ou drogas.	Descritivo, exploratório, quantitativo.	A religião e a espiritualidade foram apresentadas como fatores de proteção e coterapeutas no processo de reabilitação.

Supremo concede-lhe habilidades para que possa lidar sozinho com a situação de sofrimento ou que lhe dá apoio, sem intervir⁹. A confiança de que alguém o fortalece e ampara promove reflexão e o motiva para ir em frente.

Ademais, no âmbito dos tratamentos farmacológicos, a espiritualidade age como forte aliada. A polifarmácia é comum nessa faixa etária e as interações medicamentosas podem causar desconfianças quanto à eficácia do fármaco, o que,

aliado ao frágil vínculo com o sistema de saúde, pode propiciar o abandono do tratamento¹¹. Entretanto, o apoio da família pode atuar como coadjuvante nessas circunstâncias, incentivando a continuação da terapia. Um estudo feito com idosos

frequentadores de um centro de reabilitação para pessoas usuárias de álcool e substâncias psicoativas também apresenta a espiritualidade como fator coterapêutico na recuperação e no abandono do uso. A espiritualidade age afastando o indivíduo das condições ambientais que proporcionam a manutenção do uso das substâncias, dá apoio social por meio da prática religiosa coletiva e reduz o estresse decorrente da abstinência. Além disso, ajuda na reconciliação dos relacionamentos interpessoais e no processo de reconstrução da confiança da família. Isso está relacionado não só à adesão a um novo estilo de vida, mas também ao processo de mudança interior proporcionado pela crença em um poder superior.

Assim como o nascer, o morrer faz parte do ciclo de vida natural de todos os seres vivos. Mesmo com o aumento da expectativa de vida do ser humano, a vida não deixou de ser um período finito¹². Sem contar que o acometimento por uma doença incurável ou em estágio terminal também pode trazer esse confronto que, por vezes, é revestido de espiritualidade³. As indagações a respeito do que há além da vida e do que lhe espera após o “suspiro final” contribuem para o apego

ao transcendente. Nessas circunstâncias, o indivíduo costuma adotar práticas espirituais ou religiosas mais frequentes, buscando o apoio e o conforto na fé em Deus, de forma a amenizar o medo da morte. Essa relação transmite a esperança da existência de algo melhor após a morte, abre portas para a imensidão e a ideia da imortalidade da alma¹. Isso dá-se através da resignificação da experiência da morte que a espiritualidade proporciona.

No período senil, o indivíduo não lida apenas com a perda de sua própria vida, mas também com o decesso de familiares e amigos, constituindo o processo de luto. Essas perdas podem gerar graves consequências à saúde física e mental do idoso, ainda mais quando somadas a outros fatores estressores que podem potencializar a experiência do luto¹³. A espiritualidade manifesta-se como um fomentador da resiliência, que é um indicador importante no processo de elaboração do luto, contribuindo para o conforto, o alívio de sentimentos de culpa e a compreensão da vida. A fé em Deus funciona como alavanca de superação da perda, substituindo a dor do luto por pensamentos positivos e de paz. Previne crises de angústia e desespero. Em um

estudo realizado com viúvas idosas em processo de elaboração do luto, pode-se identificar a espiritualidade como agente ativo na prevenção de crises depressivas e ao atenuar a solidão.

Nesse estudo, as idosas relatam ter “a companhia de Deus para dormir”, o que demonstra a utilização da fé para preencher as lacunas causadas pela morte do cônjuge¹³. As igrejas e os rituais religiosos também se determinaram como importantes fatores de suporte social no processo de luto. Entretanto, vale salientar que o suporte social isoladamente não correlaciona a religiosidade com a saúde mental do idoso¹⁴. O que tem demonstrado real valor terapêutico é a espiritualidade enquanto bem-estar de si para consigo, com os outros e com o transcendente.

Conclusão

Nos contextos que se referem à vivência, saúde/doença e finitude, a espiritualidade apresenta-se como um importante fator no aumento da resiliência, no apoio social, no aumento do bem-estar e confere significado à vida dessas pessoas.

Sugere-se a investigação dos benefícios da espiritualidade no contexto dos processos demenciais. 🐦

Referências

1. Zenevitz L, Moriguchi Y, Madureira VSF. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. São Paulo, SP: Rev. Esc. Enferm. USP, 2012.
2. Levin J. Deus, fé e saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura. 1ª ed. São Paulo, SP: Cultrix, 2003.
3. Gonçalves MAS, Santos MA, Pillon SC. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. São Carlos, SP: SMAD, 2014.
4. Guerêro GP, et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. Ribeirão Preto, SP: REBEn, 2011.
5. Caldeira S, Carvalho EC, Vieira M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. Ribeirão Preto, SP: Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2014.
6. Carvalho CC, et al. A efetividade da prece na redução da ansiedade em pacientes com câncer. São Paulo, SP: Rev. Esc. Enferm. USP, 2014.
7. Martinez BB, Custódio RP. Relationship between mental health and spiritual well-being among hemodialysis patients: a correlation study. Pouso Alegre, MG: São Paulo Med J, 2014.
8. Vitorino LM, Vianna LAC. Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. São Paulo, SP: Acta Paul Enferm, 2012.
9. Santos IMF (organizadora) [et al.]. SAE — Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático. Salvador, BA: COREN-BA, 2016.
10. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. São Paulo, SP: Psicologia: teoria e pesquisa, 2011.
11. Fava SMCL, et al. Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. Alfenas, MG: Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013.
12. Ribeiro EE. Tanatologia: vida e finitude. Rio de Janeiro, RJ: UNATI, 2008.
13. Farinasso ALC, Labate RC. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. Londrina, PR: Rev. Eletrônica de Enfermagem [internet], 2012.
14. Corrêa AAM. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). Juiz de fora, MG: Rev. Brasileira de Psiquiatria, 2011.

