

REVISTA ESPAÇO PARA A

SAÚDE



VOLUME 20 • Nº2
DEZEMBRO.2019

ISSN ONLINE 1517 - 7130
ISSN IMPRESSO 0103 - 3832



FACULDADES
pequeno
PRÍNCIPE

REVISTA ESPAÇO PARA A

SAÚDE



VOLUME 20 N° 2 DEZEMBRO.2019

ISSN ONLINE 1517 – 7130 | ISSN IMPRESSO 0103 – 3832



ISSN ONLINE 1517 – 7130 | ISSN IMPRESSO 0103 – 3832

URL: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/>

INDEXADA EM:



LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO
CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



SISTEMA REGIONAL DE INFORMACIÓN EN
LÍNEA PARA REVISTAS CIENTÍFICAS DE
AMÉRICA LATINA, EL CARIBE, ESPAÑA Y
PORTUGAL



SISTEMA DO GOOGLE QUE OFERECE
FERRAMENTAS ESPECÍFICAS PARA BUSCA
DE LITERATURA ACADÊMICA

CLASSIFICAÇÃO QUALIS CAPES - 2016:- Ensino: B4, Enfermagem: B3, Medicina III:
B5, Psicologia: B3, Odontologia: B4, Interdisciplinar: B4, Saúde Coletiva: B5.

Catálogo na Publicação - Bibliotecária Salete Terezinha Arcanjo – CRB 1467

E77 Espaço para a Saúde. Vol.20,
n.2 (dez. 2019). – Curitiba – (PR): Faculdades Pequeno Príncipe.

107.: il.; 21x28 cm

Semestral

ISSN impresso 0103 - 3832
ISSN online 1517- 7130

1. Ensino na Saúde. I. Faculdades Pequeno Príncipe. II. Título.

CDD: 614.098162

OS CONCEITOS EMITIDOS NOS MANUSCRITOS SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO(S) AUTOR(ES),
NÃO REFLETINDO OBRIGATORIAMENTE A OPINIÃO DA REVISTA

SEMESTRAL | TIRAGEM: 1.000 EXEMPLARES | COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO E MARKETING: CRISTIANE KIYONE
HAYASHI | REVISÃO ORTOGRÁFICA: MARIA CHRISTINA RIBEIRO BONI | REVISÃO DE INGLÊS: DENISE RODRIGUES |
PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: RICHARD CARVALHO e VISUALITÀ CASA DE DESIGN

POLÍTICA EDITORIAL DA REVISTA VIGENTE EM 2019

A Revista Espaço para a Saúde (REpS), criada na década de 80 por pesquisadores e docentes do Paraná, consolidou-se como espaço de importantes reflexões na área da Saúde Coletiva. Dando continuidade a esta trajetória, no ano de 2018 passa a ser editada pelo Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe. Caracteriza-se como periódico nacional, em versão on-line e impressa. A revista é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos – ABEC.

Missão

Publicar pesquisas científicas de interesse para profissionais da área de ensino e da saúde com foco no ensino na área da saúde, que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento, assim como para a transformação e atualização das ações e práticas profissionais.

Política editorial

A REpS propicia um espaço de reflexão interdisciplinar e colaborativo da pesquisa relacionada à prática, ensino e cuidado em saúde. A revista é publicada semestralmente e é de livre acesso, aceitando manuscritos em português, inglês e espanhol, nas categorias artigo original e artigos de revisão.

A política editorial da REpS se embasa no rigor de critérios de qualidade para indexação, editoração e responsabilidade compartilhada do Conselho Editorial e Corpo Editorial Científico.

A Revista adota a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>) e segue o código de conduta ética em publicação recomendado pelo *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

As pesquisas envolvendo seres humanos seguem as normativas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e devem ser encaminhadas à Revista com o número do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos tipo ensaio clínico devem ter o número do Registro de Aprovação de Ensaio Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>). Em casos de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais deve ser encaminhada. Para as Revisões Sistemáticas seguir o *Guideline* Prisma.

Arquivamento

Esta revista utiliza o sistema LOCKSS para criar um sistema de arquivo distribuído entre as bibliotecas participantes e permite às mesmas criar arquivos permanentes da revista para a preservação e restauração.

Processo de Avaliação pelos Pares

Os critérios de editoração estabelecidos pela Revista visam garantir a qualidade das publicações. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas para detecção de plágio, levando em consideração que plágio acadêmico, em qualquer nível, é crime.

O artigo submetido à Revista, que atenda às “instruções aos autores” e que se coadune com a política editorial, será enviado para a avaliação de dois revisores de reconhecida competência na temática abordada. Caso haja discordância no parecer, o artigo será encaminhado a um terceiro consultor (*ad hoc*). O editor então encaminha o parecer de aceitação, reformulação ou recusa justificada aos autores. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Corpo Editorial Científico. Os artigos recusados, devidamente reformulados, poderão ser submetidos como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Indexadores

Lilacs | Latindex | GOOGLE ACADÊMICO

COMPOSIÇÃO CONSELHO EDITORIAL • Dr.^a Patrícia Maria Forte Rauli (Presidente), Me Luiza Tatiana Forte, Dr.^a Ivete Palmira Sanson Zagonel, Dr.^a Rosiane Guetter Mello, Dr.^a Izabel Cristina Meister Martins Coelho, Dr.^a Mara Lúcia Cordeiro, Dr. Mário Antônio Sanches

EDITORA CIENTÍFICA CHEFE • Dr.^a Izabel Cristina Meister Martins Coelho

EDITORES ASSOCIADOS • Dr.^a Elaine Rossi Ribeiro, Dr. Roberto Zonato Esteves, Dr.^a Rosiane Guetter Mello

Editora Administrativa Me Débora Maria Vargas Makuch



ISSN ONLINE 1517 – 7130 | ISSN IMPRESSO 0103 – 3832

A **Revista Espaço para a Saúde (REpS)** criada na década de 80 por pesquisadores e docentes do Paraná, consolidou-se como espaço de importantes reflexões na área da Saúde Coletiva. Dando continuidade a esta trajetória, no ano de 2018 passa a ser editada pelo Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe. Caracteriza-se como periódico nacional, em versão on-line e impressa. A revista é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos – ABEC.



"A Revista Espaço para a Saúde conta com o apoio do Governo do Paraná, por meio do Convênio **39/2018** assinado entre o INESCO e a Secretaria de Estado da Saúde"



ESTA OBRA TEM A LICENÇA CREATIVE COMMONS ATRIBUIÇÃO-NÃO COMERCIAL 4.0 INTERNACIONAL.

VERSÕES ONLINE: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/> | E-MAIL: espaco-saude@fpp.edu.br

SUMÁRIO

07 EDITORIAL

ARTIGOS

- 09 **Processo de humanização na graduação: percepção do acadêmico do curso de medicina**
Renan Pontes Petinelli, Savio Aparecido Melo da Silva, Nicolas Pivoto, Thalita Bento Talizin, Maria José Sparça Salles
- 19 **Educação farmacêutica: a percepção de estudantes de especialização em farmácia clínica**
Milena Prando Tupan Basségio, Christian Boller, Gracinda Maria D'Almeida e Oliveira, Maria Rosa Machado Prado
- 30 **Prontuário eletrônico como ferramenta de elaboração da SAE no serviço de urgência/emergência: Opinião dos enfermeiros**
Thais Lazaroto Roberto Cordeiro, Luciana Aparecida Soares Andrade, Sulamita de Paula Santos, Kalliny Nathiara de Oliveira Stralhoti
- 42 **Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná - Brasil**
Gabriela de Araujo, Marina Ramos, Tânia Zaleski, Leandro Rozin, Leide da Conceição Sanches
- 55 **Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do agente comunitário de saúde**
Tiago Pereira de Souza, Paulo Antonio Barros Oliveira

REVISÕES

- 67 **Estratégias de *coping* e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa**
Caroline Camargo Graça, Ivete Palmira Sanson Zagonel
- 78 **Atuação dos profissionais da equipe de enfermagem na farmacovigilância: revisão integrativa da literatura**
Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo, Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
- 90 **A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa**
Bruna Silva dos Santos, Camille Karine Scharneski Bueno, Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli, Elaine Rossi Ribeiro

102 AGRADECIMENTOS

103 CHAMADA PÚBLICA Nº 9

104 INSTRUÇÕES AOS AUTORES

EDITORIAL

Com a chegada do final do ano e a publicação do volume 2 da Revista Espaço para a Saúde, paramos por alguns instantes para refletir sobre a passagem do tempo e a construção do conhecimento. Parece-nos que com a mesma velocidade com que estes 365 dias se passaram, assim também aconteceu com a ciência.

Ela foi ágil, célere e benéfica na maioria das vezes, trazendo à baila os grandes desafios e muitas oportunidades que se dispuseram para todos nós em 2019.

O tempo histórico e o desenvolvimento da ciência caminharam juntos no fomento do diálogo editorial, nas ferrenhas discussões sobre políticas educacionais, (in)definições sobre possíveis mudanças na avaliação da pós-graduação, a competição global desenfreada, incentivo decrescente das agências de fomento, entre outros assuntos tão pertinentes para a produção e difusão do conhecimento.

Neste cenário, de progresso visível e inquietante ao mesmo tempo, apresentamos o novo número, que, analogamente ao que vivemos durante o ano, está repleto de artigos com assuntos diversos, a saber: humanização no curso de medicina, educação farmacêutica, prontuário eletrônico, violência sexual infantil, trabalho e qualidade de vida. Além destes, revisões sobre estratégias de *coping*, farmacovigilância e segurança do paciente no transporte hospitalar.

Caminhe pelas páginas e participe conosco dos meandros dos manuscritos que nos possibilitam conhecer um pouco mais da área do ensino nas ciências da saúde.

Desejamos que este ano tenha sido de produtividade em todos os sentidos e que 2020 possa revelar nosso compromisso com o protagonismo na produção e difusão da ciência de qualidade.

Boa leitura!

Elaine Rossi Ribeiro
Editora Associada

Izabel Cristina Meister Martins Coelho
Editora-Chefe

Processo de humanização na graduação: percepção do acadêmico do curso de medicina

Humanization process in undergraduate courses: perception of the medical student

Proceso de humanización en la graduación: percepción del académico del curso de medicina

Renan Pontes Petinelli¹, Savio Aparecido Melo da Silva², Nicolas Pivoto³,
Thalita Bento Talizin⁴, Maria José Sparça Salles⁵

¹ Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Londrina - Paraná

² Graduando em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina- UEL. Londrina - Paraná

³ Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina- UEL. Londrina - Paraná

⁴ Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Londrina- UEL. Londrina - Paraná

⁵ Pós Doutora em Genética pela Universidade Estadual de Londrina - UEL. Londrina - Paraná

RESUMO

O processo de humanização em formação médica é fundamental para o desenvolvimento de profissionais capacitados a assistirem ao paciente de forma digna, pautado na ética e empatia. O estudo, de caráter transversal e quantitativo, avaliou a percepção de estudantes de medicina de uma instituição pública do Paraná sobre o processo de humanização durante sua formação acadêmica. Os dados foram analisados por frequência relativa IC 95%. Revelou-se que 74,6% dos

Autor de Correspondência:

*Maria José Sparça Salles. E-mail: salms00@gmail.com

estudantes consideram que a sua formação contribua para a prática médica humanizada e que grande parte deles possui domínio sobre o conceito de determinação social do processo saúde e doença. Contudo, a metade deles não se considera apta a lidar com um dilema ético e moral. Embora haja um grande conhecimento sobre a humanização ao longo da graduação, ainda se faz necessário um aprimoramento da abordagem de assuntos relacionados à bioética e aos diversos fatores que interferem no processo saúde e doença.

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Educação Médica. Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The process of humanization in medical training is fundamental to the development of professionals capable to assist a patient with dignified support, based on ethics and empathy. This quantitative, cross-sectional study evaluated the perception of medical students of a public institution in the state of Paraná about the humanization process throughout their academic education. Data were analyzed by relative frequency, 95% CI. It was showed that 74,6% of the students consider that their education contributes to the humanized medical practice, and great part of them know the concept of social determination of the health and disease process. However, half of them do not consider themselves capable of dealing with an ethical and moral dilemma. It was concluded that, although there is a great knowledge about humanization throughout the undergraduation course, it is still necessary to improve the approach of issues related to bioethics and several factors that interfere in the health and disease process.

Keywords: Humanization of Assistance. Education, Medical. Health Human Resources.

RESUMEN

El proceso de humanización en formación médica es fundamental para el desarrollo de profesionales preparados para asistir al paciente de forma digna. El estudio, de carácter transversal, cuantitativo, evaluó la percepción de estudiantes de medicina de una institución de enseñanza superior pública del norte de Paraná sobre el proceso de humanización durante su formación académica. Datos analizados por frecuencia relativa, IC 95%. Se ha revelado que 74,6% de los estudiantes considera que su formación contribuye a la práctica médica humanizada y que gran parte posee dominio sobre el concepto de determinación social del proceso salud y enfermedad. Sin embargo, la mitad de los alumnos no se considera apta para manejar un dilema ético y moral. Luego, aunque hay un gran conocimiento sobre la humanización, se hace necesaria una mayor discusión de temas relacionados a la bioética y a los diversos factores que interfieren en el proceso salud y enfermedad.

Palabras clave: Humanización de la Atención. Educación Médica. Fuerza Laboral en salud.

INTRODUÇÃO

A humanização é uma temática complexa muito discutida atualmente e cada vez mais tem ganhado espaço no cenário da saúde. A humanização na prática de saúde pode ser conceituada como o conjunto de ações que visa à qualidade na atenção ao paciente, sendo que fatores cruciais para a sua plenitude englobam o exercício profissional pautado na ética, o diálogo como ferramenta de relação médico-paciente e a empatia¹. Todavia, mudanças no campo da ciência e da saúde têm abalado grandemente a relação do profissional de saúde com o paciente.

Considerado um marco histórico na formação médica, a publicação do Relatório Flexner em 1910 abriu novas portas para a prática da educação, uma vez que adotou o método científico como forma legítima de produção de conhecimento. Dessa forma, tal Relatório contribuiu para o desenvolvimento de um modelo biologicista e tecnicista que foi introduzido nas academias médicas, conduzindo os programas educacionais a uma visão reducionista. Esse modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, não considera a dimensão psicossocial da saúde².

Esse modelo de medicina tem como base a compreensão da fisiologia e patologia do corpo de forma independente das vivências e emoções do paciente, desconsiderando que as dimensões emocionais e vivenciais estão intrinsecamente relacionadas com o processo saúde-doença³.

Além disso, o tecnicismo trouxe como consequência uma mudança na dinâmica da relação interpessoal entre os usuários do serviço de saúde e o profissional da área, tornando-a imparcial, fria, individual e calculista. Sousa, Gallian e Maciel⁴ apontam que a arte da prática médica foi substituída pelo conhecimento científico e suas tecnologias. Dessa forma, a relação médico-paciente perdeu seu sentido original: não se observa mais o paciente sob uma percepção holística, dando enfoque apenas à sua patologia. O avanço da tecnologia tem aprimorado

significativamente o poder diagnóstico do médico, no entanto muitas vezes essa ferramenta tem sido colocada à frente de uma anamnese e exame físico bem elaborados, fato que pode prejudicar a relação médico-paciente. O médico, dessa forma, muitas vezes é visto como um mero provedor de tecnologias, colocando em confronto o processo de humanização em saúde com essa técnica inovadora, uma vez que os avanços científicos e técnicos induziram uma mudança drástica na assistência médica. A tecnologia, se mal utilizada, pode comprometer o vínculo entre o paciente e o profissional, interferindo na qualidade da assistência à saúde.

Esse modelo biomédico mostrou-se, portanto, um método incapaz de se contemplar todas as dimensões do processo saúde-doença, evidenciando a real necessidade de uma alternativa que abrangesse as demais esferas desse processo. Tal modelo⁵, “tem suscitado o distanciamento entre paciente e médico, acarretando a ausência de uma relação que viabilize a vazão da capacidade do paciente em simbolizar a doença que o acomete”.

A partir de 1980 a humanização se propagou como um movimento técnico-político na área de Saúde¹. Com a Revolução Sanitária, o então modelo biomédico passou a ser veementemente discutido, levantando-se, dessa forma, a necessidade de um modelo no qual houvesse a reintegração das dimensões sociais e psicológicas.

O modelo biopsicossocial proporciona uma visão integral do ser e do adoecer. Incorporado à formação médica, esse modelo faz com que o profissional aprenda não só as habilidades técnico-instrumentais, mas que desenvolva também as competências relacionais, estabelecendo um vínculo adequado e uma comunicação efetiva, havendo, assim, um aprimoramento da relação médico-paciente⁶.

De forma complementar a esse processo, a partir dos anos 2000 a temática de humanização passa a

fazer parte das políticas públicas do SUS. Iniciativas plurais do Ministério da Saúde com apelo à humanização se organizaram em torno do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar em 2000, culminando com a Política Nacional de Humanização em 2002, a qual apresenta princípios, diretrizes, métodos e dispositivos relacionados a esse tema^{1,7,8}.

Em relação à formação médica, nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina de 2014, o Artigo 3º explicita as características e competências que o graduado em Medicina deve possuir, corroborando com o modelo biopsicossocial e o processo de humanização em saúde⁹.

“Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.”

Além disso, o Art. 5º inciso II diz que a formação do graduando busca concretizar a “integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde [...]”⁹, enquanto o inciso VI afirma que a graduação visa efetivar a “ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico”⁹.

Apesar da relevância da humanização na saúde, essa temática é pouco abordada na formação profissional, e a inserção de disciplinas de humanidades na educação médica apresenta grandes obstáculos¹⁰.

Casate e Corrêa¹¹ afirmam que deve haver uma revisão das práticas cotidianas dos profissionais de

saúde a fim de que haja um atendimento baseado em princípios como a equidade, integralidade da assistência e participação ativa do usuário. O enfraquecimento da relação entre médico e paciente evidencia a necessidade de se reavaliar as ações em diferentes campos da sociedade, da política e até mesmo da cultura⁴.

Tratar o paciente em sua totalidade repercute não só em uma boa relação entre os envolvidos, mas se apresenta com resultados concretos, como os apontados por Batt-Rawden, Chisolm, Anton e Flickinger¹². Esses autores, em sua revisão, observaram que um bom vínculo médico-paciente melhorou a satisfação no atendimento, aumentou a aderência ao tratamento e, sobretudo, houve significativa melhora nos resultados terapêuticos. Todavia, as escolas médicas ainda concentram suas atividades do modelo biomédico. Uma análise sobre a matriz curricular de duas grandes escolas médicas brasileiras mostrou que, em média, apenas 8,5% da carga horária é dedicada ao aprendizado humanístico¹³.

Portanto, este trabalho teve por objetivo avaliar a percepção do acadêmico de medicina do 1º ao 6º ano sobre o processo de humanização na graduação ao longo de sua formação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter transversal, quantitativo, no qual foi aplicado um questionário para graduandos do curso de medicina de uma instituição de ensino superior pública do norte do Paraná do 1º ao 6º ano, entre os meses de março e junho de 2017. As variáveis para descrição da população foram: série, idade e sexo. O questionário foi distribuído aos 480 alunos pertencentes ao curso de medicina de uma instituição de ensino superior pública do norte do Paraná, sendo que 228 estudantes o responderam. O questionário

contou com perguntas referentes à percepção do estudante de medicina em relação ao processo de humanização durante sua formação acadêmica, tais como: “Você considera que a sua formação contribua para a prática médica humanizada?”; “Você considera que os conteúdos abordados em temas relacionados à bioética contribuam para a prática médica humanizada?”; “Você conhece o conceito de determinação social no processo saúde e doença?”; “Este tema (determinação social no processo saúde e doença) já foi abordado ao longo de sua graduação?”; “Você se considera apto a lidar com um dilema ético/moral?”; “Suas crenças pessoais interferem em seu raciocínio ético?”; e, por fim, “Você considera o SUS um campo de prática humanizado?”

Para tabulação dos dados, foi utilizado o programa Excel® 2016. Quanto à análise quantitativa, foi realizada por meio de frequência relativa considerando-se o intervalo de confiança de 95% e

teste de qui-quadrado de Karl Pearson pelo programa de análise estatística do *Centers of Disease Control and Prevention Epi Info®* versão 7.2.2.6. Foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos de uma instituição de ensino superior pública do norte do Paraná, sob o número 1.425.138.

RESULTADOS

O curso de medicina desta instituição de ensino superior pública do Norte do Paraná conta com 480 alunos matriculados. Desse total, 228 alunos participaram da pesquisa, sendo que 42 (18,42%), 45 (19,74%), 36 (15,79%), 31 (13,60%), 37 (16,23%), 37 (16,23%) pertenciam ao 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º ano, respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Quantidade, idade média e distribuição segundo o sexo dos estudantes do primeiro ao sexto ano de medicina de uma instituição de ensino superior pública do Norte do Paraná, 2017

SÉRIE				
Série	Número	Idade (média)	Sexo	
			Masculino	Feminino
1º ano	42 (18,42%)	20,52	17 (40,48%)	25 (59,52%)
2º ano	45 (19,74%)	20,95	22 (48,89%)	22 (48,89%)
3º ano	36 (15,79%)	21,94	12 (33,30%)	24 (66,70%)
4º ano	31 (13,60%)	23,10	16 (51,60%)	15 (48,4%)
5º ano	37 (16,23%)	24,05	17 (45,90%)	20 (54,10%)
6º ano	37 (16,23%)	25,22	19 (51,35%)	18 (48,65%)

Fonte: Elaboração própria

Quanto ao sexo da amostra, a maioria corresponde ao sexo feminino, com 124 (54,39%) participantes. O sexo masculino foi representado por 103 (45,18%) indivíduos e 1 pessoa do 2º ano não respondeu

a essa pergunta. A média de idade aumentou progressivamente de acordo com o ano de graduação, correspondendo a 20,52 anos para o 1º ano de curso; 20,95 anos para o 2º; 21,94 para o 3º; 23,10 para o 4º;

24,05 para o 5º e 25,22 para o 6º.

Do total de participantes, 170 (74,56%; IC 95%: 69,75 – 81,34%; p<0,01) consideravam que a formação acadêmica contribuía para a prática

médica humanizada, enquanto que 138 (60,53%; IC 95%: 54,37 – 67,46%; p<0,001) consideravam que os conteúdos abordados em temas relacionados à bioética contribuía para tal prática. (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção dos estudantes do primeiro ao sexto ano do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior pública do Norte do Paraná, 2017, relacionada à temática de humanização

Perguntas	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano	6º ano	valor p
Você considera que a sua formação contribua para a prática médica humanizada?							p<0,01
Não	7	17	4	11	12	3	
Sim	35	28	32	19	23	33	
Não respondeu	0	0	0	1	2	1	
Você considera que os conteúdos abordados em temas relacionados à bioética contribuam para a prática médica humanizada?							p<0,001
Não	4	22	7	14	22	19	
Sim	38	22	29	17	14	18	
Não respondeu	0	1	0	0	1	0	
Você conhece o conceito de determinação social no processo saúde e doença?							p<0,01
Não	26	13	11	8	12	14	
Sim	16	32	25	23	25	23	
Não respondeu	0	0	0	0	0	0	
Você se considera apto a lidar com um dilema ético/moral?							p<0,01
Não	21	21	27	20	13	11	
Sim	21	23	9	10	24	26	
Não respondeu	0	1	0	1	0	0	

Fonte: Elaboração própria

Quando questionados se conheciam o conceito de determinação social no processo saúde e doença, 144 (63,16%; IC 95%: 56,54 – 69,43%; p<0,01) afirmaram conhecê-lo, no entanto apenas 124 (54,39%; IC 95%: 47,90 – 61,22%; p<0,05) disseram que esse tema fora abordado ao longo do curso. Ao todo, apenas 113 (49,56%; IC 95%: 43,30 – 56,70%; p<0,01) estudantes

consideraram-se aptos a lidar com um dilema ético/moral e 149 alunos (65,35%; IC 95%: 59,35 – 72,08%; p=0,0645) disseram que suas crenças pessoais não interferiam em seu raciocínio clínico. De todos os participantes, 148 (64,91%; IC 95%: 60,05 – 72,83%; p=0,2461) não consideram o SUS um campo de prática humanizado (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A educação médica é de extrema importância para a formação de profissionais bem qualificados para enfrentar o mercado de trabalho, visto que tais profissionais serão responsáveis por dar assistência a pessoas doentes, havendo a necessidade de se considerar não só a dimensão biológica, mas toda a questão psicossocial que esse indivíduo carrega. É dever do médico, segundo as DCNs do Curso de Graduação de Medicina, exercer o seu serviço sempre considerando todos os aspectos que abarcam o indivíduo, pautado na ética, a fim de proporcionar uma assistência universal, equânime e integral.

Balbi, Lins, Marta e Menezes¹⁴ acreditam que o ensino da medicina deve transcender a capacitação técnico-científica, muito transfundida nas academias médicas; é necessário preparar os futuros médicos para lidar com os dilemas, conflitos e a pluralidade de opiniões no campo da saúde. No estudo em questão, observou-se que apenas metade dos estudantes considera-se apta para lidar com dilemas éticos, havendo uma discrepância ao se observar os 4 primeiros anos em relação aos alunos do internato, dos 2 últimos anos. Considerando-se os 4 primeiros anos somados, a maioria não se considera preparada para conduzir um determinado dilema ético-moral. Todavia, pode-se notar que houve predomínio significativo dos estudantes dos 5^o e 6^o anos que se consideram capazes de lidar com tal dilema. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de os alunos dos 2 últimos anos estarem em maior contato com a prática médica e possuírem mais discussões acerca da bioética durante o internato. Contudo, tal aspecto demonstra ainda uma fragilidade na discussão sobre humanidades e ética médica desde o início da formação médica, o que dificulta um maior desenvolvimento de habilidades relacionadas ao diálogo e à tomada de decisões diante de um impasse ético. Desse modo, a dificuldade evidenciada deve ser considerada, de modo que o estudante possa compreender e agir sobre as diferentes demandas apresentadas pelo seu paciente¹⁴.

A influência de conceitos culturais e crenças dentro do raciocínio ético do profissional também foi abordada. A maioria dos estudantes considera que tais aspectos não interferem em suas tomadas de decisões, embora tal dado não seja estatisticamente relevante ($p > 0,05$). De acordo com Erwin¹⁵, as humanidades médicas são um grupo interdisciplinar de matérias que incluem artes, filosofia, literatura, história, antropologia e até mesmo espiritualidade, cuja finalidade é o desenvolvimento de um médico humanista com atributos como compaixão, engajamento, integridade, respeito e comprometimento para com o paciente. Inserir essas disciplinas no aprendizado médico tem a possibilidade de estimular a reflexão, bem como ampliar o pensamento a respeito do outro¹⁶.