Estratégias do enfermeiro no atendimento à mulher vítima de violência no serviço de Emergência

RESUMO | Introdução: a violência de gênero é uma situação que permeia o cotidiano dos profissionais de saúde. Objetivo: o objetivo desse estudo foi conhecer as estratégias da assistência prestada pelo enfermeiro às mulheres vítimas de violência e seu conhecimento acerca das formas de prevenção de violência contra as mulheres. Método: o estudo foi realizado em um hospital público do Rio de Janeiro, sendo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo exploratório. A amostra do estudo foi composta por 10 (dez) enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de questionário, visando identificar se a assistência prestada pelos enfermeiros às mulheres vítimas de violência está de acordo com as normas do Ministério da Saúde. Conclusão: conclui-se que os profissionais de saúde necessitam de treinamento e capacitação, que o sistema de saúde não funciona de forma integrada e completa, deixando lacunas na assistência à mulher em algumas situações do tratamento. Entende-se que realizar a prevenção da violência de gênero é um processo difícil e complexo, sendo seu resultado obtido em longo prazo.

Palavras-chaves: violência de gênero; violência contra a mulher; enfermagem.

ABSTRACT | Introduction: gender violence is a situation that permeates the daily life of health professionals. Objective: the objective of this study was to know the strategies of care provided by the nurse to women victims of violence and their knowledge about ways to prevent violence against women. Method: the study was conducted in a public hospital of Rio de Janeiro, being descriptive, of a qualitative nature, of the exploratory type. The study sample consisted of 10 (ten) nurses. The data were collected through a questionnaire, aiming to identify if the assistance provided by nurses to women victims of violence is in accordance with the norms of the Ministry of Health. Conclusion: it is concluded that health professionals need training and qualification, that the health system does not function in an integrated and complete way, leaving gaps in the care of women in some treatment situations. It is understood that the prevention of gender-based violence is a difficult and complex process, and its outcome is obtained in the long term.

Keywords: gender violence; violence against women; nursing.

RESUMEN | Introducción: la violencia de género es una situación que impregna el cotidiano de los profesionales de la salud. Objetivo: el objetivo de este estudio fue conocer las estrategias de la asistencia prestada por el enfermero a las mujeres víctimas de violencia y su conocimiento acerca de las formas de prevención de violencia contra las mujeres. Método: el estudio fue realizado en un hospital público de Río de Janeiro, siendo descriptivo, de naturaleza cualitativa, del tipo exploratorio. La muestra del estudio fue compuesta por 10 (diez) enfermeros. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario, buscando identificar si la asistencia prestada por los enfermeros a las mujeres víctimas de violencia está de acuerdo con las normas del Ministerio de Salud. Conclusión: se concluye que los profesionales de salud necesitan entrenamiento y capacitación, que el sistema de salud no funciona de forma integrada y completa, dejando lagunas en la asistencia a la mujer en algunas situaciones del tratamiento. Se entiende que realizar la prevención de la violencia de género es un proceso difícil y complejo, siendo su resultado obtenido a largo plazo.

Palabras claves: violencia de género; violencia contra la mujer; enfermería.

Halene Cristina de Armada e Silva

Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade Castelo Branco e diretora do CMS Belizario Penna SMS RJ.

Leonardo Lima de Moraes dos Reis

Enfermeiro plantonista do IMAS Juliano Moreira e enfermeiro pela Universidade Castelo Branco.

Camila Cruz de Souza

Docente da Universidade Castelo Branco. Enfermeira pela Universidade Castelo Branco.

Jane Thais Marins da Silva

Enfermeira pela Universidade Castelo Branco.

Maria Regina Bernardo da Silva

Mestre em Saúde da Família. Docente da Universidade Castelo Branco.

Adriana Loureiro da Cunha

Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Docente da Universidade Castelo Branco.

Recebido em: 24/04/2017

Aprovado em: 21/11/2017

Introdução

A violência contra a mulher é considerada um grande problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, atingindo mulheres de todas as classes sociais em todo o mundo. Entretanto, mais da metade dos homicídios de mulheres corresponde a feminicídios causados pela desigualdade de gênero presente em vários países.¹

Como forma de assegurar os direitos às mulheres e a igualdade de gênero, as autoridades e o poder público, em agosto de 2006, criaram a Lei nº 11.340, chamada Lei Maria da Penha², com o objetivo de combater a violência doméstica, a qual se define como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. (Lei 11.340/06, Art. 5º)

Diversos são os motivos que geram a violência contra a mulher, sendo mais incidentes aqueles relacionados a fatores socioeconômicos e demográficos, incluindo: a pobreza das famílias, a diferença de idade entre parceiros, a situação matrimonial informal, a população negra e os locais com taxas altas de crimes³.

Mulheres em todos os países sofrem com a violência. O que as diferencia é a relação com o parceiro. Esses dados aumentam quando há divergências entre o casal e se elas vivem em lugares marginalizados. Cerca de 60% a 70% dos assassinatos nos Estados Unidos e no Canadá foram realizados por companheiros e ex-companheiros. Entre os anos de 2003 e 2005, 1.398 mulheres foram assassinadas na Guatemala, 1.320 em El Salvador, 613 em Honduras, mais de 400 no México e 269 na Nicarágua³. O Brasil foi classificado em 2009 como o 7º país entre os 80 países com os maiores índices de violência contra mulher no mundo¹.

Mulheres violentadas recorrem às Unidades Básicas de Saúde ou Urgências/Emergências queixando-se de problemas ginecológicos, infecções sexualmente transmissíveis (Ists), depressão, insônia, ansiedade, disfunção sexual e dificuldade

de manter a alimentação adequada, mas são vistas apenas em sua clínica, ficando a violência no campo do subjetivo, devido à não capacitação dos profissionais para a implementação de estratégias eficientes na solução do problema.⁴

É de fundamental importância a assistência do enfermeiro, acolhendo-as, conhecendo os tipos de agressão, direcionando-as ao tratamento adequado, orientando-as sobre condutas necessárias e acerca de seus direitos, quanto à administração de pílulas anticoncepcionais

“Os participantes entrevistados ainda relataram que no hospital o foco de maior investimento profissional está na maternidade e, assim, os mesmos ficam sem treinamentos relacionados à violência de gênero”

nais de emergência, dando-lhes atenção e suporte nas suas necessidades e queixas, proporcionando condições para que tenham uma recuperação física e psicológica favorável.⁵

A Notificação Compulsória, implementada em 2003, permite informar aos gestores de saúde, justiça, cidadania e de ação social sobre mulheres violentadas atendidas nas redes de saúde pública ou privada, bem como incentivar esses órgãos a criarem políticas de saúde para combater a violência contra as mulheres, mantendo sempre a proteção de suas identidades.⁵

Nesta rede, cabe ainda ampliar e aperfeiçoar a prevenção, garantir atendimento específico e qualificado, fazer cumprir a Lei Maria da Penha, promover ações de prevenção a todas as formas de violência, produzir e sistematizar dados e informações sobre violência contra a mulher, garantir os direitos humanos e educar as novas gerações quanto à igualdade de gênero.⁶

Diante dos pressupostos apresentados, a pergunta de pesquisa foi: quais as percepções dos enfermeiros e suas estratégias cotidianas frente a mulheres vítimas de violência?

Método

Trata-se de um estudo quantiqualitativo, que teve como objeto as percepções dos enfermeiros e suas estratégias cotidianas frente a mulheres vítimas de violência. O estudo foi realizado no ambulatório de um hospital público localizado no município de Duque de Caxias, região metropolitana do Rio de Janeiro, especializado no atendimento às mulheres vítimas de violência.

Fizeram parte da amostra 10 (dez) enfermeiros da instituição. A composição do grupo foi feita segundo os critérios de inclusão “enfermeiros que trabalhassem em plantões de 24 horas semanais” e “que tivessem envolvimento direto no cuidado à mulher vítima de violência”. E como critérios de exclusão, “enfermeiros afastados por motivos de férias, folga” e “recusa pessoal”.

Foram seguidas as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes do estudo receberam codinomes numerais para a garantia do sigilo. Foi aplicado um questionário, visando identificar a assistência prestada pelo enfermeiro às mulheres vítimas de violência, sendo realizadas análise quantitativa, com uso de tabela e apresentação de resultados em percentuais, e análise qualitativa para avaliação dos objetivos do estudo.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, parecer

Nº.63519316.80000.5253. Todos os participantes foram devidamente orientados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os resultados da produção de dados estão alinhados em duas tabelas divididas por duas temáticas. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2016.

Variável	Nº
Idade dos profissionais	
25-35 anos	2
36-45 anos	3
46-55 anos	3
56-65 anos	3
Sexo	
Feminino	9
Masculino	1
Tempo de atuação na área de enfermagem	
5-15 anos	4
16-25 anos	3
26-35 anos	2
36-45 anos	1
Tempo de trabalho dos entrevistados na instituição onde foi realizada a pesquisa	
< 5 anos	2
6-10 anos	7
11-15 anos	1
Receberam capacitação na área afim	
Sim	1
Não	9
Foram instrutores de capacitação da área afim	
Sim	1
Não	9

Já na Tabela 2, os dados referem-se à percepção e ao conhecimento do enfermeiro frente à violência contra a mulher, a saber:

Discussões

Os participantes entrevistados do sexo masculino relataram que nunca sofreram preconceito ao realizar o atendimento à mulher vítima de violência e que dificilmente elas se opõem à consulta pelo fato de serem homens. Também relataram que, normalmente, elas estão tão abaladas quando chegam ao hospital que não se importam com quem irá realizar o atendimento, mas existem as exceções, que têm preferência pelo atendimento por uma profissional do sexo feminino. Recomenda-se durante o atendimento à vítima de violência a presença de um profissional de enfermagem do sexo feminino, in-

clusive na avaliação ginecológica. Entretanto, independente do sexo, e adequadamente capacitado, o enfermeiro poderá prestar assistência de qualidade às mulheres vítimas de violência⁸.

Percebe-se nos dados apresentados que os homens, mesmo correspondendo a 10% dos entrevistados, demonstraram experiência, ausência de dificuldades técnicas e de insegurança, enfrentando a barreira do envolvimento emocional.

“Não tenho dificuldades nem emocionalmente; pelo tempo, eu já consigo fazer a abordagem; para cada uma é uma abordagem diferente, na hora que você olha no olho dela você vai ver como vai abordar e saber como aborda [...]” (ENTREVISTADO 04)

Afirma-se que os profissionais de enfermagem devem construir elos de confiança, permitindo a compreensão pelas mulheres do conceito de violência, de-

Tabela 2. Assistência do enfermeiro frente à violência contra a mulher. Rio de Janeiro, 2016.