A abordagem de humanidades médicas na graduação, todavia, esbarra-se em vários obstáculos, desde limitações de recursos para se explorar tal tema, até mesmo o desinteresse de docentes e discentes em discuti-la. A maioria dos estudantes desta instituição de ensino acredita que a formação acadêmica, da forma como ela é estruturada atualmente, contribui para a prática médica humanizada, no entanto, para 54 (23,68%) alunos, ainda há falhas que impedem o exercício de uma medicina plena e humana. Segundo Thompson, Vannatta, Scobey, Ferguson, Group e Crow¹⁷, muitos estudantes relatam que suas experiências com os cursos de humanidades são vagas, irrelevantes para o aprendizado e até uma forma de distração das ciências biomédicas. Um outro fator seria a baixa carga horária atribuída ao aprendizado humanístico, como apresentado pelo estudo de Silva, Muhl e Moliani¹³, dificultando o entendimento holístico do processo, bem como impedindo uma completa reflexão do biopsicossocial envolvido na relação médico e paciente.

É indiscutível que a inserção da bioética na formação médica tende a aprimorar os conceitos e valores que regem uma prática humanizada de assistência à saúde.

Conciliar os aspectos biomédicos à ética profissional deve guiar os objetivos da formação médica¹⁸. As discussões amplas visam melhor preparar os futuros profissionais de saúde nas competências tanto técnicas como humanas¹⁴. Tais discussões devem ser mais exploradas ao longo da graduação, desde o currículo pré-clínico, desenvolvendo um juízo crítico acerca de questões bioéticas aplicadas a uma realidade muitas vezes cruel. O médico mal preparado fica muito susceptível a transgredir, em muitos casos de forma não consciente, o código de ética médica, conduzindo-o, inclusive, a sérias consequências éticas e até mesmo cíveis.

A ética, infelizmente, ainda é pouco discutida no meio acadêmico, e, quando ocorre, nem sempre é realizada com base em metodologias que modificam a percepção do estudante e os motivam¹⁴. Com base nisso, é de fundamental importância o trabalho dessa temática desde o primeiro ano de graduação, visando um melhor conhecimento desse assunto e, conseqüentemente, uma prática médica pautada nos princípios éticos e no respeito. Baker, Shaw, Mooney, Daiss e Clark¹⁹ observaram que o curso de humanidades médicas possibilitou aos estudantes um melhor raciocínio ético ao tomar decisões, além de estimular o pensamento crítico desses indivíduos. No presente trabalho, o estudo da bioética se apresentou contraditório entre as turmas. Novamente os dois últimos anos destoaram dos demais, possivelmente devido ao maior conhecimento prático do tema. Um outro aspecto que também deve ser apontado é que, durante o curso de medicina desta instituição, a matéria bioética é desenvolvida predominantemente no internato (quinta série), o que provavelmente alterou o juízo a respeito do assunto.

A medicina, muito mais do que uma ciência, é a arte de compreender a humanidade em todo o contexto da doença, não apenas o diagnóstico patológico, mas, além disso, entender como a doença, na verdade, é o produto do ambiente, aspecto social, econômico, biológico, psicológico e tudo aquilo que interfere direta e indiretamente¹⁵. Faz-se necessário, assim,

a discussão acerca da determinação social do processo saúde e doença ainda nos primeiros anos de graduação, uma vez que o profissional de saúde deve levar todos os fatores em consideração para que, só então, ele possa fazer uma correta análise do quadro e propor um tratamento que leve em consideração o contexto e a realidade do paciente. Dos 228 participantes, 144 (63,16%) afirmaram conhecer o conceito de determinação social do processo saúde-doença, sendo que a primeira série teve por maioria o desconhecimento do assunto, fato que reitera a necessidade de se discutir essa temática ainda no processo inicial de formação médica do estudante.

Além disso, a evidência da abordagem do tema no curso não foi unânime, pois somente 124 (54,39%) indivíduos afirmaram ter tido contato com o assunto, demonstrando, portanto, a necessidade de se propor discussões sobre a determinação social do processo saúde e doença durante a formação acadêmica de maneira clara, desde seu início. Hermes, Cutolo e Maestrelli²⁰ identificaram que o conceito de saúde, na visão dos estudantes, está muito mais associado à ausência de doença ou ao bem-estar do indivíduo em detrimento à ideia de saúde como um determinante social. Fato importante é a necessidade de se abordar questões bioéticas desde o primeiro ano da graduação para que os acadêmicos incorporem a humanização como habilidade essencial para a formação acadêmica, constituindo-se de conceitos, reflexão, avaliação e postura profissional. A instituição formadora deve ser responsável por preparar os futuros profissionais para prestarem um trabalho de qualidade e humanizado no atendimento da saúde do paciente. Uma maneira possível e consonante com o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da referida Instituição de Ensino de se intervir nesse fator, e nos demais citados, seria uma melhor abordagem dos determinantes sociais em saúde e das habilidades humanísticas e bioéticas nos módulos de Interação entre Ensino, Serviços e Comunidade, desde o primeiro ano de graduação. É importante que estes conceitos sejam um alicerce para os fundamentos

técnicos e biológicos que compõem a prática médica.

A educação médica e a abordagem do processo de humanização durante a formação acadêmica refletem no campo de trabalho, sobretudo no SUS. Porém, não só esses fatores interferem em um campo de prática humanizada, devendo-se ainda levar em consideração questões administrativas, políticas e econômicas. Do total de alunos que responderam o questionário, grande parte não considera o SUS um cenário humanizado. A qualidade do serviço prestado, o tempo de espera para uma consulta com especialista ou um exame diagnóstico, as enormes filas nos atendimentos primários, a falta de infraestrutura adequada, a falta de privacidade e de ética de alguns profissionais são exemplos que demonstram a distância da proposta de humanização do SUS na atual conjuntura do país⁸. A humanização, de acordo com Casate e Corrêa¹¹, é necessária no âmbito do SUS, uma vez que, atualmente, encontra-se um cenário muitas vezes desumanizante. Evidentemente, há profissionais que trabalham arduamente para mudar tal cenário, no entanto essa reflexão é válida, visando sempre o aprimoramento do campo de trabalho. Importante também discutir sobre as condições a que os próprios profissionais de saúde são submetidos. Muitos deles fazem plantões extensos, acompanhado de baixos salários, falta de estrutura adequada e recursos necessários para procedimentos simples, o grande nível de tensão e estresse e a impossibilidade de conciliar a vida profissional e social de forma saudável, o que acaba proporcionando um cenário desumano. Para melhorar o atendimento dos SUS, Ferreira e Artmann²¹, em seu artigo, consideram que a opinião dos profissionais e usuários é um fator importante para elevar a qualidade da assistência e contribuir para a humanização.

CONCLUSÕES

Os resultados evidenciaram que grande parte dos

estudantes de medicina desta instituição apresenta um conhecimento amplo em relação à humanização em saúde. Todavia, fazem-se necessárias medidas para aprimorar a discussão e o enfoque dado sobre diversas temáticas intrinsecamente relacionadas à humanidade. A introdução de matérias com a finalidade de abordar as habilidades humanísticas devem ser repensadas, a fim de se estabelecer uma visão holística do paciente e um vínculo digno e mais bem fundamentado entre o médico e o doente. A instituição, dessa forma, possui papel ativo para a melhor formação de profissionais capazes de dar uma assistência adequada pautada nos conceitos biopsicossociais.

REFERÊNCIAS

1. Rios IC, Battistella LR. Gestão da humanização das práticas de saúde: o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Saude soc.* [Internet]. 2013;22(3):853-865.
2. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. *Rev. Bras Educ Med.* 2008;32(4):492-9.
3. Marco MA, Wechsler R, Mara S, Joppert H, Lucchese AC. Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. *Interface Commun Heal Educ.* 2013;17(46):683-94.
4. Sousa MS, Gallian DMC, Maciel RMB. Humanidades médicas no Reino Unido: uma tendência mundial em educação médica hoje. *revistadc* [Internet]. 2012; 91(3):163-7.
5. Lima CC, Guzman SM, Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanidades e humanização em saúde: A literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. *Interface Commun Heal Educ.* 2014;18(48):139-50.
6. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med.* 2007;30(1):60-72.
7. Ministério da Saúde (Brasil). *Humanizaus: Política*

Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Brasília, DF: MS; 2010.

8. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2007;16(3):439-444.

9. Ministério da Educação (Brasil). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União 23 de jul 2014; Seção 1.

10. Rios IC, Sirino CB. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. Rev Bras Educ Med. 2015;39(3):401-9.

11. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2005;13(1): 105-111.

12. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students. Acad Med [Internet]. 2013;88(8):1171-7.

13. Silva LA, Muhl C, Moliani MM. Ensino Médico E Humanização: Análise a Partir Dos Currículos De Cursos De Medicina. Psicol Argumento. 2016;33(701):298.

14. Balbi L, Lins L, Marta I, Menezes S. A Literatura como estratégia para reflexões sobre humanismo e ética no curso médico. Rev. Bras. Educ. Med [Internet]. 2017;41(1):152-61.

15. Erwin CJ. Development of a medical humanities and ethics certificate program in Texas. J Med Humanit [Internet]. 2014;35(4):389—403.

16. Silva MR, Gallian DMC, Schor P. Literatura e Humanização: uma Experiência Didática de Educação Humanística em Saúde. Rev Bras Educ Med. 2016;40(1):93-101.

17. Thompson BM, Vannatta JB, Scobey LE, Fergeson M, Group HR, Crow SM. Providing context for a medical school basic science curriculum: The importance of the humanities. Med Teach. 2016;38(1):82-7.

18. Sirino CB. A humanização no ensino de graduação em medicina : construções sobre o olhar dos estudantes. São Paulo. Tese [Mestrado em Ciências] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.

19. Baker CJ, Shaw MH, Mooney CJ, Daiss SDP, Clark SB. The Medical Humanities Effect: a Pilot Study of Pre-Health Professions Students at the University of Rochester. J Med Humanit. 2017;38(4):445-57.

20. Hermes FC, Cutolo LRA, Maestrelli SRP. Concepção de Estudantes de Fisioterapia que Participam do Ensino Baseado em Problemas sobre o Processo Saúde-Doença. Rev Bras Educ Med. 2016;40(4):627-34.

21. Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2018;23(5):1437-50.

DATA DE SUBMISSÃO: 17/4/19 | DATA DE ACEITE: 21/10/19

Educação farmacêutica: a percepção de estudantes de especialização em farmácia clínica

Pharmaceutical education: the perception of post-graduation students in clinical pharmacy

Educación farmacéutica: la percepción de estudiantes de especialización en farmacia clínica

Milena Prando Tupan Basségio¹, Christian Boller², Gracinda Maria D'Almeida e Oliveira³, Maria Rosa Machado Prado⁴

¹ Mestre no Ensino nas Ciências da Saúde pela Faculdades Pequeno Príncipe- FPP
Curitiba - Paraná

² Doutor em Biotecnologia Aplicada à Saúde da Criança e do Adolescente. Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba - Paraná

³ Doutora em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná . Curitiba - Paraná

⁴ Doutora em Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia . Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba - Paraná

RESUMO

A Farmácia Clínica é uma área de atuação farmacêutica que tem crescido na última década, em especial após a publicação das Diretrizes Curriculares no ano de 2002. O objetivo deste trabalho

Autor de Correspondência:

*Maria Rosa Machado Prado. E-mail: mrosaprado@hotmail.com

foi avaliar a percepção de estudantes de pós-graduação em Farmácia Clínica sobre a sua formação acadêmica e o desenvolvimento de competência para o trabalho com Farmácia Clínica. Os participantes deste estudo foram estudantes de pós-graduação regularmente matriculados em Instituições de Ensino Superior, no Estado do Paraná. Os dados coletados passaram por análise de conteúdo e divididos em duas categorias: Ensino em Farmácia e Gestão Clínica. O resultado aponta para a existência de lacunas no processo de ensino e aprendizagem no que diz respeito ao cuidado com o paciente e no desenvolvimento de competências profissionais, demanda que, se suprida, permite valorização da profissão farmacêutica no concorrido mercado de trabalho.

Palavras-chave: Currículo. Educação em Farmácia. Competência Clínica

ABSTRACT

Clinical Pharmacy is an area of pharmaceutical practice that has grown in the last decade, especially after the publication of the Curriculum Guidelines in 2002. The objective of this work was to evaluate the perception of Clinical Pharmacy postgraduate students about their education, and the development of competence for work with Clinical Pharmacy. Participants in this study were graduate students regularly enrolled in higher education institutions, one located in the State of Paraná. Collected data underwent content analysis, and were divided into two categories: Pharmacy Teaching and Clinical Management. The result points to the existence of gaps in the teaching and learning process with regard to patient care and the development of professional skills, a demand that, if fulfilled, allows the valuation of the pharmaceutical profession in the crowded labor market.

Keywords: Curriculum. Education, Pharmacy . Clinical Competence.

RESUMEN

La Farmacia clínica es un área de práctica farmacéutica que ha crecido en la última década, especialmente después de la publicación de las Directrices Curriculares en 2002. El objetivo de este trabajo fue evaluar la percepción de los estudiantes de posgrado en Farmacia clínica sobre su educación y el desarrollo de competencias para trabajar con Farmacia Clínica. Los participantes en este estudio fueron estudiantes de posgrado inscriptos regularmente en instituciones de educación superior, una ubicada en Curitiba y otra en el suroeste del estado de Paraná. Los datos recopilados pasaron el análisis de contenido y se dividieron en dos categorías: enseñanza de farmacia y gestión clínica. El resultado apunta a la existencia de brechas en el proceso de enseñanza y aprendizaje con respecto a la atención al paciente y al desarrollo de habilidades profesionales, lo que, si se proporciona, permite la valoración de la profesión farmacéutica en el concorrido mercado laboral.

Palabras clave: Curriculum. Educación en Farmacia. Competencia Clínica.

INTRODUÇÃO

A Universidade é uma instituição inserida em um contexto sociopolítico específico, localizada espacial e temporalmente. Portanto, além do ato de ensinar, existe uma concepção ideológica que visa atender diferentes demandas sociais, seja na graduação ou pós-graduação^{1,2}.

Optar por um curso superior envolve uma série de fatores como, o modelo de gestão, custo (privado), renome da instituição, possibilidade de intercâmbios estudantis, opções de estudo da grade curricular, entre outros. Neste aspecto, o acesso à Universidade aumentou, em especial no final do século XX, com a superlotação das Instituições públicas e o aumento da oferta de cursos em Instituições privadas^{2,3}.

Além dos pontos destacados anteriormente, a escolha de uma Instituição de Ensino Superior (IES), por um futuro estudante, perpassa os objetivos pedagógicos do curso (contemplados no Projeto Político Pedagógico) e as oportunidades de complementação da formação após a conclusão do Curso Superior. Dessa forma, a escolha de um curso universitário é guiada, em geral, pela expectativa de uma atuação profissional promissora social em detrimento da aptidão pessoal².

O Curso de Farmácia é exemplo vivo das mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas observadas nos últimos 100 anos na sociedade Brasileira. Um diálogo comum dos educadores em farmácia aponta que a educação farmacêutica do século XXI mostrou algumas mudanças como: 1) aumento do número de IES que ofertam o curso, 2) aumento da diversidade das matrizes curriculares, 3) mudanças globais no escopo da prática farmacêutica com maior atenção às necessidades locais, 4) aumento da disponibilidade de diferentes tecnologias incluindo informação, comunicação e educação, 5) melhor compreensão do estilo de aprendizagem do estudante, o que leva em consideração também a motivação e efetividade do ensino, 6) crescimento mundial da preocupação com a qualidade da educação farmacêutica⁴.

Estas características foram observadas inicialmente, no Brasil, com a implantação da Diretriz Curricular Nacional de 2002 e da consagração do Sistema Único de Saúde (SUS), oportunizando ao profissional farmacêutico uma carreira ligada à prática clínica. Neste contexto⁵, destaca-se que estas modificações no exercício da profissão farmacêutica exigem novos conhecimentos, habilidades e atitudes para atender as preocupações, necessidades e expectativas da sociedade. Como destacado, tanto o farmacêutico quanto a Universidade necessitaram se adaptar para atender os serviços de saúde que a sociedade atual carece.

Este novo perfil de profissional exigido pela sociedade do século XXI leva o farmacêutico a preocupar-se mais com os determinantes e condicionantes de saúde, e a entender a saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social⁶, e assim superar os conhecimentos técnicos das análises clínicas ou da produção magistral e industrial de medicamentos, que têm como premissa a saúde como ausência de doença ou enfermidade⁷. Esta concepção leva o farmacêutico a trabalhar na perspectiva do uso racional de medicamentos e em conjunto com a equipe de saúde⁸.

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivos avaliar a percepção de estudantes de pós-graduação em Farmácia Clínica sobre a sua formação acadêmica nesta área e o desenvolvimento de competência para o trabalho com Farmácia Clínica.

Este estudo visa contribuir para a formação acadêmica dos futuros farmacêuticos, uma vez que o mercado de trabalho tem exigido profissionais com competência para atuar, intervir e prevenir problemas relacionados a medicamentos. Este tema é amplamente abordado dentro do contexto da farmácia clínica e tem sido cada vez mais exigido na formação acadêmica.

O olhar sobre a formação acadêmica

O ensino tradicional de Farmácia se concentrou, por muito tempo, na retenção de informações e repetição de conteúdos básicos, sem contemplar a resolução de problemas, necessária para reforçar o pensamento crítico. Isso trouxe, como consequência, estudantes pouco preparados para os problemas da vida real⁹.

Várias propostas pedagógicas inovadoras surgiram como alternativas ao ensino tradicional, como a metodologia da problematização, a aprendizagem baseada em problemas (PBL), exame clínico objetivo estruturado, jogos, simulação, entre outros. Esta forma de ensino tem sido adotada como forma de reduzir a distância entre a academia e prática profissional¹⁰⁻¹².

Esta nova forma de compreender a realidade da formação farmacêutica iniciou-se nos Estados Unidos na metade do séc. XIX com a adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. No Brasil, este modelo foi organizado e tem sido implantado gradativamente, principalmente após a publicação das Diretrizes Curriculares do Curso (DCN) de Farmácia em 2002 e reforçadas na DCN de 2017. Estes documentos legais apontam para a necessidade de uma formação contínua, estendendo o período de formação por toda a vida profissional¹³.

Um conceito importante apresentado pelas Diretrizes é o cuidado em saúde, que é o conjunto de ações e de serviços ofertados ao indivíduo, à família e à comunidade, que considera a autonomia do ser humano, a sua singularidade e o contexto real em que vive, sendo realizado por meio de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da prevenção de doenças, e que possibilite às pessoas viverem melhor¹⁴.

As atribuições clínicas do farmacêutico já são realidade em grande parte dos países de Primeiro Mundo. No Brasil, elas passaram a reverberar, com mais intensidade, nos últimos dez anos, e estão se organizando como um movimento que poderá

estar na vanguarda das mudanças aguardadas para a saúde e tem merecido a atenção das autoridades sanitárias¹⁵.

Matriz de competência para formação do farmacêutico

A área de Farmácia Clínica é norteadora para o farmacêutico no cuidado direto ao paciente, conduzindo-o à prática do uso racional de medicamentos, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir doenças e outras condições. Ela, como prática profissional, se estrutura a partir dos componentes: modelo de prática, filosofia ou princípios da prática; o processo de cuidado e a gestão da prática¹⁶⁻¹⁷.

Em relação ao processo de ensino, aprendizagem e avaliação de competências clínicas, o marco inicial da proposta de padrões mínimos baseia-se na matriz de competências da DCNs de 2017, que é um instrumento norteador para a formação clínica de farmacêuticos. Destaca-se que a definição de uma matriz de competências constitui apenas a primeira etapa de um processo educacional. Vale salientar que o processo de ensino-aprendizagem e sua avaliação, necessitam de aplicação contextualizada com a concepção teórica de competência e de estruturação consciente¹⁸⁻¹⁹.

A estruturação do processo de ensino-aprendizagem deve resultar de planejamento que contemple a escolha do conteúdo, dos procedimentos, das atividades, dos recursos, das estratégias, dos cenários de prática ou lugares de aprendizagem, de sistemas de avaliação com enfoque formativo e somativo, e de feedback aos estudantes, entre outros. Apesar de implícito no processo de aprendizagem, esta definição deve ser previamente, no início da disciplina, e sua intencionalidade deve ser reconhecida pelo educador²⁰.

Um processo de aprendizagem com modelagem

pensada e definida de forma a contemplar estes elementos oportuniza a formação de farmacêuticos capazes de identificar e acolher demandas, determinar necessidades ou problemas de saúde dos pacientes, da família e da comunidade, delinear e implantar planos de cuidado e avaliar os resultados de sua aplicação.

MÉTODO

A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório e descritivo e de cunho qualitativo, e foi desenvolvido em duas Instituições de Ensino Superior, sendo uma na cidade de Curitiba e outra na região Oeste do Paraná.

A pesquisa foi constituída por 32 estudantes de Cursos e Especialização em Farmácia Clínica. A coleta de dados foi realizada com a aplicação de um questionário com perguntas abertas que versavam sobre: 1) dados demográficos, 2) distribuição dos conteúdos de Farmácia Clínica ao longo do curso de graduação, 3) carga horária (teórica e prática), 4) importância da atenção farmacêutica e a comunicação com os pacientes, 5) comunicação entre profissionais de saúde, 6) a segurança em promover o uso racional dos medicamentos, 7) contribuição do curso de graduação para uma intervenção farmacêutica efetiva e 8) confiança na tomada de decisões clínicas.

Os participantes foram previamente contatados e foi-lhes solicitado a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes, os questionários receberam os seguintes códigos: IES1 para os participantes da Instituição de Ensino Superior de Curitiba e IES2 para os participantes da Instituição de Ensino Superior do Oeste do Paraná.

Para a análise das informações utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Minayo²¹, que busca a interpretação cifrada do

material de caráter qualitativo. Esta técnica possui três etapas: A primeira é a *Pré-Análise* - onde os objetivos e hipóteses iniciais da pesquisa são retomados, e as respostas são organizadas de forma que possa permitir uma compreensão prévia do material teórico. A segunda etapa é a *Exploração do Material*: onde é realizada a operação classificatória com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto e estabelecer as categorias. A terceira etapa constitui o *Tratamento dos Resultados Obtidos e interpretação*, com interpretação das repostas dos participantes e inter-relacionando as mesmas com o quadro teórico.

O estudo atendeu os preceitos éticos da resolução nº 466/12 da Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e aprovados pelo parecer número 2.086.740.

RESULTADOS

Os questionários foram respondidos por 28 participantes do gênero feminino e 4 do gênero masculino. As idades dos farmacêuticos variaram entre 21 e 43 anos com média de 25 anos. Quando perguntados sobre sua graduação, vinte e quatro participantes responderam que cursaram farmácia em IES pública e oito em IES privada, todas do Estado do Paraná.

As respostas dos questionários foram transcritas e categorizadas em: Ensino em Farmácia e Gestão Clínica. A primeira categoria, ENSINO EM FARMÁCIA, apresentou três subcategorias e unidades de contexto de acordo com o quadro 1.

Na subcategoria 'Necessidade de aperfeiçoamento' foi abordado o real interesse dos egressos na busca por uma especialização. Neste contexto, observou-se que a especialização proporciona possibilidade de ascensão profissional e aperfeiçoamento nos conhecimentos. Ainda nesta subcategoria foi pesquisada a importância de cursar disciplinas que capacitem o profissional para atuar na atividade

clínica. Os relatos revelaram a preferência por conteúdos que forneçam base para a atuação na

atividade clínica, com destaque para aqueles que aproximem o profissional da realidade do mercado.

Quadro 1 – Categoria ensino em farmácia clínica.

Categoria	Ensino em Farmácia		
Subcategoria	Necessidade de aperfeiçoamento	Formação profissional	Formação Graduação
Unidades de Contexto	Expectativa de cursar farmácia clínica Experiência em cursar a disciplina	Habilidade em gerenciar conflitos	Carga horária teórico/prática

Fonte: Os autores.

Em relação à unidade de contexto “Expectativa de cursar farmácia clínica”, os participantes relatam um anseio positivo pelo Curso de Farmácia Clínica por haver possibilidade de complementar a formação adquirida no decorrer da graduação e o despertar profissional para a nova área de atuação ascendente no mercado de trabalho, como transcrito, literalmente, a partir dos relatos:

- A necessidade de ampliar os conhecimentos e oportunidades com o surgimento da prescrição farmacêutica (IES1-11).
- Buscar mais conhecimento e aperfeiçoamento, para fazer um diferencial na minha profissão farmacêutica, para aperfeiçoar os cuidados farmacêuticos e bem atender o paciente (IES1-12).
- Pela necessidade de atualização e demanda solicitada na instituição em que eu trabalho. Pelo desejo de obter mais um título na carreira e pela importância do serviço prestado pelo farmacêutico (IES2-06).

Já na Unidade de Contexto “Experiência ao cursar a disciplina” os participantes relataram as atividades desenvolvidas e os conteúdos ministrados, despertando o interesse pela área de atuação e

proporcionando segurança, aptidão e capacitação profissional para os processos clínicos, como demonstrados a seguir:

- Contribui para um melhor conhecimento do profissional, aperfeiçoamento, segurança nas atividades atribuídas (IES1-04).
- Atuação clínica, com segurança e efetividade, buscando sempre o melhor ao paciente (IES2-02).
- Possibilitar uma melhor fundamentação teórica para aplicar ao campo de trabalho (IES2-07).

A subcategoria “formação profissional” envolve as descrições sobre a gestão da prática e a deficiência de estágios, gestão de pessoas que envolvem um relacionamento seguro para exercer uma comunicação objetiva, gestão da interdisciplinaridade para compreender e entender qual o seu papel dentro da equipe de saúde. Quando o assunto é voltado para o trabalho em equipe e gerenciar conflitos, percebe-se na opinião do egresso a necessidade do incentivo por parte da instituição para uma melhor comunicação com as outras áreas de saúde, além de treinamentos e padronização dos processos no ambiente de trabalho.

A partir da Unidade de Contexto “habilidades em gerenciar conflitos” compreendem-se pelos relatos que, para muitos participantes, houve deficiência de integração das atribuições clínicas do profissional com a equipe de saúde durante a formação, e também relataram serem insatisfatórios o contato e a comunicação com os outros profissionais impossibilitando sua real participação na equipe multiprofissional:

- Além dos conteúdos abordados em aula, teríamos que ter estágio de qualidade e programas, cursos ofertados pela instituição. (IES1-05)

- Deveria ser incorporado já na formação incentivando o aumento da interação entre profissionais. Exercer uma boa comunicação com a equipe, realizar treinamentos. (IES1-08)

- Acredito que a parte de gestão e interdisciplinaridade é de suma importância p/ que o farmacêutico entenda qual é o papel dentro da equipe. (IES2-06)

A subcategoria “formação graduação” compreende o estudo da farmácia clínica durante o curso de farmácia e se os conteúdos e a carga horária foram consideráveis. Quanto à Unidade de Contexto “Carga horária teórica e prática”, os participantes descreveram que a farmácia clínica foi abordada de

forma muito superficial durante o curso, não como uma disciplina, e sim como um conteúdo dentro de outras disciplinas, como, por exemplo, a atenção farmacêutica. Em consideração à carga horária, os participantes declararam que ela é insatisfatória tanto em teoria como em prática, o que levou à busca pela especialização.