Variável	Nº	%
Utilização do fluxograma de atendimento protocolado pelo Ministério da Saúde		
Sim	10	100%
Realização de teste rápido para HIV/SÍFILIS		
Sim	10	100%
Dificuldade em realizar a Notificação Compulsória		
Sim	4	40%
Não	6	60%
Conhecimento sobre o uso da ficha de Notificação Compulsória		
Sim	10	100%
Conhecimento sobre a identificação de sinais e sintomas de violência		
Sim	10	100%
Desmotivação na orientação às vítimas de violência		
Sim	2	20%
Não	8	80%
Formas de prevenção de novos casos de violência		
Acesso à escola (educacional)	8	80%
Não souberam responder	2	20%

vendo estar capacitados, pois não existe um modelo único de cuidado, mas sim uma relação de cuidados e um plano individualizado para cada mulher⁹.

Os participantes entrevistados ainda relataram que no hospital o foco de maior investimento profissional está na maternidade e, assim, os mesmos ficam sem treinamentos relacionados à violência de gênero.

Tal prerrogativa é preocupante, uma vez que 70% das mulheres experimentarão alguma forma de violência ao longo de suas vidas, sendo uma a cada cinco mulheres vítima de violência do tipo sexual. As que têm entre 15 e 44 anos são as que mais sofrem violência por seus cônjuges ou namorados¹⁰.

Analisando o fluxograma de atendimento do hospital às vítimas de violência, os participantes entrevistados referem que o mesmo acontece nesta sequência: 1) acolhimento com preenchimento da ficha de atendimento e verificação dos sinais vitais pelo técnico de enfermagem; 2) classificação de risco de Manchester, em que a mulher é avaliada pelo enfermeiro, que a orienta e atribui as prioridades no atendimento, sendo a classificação de cor vermelha de ordem emergencial, com encaminhamento direto para o profissional médico para avaliação ginecológica e física, seguida de prescrição da quimio-profilaxia e anticoncepcional de emergência, avaliação do estado vacinal, preenchimento da ficha de Notificação Compulsória e ficha de encaminhamento para a sala de hipodermia. Neste momento, são realizados, pelo enfermeiro, os testes rápidos para detecção precoce do HIV e da sífilis e a referência para continuidade de acompanhamento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Quando questionados sobre a realização dos testes rápidos na paciente, 100% dos enfermeiros afirmaram realizá-los após aconselhamento e consentimento verbal da mulher, ou do responsável, em caso de mulheres menores de idade. Identificou-se que, como os en-

fermeiros entrevistados não realizam a vacina de hepatite B no hospital, 100% das pacientes apresentam dificuldades no esquema de vacinação profilática.

A ficha de Notificação Compulsória é utilizada para realizar a vigilância epidemiológica, de forma que se consiga definir as políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. Os entrevistados demonstraram conhecer seus objetivos, como a geração de dados epidemiológicos, a quantificação da violência e seus tipos, e a geração de dados

“(…) Como os enfermeiros entrevistados não realizam a vacina de hepatite B no hospital, 100% das pacientes apresentam dificuldades no esquema de vacinação profilática”

estatísticos, o que pode ser destacado na fala abaixo. Porém, não está clara para todos a importância da notificação como instrumento de gestão de dados para as políticas públicas de saúde.

“[...] Serve para gerar dados, para reconhecer dentro daquela área os tipos de violência que estão acontecendo mais comumente [...]” (ENTREVISTADO 09)

Sobre a subnotificação, explicam que percebem os casos quando a mulher vai à unidade hospitalar somente após meses do ocorrido, mesmo a violência estando presente no seu co-

tidiano, e relatam motivos de medo, vergonha, dependência financeira e emocional ou pelos filhos¹¹.

“Tem a subnotificação, um dos grandes problemas da Saúde. Muitas vezes, elas têm medo, são dependentes dos homens, elas não têm renda, então, elas se submetem. Também tem a questão da vergonha ou o sentimento de culpa, e não denunciam.” (ENTREVISTADO 01)

Quanto à assistência de enfermagem, todos os enfermeiros demonstraram empatia com as mulheres, voltando-se para um atendimento humanizado, buscando realizar orientações e fazendo com que a mulher compreenda seu papel na sociedade. Isso pode ser visto na fala abaixo transcrita:

“Eu faço o trabalho de orientação; é muito importante esse trabalho de orientação porque a paciente vai dar continuidade ao tratamento, às consultas subsequentes. Se quem atende não explica, talvez não continue tomando as medicações.” (ENTREVISTADO 04)

Todo profissional deve escutar, acolher e observar as expressões da mulher. Deve manter-se sensível e aberto às dificuldades que a mulher enfrenta em conseguir expressar-se, atentando ao tempo que a mulher precisa para falar sobre sua vivência na violência, criando vínculos para realizar a terapia, respeitando seu tempo de tomada de decisões para construir junto à mulher um plano de cuidados.¹²

Realizar prevenção primária baseada na identificação da raiz do problema é de fundamental importância. Assim, deve-se abordar o nível social para reduzir a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, implementando medidas que incluam legislação nacional e políticas de apoio, visando os fatores sociais e econômicos, e definindo estratégias que quebrem paradigmas socioculturais e econômicos e que garantam programas conexos de atenção à mulher.¹³

Na realidade, observa-se que a equipe de enfermagem demonstra dificuldades em traçar planos preventivos

para que essa mulher não tenha recorrência da agressão ou não se torne mais uma vítima.