- Na época da minha graduação não teve matérias específicas para farmácia clínica, a matéria mais próxima de farmácia clínica que dava uma introdução superficial a esta área era a atenção farmacêutica. (IES1-02)

- A farmácia clínica na faculdade foi abordada apenas na matéria de atenção farmacêutica I e II. Os conteúdos foram excelentes, porém a carga horária deveria ser ampliada. (IES2-12)

- Durante a graduação teve disciplinas que abordaram a atenção farmacêutica, porém ainda era um assunto mais abordado para hospital, gostaria de ter me aprofundado mais, por essa razão busquei especialização. (IES2-15)

A segunda categoria nomeada como “gestão clínica” possui como subcategorias atuação clínica, gerenciar informações e intervenção farmacêutica, que correspondem às unidades de contexto: comunicação de profissionais de saúde e pacientes, promover o uso racional de medicamentos e capacidade de tomada de decisão, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Categoria Gestão Clínica.

Categoria	Gestão Clínica		
Subcategoria	Atuação Clínica	Gerenciar Informações	Intervenção Farmacêutica
Unidades de Contexto	Habilidade de Comunicação	Promover uso racional de medicamentos	Capacidade de tomada de decisões

Fonte: Os autores.

A subcategoria “atuação clínica” denota a relação da prática entre os profissionais de saúde e a capacidade de comunicação efetiva com o paciente. Também se destaca o processo de humanização, que proporciona um melhor atendimento, mais completo e personalizado, e na unidade de contexto “Habilidade de comunicação”, como apresentado nos relatos, os participantes apontam a necessidade de uma comunicação clara e compartilhada entre os profissionais de saúde, para que se obtenha uma prestação de serviços orientada aos pacientes, promovendo um atendimento eficiente e completo.

- Sim, com uma comunicação clara e objetiva é possível um bom desenvolvimento farmacoterapêutico. (IES1-08)

- Sim, tenho um bom relacionamento com os outros profissionais e com os pacientes, sendo objetiva no modo de passar as orientações. (IES1-11)

- Sim, um trabalho em farmácia clínica requer sempre o apoio do corpo clínico das instituições. (IES2-02)

Na subcategoria “Gerenciar Informações”, os participantes relataram sobre a promoção do uso racional de medicamentos e o eficiente manejo do mesmo. Na unidade de contexto “promover o uso racional de medicamentos”, os relatos, em sua maioria, retratam as atividades clínicas desenvolvidas com segurança e eficiência, como também avaliam cada situação e com materiais de apoio conseguem promover com qualidade o atendimento aos pacientes. Relatam também a importância da experiência, integração com profissionais de saúde e a capacitação continuada para um tratamento farmacoterapêutico mais efetivo.

- Sinto um pouco de insegurança, pois há a necessidade de abordar a farmácia clínica de um modo mais efetivo e amplo durante a graduação. (IES1-11)

- Sim. Leio a receita, analiso os medicamentos, a dosagem posológica, estando correto, oriento paciente a tomar e adequar ao melhor horário para que o tratamento seja bem sucedido. (IES1-14)

- Sim, porém sempre teremos que nos atualizar nos assuntos e estudos para que haja uma maior segurança para os pacientes. (IES2-04)

Na subcategoria ‘Intervenção Farmacêutica’, é abordado se, após a graduação, os entrevistados são capazes de interpretar e utilizar dados laboratoriais, permitindo uma intervenção farmacêutica por parte do profissional. Na unidade de contexto “Capacidade de tomada de decisão”, os participantes destacam que em algumas situações eles possuem segurança para o atendimento farmacoterapêutico.

- Depende da situação, alguns assuntos são vistos superficialmente na graduação. (IES1-08)

- Sim, em algumas situações, mas ainda há muito que aprender, é necessário estar sempre buscando novos conhecimentos. (IES1-10)

- Sim, consigo em determinadas situações, mas sinto a necessidade de ampliar os conhecimentos. (IES1-11)

- Sim, mas sempre com apoio de algum material de apoio ou profissional, pois saímos da faculdade apenas com a teoria. (IES2-02)

DISCUSSÃO

Por meio dos resultados obtidos, foi possível apreender a percepção dos participantes em relação à disciplina de Farmácia Clínica durante a sua formação acadêmica, que atende as competências necessárias referentes às suas atribuições clínicas, mas não é capaz de dar segurança ao estudante no desenvolvimento desta atividade. Observou-se, também, que os participantes têm pouco contato com conteúdos de Farmácia Clínica. Assim, demonstram interesse em se capacitarem, aprimorarem o conhecimento e as habilidades sobre as atribuições clínicas para o mercado de trabalho e, conseqüentemente, o despertar do interesse para a especialização²².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a forma mais efetiva de prevenir o uso incorreto de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a medicamentos^{14,23}. Quando analisadas as respostas dos participantes, elas apontam para as necessidades de uma base mais sólida entre teoria e prática na educação, contribuindo, assim, para uma melhoria nos processos de atendimento à população no que se refere ao uso dos medicamentos.

Os relatos apontam dúvidas sobre as tomadas de decisão em relação às intervenções farmacêuticas. Estas estão relacionadas à falta de segurança do profissional na aplicação das habilidades adquiridas durante a graduação e a aceitação da responsabilidade clínica do farmacêutico na garantia da farmacoterapêutica.

Vieira¹⁴ e Pádula²⁴ descrevem que o farmacêutico passou, nos últimos 50 anos, por um modelo de ensino tecnicista, o que levou à desumanização da profissão. Os dois autores reiteram que o acolhimento ao paciente e a integração com a equipe de saúde são formas de aumentar a atuação do farmacêutico no contexto da saúde, incluindo-se aí o trabalho desenvolvido na Atenção Farmacêutica e Farmácia Clínica.

Por acolhimento do paciente entende-se a garantia da acessibilidade ao medicamento, atendimento eficaz do paciente com enfoque na farmacoterapia, ênfase no atendimento de pacientes em situação de risco medicamentoso, e oferecer atendimento comunitário como forma de ampliar a rede de atenção à saúde²⁵.

No que tange ao trabalho em equipe, destaca-se a atuação profissional coletiva com reciprocidade na interação dos agentes. Quando se transpõe o trabalho de equipe dentro do ambiente de

assistência à saúde, é importante haver flexibilidade na divisão do trabalho, respeitando dessa forma a autonomia técnica de cada profissional. Essas são as principais características do que é chamado de equipe integrada²⁶.

Ainda em relação ao trabalho em equipe, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) entende isto como ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visam prevenir ou resolver problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento, seguimento farmacoterapêutico²⁷.

CONCLUSÕES

Este trabalho mostra que a profissão farmacêutica, em especial sua atuação clínica, tem visibilidade crescente nos últimos anos. Apesar disso, os participantes do estudo sentem que a IES poderia contribuir mais em sua formação, favorecendo atividades que aumentem a confiança no trabalho de farmácia clínica.

Farmacêuticos são e serão importantes sempre que exista a necessidade de uso do medicamento: na drogaria, na unidade de saúde, no hospital, nas Equipes de Saúde da Família. Mas para isso acontecer, a formação dos novos profissionais deve ser repensada e adequada às necessidades da sociedade. Uma educação estagnada no tempo não consegue preparar o profissional para os desafios do futuro, desta forma ela deve estar atrelada às mudanças sociais, dentro da qual se dê um valor significativo ao reconhecimento da realidade local. Isto permitirá ao farmacêutico transformar a sua realidade profissional e promover os princípios de uma saúde voltada ao atendimento das necessidades da sociedade.

REFERÊNCIAS

- Oliven AC. A marca da origem: comparando colleges americanos e faculdades brasileiras. *Cad. Pesqui.* 2005; 35(125): 111-135.
- Severino, AJ. O ensino superior no Brasil: novas configurações e velhos desafios. *Educar.* 2008; 31: 73-89.
- Braghini KMZ. A história dos estudantes “excedentes” nos anos 1960: a superlotação das universidades e um “torvelinho de situações improvisadas”. *Educar em Revista.* 2014; 51: 123-144.
- Fathelrahman AI, Ibrahim MIM, Alrasheedy AA, Wertheimer AI. *Pharmacy education in the twenty first century and beyond.* London: Elsevier; 2018.
- Zubioli A. Farmácia clínica: um novo rumo para a profissão. *O farmacêutico em revista.* 2017; 116: 14-23.
- Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade.* 2017; 3: 676-689.
- Del Corral FSD, Souza MLA, Negrão OL. *Do boticário ao farmacêutico: o ensino de farmácia na Bahia de 1815 a 1949.* Salvador: EDUFBA; 2009.
- Zubioli A. *A farmácia clínica na farmácia comunitária.* Brasília: Ethosfarma; 2001.
- Blouin RA, Joyner PU, Pollack GM. Preparing for a renaissance in pharmacy education: the need, opportunity, and capacity for change. *Am J Pharm Educ.* 2008; 72(2): 1-3.
- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface.* 1998; 2(2):139-54.
- Waterfield J. Is pharmacy a knowledge-based profession? *Am j pharm educ.* 2010; 74(3): 1-6.
- Salitrini FD, O’Connell MB, Garwood CL, Lehr VT, Abdallah K. An objective structured clinical examination to assess problem-based learning. *Am j pharm educ.* 2012; 76(3): 1-10.
- Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção à saúde. *Ciênc saúde coletiva.* 2007; 12(1): 213-220.
- Brasil. Resolução CNE/CES 2, de 19 de Outubro de 2017. *Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e da outras providências.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de outubro de 2017.
- João WJ. Prescrição farmacêutica e atribuições clínicas: para a história da profissão. *Pharmacia brasileira.* 2014; 88: 4-5.
- Cipolle R, Strand LM, Morley PC. *El ejercicio de la atención farmaceutica.* Madrid: McGraw Hill / Interamericana; 2000.
- Fernandes ZC, Bermand MD, Oliveira Filho NCF, Camargo EES, Cecy C. Os desafios da educação farmacêutica no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2008.
- Galato D, Alano, GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev bras cienc farm.* 2008; 44(3): 465-475.
- Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC, Lima MECC. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Rev bras educ med.* 2013; 37(4): 526-539.
- González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Cienc saúde coletiva.* 2010; 15(3): 757-762.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Salen GB, Rezk NL, Laika L., Ali A., El-Metwally A. Pharmacist, the pharmaceutical industry and pharmacy education in Saudi Arabia: A questionnaire-based study. *Saudi Pharmaceutical Journal.* 2015; 23; 573-580.
- Tempsk P, Borba M. O SUS como escola. *Rev bras educ med.* 2009; 33(3): 319-320.
- Pádula M, Pinto AV, Matos GC, Siqueira DT, Vieira RC. Atenção farmacêutica e atenção flutuante: formações de compromisso entre farmácia e psicanálise. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(2): 609-618.
- Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta, JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13: 611-617.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001; 35(1): 103-109.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002. Brasília: Distrito Federal; 2002.

DATA DE SUBMISSÃO: 21/8/19 | DATA DE ACEITE: 21/10/19

Prontuário eletrônico como ferramenta para a sistematização da assistência de enfermagem no serviço de urgência/emergência: percepção dos enfermeiros

Electronic medical record as a tool for the systematization of nursing care in the emergency/urgency service: nurses' perception

Registro médico electrónico como herramienta para la sistematización de la atención de enfermería en el servicio de urgencia/ emergencia: percepción de enfermeras

Thais Lazaroto Roberto Cordeiro¹, Luciana Aparecida Soares Andrade², Sulamita de Paula Santos³, Kalliny Nathiara de Oliveira Stralhoti⁴

¹ Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Faculdades Pequeno Príncipe- FPP Curitiba - Paraná

² Enfermeira. Mestre em enfermagem. Universidade Federal do Paraná . Curitiba - Paraná

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Universidade Federal do Paraná . Curitiba - Paraná

⁴ Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência. Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba . Curitiba - Paraná

Autor de Correspondência:

*Thais Lazaroto Roberto Cordeiro. E-mail: thais.lazaroto2014@gmail.com

RESUMO

Introdução: A incorporação de tecnologias de informação como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) pode facilitar os processos de trabalho e contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em setores de emergência. **Objetivo:** Desvelar a opinião dos enfermeiros sobre o uso do PEP como ferramenta para SAE no setor de emergência. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, na emergência de um hospital público, de maio a julho de 2017. Para coleta de dados utilizou-se a observação participante e entrevista, a análise de dados por técnica de análise de conteúdo de Minayo. **Resultados:** Dificuldades evidenciadas na realização da SAE e a evidência de três categorias referentes a aplicabilidade, as particularidades em Idosos e o uso das tecnologias de informação. **Conclusão:** O PEP contribui para realização da SAE no setor de emergência e permite que as informações registradas sejam facilmente acessadas a qualquer momento.

Palavras-chave: Emergências. Processo de Enfermagem. Serviços de Saúde para Idoso.

ABSTRACT

Introduction: The incorporation of information technologies such as the Electronic Medical Record (PEP) can facilitate work processes, and contribute to the Nursing Care Systematization (SAE) in emergency departments. **Objective:** Unveil the opinion of nurses about the use of PEP as a tool for SAE in the emergency department. **Method:** Descriptive, exploratory, qualitative research in the emergency department of a public hospital, from May to July 2017. For data collection, participant observation and interview, data analysis by Minayo's content analysis technique were used. **Results:** Difficulties evidenced in the accomplishment of SAE, and the evidence of three categories referring to the applicability, the particularities in the Elderly and the use of the information technologies. **Conclusion:** PEP contributes to the performance of SAE in the emergency department, allowing the recorded information to be easily accessed at any time.

Keywords: Emergencies. Nursing Process. Health Services for the Aged

RESUMEN

Introducción: La incorporación de tecnologías de información como el Registro Electrónico de Pacientes (PEP) puede facilitar los procesos de trabajo, contribuir a la Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE). **Objetivo:** Desvelar la opinión de las enfermeras sobre el uso de PEP como herramienta para SAE en el sector de emergencias. **Método:** Investigación descriptiva, cualitativa, en la emergencia de un hospital público, de mayo hasta julio de 2017. Se utilizó la recolección de datos de observación y entrevista de participantes, análisis de datos mediante la técnica de análisis de contenido de Minayo. **Resultados:** Dificultades evidenciadas en el

cumplimiento del SAE y la evidencia de tres categorías: la aplicabilidad, las particularidades en los Ancianos y el uso de las tecnologías de la información. **Conclusión:** El PEP contribuye a la realización de SAE en el sector de emergencias, lo que permite acceder fácilmente a la información registrada en cualquier momento.

Palabras clave: Urgencias Médicas. Proceso de Enfermería. Servicios de Salud para Anciano.

INTRODUÇÃO

As inovações tecnológicas no campo da comunicação e informação estão cada vez mais presentes nos serviços de saúde. Estas desempenham papel fundamental no aperfeiçoamento de registros, captação de dados, melhor controle de documentos e arquivamento das informações relativas à assistência¹. A aplicação dessas tecnologias tem contribuído para a melhoria dos processos de trabalho, levando a maior qualidade da assistência do paciente^{1,2}.

No ambiente hospitalar destaca-se o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) como ferramenta de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), que tem sido implantada e tem como finalidade gerar eficiência e eficácia na gestão hospitalar³. Além disso, o registro eletrônico das atividades desenvolvidas diariamente pela equipe multiprofissional, no PEP é uma maneira segura de armazenar as informações do paciente e podem ser compartilhadas entre a equipe e evitar erros¹.

Os enfermeiros estão diretamente envolvidos na aplicação e utilização do PEP, por realizarem o cuidado contínuo ao paciente e dedicar grande parte do tempo para executar atividades administrativas relacionadas ao cuidado. Essas características do trabalho do enfermeiro justificam a necessidade da incorporação e do aprimoramento de tecnologias, visando facilitar seu processo de trabalho e reduzir o tempo empregado nas atividades administrativas³.

A redução do tempo despendido nas tarefas

administrativas implica diretamente em maior dedicação do enfermeiro na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que compreende uma forma de sistematizar o atendimento visando o cuidado integral com relação ao Processo de Enfermagem (PE) e compete às etapas que vão do planejamento à execução do cuidado do paciente, garantindo melhor qualidade da assistência³.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009, estabelece que o PE deve ser implantado em todas as unidades de atendimento de saúde que forneçam assistência de enfermagem⁴. No entanto, a implantação do PE nos setores de emergência é apontada como problemática, por tratar-se de um serviço dinâmico de resposta rápida, de curta permanência e, conseqüentemente, de alta rotatividade de pacientes. Essas características contribuem para a sobrecarga de trabalho dos profissionais, que se deparam com dificuldades tais como realizar o registro de informações no prontuário do paciente e elaborar o PE⁵.

Diante dessa realidade, partimos do pressuposto de que a incorporação de tecnologias e ferramentas de informação e comunicação como o PEP pode, além de facilitar os processos de trabalho, contribuir para a SAE e PE em setores de emergência. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi evidenciar a opinião dos enfermeiros sobre o uso do prontuário

eletrônico, como ferramenta para a Sistematização da Assistência de Enfermagem em um setor de emergência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizada no setor de emergência de um hospital público de médio porte, referência no atendimento de idosos, localizado na capital do estado do Paraná. Foi escolhido pesquisar o setor de emergência por este ser considerado uma das áreas mais complexas para a implantação do Processo de Enfermagem, devido à dinâmica do serviço que envolve a constante admissão e transferência de pacientes⁴. Nesse sentido, conhecer as experiências dos enfermeiros que vivenciam esse processo no seu cotidiano de trabalho pode contribuir para a superação dessa dificuldade.

Portanto, participaram do estudo seis enfermeiros que atuam no setor de emergência, e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar no setor de emergência do local do estudo no mínimo há dois meses e estar em pleno vigor de suas atribuições. E como critérios de exclusão profissionais afastados de suas atribuições.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2017, por meio de duas técnicas: observação participante e entrevista. A observação participante teve como objetivo a inserção do pesquisador no campo de estudo, permitindo-o adentrar no mundo da prática assistencial de enfermagem, acompanhar as relações que se estabelecem entre profissionais e idosos, vivenciar a rotina de trabalho no setor de emergência, os conflitos e as singularidades que permeiam o cotidiano do cuidar e assim compreender o processo de trabalho⁶.

Para realização da observação foi utilizado um roteiro, elaborado pelas autoras para este fim, o qual permitiu unir o objeto de estudo ao seu contexto e

direcionar o foco no objetivo proposto, e também orientou o registro de dados no diário de campo. Foram realizadas nove observações, nos três turnos de trabalho em dias e horários alternados. Os registros dos diários de campos foram submetidos a uma minuciosa leitura e seus conteúdos agrupados por similaridade que serão apresentados de forma descritiva.

A entrevista teve como objetivo compreender a opinião dos enfermeiros sobre a SAE no setor emergência. Para realização das entrevistas individuais foi utilizado um roteiro elaborado pelos autores, contendo perguntas acerca da caracterização do participante e questão norteadora. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador de voz e as falas transcritas na íntegra. Os dados obtidos foram sistematizados por categorias e em seguida apreciados de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo⁷. Essa análise consiste na avaliação em etapas, baseadas em três fases, sendo elas: (1) Pré-análise dos dados: caracterizada pela leitura e formulação de hipóteses, atentando para as particularidades de cada discurso; (2) Exploração do material: organização de categorias que expressam o conteúdo analisado, reduzindo o texto e trabalhando com as similaridades; (3) Interpretação dos dados: consiste na interpretação dos dados alicerçados em material teórico⁷.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pequeno Príncipe sob o Parecer nº 2.062.218, e viabilizada para sua implementação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Curitiba sob o Parecer nº 2.145.942. Conforme estabelecido pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato dos participantes atribuiu-se às entrevistas códigos contendo a letra “E” e número por ordem de realização.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O setor de emergência estudado trata-se de uma unidade referenciada, ou seja, o acesso dos pacientes a este serviço ocorre por meio de uma central de regulação de leitos municipal. Dessa forma, o número de atendimentos é estabelecido de acordo com a capacidade do setor em realizar cuidados aos pacientes e a disponibilidade de leitos para internamento. Esse modelo de unidade referenciada faz parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE), que tem o objetivo de articular e integrar o acesso humanizado aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde, no âmbito do SUS⁸.

Esse modelo de atendimento permite que o processo de trabalho dos enfermeiros na emergência seja organizado e direcionado ao perfil de pacientes que serão atendidos, conforme grau de complexidade da instituição⁸. Foi observado que, a maioria dos atendimentos corresponde a idosos com doença crônica agudizada. Assim, o cuidado do paciente pode ser previamente planejado e o processo de trabalho do enfermeiro está centrado no cuidado, visando a qualidade da assistência.

Pode-se constatar que o PEP é uma ferramenta já consolidada na instituição e utilizada pelos enfermeiros para elaboração e registro do PE. A utilização do PEP facilita a realização dos registros referentes à assistência realizada, assim como favorece a busca por informações do paciente².

A SAE é uma maneira de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem⁹. A observação participante permitiu acompanhar a rotina de trabalho do enfermeiro e compreender como são realizadas as etapas do PE. A primeira etapa compreende o histórico de enfermagem, que se trata de um processo investigativo, em que o enfermeiro busca o máximo de informações sobre o paciente, por meio da entrevista e do exame físico³.

Observou-se no local estudado que o histórico do paciente é obtido por meio da entrevista com o próprio paciente ou acompanhante e, geralmente, ocorre à beira leito. Além disso, são obtidas informações na passagem do plantão, nos dados disponíveis nos encaminhamentos de outros serviços e da leitura das evoluções referentes aos internamentos anteriores. O exame físico, embora essencial, costuma não ser prioridade e quando realizado é direcionado para investigar a queixa principal e a patologia pela qual o idoso foi encaminhado para internamento, sendo ignoradas as condições crônicas apresentadas por ele.

A construção do histórico de enfermagem é a etapa que demanda maior tempo do profissional, principalmente quando se trata de pacientes idosos. Constatou-se que estes pacientes costumam relatar seu histórico de saúde desde que eram ainda jovens, falando pausadamente e com ênfase nos fatos que os marcaram emocionalmente, mas nem sempre são as informações importantes, pois o idoso tem dificuldade de compreender e objetivar as respostas necessárias para estabelecer sua necessidade de cuidado¹⁰. Assim, o enfermeiro precisa complementar as informações, conversando com familiares e acompanhantes. Essa dificuldade em obter informações rápidas e precisas torna-se um obstáculo para a efetivação desta etapa do PE na emergência.

A construção de um histórico completo do paciente é extremamente importante para definição dos diagnósticos de enfermagem, que compreende a segunda etapa do PE. O enfermeiro precisa analisar os dados coletados e o estado de saúde da pessoa, por meio da identificação e avaliação de problemas de saúde presentes ou em potencial. A partir dessa análise é necessário identificar os diagnósticos utilizando uma taxonomia de diagnósticos de enfermagem de acordo com o protocolo da instituição⁹.

Durante a observação, pôde-se perceber que a definição dos diagnósticos de enfermagem é a etapa mais desvalorizada do processo, e os profissionais relataram dificuldade na formulação e na condução do raciocínio clínico.

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre uma resposta do paciente às condições de saúde, processos de vida ou uma vulnerabilidade⁹. Portanto, a não realização desta etapa do PE evidencia que a execução do processo de enfermagem ocorre de forma incompleta. A relevância de elencar os diagnósticos de enfermagem é legitimada no momento em que o enfermeiro prescreve os cuidados, porque somente por meio da identificação precisa das reais necessidades do paciente é que este profissional conseguirá prescrever cuidados efetivos. A influência do modelo biomédico e o desconhecimento quanto à SAE são apontadas como dificuldades encontradas pelos profissionais, principalmente para a implementação dessa etapa³.

As etapas do PE são complementares, assim, após identificar os problemas e relacionar os diagnósticos, o enfermeiro deve elaborar o plano individual de cuidados do paciente, levando em consideração os resultados esperados de maneira específica as intervenções necessárias para alcançar esses resultados. A elaboração das intervenções pode ser feita por meio de sistemas de classificação para intervenções de enfermagem de acordo com o protocolo institucional. Esta é a etapa em que o enfermeiro realiza a prescrição dos cuidados⁹.

Com relação à prescrição de enfermagem, nota-se que no local estudado nos turnos da manhã e da tarde ela ocorre de forma verbal, e no período da noite a prescrição é realizada de forma informatizada utilizando o PEP. Essa diferença ocorre devido ao intenso fluxo de admissões nos turnos diurnos de trabalho, o que dificulta a realização da prescrição de forma informatizada. Os enfermeiros solicitam aos técnicos de enfermagem a realização dos cuidados que julgam necessários, estes os executam e registram

em sua anotação no PEP no fim do plantão. No turno da noite o enfermeiro realiza a prescrição de forma informatizada, possuindo dessa forma um registro da ação.

Percebe-se que vários cuidados, tais como reposicionamento do paciente e proteção dos calcâneos, com vistas a diminuir incidência de lesões por pressão, são realizados de forma automática, sem reflexão sobre sua real necessidade, padronizando o cuidado a todos os idosos, mesmo que suas necessidades sejam diferenciadas. Isso revela uma problemática que deve ser questionada, pois o PE é uma ferramenta que visa a implementação do cuidado holístico, fugindo então da padronização das necessidades apresentadas pelos indivíduos, mas, quando se estabelece cuidados iguais a todos, suas individualidades poderão não ser atendidas com qualidade¹¹.

Assim, a implementação do plano assistencial ocorre muitas vezes simultaneamente à prescrição, devido à dinâmica do serviço, uma vez que na emergência os cuidados de enfermagem são realizados imediatamente quando o paciente chega ao setor. Esse é um diferencial do local do estudo pois os pacientes que procuram atendimento no setor de emergência demandam cuidados imediatos por apresentarem risco de vida¹¹.

A etapa de avaliação de enfermagem é um processo sistemático e contínuo, em que o enfermeiro verifica as respostas do paciente, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e verificar a necessidade de mudanças ou adaptações em alguma das etapas do processo de enfermagem. Ao fazer essa verificação o enfermeiro faz a evolução de enfermagem, que é o registro das informações no prontuário⁹.

O registro do PE no prontuário do paciente é o que permite a continuidade da assistência, fornece parâmetros para a avaliação durante todo o período de internamento, além de garantir respaldo legal aos

profissionais de enfermagem, uma vez que comprova a sua realização ou execução⁴.

Além disso, o registro de enfermagem auxilia no planejamento e avaliação da assistência, e é instrumento para a realização de auditorias além de servir como defesa dos profissionais de saúde em situações de incriminação. Como na emergência o risco iminente à vida é presente e o valor legal de um cuidado prestado é baseado na anotação, as formas de registro devem ser incentivadas visando à proteção dos profissionais e pacientes¹².

Nesse sentido percebe-se uma preocupação dos enfermeiros em registrar os cuidados realizados, uma vez que a evolução de enfermagem foi a mais evidenciada na prática, visto que todos os turnos a realizam no PEP. Constam na evolução dos enfermeiros os dados coletados no histórico de enfermagem e os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem. O turno da tarde é o que apresenta maior dificuldade na realização dessa etapa, devido ao intenso fluxo de pacientes provenientes de busca direta ao serviço e pacientes que são aceitos pelo Núcleo de Regulação Interna (NIR) (regulamentado pela Portaria 3.390 de 30 de dezembro de 2013)¹³. Apesar da grande demanda, a equipe empenha-se em evoluir as intercorrências e busca elaborar registros completos de admissão do paciente.