Conclusão

Conclui-se que os profissionais de saúde, sendo enfermeiros ou não, necessitam de treinamento e capacitação para os atendimentos às mulheres violentadas, mesmo sabendo implementar com qualidade o fluxograma de atendimento proposto pelo Ministério da Saúde, para que se garanta às mulheres acolhimento, humanização e integralidade no cuidado, observando e amparando suas necessidades regionais e individuais, conseguindo apoiá-las e acolhê-las de forma integrada e humanizada.

Entende-se que realizar a prevenção da violência de gênero é um processo difícil e complexo, tornando seu alcance uma meta de longo prazo, que

“Sobre a subnotificação, explicam que percebem os casos quando a mulher vai à unidade hospitalar somente após meses do ocorrido, mesmo a violência estando presente no seu cotidiano (...)”

deve ocorrer por meio da quebra de paradigmas que proporcione consciên-

tização e educação à mulher.

Observa-se, também, que o Sistema de Saúde não funciona de forma integrada e completa e deixa brechas para a mulher desistir muitas vezes do tratamento ou não buscar ajuda.

Um dos grandes problemas que mantém a perpetuação da violência é o silêncio das mulheres, o qual se reflete na subnotificação, pois, uma vez constrangidas, sozinhas e com medo de não terem um lugar para viver, elas não procuram ajuda, deixando de realizar o atendimento, o acompanhamento e de auxiliar nos dados estatísticos, não sendo possíveis a identificação dos casos e o fortalecimento das políticas públicas. Proporcionar segurança e amparo para que essas mulheres não se sintam intimidadas e coagidas para denunciar seus agressores representa uma das estratégias para que a subnotificação não ocorra. 🐦

Referências

1. WAISELFSZ, Julio Jacobo. Mapa de homicídio 2012 atualização: homicídio de mulheres no Brasil. 2012. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acessado em: 23 de março de 2016.
2. LEITE, Maria Suzana Souza. Lei Maria da Penha: o desafio de sua execução frente às falhas do Estado. 2013. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaeageracao/leimariadapenha-odesafiodesuaexecucaofrenteasfalhasdoestado.pdf>>. Acessado em: 18 de abril de 2016.
3. MENEGHEL, Stela Nazareth; HIRAKATA, Vania Naomi. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/1931.pdf>>. Acessado em: 20 de março de 2016.
4. OSÍS, Maria José Duarte et al. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência e perspectiva e conduta de gestores e profissionais. São Paulo: Campinas, 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=pt>. Acessado em: 22 de março de 2016.
5. JANUÁRIO, Ionara de Souza. Violência doméstica contra a mulher: diretrizes legais para a assistência de enfermagem. 2010. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcsf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/19725.E8.T3054.D4AP.pdf>>. Acessado em: 18 de abril de 2016.
6. BRASIL, Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. 2011 Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes2011/politica-nacional>>. Acessado em: 26 de abril de 2016.
7. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central. Métodos de pesquisa. 2009. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acessado em: 10 de novembro de 2016.
8. HIGA, Rosângela et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolos de assistência de enfermagem. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200023>. Acessado em: 15 de novembro de 2016.
9. FERRAZ, Maria Isabel Raimondo et al. O cuidado de enfermagem à vítima de violência doméstica. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/1931.pdf>>. Acessado em: 18 de novembro de 2016.
10. SHCULZ, Kelynn Roberto Ali et al. A violência contra mulher e o feminicídio no Brasil: as inovações do Código Penal Brasileiro. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/viewFile/5337/4515>>. Acessado em: 22 de março de 2016.
11. SILVA, Camila Daiane. A violência contra a mulher: agressores usuários de drogas ilícitas. 2015. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=26838&indexSearch=ID>>. Acessado em: 14 de novembro de 2016.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos da Atenção Básica Saúde da Mulher. 2016. Brasília. DF.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. 2012. Disponível em: [file:///E:/PROJETO/9789275716359_por.pdf](http://www.paho.org/pt/PROJETO/9789275716359_por.pdf)>, Acessado em: 07 de maio de 2016.

Promoção da saúde aos pacientes portadores de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde

RESUMO | Objetivo: conhecer o estilo de vida e a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial. Método: trata-se de um estudo transversal quantitativo, retrospectivo, em que foram aplicados questionários com pacientes portadores de hipertensão arterial, no período de janeiro a março/2016. Resultados: foi evidenciado que a maioria, 60,38% (n=64), é do gênero feminino. Encontrado o maior percentual na faixa etária de 60 a 70 anos incompletos, com 32,07% (n=34). Sobre frequência das atividades educativas, foi percebido que 67,92% (n=72) responderam sim. Conclusões: foi observado que a maioria dos hipertensos faz uso da medicação, enquanto alguns ainda optam apenas pelo controle na dieta de sal e se mostram resistentes ao tratamento não-medicamentoso.

Palavras-chaves: hipertensão; enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT | Objective: to know the lifestyle and adherence to the treatment of patients with arterial hypertension. Method: this is a retrospective quantitative cross-sectional study, in which questionnaires were applied to patients with arterial hypertension, from January to March/2016. Results: it was evidenced that the majority, 60.38% (n = 64), is of the female gender. The highest percentage was found in the age group of 60 to 70 years incomplete, with 32.07% (n = 34). Regarding the frequency of educational activities, it was noticed that 67.92% (n = 72) answered yes. Conclusions: it was observed that the majority of hypertensive patients use medication, while some still only choose to control salt diet and are resistant to non-medicated treatment.

Keywords: hypertension; nursing; Family Health Strategy.

RESUMEN | Objetivo: conocer el estilo de vida y la adhesión al tratamiento de los pacientes portadores de hipertensión arterial. Método: se trata de un estudio transversal cuantitativo, retrospectivo, en que se aplicaron cuestionarios con pacientes portadores de hipertensión arterial, en el período de enero a marzo/2016. Resultados: se evidenció que la mayoría, el 60,38% (n = 64), es del género femenino. Encontrado el mayor porcentaje en el grupo de edad de 60 a 70 años incompletos, con 32,07% (n = 34). En la frecuencia de las actividades educativas, se percibió que el 67,92% (n = 72) respondieron sí. Conclusiones: se observó que la mayoría de los hipertensos hacen uso de la medicación, mientras que algunos todavía optan sólo por el control en la dieta de sal y se muestran resistentes al tratamiento no-medicamentoso.

Palabras claves: hipertensión; enfermería; Estrategia Salud de la Familia.

Avanilde Paes Miranda

Mestre em Hebiatria - Determinantes de Saúde na Adolescência. Docente do Curso Bacharelado em Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Olinda (FUNESO).

Carla Cristina Câmara de Andrade

Graduanda em Enfermagem da FUNESO.

Luiz Henrique Soares da Silva

Graduando em Enfermagem da FUNESO.

Recebido em: 27/03/2017

Aprovado em: 28/06/2017

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública, sendo considerada um dos principais fatores de risco às doenças cardiovasculares e responsável por altas taxas de morbidade^{1,2}. A HAS é dividida em primária e secundária, de acordo com a sua etiologia³. A hipertensão arterial (HA) é uma doença silenciosa que atinge cerca de 30% dos brasileiros, ocorrendo em 5% de crianças e adolescentes⁴. Estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial (PA) mantida em níveis desejáveis e essa insuficien-

te adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade⁵.

As equipes da Saúde da Família têm, em tese, os melhores requisitos para promover a adesão ao tratamento de patologias como a HA, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento⁶. O enfermeiro, enquanto integrante da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolve importante papel no acompanhamento do paciente com HA⁷. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orienta-

ções quanto à adoção de novos hábitos de vida. Este profissional, além de atuar como educador em saúde com grupos de pessoas com HA, seus familiares e com a comunidade, é responsável por desenvolver a Consulta de Enfermagem, atividade privativa do enfermeiro⁸.

Na consulta ao paciente com HA, o enfermeiro deverá realizar a aferição da PA, a verificação da altura, do peso, da circunferência da cintura e do quadril e o cálculo do índice de massa corporal, além de investigar sobre fatores de risco e hábitos de vida, orientar sobre a doença, o uso regular de medicamentos prescritos e sobre hábitos de vida pessoais e familiares⁹. O enfermeiro, como profissional da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem, deve desenvolver intervenções seguras e eficazes, levando em consideração a promoção da saúde¹⁰. Assim, estas práticas de cuidados melhoram a qualidade da assistência, bem como contribuem para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde¹¹.

A atuação do enfermeiro junto aos portadores de HA é essencial, principalmente no tocante à adesão ao tratamento, que muitas vezes requer grandes mudanças no estilo de vida, em médio ou longo tempo¹². É importante ressaltar que os usuários de saúde não são apenas consumidores das orientações, dos grupos educativos, mas são também agentes/coprodutores de um processo educativo¹³.

Diante do exposto, questionou-se: como o atendimento e o acompanhamento aos pacientes com HA são ofertados na Unidade Saúde da Família (USF)? Considerando a HA uma doença crônica, porém possível de ser evitada e controlada, buscamos saber junto à equipe multiprofissional quanto a promoção da saúde destes pacientes.

Este manuscrito tem como objetivo conhecer o estilo de vida e a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial.

Método

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, com abordagem quantitativa e por amostra de conveniência. A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras em uma USF, no município de Igarassu/PE, no período de janeiro a março/2016. Na área de abrangência da pesquisa havia um número de 323 pacientes cadastrados no programa Hipertenso e Diabético (HIPERDIA), porta-

“Estima-se que somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua pressão arterial (PA) mantida em níveis desejáveis e essa insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade⁵”

dores de HA ou HA e Diabetes Mellitus (DM) associada. A amostra contemplou 106 (n=106) pacientes.

Foram determinados alguns critérios de inclusão, como “pacientes cadastrados no programa do HIPERDIA” e “participantes das atividades ofertadas pela ESF”. Como critério de exclusão, aqueles que estivessem cadastrados no HIPERDIA, mas que fossem “portadoras/

portadores apenas de DM”, ou que apresentassem “fator cognitivo prejudicado”.

Este trabalho foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e as normas regulamentadas de pesquisa que envolve seres humanos, com base na Resolução 466/2012. A análise foi realizada pelos pesquisadores por meio de uma entrevista individual e a aplicação de um questionário direcionado aos objetivos do estudo, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Olinda, sob o parecer nº 1.328.488 e CAAE de nº 5173345.7.0000.5194.

Resultados

Na variável idade, nota-se que 32,07% (n=34) têm entre 60 e 70 anos incompletos, 25,47% (n=27) estão na faixa etária de 50 a 60 anos de idade incompletos e 16,98% (n=18) têm entre 40 e 50 anos incompletos. Quanto ao gênero, percebe-se que 60,38% (n=64) são do sexo feminino (Tabela 1). Em relação à atividade educativa, foi observado que 67,92% (n=72) participam das atividades oferecidas ao grupo do HIPERDIA, sendo que 92,45% (n=98) responderam que fazem uso de medicações desde o diagnóstico de HA.