A efetividade da realização da evolução de enfermagem está ligada ao incentivo do gestor desse serviço que evidencia a sua importância, principalmente na emergência que irá contribuir como um primeiro parâmetro de informações do idoso lá atendido. A evolução é uma maneira de acompanhar o que acontece com o paciente dentro do serviço de saúde e gera uma ferramenta de comunicação entre os profissionais, e a qualidade desses registros leva ao aprimoramento do cuidado e melhoria da assistência¹⁴.

Durante a observação, houve relato verbal da alta demanda de pacientes, principalmente sobre os

casos de procura direta, o que leva à superlotação devido à dificuldade de gerenciamento de leitos para atender a todos os pacientes. A falta de informação do idoso referente aos fluxos de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é um grande desafio para a prestação de serviços. Deste modo, saber qual local procurar para cada condição de agravo poderia auxiliar na melhoria do atendimento, processo esse que pode ocorrer por meio de educação em saúde^{15,16}.

A dificuldade de acesso a recursos materiais necessários para o registro do PE também é apontada como problemática, pois todos os procedimentos do hospital são realizados de forma informatizada, o que acarreta o uso constante de computadores por todos os profissionais de saúde, e o difícil acesso a eles contribui para a baixa adesão o registro do PE. Dispor de recursos suficientes para atender a expectativa de um serviço de saúde é o ponto propulsor para a implementação de um novo processo¹⁷.

Os resultados obtidos por meio da observação participante permitem a reflexão sobre a importância do processo de enfermagem no setor de emergência, e nota-se que várias etapas são consideradas irrelevantes e não registradas, o que prejudica o reconhecimento da profissão, além do impacto sobre a qualidade da assistência, pois o cuidado ocorre de forma fragmentada e aumenta a propensão ao erro. A sistematização da assistência contribui para a redução de erros e melhoria da qualidade, fator diferencial em setores que necessitam de cuidados de alta complexidade, como a emergência³.

Na coleta de dados realizadas com os enfermeiros, participaram da entrevista seis enfermeiros, sendo cinco mulheres, com idades entre 28 e 44 anos, os quais atuavam em setores de emergência por pelo menos um ano. O tempo de formação acadêmica dos participantes variou entre 6 e 15 anos.

Os achados emergidos das entrevistas dos participantes foram agrupados em três categorias que expressaram as percepções dos enfermeiros sobre o uso do prontuário eletrônico como ferramenta

para elaboração do PE: 1) A aplicabilidade do PE na emergência; 2) Particularidades da realização do PE para idoso e 3) Uso das tecnologias de informação como aliadas para a realização do PE. A seguir descreve-se cada categoria com as falas dos participantes e realiza-se a discussão enriquecida com a literatura explorada.

A aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Emergência

Na análise do conteúdo proposta por Minayo⁷, elementos que relatavam a aplicabilidade da SAE no setor foram evidenciados em diversos discursos, onde foram identificados pontos positivos e pontos negativos trazidos pelos profissionais, que corroboram com outros estudos que relatam as facilidades e dificuldades para aplicar a SAE ^{5,9}.

Como ponto positivo do processo, identificou-se que os enfermeiros reconhecem a importância da realização do PE, para direcionamento dos cuidados e para tornar a assistência mais qualificada, como foi demonstrado nas falas a seguir:

Importante porque é o cuidado de enfermagem (E1).

Porque ela dá um direcionamento pros cuidados do paciente de uma forma geral [...] (E2).

[...] porque ela amplifica o cuidado assim sabe, você consegue, quando ela realmente é aplicada você consegue prestar uma assistência mais qualificada [...] (E6).

O reconhecimento do papel da SAE no cuidado ao indivíduo e sua importância para a prestação de serviço de forma qualificada refletem na melhor satisfação do paciente após seu atendimento, e diminuindo a probabilidade de erros nos serviços de saúde³. Nota-se que os enfermeiros têm contato com a SAE já na graduação, e reconhecem que a ferramenta contribui de forma positiva na organização e planejamento do cuidado ¹¹.

Em contrapartida foram identificados como

pontos negativos, relacionados à aplicação do PE na emergência, quando questionados acerca da realização do PE no setor de emergência, a maioria (n=05) dos entrevistados relatou que tem dificuldades na realização do PE, entre elas a necessidade de otimização do tempo, a falta de informações sobre o paciente, a mudança de necessidades de forma rápida e a falta de recursos humanos. Conforme as falas a seguir:

Por causa da otimização do tempo, a gente precisa no setor de urgência e emergência trabalhar com o tempo de uma forma mais dinâmica [...] (E2).

É que lá na unidade de internação quando você recebe o paciente você já tem um parâmetro, já sabe como está ele, já foi analisado pelo teu colega e você vai dar continuidade no atendimento, na emergência você está dando início ao atendimento [...] (E3).

[...] você faz a SAE direcionado a demanda momentânea do paciente, que às vezes ele muda o caráter dele, a condição física e tal e logo após que ele vai pro quarto [...] (E5).

Não é difícil, não seria difícil se tivesse pessoal [...] (E6).

Sabe-se que o setor de emergência tem como principal função o atendimento a situações nas quais o paciente apresenta risco iminente à vida, e por esse perfil, o profissional deve agir de forma ágil e habilidosa, buscando a estabilização das condições vitais do paciente, e a otimização do tempo é ponto crucial nesse processo ¹⁸.

A falta de informação sobre o paciente é apontada como problema comum nos setores de emergência, uma vez que a maioria deles chega para atendimento nesse serviço sem a presença de um acompanhante¹¹. Mesmo quando o idoso é admitido na emergência acompanhado por um familiar, amigo ou cuidador, os enfermeiros encontram dificuldades para obter informações precisas sobre o paciente, as diversas condições crônicas, a poli farmácia, o histórico prévio de saúde, que são dados de difícil acesso

por indivíduos que não participam efetivamente do cuidado desse paciente¹¹.

Todos os serviços de saúde que atendem à demanda de urgência e emergência dos idosos tendem a sofrer com a lotação e alto fluxo de atendimentos diários, que não caracterizam a necessidade desse serviço e que poderiam ser resolvidos na Atenção Primária, porém o déficit de profissionais nesses locais e a falta de informação dos pacientes sobre qual serviço procurar complicam e contribuem para esse fator³.

Nota-se que os enfermeiros alinham a realização da sistematização como uma etapa do processo de trabalho que envolve apenas o preenchimento da ferramenta no PEP. O método constitui-se em um processo mental que envolve o pensar, investigar, planejar e propor ações, sendo que o registro dessa ação é o que evidencia a sua aplicabilidade e importância na prática, e nota-se que a SAE ocorre, porém, de forma fragmentada e apenas como forma de processo mental³.

A deficiência para a aplicação do PE é um elemento que contribui para a desvalorização da profissão e vulnerabilidade de erros. Dentre as dificuldades para sua aplicação destacam-se vários aspectos, desde educacionais, como o déficit da abordagem do assunto já na graduação, bem como profissionais e administrativas, tais como a desvalorização pela própria equipe do método e a alta carga de atividades administrativas e burocráticas desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros³.

Particularidades da realização do PE em Idosos

No que se refere ao perfil de atendimento do campo de estudo, um dos aspectos evidenciados nos discursos foi a existência de particularidades para realizar o PE dos pacientes idosos no setor de emergência. Esse público apresenta maior complexidade, devido ao histórico de saúde, alterações fisiológicas próprias da idade, comorbidades associadas e dificuldade de objetividade na resolução dos problemas de saúde,

levando a um aumento do tempo de internamento e maior demanda de cuidados¹¹. Essas particularidades foram citadas pela maioria dos enfermeiros em seus discursos, conforme apresentados a seguir:

[...] principalmente com a questão de fragilidade, paciente idoso é mais frágil, tanto de veias, como de pele [...] (E1).

[...] demanda mais tempo [...] a gente tem que observar a questão de acuidade visual, questão de locomoção, a questão de audição, a questão de poder realizar as atividades básicas sozinhos, então isso demanda mais tempo e são essas particularidades que a gente tem que observar (E2).

[...] o idoso ele tem os cuidados com a patologia, mas também os cuidados com as comorbidades que ele já traz, pela idade, pela questão que eles já vêm acumulando coisas que ele já traz, então sim é um pouco mais complexo do que o paciente jovem (E3).

[...] a demanda é muito maior da assistência de enfermagem [...] fora os aspectos fisiológicos que é emagrecido, é desidratado, desnutrido, e acaba acarretando na ocorrência de úlceras muito maior que no idoso, no jovem (E6).

Dentre os aspectos citados pelos profissionais sobre os pacientes idosos, percebe-se o reconhecimento das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento e a maior fragilidade do idoso que pode ser atribuída à comorbidade, associada à lentificação das respostas fisiológicas ao tratamento, levando a um maior tempo de permanência nos serviços de saúde.

Como o idoso apresenta algumas particularidades, é importante levar em consideração questões como fragilidade capilar, dificuldades de locomoção, tendência de descompensação clínica, nutrição prejudicada e independência para a realização das atividades de vida diária, tudo isso, com o intuito de proporcionar o cuidado individualizado e atender às necessidades específicas dos idosos¹¹.

É importante ressaltar que o Brasil tem passado por uma mudança epidemiológica e demográfica

importante, com consequente envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o que mostra que as unidades de emergência devem se preparar para o consequente aumento progressivo do atendimento a esta população¹¹.

Uso das tecnologias de informação como aliado na SAE

Alinhado à forma de trabalho do setor e às tecnologias e ferramentas à disposição pelos enfermeiros, os enfermeiros avaliam de forma positiva o uso de ferramentas informatizadas visando a SAE, porém apontam algumas dificuldades em seu manejo no setor de emergência, conforme evidenciado nos discursos a seguir:

Excepcional, [...] Então eu acho que isso ajuda bastante, tanto no tempo de fazer, de realização, quanto na certeza que você não está perdendo nada, esquecendo nada na hora (E1).

Eu acho que o prontuário eletrônico ele é muito bem-vindo, a gente, todas as informações tão ali de forma mais fácil de acessar [...] (E2).

[...] trás um conjunto de todas as evoluções todos os sinais vitais que esse paciente tá desde que internou no hospital [...] (E3).

É bom, muito bom porque ele já te dá a opções então você não corre o risco de esquecer algum diagnóstico, alguma prescrição, a única coisa é que ele é um pouco mais demorado para se fazer [...] (E5).

Embora a ferramenta para realização do PE não seja simples e fácil de ser utilizada, os enfermeiros apontam a demora do processo como principal dificuldade para registrar o PE no prontuário eletrônico, sendo necessário otimizar o tempo devido à alta rotatividade de pacientes e alta demanda de cuidados a serem realizados e intercorrências para serem atendidas devido à instabilidade de pacientes graves.

Nota-se que os sistemas de informação foram inicialmente pensados para suprir as necessidades administrativas e burocráticas dos serviços de saúde e, após o sucesso nessa área, iniciaram a aplicabilidade desses sistemas visando facilitar os trabalhos assistenciais dos profissionais de saúde, porém trata-se de algo ainda recente que requer o aprofundamento das discussões sobre uso com o objetivo de aprimorar e alcançar a efetividade esperada^{1,2}.

Sobre a ferramenta disposta para realizar o PE dentro do PEP, os enfermeiros relatam sugestões de melhorias da ferramenta conforme evidenciado a seguir:

[...] por exemplo a gente que trabalha com o idoso, já coloca alguma atividade ali, uma prescrição mais direcionada pro idoso, já por exemplo, a gente não ter que ficar procurando o que diz em relação porque é tudo junto e misturado ali, pro jovem, idoso, enfim[...] (E2).

Eu acho que na parte da escolha dos cuidados de enfermagem ela é muito complexa, ela é uma mistura de diagnóstico não muito direcionada aos cuidados com o diagnóstico não tá muito ligado [...] muito poluída (E3).

Isso eu acho ela muito demorada, mas eu acho ela muito boa por causa disso ele te dá as opções tanto dos diagnósticos de enfermagem, que você fica naquela dúvida... Ah, será que tá certo? Será que cabe? Será que não cabe? [...] (E4).

[...] podia ser um pouco mais prática e voltada mais pros nossos pacientes que ai facilitaria o trabalho do enfermeiro também (E6).

Percebe-se que a principal alteração solicitada pelos enfermeiros é a melhoria da praticidade na utilização da ferramenta, com finalidade de otimizar o tempo. O levantamento do perfil dos pacientes que o hospital atende pode ser um diferencial para a ferramenta, que deverá ser pensada acerca das necessidades que os pacientes apresentam em sua admissão na emergência.

Um dos fatores que pode contribuir para a

delimitação do perfil desses pacientes é o trabalho multidisciplinar, cada vez mais discutido e aplicado no ambiente hospitalar. O trabalho em conjunto com outros setores é de extrema significância para o sucesso dos processos aplicados, assim como a participação dos profissionais na elaboração e validação de ferramentas que atendam às necessidades conforme a rotina de trabalho¹⁸.

CONCLUSÕES

O PEP foi incorporado ao processo de trabalho e vem sendo utilizado para a SAE no setor de emergência. Os enfermeiros o reconhecem como ferramenta importante, porém, notou-se que esses profissionais têm dificuldades para a implementação de todas as etapas do PE. Eles atribuem essas dificuldades à necessidade de otimizar o tempo, devido à alta rotatividade de pacientes e acúmulo de tarefas, falta de informações sobre o paciente, mudança das necessidades do paciente de forma rápida, falta de recursos humanos e materiais, o que acarreta na falta de registro no PEP. Nesse sentido, constatou-se a necessidade de adequação do PEP, para que se tenha maior praticidade na realização dos registros.

O PEP é uma ferramenta que contribui para a SAE no setor de emergência e permite que as informações registradas sejam facilmente acessadas a qualquer momento. No entanto, o processo de trabalho e o perfil dos pacientes atendidos configuram-se como obstáculos para a consolidação da SAE nesse setor.

Considera-se como limitação do estudo o fato de que a amostra se restringiu aos enfermeiros, não abrangendo toda a equipe de enfermagem que é parte fundamental da SAE.

REFERÊNCIAS

Cardoso RB, Ferreira BJ, Martins WA, Paludeto SB. Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. *J. Health Inform.* [Internet]. 2017 [acesso em 26 ago 2019]; 9(1):25-30. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/429/302>

Hubner LB, Souza JF, Sembay MJ, Muñoz ISS. Prontuário Eletrônico do Paciente: Revisão de literatura. *Revista Univap.* [Internet]. 2016 [acesso em 26 ago 2019]; 22(40):679-7. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1395/1096>

Castro RR, Alvino ALFN, Rouberte ESC, Moreira RP, Oliveira RL. Compreensões e desafios acerca da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev. enferm UERJ.* [Internet] 2016 [acesso em 26 ago 2019]; 24(5):e10461. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.10461>

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEN; 2009.

Barreto MS, Teston EF, Miranda JG, Arruda GO, Valsecchi EASS, Marcon SS. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. *Rev Rene.* [Internet] 2015 [acesso em 26 ago 2019]; 16(6):833-4. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2871>

Marques JP. A “observação participante” na pesquisa de campo em Educação. *Educação em Foco*, ano 19. [Internet] 2016 [acesso em 26 ago 2019]; 19(28):263-284. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/educacaoemfoco/article/view/1221/985>

Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.* São Paulo: Vozes; 2016.

Costa NRCD, Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de Saúde do Idoso: Percepção dos Profissionais sobre sua implementação na atenção básica. *Rev Pesq Saúde.* [Internet] 2016 [acesso em 26 ago 2019]; 16(2). Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270>

Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015. p.253-265.

Santos MT, Silva MAD, Zucatti PB. Serviços de emergência amigos do idoso no Brasil: condições necessárias para o cuidado. Ver. Esc. Enferm. USP. [Internet] 2016 [acesso em 26 ago 2019];50(4):594-601. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500008>

Marinelli NP, Silva ARA, Silva DNO. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Desafios para a implantação. Rev Enf Contemporânea. [Internet] 2015 [acesso em 26 ago 2019];4(2):254-263. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.523>

Pinheiro AB, Almeida FER, Marculino HSS, Nascimento KP, Ferreira PJO. Qualidade das anotações da equipe de enfermagem em duas unidades hospitalares do sertão central cearense. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem [Internet] 2017 [acesso em 26 ago 2019];3(1). Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/3191/2733>

Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 3.410, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário oficial da união, [Internet] 05 dez 2013 [acesso em 17 ago 2019]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html

Silva BF, Lopes FA, Queiroz TC, Sousa TDL, Gomes RKG. Inovações na segurança do paciente assistido em clínica-médica: qualidade dos registros da equipe de saúde nos prontuários. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem [Internet] 2017 [acesso em 26 ago 2019];3(1). Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1155>

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Conselho Federal de Enfermagem. Lei n° 7.498/86, de 25 de Julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEN: 1986.

Rubim MM, Cardoso LS, Silva JJS, Gelati TR, Rodrigues JM, Cezar-Vaz MR. Possibilidades profissionais e materiais em serviço intra-hospitalar de urgência e emergência: relato de experiência. Rev. enferm. UFPE on line [Internet] 2017 [acesso em 26 ago 2019];11(supl.5):2231-2237. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31522>

Oliveira D, Hanauer MC, Paz M, Oliveira RCS, Moser GAS. Enfermeiro frente às diversidades no atendimento de urgência e emergência em um hospital da região oeste de Santa Catarina: relato de experiência. Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão. 2016 set 23. Chapecó. Santa Catarina. Brasil. Universidade Federal da Fronteira Sul.

DATA DE SUBMISSÃO: 20/4/19 | DATA DE ACEITE: 2/9/19

Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná - Brasil

Determinants of child sexual violence in the state of Paraná - Brazil

Determinantes de la violencia sexual infantil en el estado del Paraná - Brazil

Gabriela de Araujo¹, Marina Ramos², Tânia Zaleski³, Leandro Rozin⁴,
Leide da Conceição Sanches⁵

¹ Estudante de Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba - Paraná

² Estudante de Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba - Paraná

³ Mestre e Doutora em Zoologia pela Universidade Federal do Paraná. Faculdades Pequeno Príncipe
Curitiba – Paraná

⁴ Mestre em Biotecnologia Aplicada à Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdades Pequeno
Príncipe . Curitiba – Paraná

⁵ Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná. Docente do Programa de Mestrado
em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba - Paraná

RESUMO

A violência sexual infantil configura-se como um fenômeno sociocultural, pautado em relações hierárquicas e desigualdades de gênero, étnico-raciais e geracionais. Nesta pesquisa, investigou-se os determinantes da violência sexual infantil a partir dos casos notificados pelo SINAN no estado do Paraná entre 2011 e 2014, disponibilizados pelo DATASUS, por estudo descritivo, de base documental e abordagem quantitativa. No Paraná, totalizaram 2.446 casos no período. A

Autor de Correspondência:

*Leide da Conceição Sanches. E-mail: leide.sanches@fpp.edu.br

Regional de Saúde com maior prevalência foi a de Foz do Iguaçu. Prevalece a faixa etária de 5 a 9 anos, meninas, raça negra e indígenas. Na tipologia, predominaram estupro e assédio sexual, por meio de força corporal. Os casos prevalentemente ocorreram na residência e o provável agressor era próximo da criança. Reconhecer os determinantes da violência sexual infantil é essencial para a implementação de ações de cuidado integral às vítimas.

Palavras-chave: Abuso Sexual na Infância. Violência Sexual. Fatores Epidemiológicos.

ABSTRACT

Child sexual violence is a sociocultural phenomenon based on hierarchical relationships and gender, ethnic-racial and generational inequalities. This research investigated the determinants of child sexual violence based on the cases reported by SINAN in the state of Paraná between 2011 and 2014, made available by DATASUS, through a descriptive study, of documentary basis and quantitative approach. In the state of Paraná, there were 2446 cases in the period. The most prevalent Health Unit was that of Foz do Iguaçu. The age range of 5 to 9 years, girls, black race and indigenous are prevalent. In the typology, rape and sexual harassment by the use of force predominated. The cases predominantly occurred at home, and the likely perpetrator was close to the child. Recognizing the determinants of child sexual violence is essential for the implementation of comprehensive care actions for victims.

Keywords: Child Abuse, Sexual. Sex Offenses. Epidemiologic Factors.

RESUMEN

La violencia sexual infantil es un fenómeno sociocultural, basado en las relaciones jerárquicas y las desigualdades de género, étnico raciales y generacionales. En esta investigación, los determinantes de la violencia sexual infantil fueron investigados a partir de los casos reportados por SINAN en el estado de Paraná entre 2011 y 2014, proporcionados por DATASUS, por estudio descriptivo, base documental y enfoque cuantitativo. En Paraná, hubo 2446 casos en el período. La Región Sanitaria con mayor prevalencia fue Foz de Iguazú. El grupo de edad de 5 a 9 años, niñas, negros e indios prevalece. En la tipología, predominó la violación y el acoso sexual a través de la fuerza corporal. Los casos prevalecieron en la residencia y el probable agresor estaba cerca del niño. Reconocer los determinantes de la violencia sexual infantil es esencial para la implementación de acciones de atención integral a las víctimas.

Palabras clave: Abuso Sexual Infantil. Delitos Sexuales. Factores Epidemiológicos.

INTRODUÇÃO

Todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente é considerado violência sexual. Com o objetivo de utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. As situações de violência sexual são variadas e podem ocorrer como estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da observação), jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas¹.

É comum que a violência inicie de forma menos invasiva, como a sedução e o abuso sem contato físico, evoluindo progressivamente para formas com contato físico e penetração vaginal e anal embora isso não seja um padrão¹. As primeiras investidas podem ser percebidas pela criança como uma demonstração afetiva, de maneira que o agressor usa da inocência da vítima para inferir a normalidade dos atos. Com o tempo, a frequência dos abusos aumenta e a vítima passa a sentir insegurança. Quando a criança suspeita ou entende sobre o abuso, o agressor inverte os papéis, fazendo com que ela se sinta culpada. Além disso, usa de ameaças diversas para exigir o silêncio².

Sabe-se que a ocorrência da violência sexual durante o processo formativo, quando o cérebro está sendo fisicamente desenvolvido, pode deixar marcas em sua estrutura e função, provocando efeitos que alteram, de modo irreversível, o desenvolvimento neuronal, levando a severas consequências para o desenvolvimento da criança, incluindo prejuízos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais³.

A temática da violência sexual infantil adquiriu maior expressão no advento da consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na década de 1990. Sua criação impulsionou a maior participação dos movimentos políticos e sociais, das Organizações

Não Governamentais (ONGs) e a criação de Fóruns e Conselhos na garantia dos direitos das crianças e adolescentes. A aprovação do ECA foi consequência de um marco que representou a Constituição Federal de 1988 na afirmação dos direitos da criança e do adolescente, os quais passaram de uma visão de “objeto” para sujeitos de direitos⁴.

A favor da efetivação do ECA, surge o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), com a responsabilidade de implementar Conselhos estaduais e municipais, de Direito e Tutelares. Em junho de 1993, surge o Relatório da primeira Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), para investigar as redes de exploração sexual de crianças, evidenciando a falta e necessidade da criação de políticas públicas básicas e de atendimento às vítimas^{1,4}.

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes, produzido pelo Ministério da Justiça, tem como finalidade incentivar ações que possibilitem intervenções para o combate à violência contra crianças e adolescentes⁴. No ano de 2011, com a publicação da Portaria nº 104 de 2011 do Ministério da Saúde, tornou-se obrigatória a notificação da violência como fator que contribuiu para o grande aumento de municípios notificantes da violência infantil em âmbito nacional, justificando o aumento do número de casos notificados com o passar dos anos⁵.

De acordo com a Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais, proposta pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde e utilizada para notificação dos casos de violência sexual infantil em serviços de saúde, pela qual se registrou os dados analisados e discutidos nesta pesquisa, constam, no descritivo de violência sexual da Ficha, cinco opções de marcação para o tipo da violência sexual ocorrida, sendo eles: assédio sexual, estupro, pornografia, exploração sexual e outros.

A identificação da violência contra as crianças suscita a necessidade de protegê-las, e esta ação se inicia oficialmente a partir da notificação, a qual é considerada compulsória, e a partir disso é possível investigar vários fatores relacionados à violência, tornando a notificação um poderoso instrumento de política pública⁴⁻⁵.

O processo de preenchimento da ficha de notificação não deve ocorrer de maneira insensível, mas sim com postura ética, representando um momento de atenção e cuidado com a pessoa violentada. A notificação possibilita a criação de um elo entre a área da saúde e o sistema legal, com formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação^{1,4,6}.

Diante das peculiaridades que envolvem a violência sexual infantil, reconhecida como uma questão social e de saúde pública devido à magnitude da violação aos direitos humanos, o estudo teve por objetivo investigar os determinantes de violência sexual infantil a partir dos casos notificados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no estado do Paraná.

MÉTODOS

Pesquisa descritiva, de base documental e com abordagem quantitativa, realizada a partir de dados preexistentes, oriundos dos registros das fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) – de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais, disponibilizados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os dados de notificação dos casos de violências são coletados a partir dos serviços de saúde, que encaminham uma via da notificação para a Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, seguindo para a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e para o Ministério da Saúde, entidades que também são responsáveis pela retroalimentação e divulgação desses dados. O Ministério da Saúde disponibiliza

os dados por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sistema que concentra as informações epidemiológicas, sanitárias e de morbimortalidade⁷.

Dessa forma, a coleta dos dados ocorreu a partir das notificações dos casos de violência infantil no estado do Paraná, realizadas na Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais.

Como critérios de inclusão foram selecionados dados específicos de violência do tipo sexual, praticada contra crianças com idade entre 0 e 9 anos, notificados no estado do Paraná entre os anos disponíveis que foram de 2011 a 2014 disponibilizadas em banco de dados do Data-SUS. Os dados coletados foram o número de casos de violência sexual infantil por ano de notificação; regionais de saúde de notificação; faixa etária, sexo e raça das crianças violentadas sexualmente; local de ocorrência e meio de agressão da violência sexual; tipo de violência sexual; e vínculo-grau de parentesco com o provável autor da violência. Os dados demográficos da população de crianças residente nos locais, gênero, cor ou raça, faixa etária, para os municípios e estado, foram obtidos através dos dados públicos disponibilizados pelo IBGE.

Após a coleta, os dados foram planilhados no Software Excel® e foram agrupados por ano de notificação; regionais de saúde de notificação; faixa etária, sexo e raça das crianças violentadas sexualmente; local de ocorrência e meio de agressão da violência sexual; tipo de violência sexual; e vínculo-grau de parentesco com o provável autor da violência. Os dados foram analisados por meio do cálculo da Taxa de Prevalência (TP), com constante a cada 10 mil crianças com idade entre 0 e 9 anos e comparados através do teste de frequência quiquadrado, assumindo um alfa de 5%.

RESULTADOS

No período de 2011 a 2014, foram notificados 2.446 casos de violência sexual contra crianças no Paraná.

Observou-se aumento no número de notificações nos anos subsequentes a 2011, com acréscimo percentual de 153% de 2011 para 2012 e de 235% de 2011 para 2014 ($p < 0,01$).

Ao verificar os números absolutos de casos, a maioria foi notificada na Regional de Saúde (RS) Curitiba/Metropolitana, com 1.501 casos, seguida

pela RS de Foz do Iguaçu, com 281 casos e pela RS de Maringá, com 145 casos. Contudo, ao considerar a população residente em cada regional de saúde, a maior prevalência se deu na RS de Foz do Iguaçu, com 47,51 casos a cada 10.000 crianças, seguida por RS Curitiba/Metropolitana 32,80 casos/10.000 crianças e RS Maringá com 15,83 casos/10.000 crianças (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos casos de violência sexual infantil no Paraná entre 2011 e 2014 segundo as regionais de saúde de notificação.

Regional de Saúde do Paraná	N*	Pop. Censo**	Prevalência/10.000 crianças
9ª RS Foz do Iguaçu	281	59.140	47,51
2ª RS Metropolitana	1.501	457.684	32,80
15ª RS Maringá	145	91.619	15,83
17ª RS Londrina	115	114.839	10,01
21ª RS Telêmaco Borba	27	29.064	9,29
10ª RS Cascavel	65	72.483	8,97
20ª RS Toledo	42	47.234	8,89
7ª RS Pato Branco	32	38.217	8,37
22ª RS Ivaiporã	16	19.578	8,17
4ª RS Irati	20	24.764	8,08
16ª RS Apucarana	34	46.246	7,35
13ª RS Cianorte	12	18.813	6,38
5ª RS Guarapuava	37	71.830	5,15
8ª RS Francisco Beltrão	20	46.666	4,29
3ª RS Ponta Grossa	38	92.454	4,11
1ª RS Paranaguá	14	42.702	3,28
19ª RS Jacarezinho	12	38.791	3,09
12ª RS Umuarama	8	34.146	2,34
6ª RS União da Vitória	6	26.131	2,30
14ª RS Paranavaí	6	35.463	1,69
11ª RS Campo Mourão	7	44.960	1,56
18ª RS Cornélio Procopio	4	29.605	1,35
Total	2.442	1.482.429	16,47

Dados: *Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net | ** Censo 2010.

Ao agrupar os dados das características individuais das crianças que sofreram violência sexual, optou-se também por calcular a prevalência, para que fossem obtidos resultados fidedignos de acordo com a população específica da faixa etária estudada. Na Tabela 2, verificou-se que as crianças com idade entre 5 e 9 anos foram as mais violentadas, com 56,8% dos casos e prevalência de 18,09 a cada 10 mil crianças. Entre os sexos, a maior frequência é verificada nas

meninas (69,6%; TP= 23,40/10.000).

Referente à raça e etnia, verificou-se maior frequência de notificações nas crianças brancas (66,8%), seguidas das pardas (18%), pretas (3,1%), indígenas (0,4%) e amarelas (0,3%). No entanto, quando se analisa a prevalência entre as raças das crianças, a preta prevalece com 28,37/10.000, seguida das indígenas 20,54/10.000 (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos de violência sexual infantil, segundo faixa etária, sexo e raça no estado do Paraná, entre 2011 e 2014.

	N*	%	Pop. Censo**	Prevalência/10.000 crianças	Valor de p
FAIXA ETÁRIA					
<1 Ano	63	2,6	144.631	4,36	0,01
1 a 4 Anos	993	40,6	569.406	17,44	
5 a 9 Anos	1.390	56,8	768.392	18,09	
Total	2.446	100	1.482.429	16,50	
SEXO					
Masculino	744	30,4	754.736	9,86	0,01
Feminino	1.702	69,6	727.204	23,40	
Total	2.446	100	1.481.940	16,51	
RAÇA					
Preta	76	3,1	26.793	28,37	< 0,01
Indígena	10	0,4	4.869	20,54	
Branca	1.634	66,8	1.063.593	15,36	
Parda	440	18	374.623	11,75	
Amarela	7	0,3	12.004	5,83	
Ign/Branco	279	11,4	-	-	
Total	2.446	100	1.481.940	14,25	

Dados: *Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. **Censo 2010.

O estupro prevaleceu em 41,8% dos casos conforme o tipo de violência sexual, seguido pelo assédio sexual com 33%. O meio de agressão mais frequente foi força corporal/espancamento em 43,1% dos casos.

A residência foi o principal local de ocorrência da violência sexual infantil, com 71,6% dos casos notificados (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos casos de violência sexual infantil, conforme o tipo de violência sexual, meio de agressão e local de ocorrência, no estado do Paraná, entre 2011 e 2014.

	N	Frequência %	Valor de p
TIPO DE VIOLÊNCIA SEXUAL			
Estupro	1.045	41,8	< 0,01
Assédio sexual	825	33,0	
Atentado violento ao pudor	271	10,8	
Pornografia infantil	110	4,4	
Exploração sexual	67	2,7	
Outras violências	182	7,3	
Total	2.500	100,0	
MEIO DE AGRESSÃO			
Força corporal/espancamento	587	43,1	< 0,01
Ameaça	495	36,4	
Objeto contundente	23	1,7	
Enforcamento	9	0,7	
Objeto perfuro-cortante	8	0,6	
Arma de fogo	8	0,6	
Outro	231	17	
Total	1.361	100	
LOCAL DE OCORRÊNCIA			
Residência	1.752	71,6	
Escola	151	6,2	
Via pública	57	2,3	
Habitação Coletiva	13	0,5	
Comércio/Serviços	11	0,4	
Local de prática esportiva	6	0,2	
Bar ou Similar	4	0,2	
Indústrias/construção	4	0,2	
Outros	210	8,6	
Ignorado / Em branco	238	9,7	
Total	2.446	100	

Dados: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Na Tabela 4, são apresentados dados do provável autor da violência. Observou-se em relação ao vínculo/grau de parentesco, que o item de outros vínculos da Ficha de Notificação (correspondente a qualquer outro(a) provável autor(a) não contemplado(a) nas outras

categorias presentes) predominou com 31,1% dos casos. Em seguida, 18,3% referiram amigo(a) ou conhecido(a) como o provável agressor, 17,8% atribuíram a violência ao pai da criança, 11,1% ao padrasto, 5,6% ao irmão ou irmã, 5,5% à mãe e 5,3% a um desconhecido(a).

Tabela 4 - Distribuição dos casos de violência sexual infantil segundo vínculo/grau de parentesco com o provável autor da violência, no estado do Paraná, entre 2011 e 2014.

Vínculo / Grau de parentesco	N	Frequência %	Valor de p
Outros vínculos	766	31,1	< 0,01
Amigo(a)/Conhecido(a)	450	18,3	
Paí	438	17,8	
Padrasto	274	11,1	
Irmão(ã)	138	5,6	
Mãe	136	5,5	
Desconhecido(a)	130	5,3	
Cuidador(a)	73	3	
Pessoa com relação institucional	39	1,6	
Madrasta	7	0,3	
Namorado(a)	4	0,2	
Própria Pessoa	3	0,1	
Cônjuge	2	0,1	
Ex-Namorado(a)	1	0,04	
Total	2.461	100	

Dados: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

DISCUSSÃO

A publicação da Portaria nº 104 de 2011 do Ministério da Saúde tornou obrigatória a notificação da violência, fator que contribuiu para o grande aumento de municípios notificantes da violência infantil em âmbito nacional, justificando o aumento do número de casos notificados com o passar dos anos. Dados

do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA/SINAN) de abrangência nacional demonstram aumento no número de casos notificados no Brasil, sendo 4.577 no ano de 2010, 5.675 no ano de 2011 e 8.450 casos notificados em 2013 constatando aumento de 84% entre 2010 e 2013⁴⁻⁵.

Durante os anos analisados neste estudo, considera-se que a notificação ainda estava com sua implantação em curso no Paraná e no Brasil, dessa forma, os dados podem subestimar a realidade da violência no Paraná, evidenciando apenas uma parte do problema. Contudo, os resultados já apontam elementos que contribuem para a compreensão do perfil epidemiológico da violência no estado, já que o Sistema de Notificação apresenta grande potencial de contribuição para visibilidade da violência^{5,7-8}.

A violência sexual infantil em Foz do Iguaçu associa-se a problemas de escolaridade, empregabilidade e desigualdades de gênero, geracionais, étnico-raciais e sociais, fenômenos presentes na sociedade e intensificados pela exploração e turismo sexual encontrados na região da tríplice fronteira⁹.

O mapa da violência contra crianças e adolescentes realizado por WAISELFISZ em 2012¹⁰, apontou que 4 cidades da Regional de Saúde Metropolitana/Curitiba estão entre as primeiras 70 no Ranking Nacional da Violência Sexual, são elas: Piraquara (11^a), São José dos Pinhais (39^a), Almirante Tamandaré (42^a) e Araucária (69^a), sendo a capital Curitiba, a 8^a mais violenta do país.

Outros estudos também identificaram como resultado a idade mais avançada como prevalente para a violência infantil, ocorrendo na faixa etária de 6 a 9 anos. Há menor frequência em crianças menores de 1 ano, em comparação com as outras faixas etárias¹¹⁻¹². Pesquisas que incluíram adolescentes - com 10 anos ou mais de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde - demonstraram maior frequência de violência sexual na faixa etária de 10 a 15 anos¹²⁻¹⁴. Verificou-se também que os meninos são violentados em faixas etárias mais precoces e o número vem aumentando com o passar dos anos e as meninas em idades mais tardias¹⁵.

O predomínio do sexo feminino na violência sexual também é encontrado em diversos países e culturas. Um estudo realizado em 21 países constatou que as meninas apresentam o dobro de chance de serem

sexualmente violentadas, em comparação aos meninos^{5,11}. Estudos realizados em todo o território brasileiro, também demonstram que a maioria dos casos de violência sexual são contra meninas. Almeida, Sousa e Sousa¹⁶ analisaram o perfil da violência sexual contra crianças em Teresina (PI), entre os anos 2007 e 2016 e observaram que 92% das crianças violentadas sexualmente eram meninas.

O predomínio do sexo feminino nos casos de violência sexual infantil já foi apontado por diversos autores, com maior prevalência delas nos estados de São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), e nos municípios de Curitiba (PR), Ribeirão Preto (SP), Londrina (PR), Belém (PA), Feira de Santana (BA), Florianópolis (SC), Botucatu (SP) e Tubarão (SC)^{5,11,13,16-18}.

Esses dados refletem que a violência sexual infantil pode ser entendida como violência de gênero, reflexo da desigualdade histórica entre homens, mulheres e meninas na sociedade. Condição de subordinação da mulher e a suposta fragilidade feminina, ideia da mulher fraca, submissa, passiva, em contrapartida ao homem, forte, viril, racional, conceitos perpetrados ao longo de décadas que necessitam de solução quanto aos valores sociais, frente à violência, fazendo com que o sexo feminino seja o mais acometido¹⁶. A vulnerabilidade das mulheres e meninas, pautada na ideia de uma suposta fragilidade feminina, está assimilada culturalmente desde os primeiros anos de infância e perpassa por uma desigualdade geracional^{2,17-19}.

O termo raça, utilizado pelo IBGE, designa as diferenças relativas à cor de pele, tipo de cabelo, conformação facial e cranial, ancestralidade e genética. Em estudo nacional de Rates e Cols⁵, concluiu-se que as crianças negras (pretas), são as mais violentadas sexualmente, ao considerar a frequência e a prevalência. Em alguns estudos, no centro sul do Brasil, a maior frequência foi na raça branca, e na região nordeste prevalece a maior frequência em negros^{5,12-14,16-20}. Entretanto, salienta-se que em nenhum desses estudos se considerou a

taxa da prevalência da população, reduzindo sua confiabilidade por não calcular a raça que sofreu a violência de maneira comparativa com o total existente na região do estudo.

A violência e vitimização tendem a seguir um padrão étnico, tendo os negros e indígenas como destaques, haja vista que esses ocupam lugares divergentes na sociedade, quando comparados aos brancos. Apresentam experiências desiguais, com desequilíbrios que levam os negros à diversas iniquidades sociais, expressas pelas desigualdades social e racial. Esse processo determina condições de vulnerabilidade, especialmente à violência, desconsiderando as desvantagens simbólicas e materiais^{16,21}.

A maior frequência de abuso e exploração sexual comercial em regiões litorâneas, turísticas e fronteiras internacionais apontam o turismo sexual como fator facilitador da exploração de crianças, relação também discutida nesta pesquisa com a maior prevalência na Regional de Foz do Iguaçu. A exploração sexual comercial e a pornografia possuem como fatores predisponentes a falta de uma educação de qualidade, a pobreza e miséria, a violência e a má distribuição de renda¹⁹. Historicamente a exploração sexual se relaciona com atividades econômicas territoriais, exemplificando os bordéis próximos a garimpos, as “acompanhantes” de políticos e executivos perto dos centros políticos e administrativos, entre outros, e destaca que a ilegalidade e o poder econômico do mercado do sexo dificultam as pesquisas sobre este tipo de violência^{14,20}.

No estudo de Oliveira e cols¹⁴ também se demonstrou alta incidência de uso de intimidação por meio de ameaça, em 40,3% dos casos, e de força física em 25,2%. Os meios de agressão relacionados à violência sexual revelam a coocorrência com outros tipos de violência (física e psicológica), simultaneamente. A violência sexual é também violência física e psicológica e discute sobre a categorização dos tipos de violência, para fins de compreensão do fenômeno,

ser também um fator de confusão, pois na prática as classificações são pouco excludentes entre si.

Muitos estudos também mostram que o domicílio é o principal local em que ocorre a violência sexual infantil, e, associando-se ao agressor como pessoa próxima da criança violentada, muitas vezes da própria família, contrapõe-se à visão do ambiente familiar como um local de segurança, proteção e acolhimento da criança^{5,13-15,18-20}.

As informações encontradas na literatura sobre violência sexual contra crianças corroboram com os dados desta pesquisa sobre a predominância do autor da violência ser uma pessoa próxima ou conhecida da vítima ou da família, ou membro da família, e do sexo masculino^{13-14,18}.

Citar o agressor como apenas “conhecido” pode ser consequência do medo de revelar o real agressor, como forma de negação da violência ocorrida e proteção da unidade familiar, principalmente pela mãe, que teria que escolher entre o(a) filho(a) e o companheiro. O item de outros vínculos também seria uma possível maneira de manter o anonimato do real autor da violência¹³.

A violência doméstica praticada seja por pais, ou familiares, ou responsáveis pela criança, é comum, e resulta da transgressão do poder do adulto sobre a criança ou adolescente, advinda, portanto, de uma hierarquia que permite que o agressor se aproveite da vulnerabilidade da criança por meio de chantagem, intimidação e silenciamento. Esta estrutura assimétrica de poder fundamenta-se na desigualdade geracional, pela diferença de faixa etária, e de gênero, que historicamente aprova a superioridade do homem adulto sobre crianças, principalmente meninas^{2,14}.

Alguns fatores sustentam um pacto do silêncio na violência intrafamiliar, que são o difícil acesso à privacidade do ambiente familiar; sentimentos ambíguos na criança de medo, angústia e culpa e, ao mesmo tempo, de amor e confiança para com

os familiares; medo e cumplicidade do(a) cônjuge, que não denuncia a violência; e omissão de pessoas externas à família, que tomam conhecimento da situação, mas decidem não expor a privacidade da família ou se preocupam com as consequências da revelação, inclusive pela falta de conhecimento sobre o que pode ser feito¹³⁻¹⁴.

CONCLUSÕES

A violência é um fenômeno multifacetado, verificada em todas as comunidades, desde a Antiguidade, resultado das interações individuais, coletivas, sociais e culturais presentes nas sociedades. Apresenta-se dentro de uma relação hierárquica de poder e dominação, especialmente contra as crianças, pela vulnerabilidade e dependência conferidas a elas, o que as torna categoricamente inferiores e predispostas a sofrerem violência.

Verificou-se neste estudo que a violência sexual infantil no Paraná apresentou aumento em número de notificações entre 2011 e 2014. Isso ocorreu devido às determinações do Ministério da Saúde, pela obrigatoriedade da notificação compulsória de violências a partir de 2011, ressaltando a importância das políticas públicas de combate à violência e o papel da vigilância epidemiológica no reconhecimento deste fenômeno tão complexo.

A maior prevalência da violência sexual infantil no Paraná foi observada na Regional de Foz do Iguaçu. Considerando-se as características individuais, as crianças violentadas sexualmente se encontram predominantemente na faixa etária de 5 a 9 anos, acometendo com maior prevalência as meninas e as crianças negras e indígenas. É importante destacar que isso reflete a construção histórica, social e cultural, intimamente arraigada nas desigualdades de gênero, étnico-raciais e geracionais.

O estupro foi a tipologia de violência sexual mais frequente, seguido pelo assédio sexual. Situação

semelhante ocorre ao refletir-se sobre a categorização geral dos tipos de violência, pois na maioria dos casos ocorreu com agressão física por meio da força corporal/espancamento e agressão psicológica por meio de ameaça. O caráter doméstico da violência sexual infantil foi constatado neste estudo com 71,6% dos casos ocorrendo neste ambiente. Aliado a isso, 94,6% dos prováveis autores da violência são, de alguma forma, conhecidos ou próximos da criança ou da família.

Como limitação deste estudo, destaca-se a não disponibilidade e retroalimentação dos dados mais recentes pelo DATASUS. Esse estudo também possui relevância social, pois permite o conhecimento estatístico dos casos de violência sexual contra crianças no estado do Paraná. Recomenda-se que os determinantes que vulnerabilizam a criança para a violência sexual devam ser amplamente discutidos de forma intersectorial, para que as ações de prevenção, proteção e cuidado integral à infância sejam eficazes.

REFERÊNCIAS

- 1 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010. [acesso em 20 jun 2018]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/consulta-publica/arquivos/1393133501.pdf>
- 2 - Sanches LC; Araújo G; Ramos M; Rozin L; Rauli PMF. Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2019; 09:01-13. [Acesso em 05 abr 2019]. Disponível em: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/9654/10420>
- 3 - Pires JMA. Injúrias Intencionais (Violências): Violência Sexual. *Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria*. 2 ed. Barueri, SP: Manole; 2010.
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Notificação de violências interpessoais e

autoprovocadas. Brasília: MS; 2017. [Acesso em 20 Jun 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf

5 - Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(3):655-665. [Acesso em 20 Jun 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300655&lng=en&nrm=iso

6 - Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional da saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(6):1879-1890. [Acesso em 20 Jun 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601879&lng=en&nrm=iso

7 - Zanette MHC, Silva EF. Implantação da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências na 9ª regional de saúde. Foz do Iguaçu/PR: Relato de Experiência. Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná. Curitiba: SESA/SVS, 2014. [Acesso em: 20 Jun de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/cadernoviolenfinafinalarquivo2014.pdf>

8 - Peres EL, Furtado MS, Mafioletti TM, Tisserant AE. A notificação de casos de violência doméstica e sexual contra a criança e o adolescente no Paraná: um panorama dos dados do SINAN-NET - Período de 2010 a 2012. Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná. Curitiba: SESA/SVS, 2014. [Acesso em 28 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/cadernoviolenfinafinalarquivo2014.pdf>

9 - Bortoli DM. Análise espacial dos atendimentos a crianças e adolescentes vulneráveis no município de Foz do Iguaçu. [Dissertação] Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu: Mestrado em Sociedade, Cultura e Fronteiras; 2015. [Acesso em 20 Jun 2018]. Disponível em: http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/2572/1/Dayse_Bortoli_2015.pdf

10 - Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012. Crianças e adolescentes do Brasil. CEBELA - Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos. 1 ed. Rio de Janeiro: FLACSO; 2012.

11 - Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras

violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(9):2305-2317. [Acesso em 20 Jun 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900012&lng=en&nrm=iso

12 - Silva CB, Bastos BL, Santos CR, Moraes MS, Possuelo LG. Caracterização do perfil da violência sexual em crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul. *Rev. epidemiol. Controle infecç.* 2016; 6. [Acesso em 20 Jun 2018]. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8223>

13 - Miranda MIF, Santos MAM, Tourinho MBAC, Watanabe CV, Miguel VVR, Santos GDN. Violência Sexual contra crianças e adolescentes em um município da Região Norte do Brasil. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2014; 14(2):96-104. [Acesso em 20 Jun 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Carolina_Watanabe/publication/275952399_Violencia_sexual_contra_crianças_e_adolescentes_em_um_município_da_Região_Norte_do_Brasil/links/554a76620cf21ed21358e620/Violencia-sexual-contra-crianças-e-adolescentes-em-um-município-da-Região-Norte-do-Brasil.pdf

14 - Oliveira HC, Pinto Junior EP, Tavares LT, Guimarães MAP, Oliveira MND. Notificação compulsória de violência sexual contra crianças e adolescentes. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2015; 22(4):26-30. [Acesso em 12 Jun 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/288040745_NOTIFICACAO_COMPULSORIA_DE_VIOLENCIA_SEXUAL_CONTRA_CRIANCAS_E_ADOLESCENTES

15 - Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(4):1019-1031. [Acesso em 12 Jul 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401019&lng=en&nrm=iso

16 - Almeida LAA, Sousa LS, Sousa KAA. Epidemiologia da violência infantil em um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. *Rev. Pre. Infec. e Saúde.* 2017; 3(2):27-33. [Acesso em 15 Jun 2018]. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6457>

17 - Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(6):659-665. [Acesso em 12 Jul. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600009&lng=en&nrm=iso

18 - Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(4):799-806. [Acesso em 18 Jun. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400799&lng=en&nrm=iso

19 - Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(9):2889-2898. [Acesso em 20 Jun. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902889&lng=en&nrm=iso

20 - Magalhães PH, Moreira DP, Lira SVG, Branco JGO, Tamboril BCR, Vieira LJES. Panorama da violência sexual contra crianças e adolescentes em municípios cearenses. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* 2016; 29(3):414-421. [Acesso em 25 Jul. 2018]. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5253>

21 - Cantú A. Crianças indígenas e a adoção. Criança indígena: olhar multidisciplinar. Campo Grande: Alvorada; 2012.

DATA DE SUBMISSÃO: 24/4/19 | DATA DE ACEITE: 9/9/19

Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do Agente Comunitário de Saúde

*Any publicity is good publicity: relationship between work and quality of life
of the Community Health Agent*

*Hablar bien o hablar malo, pero hablarme: relación entre el trabajo y la
calidad de vida del Agente de Salud Comunitario*

Tiago Pereira de Souza¹, Paulo Antonio Barros Oliveira²

¹ Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul . Porto Alegre-Rio Grande do Sul

² Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre-Rio Grande do Sul

RESUMO

Este estudo objetivou estabelecer a relação entre o processo de trabalho e a qualidade de vida do grupo de agentes comunitários de saúde do município de Campo Bom, no Vale dos Sinos na região metropolitana de Porto Alegre. Se configurou do tipo descritivo exploratório, transversal, de abordagem quantitativa. Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com faixa etária entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) de homens. Os participantes responderam um questionário sobre dados sociodemográficos, socioeconômicos e de trabalho, e ao questionário WHOQOL-BREF. A execução desta pesquisa pôde confirmar

Autor de Correspondência:

*Tiago Pereira de Souza. E-mail: tiago.ps.fono@gmail.com

estatisticamente o impacto do processo de trabalho nos diferentes domínios da qualidade de vida.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde do Trabalhador. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This study aimed to establish the relationship between the work process and the quality of life of the group of community health agents in the city of Campo Bom, in Vale dos Sinos in the metropolitan region of Porto Alegre. This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study, with quantitative approach. Sixty-two Community Health Agents, aged 23 to 61 years, participated in this research, with 58 (93.5%) women and 4 (6.5%) men. Participants answered a questionnaire on sociodemographic, socioeconomic and work data and the WHOQOL-BREF questionnaire. This research could statistically confirm the impact of the work process in the different domains of quality of life.

Keywords: Community Health Workers. Occupational Health. Quality of Life.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el proceso de trabajo y la calidad de vida del grupo de agentes comunitarios de salud en la ciudad de Campo Bom, en Vale dos Sinos, en la región metropolitana de Porto Alegre. Se configuró como descriptivo exploratorio, transversal, con enfoque cuantitativo. Sesenta y dos agentes comunitarios de salud, de 23 hasta 61 años, participaron en esta investigación, 58 (93.5%) mujeres y 4 (6.5%) hombres. Los participantes respondieron un cuestionario sobre datos sociodemográficos, socioeconómicos y laborales y el cuestionario WHOQOL-BREF. La ejecución de esta investigación podría confirmar estadísticamente el impacto del proceso de trabajo en los diferentes dominios de calidad de vida.

Palabras clave: Agentes Comunitarios de Salud. Salud Laboral. Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A cooperação no campo da saúde coletiva dos conhecimentos referentes à questão do trabalho na atenção primária, mais especialmente na função do Agente Comunitário de Saúde (ACS), corrobora

com a ampliação da compreensão das relações entre o trabalho e o processo saúde-doença de diferentes cenários de pesquisa, contribuindo de forma significativa, com o entendimento das possíveis

mudanças na vida dos indivíduos trabalhadores¹.

Consolidada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a função dos indivíduos neste momento analisados indica uma transformação na maneira de cuidado constituído na atenção primária, produzindo interdependência entre usuários e a comunidade adstrita². Operam influência recíproca na qualidade de equipe e população das áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), determinando uma política de independência e interrupção do modelo biomédico centralizado na enfermidade, uma vez que apresentam um processo de cuidado com finalidades determinadas, apontadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças³.

O papel de mediador consolida a principal característica dos ACSs, visto que são trabalhadores com experiências cotidianas capazes de oferecer contrapontos importantes no cuidado dos usuários. São articuladores em potencial das ações em saúde e oferecem para as equipes um “olhar” diferenciado da lógica cartesiana e mecanicista tradicionalmente atribuída à atual configuração da formação em saúde, pois, por estarem inseridos e vivenciarem dia após dia as movimentações comunitárias, possuem um entendimento ampliado da forma como se organizam as relações sociais, culturais, econômicas e ambientais do campo de trabalho da atenção primária³.

As diretrizes ministeriais que orientam o trabalho do ACS atentam para a execução supervisionada de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais ações configuram-se por meio de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, da promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva, do registro (para fins exclusivos de controle e planejamento) das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, do estímulo

à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde, da realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família e da participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida².

Ao falar de subjetividade, faz-se necessária a reflexão sobre “processo de trabalho”, de forma a validar a concepção de que trabalhar não se constitui apenas na execução de tarefas e representações práticas da efetivação de ordens e normas, mas em uma sequência de atos e reflexões intelectuais capazes de transformar a natureza e, paralelamente, o próprio trabalhador. Tal aspecto é o que diferencia o trabalho humano do dia a dia da capacidade primitiva dos animais de se adaptar a diferentes situações (por meio de seu instinto de sobrevivência), ou seja, se o trabalho for pensado enquanto atividade cognitiva, pode-se entender o resultado deste como o produto de um planejamento, previamente idealizado pelo trabalhador⁴.