Apenas 33,02% (n=35) praticam atividade física. Sobre a restrição de sal, 66,04% (n=70) responderam “sim”. Foi evidenciado que 71,70% (n=76) comparecem às consultas agendadas e 74,53% (n=79) referiram realizar exames de rotina. Quando avaliado o Índice de Massa Corpórea, revelou-se que 33,96% (n=36) têm sobrepeso (Tabela 2).

Na variável tabagista, 87,74% (n=93) referiram não ser tabagista. Dos que são, 76,92% (n=10) começaram a fumar antes dos 20 anos de idade e 38,46% (n=5) fumam 1 carteira por dia. Quanto ao uso de bebida alcoólica, 69,81% (n=74) responderam “não” e, dos que fazem ingestão alcoólica, 25,00% (n=8) o fazem em 2 dias da semana e 100% (n=32) há 5 anos ou mais (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterização relacionada à idade e ao gênero. Pacientes hipertensos atendidos na USF de Igarassu. Igarassu/PE, 2016.

Variáveis	n	%
Idade		
30 40 anos	03	2,83
40 50 anos	18	16,98
50 60 anos	27	25,47
60 70 anos	34	32,07
70 80 anos	14	13,21
80 90 anos	10	9,43
Gênero		
Feminino	64	60,38
Masculino	42	39,62

Nota: coleta dos dados.

Discussão

Um estudo realizado na cidade de Salvador/BA mostra que, das pessoas entrevistadas, 50% eram do gênero feminino e 80% tinham idade acima de 56 anos¹⁴. Outro levantamento, sobre a identificação de fatores de risco constitucionais entre trabalhadores — história familiar de HAS, cor negra, homens com idade superior a 40 anos e mulheres com mais de 55 anos — evidencia o risco iminente da instalação desse agravo na saúde dessas pessoas¹⁵. Na presente pesquisa, percebeu-se que 54,71% dos pacientes tinham 60 anos de idade ou mais. A predominância do sexo feminino também já foi observada em outros estudos, assim como a da faixa etária de 60 a 79 anos^{16,17}. Vale destacar que a proporção de adultos portadores de HAS no último ano foi significativamente maior ($p < 0,000$) entre as mulheres (69,0%) do que entre os homens (61,5%)¹⁸. No levantamento aqui exposto, evidenciou-se que 60,38% dos entrevistados eram do gênero feminino.

Tabela 2. Caracterização dos pacientes quanto à participação nas atividades educativas, ao uso de medicação, à prática de atividade física, à dieta com restrição de sal, a consultas e exames conforme agendamento de rotina e quanto ao IMC. USF de Igarassu. Igarassu/PE, 2016.

Variáveis	n	%
Participa das atividades educativas de grupo do HIPERDIA		
Sim	72	67,92
Não	34	32,08
Se sim, segue as orientações		
Nunca sigo	05	6,94
Algumas vezes	36	50,00
Sempre sigo	29	40,28
Indiferente	02	2,78
Faz uso de medicações desde que foi diagnosticado com HA		
Sim	98	92,45
Não	08	7,55
Faz atividade física		
Sim	35	33,02
Não	71	66,98
Faz dieta, com restrição de sal		
Sim	70	66,04
Não	36	33,96
Faz consulta, conforme agendamento do HIPERDIA		
Sim	76	71,70
Não	30	28,30
Realiza os exames de rotina		
Sim	79	74,53
Não	27	25,47
Índice de Massa Corpórea (IMC)		
Baixo peso	02	1,89
Peso normal	38	35,85
Sobrepeso	36	33,96
Obesidade	30	28,30

Nota: coleta dos dados.

Tabela 3. Caracterização das variáveis relacionadas ao estilo de vida com tabagismo e/ou uso de bebida alcoólica dos pacientes. USF de Igarassu. Igarassu/PE, 2016.

Variáveis	n	%
Você é tabagista		
Sim	13	12,26
Não	93	87,74
Se sim, começou com qual idade		
Menos de 20 anos	10	76,92
20 25 anos	03	23,08
Faz uso de bebida alcoólica atualmente		
Sim	32	30,19
Não	74	69,81
Se sim, com qual frequência		
1 dia na semana	19	59,38
2 dias na semana	08	25,00
3 ou mais dias na semana	01	15,62
Se sim, há quanto tempo		
5 ou mais anos	32	100,00

Nota: coleta dos dados.

Estudo realizado no município de Cambé/PR apontou baixa cobertura do acompanhamento das pessoas com HAS residentes nas áreas atendidas pela ESF¹⁹. O uso correto de diuréticos para assegurar o controle da expansão volêmica é essencial e é possível alcançar a meta pressórica com otimização do diurético²⁰. Dentre os pacientes entrevistados nesta pesquisa, 92,45% usam medicações, sendo que 82,08% o fazem de forma correta. O tratamento para o controle da HA inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida²¹. A prática de atividade física e a redução da ingestão de sal e do consumo de álcool e tabaco são fundamentais na prevenção de crises hipertensivas e problemas coronários¹. No presente estudo, 33,02%

“As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida”

dos pacientes praticam atividade física, enquanto 66,04% estão prevenindo-se com dieta restrita em sal.