A constituição de cada sujeito trabalhador, composta por perspectivas e idealizações, ao se chocar com um processo de trabalho que ignora tal subjetividade exerce uma ação específica capaz de produzir sofrimento, fazendo com que os coletivos criem estratégias conjuntas para superar esse sofrimento correlato à realização do trabalho^{1,5}.

Para o presente projeto é significativa a compreensão de que os ACSs são trabalhadores da saúde, com diretrizes de trabalho preestabelecidas legalmente e suscetíveis ao processo saúde-doença oriundo do trabalho. Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho busca o entendimento desse processo, bem como alternativas de intervenção. Trata-se de ações transformadoras e que visam a apropriação da dimensão humana do trabalho por meio de uma perspectiva diferenciada, na qual podemos entender o desfecho das trajetórias de cada indivíduo trabalhador⁶.

Essa filosofia humanística e interdisciplinar carrega

consgo a aplicação concreta de objetivos claros no que se refere à proposição de mudanças no trabalho, a fim de produzir ambientes favoráveis à satisfação dos trabalhadores, colocando o homem no centro de suas preocupações, buscando o aumento da produtividade organizacional, e caracterizando um dos conceitos de qualidade de vida no trabalho (QVT)^{7,8,9}.

A ideia de que a satisfação no trabalho compõe grande parcela da satisfação global, ou seja, na vida do trabalhador¹⁰, justifica a crescente aplicação de ações voltadas à QVT, visando o resgate de certos valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. O sofrimento por conta do trabalho emerge no momento em que os trabalhadores se deparam com configurações fragmentadas, desconexas, burocráticas, normatizadas, rotineiras, carregadas de exigências, que vão de encontro com a sua realidade extralaboral¹¹.

Os sujeitos são singulares e apresentam demandas subjetivas antes mesmo de entrarem no mundo do trabalho, não as abandonando no momento de seu ingresso¹². Pode-se dizer, portanto, que a personalidade dos indivíduos não pode ser totalmente integrada ao trabalho, pois está interligada simultaneamente a diferentes grupos (família, religião, entidades de classe etc.). Tais grupos certamente se constituem em fontes de subjetividade em detrimento do trabalho, sendo que este possui caráter mecanicista e econômico, dificultando ao homem externar sua totalidade como pessoa¹³.

Esta pesquisa surge a partir de uma demanda inicialmente oriunda das práticas no SUS, em decorrência da experiência do pesquisador em processo de formação (residência multiprofissional) e em atuação profissional (educação permanente em saúde), que durou aproximadamente cinco anos. Durante esse período, houve a possibilidade de convívio diretamente com os trabalhadores da

atenção básica, sobretudo com ACSs, o que levou o pesquisador a observar de forma empírica a grande quantidade de trabalhadores em sofrimento físico e psíquico. Dessa forma, a pesquisa objetivou estabelecer a relação entre o processo de trabalho e a qualidade de vida do grupo de agentes comunitários de saúde do município de Campo Bom, no Vale dos Sinos, região metropolitana de Porto Alegre.

MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Campo Bom, município brasileiro no estado do Rio Grande do Sul que pertence à Região Metropolitana de Porto Alegre e ao chamado Vale do Rio dos Sinos. A cidade possui 60 km² de área, 63.767 habitantes e 98,13% de cobertura da ESF. As unidades de ESF são: Aurora, 25 de Julho, Imigrante, Operária, Quatro Colônias, Porto Blos, Rio Branco e Santa Lúcia.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, transversal, de abordagem quantitativa. Os participantes foram os trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde que exerciam suas atividades nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, com exceção dos trabalhadores em férias ou afastados do trabalho no período da coleta dos dados.

O estudo foi organizado dentro do programa de educação permanente (PEP) e faz parte de um projeto “maior” que engloba análises quali-quantitativas, oriundo de uma parceria entre a Prefeitura e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOL-UFRGS), com aprovação sob o número 1.541.369 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Os trabalhadores receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo e sua condução e, nessa ocasião, todos se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou seja, não houve sujeitos que se negaram a participar.

Inicialmente os participantes responderam a um

questionário sobre dados sociodemográficos, socioeconômicos e referentes ao trabalho. Posteriormente responderam ao questionário WHOQOL-BREF, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão abreviada do WHOQOL-100). Nesse instrumento há 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para comparar médias, foram aplicados os testes t-Student ou a Análise de Variância (ANOVA) *one-way*, complementada por Tukey.

A associação entre as variáveis contínuas e ordinais foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson (distribuição simétrica) ou de Spearman (distribuição assimétrica).

A comparação entre os escores médios dos quatro domínios do WHOQOL-BREF foi realizada pela Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas, complementada pelo teste de Bonferroni.

Para controle de fatores confundidores, a análise multivariada de Regressão Linear foi utilizada. As variáveis que apresentaram uma associação significativa com os desfechos na análise bivariada foram inseridas no modelo multivariado, mas apenas as que apresentaram significância estatística foram mantidas no mesmo. A técnica de regressão linear multivariada é utilizada para analisar o relacionamento entre uma única variável dependente e várias variáveis independentes. Desse modelo podemos retirar o coeficiente angular (b), que é um valor numérico que estima o efeito direto de uma variável independente sobre o desfecho em estudo. Além disso, é possível calcular o coeficiente de regressão padronizado (β), que permite uma comparação direta entre os efeitos das variáveis

independentes, pois desconsidera a unidade da variável. Ainda é possível calcular o coeficiente de determinação (R^2), que analisa o poder de explicação do conjunto de variáveis sobre o desfecho em estudo¹⁴.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com idade entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) homens. Todos os participantes afirmaram ter participado do curso introdutório de ACS e ter reuniões de equipe sistemáticas.

Quanto à escolaridade, 1 deles (1,6%) tinha ensino fundamental incompleto, 3 deles (4,8%) têm o ensino fundamental completo, 14 deles (22,6%) indicam ensino médio incompleto, 34 (54,8%) citam ensino médio completo, 9 (14,5%) têm ensino superior incompleto e 1 deles (1,6%) indica ensino superior completo.

A maioria dos trabalhadores, mais especificamente 50 deles (80,6%), era casada ou morava junto com um parceiro, sendo que 51 (82,3%) residiam em domicílios próprios, 5 (8,1%) em domicílios alugados e 6 (9,7%) em domicílios cedidos. A média de tempo residindo na área em que trabalha variou de 9,3 a 28 anos. A renda familiar média foi de R\$ 2.949,34. Os dados demonstram similaridade com outros estudos que objetivaram traçar perfis desta população, com exceção da caracterização da renda familiar, que se mostrou relativamente mais alta^{15,16,17}.

O tempo médio do exercício do trabalho remunerado durante a vida foi de 15,5 anos e o tempo médio do exercício da função de ACS foi de 5 anos. Uma expressiva maioria, 59 participantes (96,7%), cita já ter

realizado trabalhos administrativos em sua unidade, enquanto que outros 61 (98,4%) afirmam ter lidado com metas de produtividade. Segundo os ACSs, a maioria das equipes de ESF, mais especificamente 48 delas (77,4%), está completa. Referentemente à disponibilidade de material de trabalho, 32 ACSs (52,5%) referem não possuir materiais adequados, sendo que 13 deles (21%) afirmam ter faltado ao trabalho por motivo de doença e 33 deles (54,1%) fazem uso de medicamentos contínuos.

O instrumento utilizado (WHOQOL-BREF) mostrou

características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usada em estudos que se propõem a avaliar qualidade de vida¹⁸.

Através da Tabela 1, observa-se que o domínio mais afetado nos agentes comunitários é o ambiente, com média significativamente menor quando comparado com os demais ($p=0,001$)^{19, 20, 21}.

Tabela 1 – Escores de qualidade de vida conforme WHOQOL-BREF

Escores	Média ± DP	Mínimo – Máximo
Físico	68,9 ± 16,3	21,4 – 92,9
Psicológico	67,6 ± 18,0	12,5 – 95,8
Social	70,2 ± 18,0	25,0 – 100
Ambiente	62,1 ± 11,2	34,4 – 87,5
Geral	65,3 ± 19,0	0,0 – 100

Fonte: elaborada pelo autor.

Houve associação positiva estatisticamente significativa entre o domínio psicológico com o nível de escolaridade ($r_s=0,255$; $p=0,046$) e renda familiar mensal ($r_s=0,313$; $p=0,014$), ou seja, quanto maior o nível de escolaridade e renda familiar, maiores os escores de qualidade de vida nesse domínio (Tabela 2). Também houve associação positiva estatisticamente significativa entre o domínio ambiente com renda familiar mensal ($r_s=0,346$; $p=0,006$), sendo que quanto maior a renda familiar, maiores os escores de qualidade de vida nesse domínio. Tais achados estão de acordo com análises estabelecidas pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) enquanto

indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo Produto Interno Bruto (PIB) real per capita, a saúde é avaliada pela esperança de vida ao nascer, e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas²².

Por fim, houve associação negativa estatisticamente significativa entre o escore geral com o número

de famílias cadastradas na microárea ($r=-0,275$; $p=0,030$), ou seja, quanto maior o número de famílias cadastradas na microárea, menor o escore de qualidade de vida geral. O grande número de famílias cadastradas por agente dificulta a realização das visitas mensais a, aproximadamente, 750 pessoas

(podendo variar de acordo com a realidade local)²³, fazendo com que o trabalhador priorize famílias que necessitam de um maior acompanhamento, como aquelas com pessoas em tratamento médico, com tuberculose, AIDS, doença mental, gestantes, puérperas e crianças em risco nutricional²⁴.

Tabela 2 – Associação dos escores de qualidade de vida com os dados contínuos e ordinais através dos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman

Variáveis	Físico	Psicológico	Social	Ambiente	Geral
Idade (anos) ^(a)	-0,053	0,113	-0,069	0,087	0,025
Nº de filhos ^(b)	-0,087	-0,078	-0,171	-0,195	-0,043
Nível de escolaridade ^(b)	0,217	0,255*	-0,037	0,128	0,124
Nº de cômodos na residência ^(b)	-0,161	-0,055	-0,026	-0,057	-0,053
Tempo que mora na área em que trabalha ^(b)	-0,023	-0,138	0,107	0,026	0,000
Nº de pessoas que moram na casa ^(b)	0,052	0,012	0,114	-0,151	-0,036
Renda familiar mensal ^(b)	0,115	0,313*	0,197	0,346**	0,201
Tempo que exerce trabalho remunerado ^(b)	0,101	0,179	-0,143	0,128	0,118
Tempo que exerce a função de agente comunitário ^(b)	-0,037	-0,004	0,011	-0,060	-0,107
Nº de famílias cadastradas na microárea ^(a)	-0,087	-0,170	-0,163	-0,117	-0,275*
Tempo após o início que fez o curso introdutório ^(b)	-0,034	-0,048	0,113	-0,017	-0,051

^(a) coeficiente de correlação de Pearson; ^(b) coeficiente de correlação de Spearman; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Fonte: elaborada pelo autor.

A Tabela 3 apresenta a associação dos escores de qualidade de vida com os dados nominais. Os escores médios no domínio físico foram significativamente maiores nos profissionais que têm à disposição o material necessário para o seu trabalho ($p=0,005$), não faltam ao trabalho por motivo de doença ($p=0,018$) e

não fazem uso de medicamentos ($p<0,001$). Outros estudos apontam para o impacto que a falta de materiais traz para a vida dos trabalhadores, tanto para cargas físicas, no sentido de estarem se expondo a fatores de risco, quanto para cargas emocionais, quando falamos da falta de reconhecimento e

valorização^{25,26,27}.

Em relação aos escores médios no domínio psicológico e geral, esses foram significativamente maiores nos profissionais que não faltam ao trabalho por motivo de doença ($p=0,012$ e $p=0,002$, respectivamente) e não fazem uso de medicamentos ($p<0,001$ e $p=0,001$, respectivamente). Esse dado está de acordo com pesquisa realizada com o intuito de analisar o absenteísmo relacionado à doença junto aos Agentes Comunitários de Saúde de Curitiba e de classificar as principais doenças relacionadas às licenças médicas, que mostrou que o número de absenteísmo-doença entre os ACSs encontra-se elevado. Os escores médios no domínio social foram significativamente mais elevados nos agentes comunitários que não faltam ao trabalho por motivo de doença ($p<0,001$)²⁸.

Enfim, os escores médios no domínio ambiente foram significativamente mais elevados nos agentes comunitários que não fazem uso de medicamentos ($p=0,022$). Esse dado corrobora com a pesquisa realizada com profissionais de uma equipe de ACSs de uma USF do município de Piracicaba, que tinha como objetivo compreender a relação entre as queixas de sofrimento e as condições de trabalho dos ACSs a fim de propor medidas para modificá-las²⁹.

Conforme a Tabela 4, as variáveis que permaneceram significativamente associadas com o domínio físico após o ajuste foram: ter à disposição o material necessário para o trabalho, fazer uso de medicamentos e ser da religião evangélica. Agentes comunitários que têm à disposição o material necessário para o trabalho apresentam, em média, 7,07 pontos a mais nesse domínio. No entanto, profissionais que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 11,6 pontos no escore do domínio físico e os que citam ser da religião evangélica apresentam uma redução, em média, de 8,43 pontos nesse escore quando comparados aos de religião católica.

Conforme coeficiente de determinação (R^2), essas três variáveis em conjunto explicam 43,7% da

variabilidade das respostas nesse domínio. Através do coeficiente padronizado (β), a variável que mais fortemente está associada com esse domínio é fazer uso de medicamentos. Os dados relativos aos materiais e ao uso de medicamentos são reafirmados em diversas pesquisas^{25,26,27,28,29}.

A implicação religiosa, enquanto fator determinante relacionado ao domínio físico, não foi encontrada na literatura atual, porém várias pesquisas denotam o papel da religiosidade do ACS, destacando a importância das crenças pessoais, sua influência no vínculo com os usuários e o desempenho do seu papel. Além disso, os valores culturais e religiosos podem influenciar na concepção de saúde do indivíduo^{19,24,30}.

As variáveis que permaneceram significativamente associadas ao domínio psicológico após o ajuste foram: renda familiar mensal, faltar ao trabalho por motivo de doença e fazer uso de medicamentos. Agentes comunitários que têm uma renda de R\$ 500,00 ou mais apresentam, em média, 2,22 pontos a mais nesse domínio. No entanto, profissionais que faltam ao trabalho por motivo de doença têm, em média, uma redução de 10 pontos nesse domínio. Por fim, os que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 12,3 pontos no escore do domínio psicológico^{22, 28, 31}.

Conforme coeficiente de determinação (R^2), essas três variáveis em conjunto explicam 38,7% da variabilidade das respostas no domínio físico. Novamente, através do coeficiente padronizado (β), a variável que mais fortemente está associada a esse domínio é fazer uso de medicamentos³¹.

Em relação ao domínio social, somente faltar ao trabalho por motivo de doença permaneceu associado estatisticamente a esse desfecho. Agentes comunitários que faltam ao trabalho por motivo de doença têm, em média, uma redução de 19,8 pontos nesse domínio. Conforme coeficiente de determinação (R^2), essa variável explica 20,4% da variabilidade das respostas no domínio social. Tal achado pode ser associado a variáveis estudadas

por pesquisas que apontam o fato de a maioria dos trabalhadores serem mulheres e terem complicações na gravidez e no puerpério, além de estarem sobrecarregadas por cuidarem dos filhos e realizarem

os afazeres domésticos^{32,33,34}. Outra pesquisa aponta para a associação do achado ao fato de que, conforme o avanço da idade, há também uma maior probabilidade de os trabalhadores apresentarem morbidades³⁵.

Tabela 3 – Associação dos escores de qualidade de vida com os dados nominais através do teste t-Student ou Análise de Variância (ANOVA)

Variáveis	Físico Média±DP	Psicológico Média±DP	Social Média±DP	Ambiente Média±DP	Geral Média±DP
Sexo (c)					
Masculino	71,4±3,6	68,1±19,7	77,8±24,1	69,8±1,8	62,5±21,7
Feminino	68,7±16,7	67,6±18,1	69,8±17,8	61,8±11,4	65,5±19,0
Cor (c)					
Branca	69,8±15,6	68,5±16,0	70,5±17,5	62,9±10,7	66,2±18,6
Não branca	57,9±21,9	57,7±35,0	66,7±25,7	54,1±14,6	55,0±22,7
Casado/Mora junto (c)					
Sim	69,7±15,2	68,8±16,4	71,3±18,2	63,4±10,3	66,3±18,3
Não	65,2±20,9	62,4±23,6	65,3±17,0	57,1±13,9	61,5±22,3
Religião (d)					
Católica	73,5±11,5b	70,5±15,5	71,7±16,3	64,1±9,5	69,7±15,3
Evangélica	66,1±18,2ab	64,0±20,1	70,1±17,6	59,1±12,4	61,9±19,8
Espírita	51,2±16,5a	70,8±4,2	55,6±33,7	65,6±3,1	62,5±12,5
Não tem	66,1±17,7ab	72,9±2,9	75,0±0,0	64,1±2,2	75,0±17,7
Moradia (d)					
Própria	69,6±16,8	68,2±17,5	69,8±17,9	62,8±11,1	64,7±19,2
Alugada	61,4±17,2	59,2±30,2	76,7±27,3	56,3±16,4	70,0±24,4
Cedida	69,0±11,0	69,2±8,3	68,1±11,1	62,0±7,5	66,7±15,1
Você tem à sua disposição o material necessário para o seu trabalho? (c)					
Sim	74,4±9,8**	70,7±14,0	71,6±17,4	63,9±9,9	69,1±15,9
Não	62,4±19,9	64,3±21,5	69,0±19,0	60,1±12,5	61,2±21,7
Sua equipe de ESF é completa? (c)					
Sim	67,7±17,0	66,2±17,7	69,3±18,6	61,8±11,1	63,5±19,8
Não	72,7±13,8	72,3±18,8	73,2±16,1	63,4±11,9	71,4±15,1
Você faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença? (c)					
Sim	56,3±20,5*	56,6±23,1*	54,5±19,1***	59,1±11,7	51,0±24,7**
Não	72,2±13,4	70,5±15,4	74,3±15,4	63,0±11,1	69,1±15,3
Você está fazendo uso de medicamentos? (c)					
Sim	61,3±15,7***	60,1±17,7***	66,2±19,8	59,2±10,2*	57,6±18,2**
Não	77,7±12,6	75,7±14,3	74,1±14,8	65,7±11,7	73,7±16,1

^{a,b} Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância; ^(c) teste t-Student; ^(d) Análise de Variância (ANOVA) one-way; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Fonte: elaborada pelo autor.

As variáveis que permaneceram significativamente associadas com o domínio ambiente após o ajuste foram: renda familiar mensal e fazer uso de medicamentos. Agentes comunitários que têm uma renda de R\$ 500,00 ou mais apresentam, em média, 1,57 pontos a mais nesse domínio²². No entanto, profissionais que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 7,05 pontos no escore do domínio ambiente. Conforme coeficiente de determinação (R^2), essas duas variáveis em conjunto explicam 19,6% da variabilidade das respostas no domínio ambiente. Novamente, através do coeficiente padronizado (β), a variável que mais fortemente está associada a esse domínio é fazer uso de medicamentos³⁰.

Por fim, as variáveis que permaneceram significativamente associadas ao escore geral do WHOQOL-BREF após o ajuste foram: faltar ao trabalho por motivo de doença e fazer uso de medicamentos. Agentes comunitários que faltam ao trabalho por motivo de doença têm, em média, uma redução de 12,3 pontos nesse domínio, enquanto que os que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 12,9 pontos no escore geral do instrumento^{28,31,32,33,34}. Conforme coeficiente de determinação (R^2), essas duas variáveis em conjunto explicam 31,2% da variabilidade das respostas no escore geral. Mais uma vez, através do coeficiente padronizado (β), a variável que mais fortemente está associada a esse domínio é fazer uso de medicamentos.

Tabela 4 – Análise de Regressão Linear Multivariada para avaliar fatores independentemente associados aos domínios do WHOQOL-BREF. Fonte: elaborada pelo autor.

Variáveis	b (IC 95%)	Beta (β)	p	R^2
Domínio Físico				43,7%
Tem à sua disposição o material necessário para o seu trabalho	7,07 (0,30 a 13,8)	0,229	0,041	
Fazendo uso de medicamentos	-11,6 (-18,6 a -4,6)	-0,375	0,002	
Religião evangélica	-8,43 (-15,4 a -1,4)	-0,263	0,019	
Domínio Psicológico				38,7%
Renda familiar mensal (a cada R\$ 500,00)	2,22 (0,33 a 4,11)	0,250	0,022	
Faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença	-10,0 (-19,9 a -0,17)	-0,232	0,046	
Fazendo uso de medicamentos	-12,3 (-20,4 a -4,19)	-0,354	0,004	
Domínio Social				20,4%
Faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença	-19,8 (-29,9 a 9,72)	-0,452	<0,001	
Domínio Ambiente				19,6%
Renda familiar mensal (a cada R\$ 500,00)	1,57 (0,23 a 2,91)	0,279	0,023	
Fazendo uso de medicamentos	-7,05 (-12,3 a -1,82)	-0,322	0,009	
Geral				31,2%
Faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença	-12,3 (-24,3 a -0,23)	-0,260	0,046	
Fazendo uso de medicamentos	-12,9 (-22,1 a -3,82)	-0,344	0,006	

b=coeficiente angular (representa o efeito de cada fator sobre cada desfecho); IC95%=intervalo de 95% de confiança; β =coeficiente de regressão padronizado; R^2 =coeficiente de determinação

Fonte: elaborada pelo autor.

CONCLUSÕES

A execução desta pesquisa pôde confirmar estatisticamente o impacto do processo de trabalho nos diferentes domínios da qualidade de vida.

Foi possível verificar que o domínio mais afetado pelo trabalho é o ambiente, estando diretamente ligado às variáveis de renda e de uso de medicamentos. As variáveis que permaneceram significativamente associadas a esse domínio após o ajuste foram: renda familiar mensal e fazer uso de medicamentos. Os escores médios no domínio ambiente foram significativamente mais elevados nos agentes comunitários que não fazem uso de medicamentos.

O domínio psicológico demonstrou-se afetado pela renda familiar, pelo nível de escolaridade, pelo fato de faltar ao trabalho por motivo de doença e de fazer uso de medicamentos. Os escores médios no domínio psicológico e geral foram significativamente maiores nos profissionais que não faltam ao trabalho por motivo de doença e não fazem uso de medicamentos.

O domínio físico está relacionado a ter à disposição o material necessário para o trabalho, fazer uso de medicamentos e ser da religião evangélica. Os escores médios foram significativamente maiores nos profissionais que têm à disposição o material necessário para o seu trabalho, não faltam ao trabalho por motivo de doença e não fazem uso de medicamentos.

Em relação ao domínio social, somente faltar ao trabalho por motivo de doença permaneceu associado estatisticamente a esse desfecho.

O escore geral de qualidade de vida recebeu influência do número de famílias cadastradas. Por fim, as variáveis que permaneceram significativamente associadas ao escore geral do WHOQOL-BREF após o ajuste foram: faltar ao trabalho por motivo de doença e fazer uso de medicamentos.

O estudo gerou reflexões acerca do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Campo Bom, no Rio Grande do Sul.

Espera-se que com o levantamento e a publicação desses dados seja possível sensibilizar o poder público e fomentar novas pesquisas que busquem maior reconhecimento e valorização destes profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.
2. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2006.
3. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18:1639-46.
4. Marx, K. O capital: crítica da economia política – Livro 1: o processo de produção do capital. São Paulo: Difel; 1982.
5. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa – MG. Revista de APS. 2008;11(1):17-28.
6. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev. Saúde Pública. 1991;25(5):341-349.
7. Kirogi MS. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. Rev Ciencias Gerenciais. 2008;12(16): 49-62.
8. Amatuzzi MM. O significado da psicologia humanista, posicionamentos filosóficos implícitos. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 1989;41(4): 88-95.
9. Klutshcovsky ACGC et al. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. Rev Psiquiatr RS. 2007;29(2):176-183.
10. Davis K, Newstrom JW. Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica. São Paulo: Pioneira; 1992.

11. Rodrigues MVC. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.
12. Tannenbaum AS. Psicologia social das organizações do trabalho. São Paulo: Atlas; 1976.
13. Aquino CP. Administração de recursos humanos: uma introdução. São Paulo: Atlas; 1979.
14. Hair JF, Anderson RE, Black WC. Multivariate Data Analysis. New Jersey, USA: Prentice Hall; 1998.
15. Lino MM, Lanzoni GMM, Albuquerque GL, Schweitzer MC. Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enferm.* 2012;17(1):57-64.
16. Santos KT, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agentes comunitários de saúde: perfil adequado à realidade do programa de saúde da família? *Ciê. Saúde Colet* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 Jul 15]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a35v16s1.pdf
17. Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2008;42(5):921-9.
18. Fleck MPA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública.* 2000;34(2):178-183.
19. Vasconcellos NPC, Costa-Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG. *Rev. de APS.* 2008;11(1):17-28.
20. Ursine BL, Trelha CS, Nunes EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2010;35(122):327-339.
21. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. *Ciê. Saúde Colet.* 2013;18(5):1375-86.
22. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciê. Saúde. Colet.* 2000;5(1):7-18
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2001.
24. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciê. Saúde Colet.* 2005;10(2):347-355.
25. Trindade LDL, Gonzales RMB, Beck CLC, Lautert L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2007;28(4):473-479.
26. Oliveira AR et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde1. *Rev. Eletrônica Enferm.* 2010; 12(1):28-36.
27. Bezerra AFB, Espírito Santo ACG, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública.* 2005;39(5):809-815.
28. Kami MT et al. Absenteísmo relacionado a doenças em agente comunitário de saúde: novo olhar do enfermeiro. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009; Fortaleza, CE [Internet]. [acesso em 05 Jun 2016]. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02608.pdf
29. Vilela RAG, Silva RC, Jackson Filho JM. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional.* 2010; 122(35): 289-302.
30. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis.* 2007;17(1):29-41.
31. Tomasi E et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007;10(1):66-74.
32. Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Lat Am Enfermagem.* 2000;8(5):44-51.
33. Reis RJ, La Rocca PF et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev. Saúde Pública.* 2003;37(5):616-723.
34. Montes I, Claros MG, Belo Horizonte MG. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Bras. Enferm.* 2009;62(1):38-44.
35. Nascimento GM. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de saúde do município de Ribeirão Preto [dissertação]. [São Paulo (SP)]: Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo; 2003. 143 p.