O tabagismo é responsável por cerca de 45% das mortes nos homens com menos de 65 anos de idade e por mais de 20% de todos os óbitos por doença coronariana nos homens com idade superior a essa faixa etária²². Estudo relacionado ao tabagismo realizado em São Paulo aponta que os gêneros feminino e masculino comportam-se de forma similar²³. Na amostra deste estudo, 12,26% dos participantes são tabagistas e 30,19% fazem ingestão de bebida alcoólica. Na associação entre o uso elevado de álcool e a hipertensão, a recomendação para os alcoólatras é de não exceder 2 (dois) drinques/homem e 1 (um) drink/mulher por dia²⁴.

No Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m²), 52,5% vs 43%²⁵. A relação entre IMC e risco de morbidades, no entanto, pode ser afetada pela distribuição da gordura corpórea, visto que as principais complicações da obesidade, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes melito, hipertensão e hiperlipidemia, estão associadas ao maior acúmulo de gordura abdominal, independente do peso corpóreo²⁶. Quando analisado o IMC dos participantes deste estudo, foi evidenciado que 33,96% estão com sobrepeso, sendo que 28,30% têm obesidade.

Conclusão

Com a realização deste estudo, foi possível conhecer o estilo de vida dos pacientes atendidos na USF. Faz-se necessário desenvolver uma melhor estratégia de Promoção da Saúde, capacitando a equipe a repassar as informações e a planejar uma melhor forma desses pacientes aderirem aos tratamentos medicamentosos, associados à mudança de hábitos alimentares aliada à atividade física. 🐦

Referências

1. Figueira ETA, Pedrosa VS, Ferreira MS, Ribeiro KAA, Figueira MCS. Percepção da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial em uma Unidade de Pronto Atendimento no Estado do Pará. *Rev. Brasileira de Educação e Saúde*. 2016;6(3):13-16.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. [VI Brazilian Guidelines on Hypertension]. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;95(1 Suppl):1-51.
3. Bucolon CS, Nicolau NMA, Viana AC. Ômega 3 na prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Revista Conexão Eletrônica*. 2016;13(1).
4. Costa NRSF, Melo WF, Meneses SEM, Farias ACS, Ribeiro SRS, Silva EML, Silva SCA, Souza-Neto OL. O papel do enfermeiro frente à crise hipertensiva no atendimento de urgência e emergência. *Informativo Técnico do Semiárido. Pombal*. 2016;10(2):5-9.
5. Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the Cohort Study of Medication Adherence Among Older Adults (CoSMO). *Med. Clin. North Am*. 2009;93(3):753-769.
6. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(2):179-184.
7. Felipe GF, Abreu RNDC, Moreira TMM. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008;42(4):620-627.
8. Brasil. Portaria nº 2488/11, de 26 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 a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília (DF)*, 2011 out. 26; Seção 1:48.
9. Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*. São Paulo; 2006.
10. Guedes NG, Moreira RP, Cavalcante TF, Araújo TL, Lopes MVO, Ximenes LB, Vieira NFC. Intervenções de enfermagem relacionadas à promoção da saúde em portadores de hipertensão. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):151-156.
11. Jackson S, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamman S, Buasai, S, Chaovavanich K. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. Geneva: WHO; 2005.
12. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016;6(3):138-144.
13. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):233-238.
14. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepção dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1365-1374.
15. Santos ZMSA, Lima HP. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):90-97.
16. Lima HP, Santos ZM, Nascimento JC, Caetano JA. Hypertensive user's adherence to treatment and the interface with knowledge about the disease. *Rev. RENE*. 2010;11(2):170-8.
17. Nobre F, Ribeiro AB, Mion Júnior D. Control of arterial pressure in patients undergoing anti-hypertensive treatment in Brazil — Contro-lar Brazil. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010;94(5):623-30.
18. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi F, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Silva SM, Dilelio AS. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(3):543-50.
19. Radigonda B, Souza RKT, Cordini-Júnior L, Silva AMR. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados. *Cambé-PR*, 2012. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*. 2016;25(1):115-126.
20. Garg JP, Elliott WJ, Folker A, Izhar M, Black HR. RUSH University Hypertension Service. Resistant hypertension revisited: a comparison of two university based cohorts. *Am. J. Hypertens*. 2005;18(5 Pt 1):619-26.
21. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37(5):635-42.
22. Castro ME, Rolim MO, Maurício TF. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):184-189.
23. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2016;50(1):50-58.
24. Souza D, Póvoa R. Álcool e hipertensão arterial. *Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Revista Factores de Risco*. 2014;(32):33-39.
25. Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. In: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2016;107(3 suppl 3):1-5.
26. Taylor RW, Keil D, Gold EJ, Williams SM, Goulding A. Body mass index, waist girth, and waist-to-hip ratio as indexes of total and regional adiposity in women: evaluation using receiver operating characteristic curves. *Am. J. Clin. Nutr*. 1998;67:44-49.



GESTÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO MOBILE

O novo aplicativo da Qualis traz **eficiência de processos** para análise e monitoramento de infecções hospitalares através de **relatórios em tempo real**.



Eficiência na
coleta de dados



Indicadores
em tempo real



Segurança na
qualidade dos dados

Confira mais sobre Gestão de Controle de Infecção Mobile:
<http://bit.ly/control-e-infeccao-movel>

Qualis
soluções em infectologia



Alta eficácia no tratamento de compressão para doenças venosas!

Compressão inelástica com tecnologia patenteada. Sistema circaid foi projetado com a capacidade de ser facilmente ajustado para compressão necessária e colocação rápida proporcionando a redução de edemas.