DATA DE SUBMISSÃO: 2/4/19 | DATA DE ACEITE: 5/8/19

ARTIGOS DE REVISÃO

Estratégias de *coping* e estresse ocupacional em profissionais de enfermagem: revisão integrativa

Coping strategies and occupational stress in nursing professionals: integrative review

Estrategias de coping y estrés ocupacional en profesionales de enfermería: revisión integrativa

Caroline Camargo Graça¹, Ivete Palmira Sanson Zagonel²

¹ Mestranda no Ensino nas Ciências da Saúde pela Faculdades Pequeno Príncipe- FPP
Curitiba-Paraná

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe - FPP. Curitiba-Paraná

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas acerca do estresse ocupacional do profissional de enfermagem e estratégias de *coping* . Trata-se de uma revisão integrativa, realizada na base de dados *online* do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foram utilizados como descritores em saúde: esgotamento profissional, estresse em enfermagem, *coping* . A partir dos critérios de seleção, foram obtidos 8 artigos para a análise dos resultados. A revisão indicou estratégias de enfrentamento (*coping*) como, ter condições mínimas de material, pessoal, estrutura e valorização, para se obter um trabalho adequado e assim não colocar em risco a vida do profissional. Detecção precoce do estresse profissional, sinais e sintomas que o

Autor de Correspondência:

*Ivete Palmira Sanson Zagonel . E-mail: ivete.zagonel@fpp.edu.br

profissional pode apresentar, bem como, que o enfermeiro trabalha em condições estressantes diariamente. Conclui-se que há necessidade de assegurar bem-estar psicológico positivo, um ambiente de boas práticas e boas atitudes de segurança.

Palavras-chave: Estresse Ocupacional. Equipe de Enfermagem. Adaptação Psicológica.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the scientific evidence of occupational stress of nursing professionals and coping strategies. This is an integrative review, performed in the online database of the Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The following health descriptors were used: professional exhaustion, nursing stress, coping. Based on the selection criteria, 8 articles were obtained for the analysis of the results. The review indicated coping strategies such as having minimum conditions of material, personnel, structure and valuation, to provide adequate service so as not to put the professional at risk. Early detection of occupational stress, signs and symptoms that the professional may present, as well as that the nurse works under stressful conditions daily. The conclusion is that it is necessary to ensure positive psychological well-being, an environment of good practice and good safety attitudes.

Keywords: Occupational Stress. Nursing, Team. Adaptation, Psychological. .

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar la evidencia científica sobre el estrés laboral de los profesionales de enfermería y las estrategias de afrontamiento. Es una revisión integradora, realizada en la base de datos en línea de la Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Se utilizaron los siguientes descriptores de salud: agotamiento profesional, estrés de enfermería, afrontamiento. A partir de los criterios de selección, se obtuvieron ocho artículos para el análisis de los resultados. La revisión indicó estrategias de afrontamiento, como tener condiciones mínimas de material, personal, estructura y valoración, para obtener un trabajo adecuado y, por lo tanto, no poner en peligro la vida del profesional. Detección temprana de estrés laboral, señales y síntomas que el profesional puede presentar, así como la enfermera que trabaja diariamente en condiciones estresantes. De ello, se deduce que es necesario garantizar un bienestar psicológico positivo, un entorno de buenas prácticas y buenas actitudes de seguridad.

Palabras clave: Estrés Laboral. Grupo de enfermería. Adaptación Psicológica.

INTRODUÇÃO

O tema estresse tem sido discutido e difundido pelos diferentes meios de comunicação, como uma causa para acontecimentos que afligem a vida humana. Definido como qualquer estímulo que demande do ambiente externo ou interno e que exceda as fontes de adaptação de um indivíduo, ou sistema social. Há um aumento nas publicações de artigos e pesquisas científicas em relação à presença do estresse entre a equipe de enfermagem, uma vez que a abordagem do assunto está cada vez mais presente no cotidiano deste profissional. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 90% da população mundial chega a ser afetada pelo estresse, o que faz com que esta problemática se torne em uma epidemia global¹.

As profissões que exigem contato mais próximo com as pessoas, que por muitas vezes estão carregadas de envolvimento afetivo tais como medicina, psicologia, enfermagem e fisioterapia, estão mais sujeitas ao desenvolvimento do estresse no trabalho e da síndrome de Burnout. Devido à complexidade do curso de enfermagem e ao lidar com os limites humanos, o estudante desse curso frequentemente desenvolve sentimentos de incapacidade frente às atividades exigidas durante sua formação profissional².

O termo estresse ocupacional é provocado por elementos ligados ao trabalho, que compreende um conjunto de atividades com valores, intencionalidades, comportamentos e representações. Dessa forma, o trabalho proporciona crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, entretanto, as constantes mudanças impostas aos indivíduos podem desencadear também, problemas como insegurança, insatisfação, desinteresse e irritação³.

Evidencia-se que, ao deparar-se com um estressor, o organismo experimenta três fases: a primeira é a fase de alarme ou alerta, na qual o corpo identifica o estressor, e ativa o sistema neuroendócrino. A segunda fase, de adaptação ou resistência, é o período em que

o organismo repara os danos causados pela reação de alarme e reduz os níveis hormonais. A terceira fase ocorre se o estressor permanecer presente, ou seja, é a fase de exaustão, que abrange o surgimento de uma doença associada ao estresse⁴.

Dessa forma, o estresse possui apresentação notória na atuação do enfermeiro, uma vez que a profissão lhe expõe a situações de tensão, devido às responsabilidades e complexidade das ações que lhe são exigidas. Desde o seu surgimento até os dias atuais, o trabalho da enfermagem está atrelado ao processo de dor, doença e morte, principalmente em instituições hospitalares, onde o contato diário com o paciente e a família é mais frequente. Assim, o profissional convive rotineiramente com a ansiedade, os sentimentos de perda e fragilidade dos pacientes, advindos de procedimentos dolorosos e invasivos, além de assistências desconfortáveis, em um ambiente considerado estranho e frio pelos pacientes. Todos estes fatores geram certa tensão psíquica, levando ao adoecimento do profissional¹.

Um dos setores que possui fatores de estresse em maior intensidade são as unidades de urgência e emergência. Pode-se considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho do enfermeiro nesses setores prende-se ao fato de que as suas intervenções auxiliam a manutenção da vida humana².

Como principais estressores são citados os seguintes componentes: número reduzido de funcionários compondo a equipe de enfermagem; falta de respaldo institucional e profissional; sobrecarga de trabalho; necessidade de realização de atividades em tempo reduzido; indefinição do papel do profissional; descontentamento com o trabalho; falta de experiência por parte dos supervisores; falta de comunicação e compreensão por parte da supervisão de serviço; relacionamento com familiares; ambiente físico da unidade; tecnologia de equipamentos e assistência ao paciente em estado grave³.

As organizações de saúde têm se sobressaído pela assistência a pacientes em situações cada vez mais críticas, que demandam respostas complexas a cada cuidado a ser prestado. Desse modo, o trabalho realizado em instituições de saúde requer *competências clínicas específicas* dos profissionais, que se deparam com transformações tecnológicas, mudanças no perfil epidemiológico, padrão demográfico, bem como exigências crescentes por parte dos pacientes⁵.

Diante das transformações organizacionais, somadas ao aumento significativo do estresse ocupacional, há exigência da equipe de enfermagem, em especial, do enfermeiro, de constante adequação para enfrentar as inovações e administrar a gravidade das situações. A identificação dos estressores no trabalho corresponde a um agente de mudança, uma vez que, desenvolvidas as possíveis estratégias de *coping* para minimizar seus efeitos, estas podem tornar o cotidiano do indivíduo mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-lo mais como ser humano e como profissional¹.

Os riscos à integridade física e, principalmente, à forma de gestão imposta por meio de metas de produtividade e organização do tempo, desconsideram os limites físicos e psicológicos dos trabalhadores⁶.

Define-se *coping* como “a capacidade de enfrentamento e adaptação que permite ao ser humano reagir frente a comportamentos, pensamentos e emoções causados por eventos estressantes”. As respostas são características da reação do estresse e levam ao enfrentamento das demandas, por meio dos mecanismos de *coping*, que agem como direcionadores de respostas geradas pela avaliação e repercussão do evento na vida do indivíduo. O *coping*, quando utilizado corretamente, leva à redução, adaptação ou superação do problema. Em contrapartida, quando as estratégias utilizadas não são apropriadas para a situação, elas podem levar a um aumento do nível de estresse¹.

Conviver com o estresse é um inevitável desafio. O enfermeiro em seu exercício profissional tem enfrentado dificuldades que comprometem o desempenho do seu trabalho e que também repercutem no seu lado pessoal. A indefinição do papel profissional pode ser relacionada como mais um dos elementos estressores⁷.

A resposta ao estresse precisa estar na mesma medida da ameaça e isto faz com que a pessoa mobilize energia suficiente para que o organismo se reequilibre. É necessário adotar estratégias relacionadas à diminuição das jornadas de trabalho e melhoria na infraestrutura das instituições⁸.

Se o indivíduo está capacitado a conviver efetivamente com o estresse, melhor será a aprendizagem. As pessoas necessitam de um nível mínimo de estresse para desenvolver suas atividades, já um alto nível de estresse é destrutivo, pois ocorre quando as estratégias de enfrentamento usuais são insuficientes para lidar com a situação¹.

Nesta perspectiva, uma das consequências do estresse ocupacional é a Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional. A enfermagem, devido à ocorrência dos inúmeros elementos estressores já expostos, trata-se de uma das profissões mais afetadas por esta síndrome⁹.

A justificativa em explorar esse tema flui do âmbito da importância de explorar as ocorrências do estresse profissional de enfermagem e as ocorrências do estresse profissional de enfermagem estratégias de *coping* no processo da manutenção da saúde do trabalhador de enfermagem, para melhor desenvolvimento do trabalho e, conseqüentemente, redução do nível de estresse, melhoria na qualidade de vida, considerando que o trabalho influencia diretamente no seu processo de bem-estar e/ou adoecimento.

Dado o exposto, a pesquisa objetivou analisar as evidências científicas disponíveis na literatura brasileira, acerca dos fatores que podem contribuir

para a ocorrência do estresse profissional de enfermagem e as estratégias de *coping*.

MÉTODO

Para a obtenção dos resultados, optou-se pelo método de revisão integrativa. Consiste em uma metodologia específica de pesquisa em saúde que sintetiza um assunto ou referencial teórico para melhor compreensão e entendimento de um determinado assunto, permitindo uma ampla análise da literatura. Este método foi desenvolvido de acordo com os propósitos da Prática Baseada em Evidências (PBE), possuindo como pressuposto um rigoroso processo de síntese da realidade pesquisada¹⁰.

No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, as quais serão relacionadas a seguir.

A primeira etapa consiste na identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa. Trata-se da escolha e definição do tema, objetivos e identificação das palavras-chave. O processo de elaboração da pesquisa integrativa se inicia com a definição de um problema e a definição de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a saúde e enfermagem¹⁰. Este estudo foi construído, a partir da seguinte questão norteadora: “quais as evidências científicas disponíveis na literatura brasileira, acerca dos fatores que podem contribuir para a ocorrência do estresse profissional de enfermagem e as estratégias de *coping*?”

A segunda etapa consiste no estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura. Esta etapa está intimamente atrelada à etapa anterior, uma vez que a abrangência do assunto a ser estudado determina o procedimento de amostragem, ou seja, quanto mais amplo for o objetivo da revisão, mais seletivo deverá ser o revisor para a inclusão da literatura a ser

considerada¹⁰. Os dados foram coletados no mês de novembro de 2018, utilizando a seguinte combinação de descritores: esgotamento profissional, estresse em enfermagem, *coping*. As palavras-chave foram selecionadas no banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Estabeleceram-se como critérios de inclusão para a realização desse estudo, artigos completos publicados no idioma português na base de dados online do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), entre os anos de 2010 e 2018, e com a abordagem do tema proposto inicialmente. Como critérios de exclusão elencaram-se a falta do tema proposto, publicações em língua estrangeira, anterior ao ano de 2010 e apresentados na forma de resumos.

A terceira etapa refere-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. Esta etapa se caracteriza pela definição das informações retiradas de cada pesquisa, através de um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave¹⁰. Após a seleção das publicações iniciou-se um processo de leitura das mesmas, e em seguida foi efetuada a organização das informações. Inicialmente, obteve-se 23 artigos completos com a combinação das palavras-chave. Após a menção dos critérios para a seleção dos trabalhos, foi apresentada uma amostragem de 8 artigos para análise e discussão com a literatura.

A quarta etapa efetiva a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Esta etapa é equivalente à análise dos dados, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas para tal ação. Para garantir a fidedignidade da revisão, os estudos devem ser analisados detalhadamente e de forma criteriosa¹⁰.

Para a extração das informações dos artigos científicos utilizou-se como instrumento um roteiro elaborado, validado¹¹ e mencionado¹². Esta ferramenta foi adaptada para a presente pesquisa, considerando as seguintes características: dados de identificação do estudo, características metodológicas e principais

evidências científicas apresentadas. Na sequência foi realizada a categorização dos dados através da

leitura, a qual possibilitou evidenciar os principais tópicos (Quadro 1).

Quadro 1 – Categorização dos Artigos Selecionados

Categorias	Artigos Selecionados
Perfil dos Profissionais de Enfermagem	Artigos 01, 02, 04, 05, 09, 13
Formação e Tempo de Trabalho: características profissionais que influenciam no estresse ocupacional	Artigos 01, 02, 03, 04, 05, 09, 13, 14
Estresse Ocupacional: sintomas físicos e psicossociais	Artigos 01, 02, 03, 04, 05, 09, 13, 15

Fonte: a pesquisadora

Na quinta etapa efetivou-se a interpretação dos resultados. Corresponde à fase da discussão dos principais resultados a luz da literatura disponível sobre o tema, procurando explicações para cada conotação diferente e/ou conflitante¹⁰.

A sexta etapa corresponde à apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Nesta etapa, apresenta-se um apanhado das evidências disponíveis sobre a temática da pesquisa. A exposição deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados encontrados¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A finalidade do presente trabalho foi sintetizar a colocação de autores de artigos, previamente selecionados, que contemplam este assunto.

São descritos em quadros e tabelas os artigos selecionados, sendo destacados seu título, ano de publicação, local de publicação, autores e principais aspectos abordados (Quadro 2).

Entre os oito artigos que compõem esta amostra 3 (três) foram publicados na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), representando 37,5% da amostra. No que se refere à abordagem metodológica dos estudos, 62,5% corresponderam à abordagem quantitativa. Dois trabalhos apresentaram a abordagem qualitativa (25%), e um com a abordagem quanti-qualitativa (12,5%).

Quanto ao ano, percebe-se que os anos de 2011 e 2012 obtiveram a maior prevalência, somando 50% do total de estudos. Os anos de 2007, 2013, 2015, 2016 tiveram apenas uma publicação cada (12,5%) (Gráfico 1).

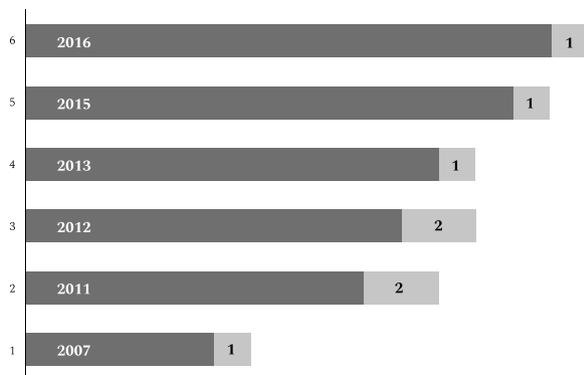
Quanto à autoria dos artigos, todas as publicações (100%) foram conduzidas por profissionais de enfermagem. Considerou-se a titulação do primeiro autor do artigo. Os pesquisadores com titulação de doutorado representaram 75% da amostra, seguidos pelos profissionais com especialização (12,5%) e mestrado (12,5%). Obteve-se sete dos primeiros autores dos artigos, que atuam em Instituições de Ensino Superior e um em hospital.

Quadro 2 – Caracterização dos Artigos Selecionados

Periódico/ano	Autores	Título	Objetivos
Revista Escola Enfermagem Anna Nery 2007	Spindola T; Martins ERC.	O estresse e a enfermagem - a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição	Identificar como as auxiliares de enfermagem relacionam o estresse às suas atividades diárias.
Revista Escola de Enfermagem USP 2011	Guido LA; Linch GFC; Pitthan LO; Umann J.	Estresse, <i>coping</i> e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares	Identificar estressores, nível de estresse dos enfermeiros, estado geral de saúde e formas de enfrentamento utilizados pelos enfermeiros no âmbito de trabalho.
Revista da Escola de Enfermagem da USP 2011	Farias SMC; Teixeira OLC; Moreira W; Oliveira MAF; Pereira MO.	Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento	Identificar os fatores desencadeantes de estresse na equipe de enfermagem que trabalha na unidade de pronto atendimento adulto e infantil de um hospital.
Revista Gaúcha de Enfermagem 2012	Selegim MR; Mombelli MA; Oliveira MLF; Waidman MAP; Marcon SS.	Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto- socorro	Identificar a associação de dados sociodemográficos, ocupacionais e econômicos com a presença de sintomas de estresse em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de pronto-socorro.
Acta Paulista de Enfermagem 2012	França SPS; Martino MMF; Aniceto EVS; Silva LL.	Preditores da Síndrome de <i>Burnout</i> em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar	Analisar os preditores da Síndrome de <i>Burnout</i> apresentados por enfermeiros dos serviços de urgência pré-hospitalar móvel.
Revista da Escola de Enfermagem da USP 2013	Oliveira JDS; Achieri JC; Pessoa-Júnior JM; Miranda FAN; Almeida MG.	Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência	Apreender as representações dos enfermeiros sobre o seu trabalho em serviço de urgência e a relação com o estresse.
Revista Brasileira de Terapia Intensiva 2015	Silva JLL; Soares RS; Costa FS; Ramos DS; Lima FB; Teixeira LR.	Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de <i>Burnout</i> entre trabalhadores de enfermagem intensivistas	Analisar a prevalência de Síndrome de <i>Burnout</i> entre trabalhadores de enfermagem intensivistas, traçando relações com fatores psicossociais e sociodemográficos.
Revista Texto e Contexto de Enfermagem 2016	Bublitz S; Guido LA; Lopes LFD; Freitas EO.	Associação entre estresse e características sociodemográficas e acadêmicas de estudantes de enfermagem	Verificar a associação entre estresse de discentes de enfermagem e as características sociodemográficas e acadêmicas dos mesmos.

Fonte: a pesquisadora

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos selecionados, quanto ao ano de publicação.



Fonte: a pesquisadora

Considerando a análise de sexo, um dos artigos não apresentou este perfil. Estudos indicaram a homogeneidade entre os participantes do estudo, ou seja, 50% de cada sexo^{12,13}. Houve predominância do sexo feminino, frente ao sexo masculino entre os participantes do estudo^{5,15}. Outro estudo observou maior prevalência de mulheres exercendo a profissão de enfermagem, indicando que as mulheres, além das atividades profissionais na dinâmica das organizações, aliam suas funções aos papéis de esposas e mães, inter-relacionando as atividades laborais com os familiares¹⁶. Considerando que a maioria dos profissionais de enfermagem é mulher e a condição feminina, por sua vez, ainda agrega outras atividades no lar, ocorre um sinergismo dentre as atribuições desta profissional, que pode propiciar o estresse²².

No que diz respeito à idade dos participantes, a partir da análise dos artigos selecionados observa-se a média de idade entre 30 e 40 anos dos profissionais entrevistados^{5,13,14,15}. Entretanto, nota-se a inserção de profissionais cada vez mais jovens no mercado de trabalho, o qual encontra-se mais competitivo e exige maior grau de especialização e conhecimento. Tais exigências podem exceder as capacidades de

adaptações desta população específica, muitas vezes, sem experiência prévia com o ambiente laboral, levando-os a alto nível de estresse decorrente das exigências do setor de trabalho^{14,17}.

Em todos os artigos apresentados os autores trazem a participação dos enfermeiros de maneira significativa na equipe de saúde^{5,12,13,15,18}. O fator escolaridade com ensino superior completo pode ser considerado um fator determinante para a ocorrência do estresse ocupacional pelas atribuições como enfermeiro¹⁵. O enfermeiro constantemente em suas atividades laborais é responsável por funções “que envolvem outras profissões, como o gerenciamento do setor e da equipe, a educação em saúde da equipe, do paciente/cliente e da família, além da assistência direta ao paciente”¹⁹.

Aliado a esta condição, em se tratando de unidades de urgência e emergência é possível acrescentar à sobrecarga de trabalho do enfermeiro, rotinas aceleradas, jornadas noturnas, tomada de decisões rápidas, estrutura física com luzes artificiais, os ambientes fechados de trabalho, alarmes sonoros contínuos e intermitentes, entre outros fatores²⁰.

De forma paralela, o tempo de trabalho no setor, bem como a existência de vínculos empregatícios concomitantes, também parecem interferir de forma negativa no surgimento do estresse ocupacional^{5,12,13,15}. Verificou-se que 53,9% dos trabalhadores de enfermagem possuem dupla jornada de trabalho, o que leva ao acúmulo de atividades profissionais²¹. A dupla jornada de trabalho, muitas vezes, leva por si só à sobrecarga de trabalho. Desta forma, a exigência em excesso, fonte geradora de estresse, leva a diminuição do rendimento da trabalhadora e do tempo dispensado para seu autocuidado e lazer. Formando-se, assim, uma situação em que o trabalho gera o estresse e a diminuição do autocuidado pode gerar estresse crônico²².

São inúmeros os sintomas físicos e psicossociais advindos do estresse ocupacional em trabalhadores da área de enfermagem. O esgotamento profissional

e a baixa realização pessoal tornam o enfermeiro um profissional “mecânico” e sem perspectivas positivas para o seu futuro profissional¹⁴. Dentre os sinais e sintomas mais frequentes destacam-se a queda em sua produtividade, levando a alterações cardiovasculares, fadiga, enxaqueca, insônia, dores musculares, úlcera péptica, ansiedade, irritabilidade, depressão, além de interferir na relação com a família.

A presença de sensibilidade emotiva excessiva, dúvida quanto a si próprio, diminuição da libido, além de mal-estar generalizado, formigamento das extremidades, desgaste físico, mudança no apetite, problemas dermatológicos, tontura, problemas de memória e cansaço frequentes¹⁵.

Em outro estudo, além de serem apontados alguns dos sintomas citados anteriormente, houve a apresentação de desânimo pela manhã, insônia e dificuldade para manter o sono, dores gástricas, tremores musculares, fôlego curto, dispneia, taquicardia, sudorese, rubor facial, sendo que os mais citados foram as cefaleias frequentes, tensões musculares e a fadiga⁵.

Estudos realizados referem os fatores predisponentes que levam ao desenvolvimento do estresse ocupacional, tais como a desmotivação do profissional, a falta de reconhecimento do enfermeiro e a baixa remuneração salarial. Tais condições colaboram para o aparecimento das manifestações clínicas e interferem negativamente no desempenho de suas atividades laborais^{13,18}.

Em estudo com 474 enfermeiros observou-se que o impacto do bem-estar psicológico nas atitudes de segurança foi mediado significativamente pela qualidade do ambiente de prática. O uso de estratégias de enfrentamento orientadas à abordagem foi significativamente preditivo de bem-estar psicológico positivo, um ambiente de boas práticas e boas atitudes de segurança²³.

Sendo assim, analisando os dados encontrados nos estudos selecionados nota-se que há vários sinais e

sintomas que mostram o estresse no profissional, o que interfere negativamente no trabalho, no convívio pessoal e profissional, tornando o enfermeiro um profissional frio e mal adaptado ao trabalho. De maneira geral, percebe-se que o excesso de trabalho pode produzir gradualmente a exaustão emocional e física, reduzindo sua energia no que diz respeito à eficiência, saúde e bem-estar.

CONCLUSÕES

Com o presente estudo é possível concluir que a enfermagem trabalha em condições estressantes, e que para dedicar-se a uma prestação de assistência efetiva e eficaz, fazem-se necessárias condições mínimas de material, pessoal, estrutura e valorização.

Ainda pode-se observar que a idade pode interferir no serviço, pois quanto mais novo for o profissional maior é sua insegurança consigo mesmo, que poderá torná-lo um candidato exposto aos agentes estressores com que convive diariamente. Mas, por outro lado, o tempo de serviço também torna-se um grande agente que pode levar o indivíduo ao estresse, pois a rotina, a convivência todos os dias com fatores estressantes, com cobranças rigorosas, pressões por parte tanto dos pacientes, dos acompanhantes, como também dos colegas de profissão podem levar o indivíduo a se sentir desmotivado e interferir negativamente no desempenho de suas atividades profissionais.

Então, conclui-se que o surgimento do estresse em profissionais da área de enfermagem, geralmente está associado a um conjunto de fatores, e não somente a uma predisposição simples. Tais condições podem ser caracterizadas como aspectos sociais, pessoais, condições precárias de trabalho, falta de valorização, faixa etária, período de trabalho, carga horária diária, entre outros. Essa exposição ocupacional acarreta o adoecimento do profissional em âmbito psicológico, emocional e social, tornando-o uma pessoa fria, sem

paciência e sem vontade de trabalhar.

Sendo assim, essa pesquisa mostra que há a necessidade de implementar estratégias de *coping*, a fim de ajudar no enfrentamento do estresse vivenciado pelo profissional de enfermagem, diminuindo as fontes de estresse e melhorando a qualidade de vida do profissional responsável pelo cuidado.

REFERÊNCIAS

Guido LA, Linch GFC, Pitthan LO, Umann J. Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. Ver. Escola Enferm. USP. 2011; 45(6):1434-9.

Almeida AMO, Lima AKG, Vasconcelos MGF, Lima ACS, Oliveira GYM. Estresse ocupacional em enfermeiros que atuam em cuidados ao paciente crítico. Rev. Enferm. UFPE. [online]. 2016; 10(5), 1663-1671.

Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev Latino-am Enferm. 2006; 14(4):534-9.

Panizzon C, Luz AMH, Fensterseifer LM. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(3), 391-98.

Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. Rev Escola Enferm USP. 2011; 45(3), 722-729.

Melo CF, Cavalcante AKS, Façanha KQ. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção à saúde. Trab. Educ. Saúde, 2019; 17(2): e0020132.

Stacciarini JM, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev Latino-am Enferm. 2001; 9(2): 17-25.

Andrade FM, Oliveira LB, Corrêa MCD, Santos CB, Silva JO, Maciel LFA, Rocha RJC, Monteiro ÍA, Magalhães DOL, Ferreira TA, Tolentino RM. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. REAS [Internet]. Available from:

<https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/334>

Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP. Occupational stress of nurses in emergency care: an integrative review of the literature. Acta Paul. enferm. 2012; 25(spe2): 151-156. ISSN 0103-2100

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-764.

Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-am Enferm. 2006; 14(1):124-31.

Pedersoli CE, Dalri CB, Silveira RCPDC. O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, 2009.

Oliveira JDS, Alchieri JC, Pessoa Júnior J.M, Miranda FAN, Almeida MG. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência. Rev Escola Enferm USP. 2013; 47(4): 984-9.

Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de Burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. Rev Bras de Ter Intensiva. 2015; 27(2): 125-133.

Seleglim MR, Mombelli MA, Oliveira MLF, Waidman MAP, Marcon SS. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(3): 165-173.

Spindola T, Martins ERC. O estresse e a enfermagem - a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. Esc Anna Nery R Enferm. 2007; 11(2): 212-219.

Bublitz S, Guido LA, Lopes LFD, Freitas EO. Associação entre estresse e características sociodemográficas e acadêmicas de estudantes de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2016; 25(4): e2440015

França SPS, Martino MMF, Aniceto EVS, Silva LL. Preditores da síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. Acta Paul

Enferm. 2012; 25(1): 68-73.

Pereira DS, Araújo TSSL, Gois CFL, Gois Júnior JP, Rodriguez EOL, Santos V. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 35(1): 55-61.

Versa GLGS, Murasaki ACY, Inoue KC, Melo WA, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(2): 78-85.

Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde Pública. 2003; 37(4): 424-433.

Montanholi LL, Tavares DMS, Oliveira GR. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. Rev Bras Enferm. 2006; 59(5): 661-5.

Lee TSH, Tzeng WC, Chiang HH. Impact of coping strategies on nurses' well-being and practice. Journal of Nursing Scholarship. 2019; 51(2): 195-204.

DATA DE SUBMISSÃO: 17/3/19 | DATA DE ACEITE: 9/9/19

Atuação dos profissionais da equipe de enfermagem na farmacovigilância: revisão integrativa da literatura

Nursing team professionals' performance in pharmacovigilance: an integrative literature review

Actuación profesional del equipo de enfermería en la farmacovigilancia: revisión integrativa de la literatura

Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo¹, Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho²

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande
Campina Grande - Paraíba.

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente da Universidade Federal de Campina Grande . Campina Grande - Paraíba.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo caracterizar a prática dos profissionais de enfermagem na farmacovigilância a partir da produção científica nacional e internacional dos últimos 10 anos. Revisão integrativa da literatura realizada no período de agosto a novembro de 2018 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Base de Dados de Enfermagem, *Scientific Electronic Library Online* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, através de descritores preestabelecidos nos Descritores em Ciências da Saúde e cruzados por meio do operador booleano AND. Dos 57 artigos iniciais, 13 compuseram o *corpus* da pesquisa. Após análise temática e categorização, a atuação dos profissionais de enfermagem

Autor de Correspondência:

*Giovanna Gabrielly Custódio Macêdo. E-mail: cmacedogiovanna@hotmail.com

contemplou as categorias Atuação assistencial da enfermagem na farmacovigilância e Atuação gerencial e educacional da enfermagem na farmacovigilância. Apesar de limitada e pouco concreta, a atuação da equipe de enfermagem se apresentou na linha de frente da vigilância do consumo de medicamentos.

Palavras-chave: Farmacovigilância. Profissionais de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This study aims to characterize the practice of nursing professionals in pharmacovigilance based on the national and international scientific production of the last 10 years. This is an integrative literature review conducted from August to November 2018 in the Latin American and Caribbean Health Sciences, Nursing Database, Scientific Electronic Library Online and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online databases, through descriptors pre-established in the Descriptors in Health Sciences and crossed through the boolean operator AND. Of the 57 initial articles, 13 comprised the research corpus. Following thematic analysis and categorization, the performance of nursing professionals included the categories Nursing care practice in pharmacovigilance and Managerial and educational performance of nursing in pharmacovigilance. Although limited and not very concrete, the performance of the nursing team was at the forefront of drug use surveillance.

Keywords: Pharmacovigilance. Nurse Practitioners. Nursing Care.

RESUMEN

Caracterizar la práctica de los profesionales de enfermería en farmacovigilancia a partir de la producción científica nacional e internacional de los últimos 10 años. Revisión integral de la literatura realizada de agosto hasta noviembre de 2018 en las bases de datos en línea de las ciencias de la salud de América Latina y del Caribe, la enfermería, la biblioteca electrónica científica y el sistema de recuperación y análisis de literatura médica en línea, a través de descriptores preestablecidos en los Descriptores en Ciencias de la Salud y cruzados a través del operador booleano AND. De los 57 artículos iniciales, 13 comprendieron el corpus de investigación. Después del análisis temático y la categorización, el desempeño de los profesionales de enfermería incluyó las categorías Práctica de atención de enfermería en farmacovigilancia y Desempeño gerencial y educativo de enfermería en farmacovigilancia. Aunque limitado y poco concreto, el desempeño del equipo de enfermería estuvo a la vanguardia de la vigilancia del uso de drogas.

Palabras clave: Farmacovigilancia. Enfermeras Practicantes. Atención de Enfermería. Fuerza

INTRODUÇÃO

A farmacovigilância se destina à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou de quaisquer outros problemas relacionados a medicamentos, além de incluir também os fitoterápicos, medicamentos complementares, hemoderivados, produtos biológicos, vacinas e dispositivos médicos, com o intuito de garantir que os benefícios inerentes à utilização desses produtos sejam maiores que os riscos^{1,2}.

A prática da farmacovigilância na fase de pós-comercialização de medicamentos assegura a construção de um perfil de segurança para o seu consumo³. Dessa maneira, se lança como uma iniciativa específica no campo da segurança do paciente ao garantir a melhoria da qualidade de medicamentos⁴.

Estima-se que entre 2,9% e 16,6% dos pacientes hospitalizados vivenciam algum evento adverso durante a internação e àqueles relacionados ao uso de fármacos representam o segundo evento adverso mais frequente⁵. Entretanto, a dimensão da morbimortalidade por eventos adversos a medicamentos é limitada, dada a escassa produção científica que envolve a temática, o que pode contribuir com a cultura de não responsabilização profissional diante da segurança do paciente e o uso de medicamentos⁶.

Consoante a isso, apesar de os profissionais da equipe de enfermagem estarem na linha de frente de atividades que envolvem a farmacovigilância, sua prática profissional envolve inúmeros aspectos. Deste modo, cabe citar a atuação direta com o preparo e administração de medicamentos e a possibilidade de acompanhamento contínuo da situação de saúde do paciente frente ao uso de medicamentos e produtos para a saúde em geral^{7,8}. Contudo, a participação da equipe de enfermagem nessa área é mínima.

Esse cenário é baseado em dois fatores centrais: frágil conhecimento sobre a farmacovigilância e

a incipiente produção científica específica acerca da atuação da enfermagem em atividades que a envolvem. Nessa perspectiva, este estudo de revisão integrativa da literatura se baseou na seguinte questão norteadora: “Qual a atuação dos profissionais de enfermagem na farmacovigilância?”.

Tendo em vista a necessidade de robustecer a responsabilização da enfermagem nesse contexto, o presente estudo se propõe a caracterizar a prática dos profissionais de enfermagem na farmacovigilância a partir da produção científica nacional e internacional dos últimos 10 anos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com caráter de revisão integrativa da literatura. Dessa maneira, os seguintes passos foram seguidos: identificação do tema e seleção da pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, categorização dos estudos, análise e interpretação dos resultados⁹. A pesquisa foi conduzida pela questão norteadora: “Qual a atuação dos profissionais de enfermagem na farmacovigilância?”.

A pesquisa foi composta por artigos obtidos através das bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDenf), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

Consultou-se as bases de dados no período de agosto a novembro de 2018 através do cruzamento, por meio do operador booleano *AND*, dos descritores “Farmacovigilância” e “Profissionais de Enfermagem”, “Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionadas a Medicamentos” e “Cuidados de Enfermagem” nas bases BDeenf, LILACS e SciELO,

e “*Pharmacovigilance*”, “*Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions*” e “*Nursing Care*” na base MEDLINE. As versões em português e inglês dos descritores estão preestabelecidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ressalta-se que a diferenciação dos descritores e das modalidades em dupla ou em trio dos cruzamentos foi adotada para qualificar a busca a partir do perfil de cada base de dados.

Para a seleção da amostra inicial foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: I) artigos indexados, II) idiomas português, inglês ou espanhol, III) publicados entre o período de 2009 e 2018, IV) publicação em revistas nacionais e internacionais, e V) artigos de pesquisa de campo relevantes para o tema, tendo como critério norteador a prática dos profissionais de enfermagem na farmacovigilância;

e exclusão: I) artigos não disponíveis na íntegra, II) componentes de literatura cinzenta, como manuais e livros, III) artigos repetidos e IV) artigos nota prévia.

A discussão da pesquisa seguiu o procedimento de análise temática, constituída pelas etapas de pré-análise, categorização do material, disposição dos dados nas categorias e interpretação das informações¹⁰.

RESULTADOS

Conforme o processo de análise dos artigos obtidos, o quadro 1 a seguir demonstra o resultado do quantitativo de estudos a partir do cruzamento dos descritores em cada base de dados:

Quadro 1 - Distribuição dos resultados da pesquisa por cruzamento e base de dados

Base de dados Cruzamento	BDEnf	LILACS	SciELO	MEDLINE
	“Farmacovigilância” AND “Profissionais de Enfermagem”	2	11	4
“Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos” AND “Cuidados de Enfermagem”	11	5	0	-
“ <i>Pharmacovigilance</i> ” AND “ <i>Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions</i> ” AND “ <i>Nursing Care</i> ”	-	-	-	24
Total de artigos	13	16	4	24

Fonte: Autoria própria, 2018.

Após leitura completa dos 57 artigos da amostra inicial e eliminação por meio dos critérios de inclusão e exclusão, o *corpus* de análise foi composto por 13 artigos, com obtenção de 3 na BDEnf, 4 LILACS, 0 SciELO e 6 PubMed.

A maior parte das exclusões ocorreu em virtude de

19 (43%) artigos não abordarem a temática e 8 (18%) possuírem tempo de publicação maior que o exigido para a inclusão. As demais exclusões se deram devido à indisponibilidade de acesso completo de 6 (14%) artigos, 5 (11%) repetições e por 6 (14%) estudos serem teses, dissertações, monografias ou artigos nota prévia.

De maneira a subsidiar a análise fidedigna dos artigos, caracterizou-se o *corpus* de análise conforme informações da autoria, publicação e pesquisa. O quadro 2 sistematiza as principais informações:

Quadro 2 - Sistematização do *corpus* de análise da pesquisa (continua)

Autores e ano de publicação	Título do artigo	Objetivo do estudo	Metodologia	Desfecho
Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaguá TTB, 2009	Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela	Identificar os eventos adversos ocorridos em um hospital sentinela da Região Centro-Oeste	Pesquisa retrospectiva de aborgem quantitativa	Houveram eventos adversos relacionados a medicamentos e hemoderivados e queixas técnicas de medicamentos e de material médico-hospitalar
Varallo FR, Planeta CS, Mastroianni PC, 2017	<i>Effectiveness of pharmacovigilance: multifaceted educational intervention related to the knowledge, skills and attitudes of multidisciplinary hospital staff</i>	Avaliar o impacto de uma intervenção educativa multifacetada em farmacovigilância sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes de profissionais de um hospital	Estudo prospectivo, aberto, não-randomizado	A intervenção melhorou o preenchimento de formulários e o conhecimento acerca da farmacovigilância, além de contribuir para detectar eventos adversos graves induzidos por drogas
Mendes D, Alves C, Marques FB, 2014	<i>Nurses' spontaneous reporting of adverse drug reactions: expert review of routine reports</i>	Analisar as reações adversas a medicamentos notificadas espontaneamente de acordo com a sua descrição anterior, gravidade, causalidade e profissional relator	Pesquisa documental	Os enfermeiros sabem identificar reações adversas graves, apesar de as relatarem menos que outros profissionais. É necessário que a categoria assuma a responsabilidade de notificar tais acontecimentos de maneira rotineira
Silva RFA, Barreiro Filho RD, Santos M, Nascimento MAL, 2011	Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase experimental	Associar a estratégia de sensibilização dos profissionais através de cartazes e folhetos contendo informações sobre os conceitos que estão associados à Rede Sentinela ao aumento de notificações	Estudo quase-experimental	Houve aumento nas notificações relacionadas à tecnovigilância, farmacovigilância e processo de risco, exceto em hemovigilância. O aprimoramento profissional contribui para a qualidade do cuidado prestado
Modesto ACF, Ferreira TXAM, Provin MP, Amaral RG, Lima DM, 2016	Reações adversas a medicamentos e farmacovigilância: conhecimentos e condutas de profissionais de saúde de um hospital da rede sentinela	Identificar o conhecimento e as condutas dos profissionais de saúde de um hospital de ensino, em relação às reações adversas a medicamentos e à farmacovigilância e se há associação com o seu perfil profissiográfico	Estudo transversal	Houve discrepâncias entre a formação profissional e o conhecimento e condutas frente às reações adversas a medicamentos

Autores e ano de publicação	Título do artigo	Objetivo do estudo	Metodologia	Desfecho
Hammour KA, El-Dahiyat F, Farha RA, 2017	<i>Health care professionals knowledge and perception of pharmacovigilance in a tertiary care teaching hospital in Amman, Jordan</i>	Avaliar a consciência, conhecimento e percepções de médicos e enfermeiros em relação ao seu papel como repórteres de reações adversas a medicamentos na Jordânia	Estudo transversal	A maioria dos profissionais de saúde não tinha conhecimento do conceito de farmacovigilância. Os médicos mostraram um melhor conhecimento geral em comparação com os enfermeiros
Santos L, Oliveira FR, Martinbiancho J, Jacoby T, Mahmud SDP, Fin MC et al, 2012	Descrição das notificações de queixas técnicas de medicamentos recebidas pela farmacovigilância do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Descrever as notificações espontâneas de produtos com suspeita de desvios de qualidade, recebidas pela farmacovigilância do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no período de 2008 a 2012	Estudo descritivo	As notificações envolveram problemas na embalagem primária dos produtos e na reconstituição dos pós liofilizados, suspeita de falha terapêutica, presença de corpo estranho e reações adversas
Schutte T, van Eekeren R, Richir M, van Staveren J, van Puijenbroek E, Tichelaar J et al, 2017	<i>The adverse drug reaction reporting assignment for specialist oncology nurses: a preliminary evaluation of quality, relevance and educational value in a prospective cohort study</i>	Desenvolver e avaliar um relatório de atribuições de reações adversas a medicamentos para enfermeiros especialistas em oncologia	Relato de experiência	O relatório ofereceu uma abordagem prática e garantiu maior atenção por parte dos profissionais, além de mudar a maneira como os profissionais lidavam com reações adversas a medicamentos
Angelis A, Pancani L, Steca P, Colaceci S, Giusti A, Tibaldi L et al, 2017	<i>Testing an explanatory model of nurses' intention to report adverse drug reactions in hospital settings</i>	Testar um modelo explicativo da intenção dos enfermeiros de relatar reações adversas a medicamentos em ambientes hospitalares com base na teoria do comportamento planejado	Estudo transversal	A intenção dos enfermeiros de relatar reações adversas a medicamentos foi significativamente prevista por atitudes, normas subjetivas e controle comportamental percebido
Varallo FR, Passos AC, Nadai TR, Mastroianni PC, 2018	<i>Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture</i>	Identificar as barreiras de subnotificação, os fatores que promovem a motivação dos profissionais de saúde para relatar e as estratégias para melhorar os relatos de incidentes	Técnica de grupo de conversação	Os relatos foram dificultados por aspectos como complacência, medo de litígio, ambição de publicar, ignorância e falta de responsabilização. O conhecimento é um fator motivador, mas não é eficaz no aumento de notificações

Autores e ano de publicação	Título do artigo	Objetivo do estudo	Metodologia	Desfecho
Souza RFF, Silva LD, 2014	Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro	Analisar, com base nas informações obtidas com os gerentes de risco, as iniciativas implementadas para garantir a segurança do paciente	Estudo exploratório	Há realização de grande parte das iniciativas atuais para a segurança do paciente, apesar de as relacionadas aos medicamentos serem pouco apontadas
Sarayani A, Naderi-Behdani F, Hadavand N, Javadi M, Farsad F, Hadjibabaie M et al, 2015	<i>A 3-Armed Randomized Controlled Trial of Nurses' Continuing Education Meetings on Adverse Drug Reactions</i>	Comparar a taxa de participação, satisfação e o resultado da aprendizagem de reuniões baseadas em oficinas versus reuniões baseadas em palestras para enfermeiros que trabalham em um hospital de referência em tratamento cardiovascular no Irã	Ensaio controlado randomizado	O grupo de oficinas mostrou maior participação e satisfação em comparação ao grupo de palestras. No início do estudo o nível de conhecimento foi semelhante, após a reunião foi maior no grupo de palestras e ao final foi similar nos grupos de oficinas e palestras e maior no grupo controle
Pontes LPP, Rocha TPO, Diniz RP, Brito GMC, 2017	Implantação da gestão de risco nos processos relacionados a medicamentos utilizados em unidade de terapia intensiva	Implantar a gestão de risco nos processos relacionados a medicamentos utilizados em terapia intensiva na área de farmacovigilância	Relato de experiência	Foi possível a análise real das principais necessidades na área da farmacovigilância com participação efetiva da gestão de risco e enfoque na segurança do paciente

Fonte: Autoria própria, 2018.

As publicações que compuseram o *corpus* se concentraram no ano de 2017 (38%) e 2014 (15%), com 5 e 2 artigos, respectivamente, ao passo que houve uma publicação por ano em 2009, 2011, 2012, 2015, 2016 e 2018.

Aproximadamente 85% do *corpus*, que corresponde a 11 estudos, adotaram métodos de pesquisa de campo, enquanto 2 (15%) artigos eram relatos de experiência. Um pouco mais da metade dos artigos (54%) foram publicações internacionais, enquanto 6 (46%) eram nacionais.

O quantitativo dos principais assuntos englobados nos estudos foi: 6 (46%) artigos sobre eventos e reações

adversas a medicamentos, 3 (23%) sobre atuação das categorias profissionais na farmacovigilância, 2 (15%) sobre gerenciamento de risco, 1 (8%) sobre notificações e 1 (8%) sobre segurança do paciente.

DISCUSSÃO

A partir da construção das duas categorias de análise, segue a apresentação dos estudos com base nos objetivos propostos. O quadro 3 apresenta as categorias formuladas, os artigos relacionados e as respectivas bases de dados:

Quadro 3 - Categorização dos dados conforme análise temática

Categoria	Título do artigo	Base de dados
Atuação assistencial da enfermagem na farmacovigilância	Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela	BDEF
	<i>Effectiveness of pharmacovigilance: multifaceted educational intervention related to the knowledge, skills and attitudes of multidisciplinary hospital staff</i>	MEDLINE
	<i>Nurses' spontaneous reporting of adverse drug reactions: expert review of routine reports</i>	MEDLINE
	Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase experimental	BDEF
	Reações adversas a medicamentos e farmacovigilância: conhecimentos e condutas de profissionais de saúde de um hospital da rede sentinela	LILACS
	<i>Health care professionals knowledge and perception of pharmacovigilance in a tertiary care teaching hospital in Amman, Jordan</i>	MEDLINE
	Descrição das notificações de queixas técnicas de medicamentos recebidas pela farmacovigilância do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	LILACS
	<i>The adverse drug reaction reporting assignment for specialist oncology nurses: a preliminary evaluation of quality, relevance and educational value in a prospective cohort study</i>	MEDLINE
	<i>Testing an explanatory model of nurses' intention to report adverse drug reactions in hospital settings</i>	MEDLINE
	<i>Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture</i>	LILACS
Atuação gerencial e educacional da enfermagem na farmacovigilância	Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro	BDEF
	<i>Testing an explanatory model of nurses' intention to report adverse drug reactions in hospital settings</i>	MEDLINE
	Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase experimental	BDEF
	Implantação da gestão de risco nos processos relacionados a medicamentos utilizados em unidade de terapia intensiva	LILACS
	<i>Armed Randomized Controlled Trial of Nurses' Continuing Education Meetings on Adverse Drug Reactions</i>	MEDLINE

Fonte: Autoria própria, 2018.

Atuação assistencial da enfermagem na farmacovigilância

Estudos nacionais mostram que os profissionais de enfermagem são os responsáveis pela maior parte das notificações de eventos adversos relacionados a medicamentos^{11,12}, apesar de o quantitativo dessas notificações não refletir a real situação das irregularidades que envolvem o seu uso, visto que se sugere que eventos adversos acometam 10% de todas as admissões hospitalares, enquanto apenas 1% dos incidentes são relatados¹². Esse fato pode estar relacionado à condição voluntária que as notificações assumem¹¹, apesar de a notificação espontânea ser considerada um bom método de identificação de eventos no intuito de mediar a criação de perfis de segurança para o consumo de medicamentos¹³.

Pesquisas internacionais, por sua vez, mostram que a quantidade de relatos de reações adversas feitos por enfermeiros é inferior à de médicos e farmacêuticos, ainda que sejam uma das principais causas de morbimortalidade relacionada ao processo de atenção à saúde¹³.

Apesar dessa atuação efetiva da equipe de enfermagem na realização de notificações no Brasil, um estudo realizado após a aplicação de estratégias educacionais demonstrou que as notificações que envolvem a farmacovigilância se detêm em sua maioria apenas a queixas técnicas¹⁴, que são irregularidades associadas ao afastamento dos parâmetros de qualidade exigidos para a comercialização de produtos para a saúde.

Esse cenário de subnotificação de reações adversas é justificado em alguns estudos pelo receio de punição que os profissionais possuem caso a ocorrência desses eventos seja associada a possíveis erros^{13,14}. Nessa perspectiva, estima-se que somente 25% dos erros são notificados e apenas em situações que determinaram danos ao paciente, apesar de os enfermeiros serem os responsáveis por 86% das identificações de eventos adversos ocasionados por erros nas prescrições. Entretanto, quando os erros

estão relacionados ao processo de administração, parte essencialmente ligada à equipe de enfermagem, apenas 2% são identificados¹⁴.

Além do receio de punição, falta de recursos educacionais e de investimento em programas de conscientização profissional, baixo conhecimento da equipe de enfermagem acerca das reações adversas a medicamentos, da importância das notificações espontâneas na geração de sinais de alerta para órgãos reguladores e de como realizá-las também são apontadas como fatores que contribuem para a baixa notificação^{12,13,15,16}. É necessário considerar ainda que a falta de recursos humanos pode repercutir na disponibilização do tempo que seria voltado às notificações, de maneira a fazer com que os profissionais o destinem unicamente para as suas atividades assistenciais¹⁵.

Um estudo que analisou o conhecimento de diversos profissionais da saúde sobre aspectos gerais da farmacovigilância e reações adversas a medicamentos apontou que o baixo conhecimento de enfermeiros e técnicos em enfermagem, acerca dessa temática, pode estar relacionado a lacunas nos seus processos de formação acadêmica e desorganização das instituições de saúde frente às notificações e demais atividades que envolvem a farmacovigilância¹⁵.

De maneira geral, a prática dos profissionais de enfermagem nessas atividades envolve sua atuação direta com o preparo e administração de medicamentos, com o aprazamento de medicações e a necessidade de relacionar a finalidade terapêutica dos fármacos e a possibilidade de interações medicamentosas. Além disso, cabe destacar seu contato direto com o paciente e a viabilidade de reconhecimento em tempo hábil de reações adversas a medicamentos, fazendo com que esses profissionais sejam considerados um dos maiores vigilantes da qualidade de fármacos, a base das notificações de irregularidades e reações adversas e um dos principais influenciadores do sucesso de um sistema de farmacovigilância^{14,13,16-18}.

No entanto, a percepção de que a realização de notificações é uma prática inerente somente à equipe de enfermagem faz com que a cultura de não responsabilização diante da vigilância de medicamentos seja difundida entre os outros componentes da equipe de saúde. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem apontam que a sobrecarga, a falta de tempo e a ausência de retorno acerca de encaminhamentos adotados a partir das notificações são as justificativas para a sua mínima participação em registros e construção de relatórios^{19,20,16}.

Atuação gerencial e educacional da enfermagem na farmacovigilância

Em âmbito gerencial, os profissionais de enfermagem atuam na coordenação de setores que lidam com a detecção de irregularidades que comprometem a qualidade e a segurança do uso de produtos para a saúde, como demonstrado em um estudo realizado no Rio de Janeiro, onde 93% dos gerentes de risco envolvidos na pesquisa eram enfermeiros²¹.

Nessa pesquisa, a educação continuada foi a principal estratégia empregada para a disseminação de questões inerentes à segurança do paciente, apesar da implementação de sistemas de monitoramento de eventos adversos ser uma das ferramentas mais utilizadas atualmente^{21,19}. Em conformidade a isso, o estudo demonstrou que as iniciativas menos implementadas pelos gerentes de riscos eram aquelas que envolviam o controle de medicamentos potencialmente perigosos e a prevenção de eventos adversos a medicamentos²¹.

Em contrapartida, a utilização de uma estratégia educacional, por meio da distribuição de cartazes e folhetos que abordavam conceitos sobre os hospitais sentinelas, gerência de risco, eventos adversos, tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, processo de risco e notificação, demonstrou associação com o aumento do número

de notificações¹⁴. Intervenções educacionais baseadas em oficinas, palestras e distribuição de materiais educativos também se mostraram efetivas no aperfeiçoamento de profissionais de enfermagem e de saúde em geral sobre aspectos relacionados à farmacovigilância e às reações adversas a medicamentos^{22,12}.

Além de implantar métodos de sensibilização frente à coordenação de setores de vigilância, os profissionais de enfermagem que atuam no cuidado direto têm a possibilidade de participar da implementação de medidas que evitam problemas relacionados ao uso de medicamentos, como foi realizado em um estudo a partir das estratégias gerenciais de Plano Estratégico Situacional, Plano Operativo e Diagrama de Ishikawa²³.

A limitação deste estudo envolveu o reduzido quantitativo de artigos encontrados, de modo a limitar o aprofundamento da temática. No entanto, suscita a necessidade de que pesquisas subsequentes abordem a atuação específica do profissional da equipe de enfermagem nesse contexto, ponderando-se sua ampla atividade na área.

Nessa perspectiva, sugere-se a realização de amplas pesquisas de campo de caráter transversal e de intervenção para explicitar o cenário do envolvimento dos profissionais da equipe de enfermagem em medidas de vigilância de produtos para a saúde e de segurança do paciente, no intuito de qualificar a assistência dessa categoria e garantir boas práticas de cuidado à saúde.

Os resultados obtidos contribuem para a consolidação da atuação dessa categoria frente às irregularidades que envolvem a farmacoterapia e, conseqüentemente, para a efetivação de medidas de segurança do paciente diante do uso de produtos para a saúde de maneira geral, além de fomentar a necessidade de implementação institucional de práticas de educação permanente que assegurem a qualidade do consumo de medicamentos.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo apontam a atuação dos profissionais da equipe de enfermagem em áreas de assistência direta e indireta ao paciente, destacando-se prioritariamente o seu envolvimento com a percepção de irregularidades e a realização de notificações, seguido das ações relacionadas à gerência de setores de vigilância e a aplicabilidade e implementação de estratégias administrativas e educacionais.

Apesar da notável importância desses profissionais no contexto da farmacovigilância e da segurança do paciente diante do consumo de medicamentos, sua participação é pouco concreta em ambas as áreas. Os estudos demonstram que a corresponsabilização da enfermagem nesses cenários não é uma atividade desempenhada de maneira difundida e padronizada, contribuindo para a fragmentação da assistência prestada, insegurança no consumo de medicamentos em sua fase de pós-comercialização e restrita atuação profissional.

O reduzido quantitativo de estudos encontrados que contemplem a atuação específica da enfermagem nessa área demonstra o déficit referente ao envolvimento da categoria em atividades de farmacovigilância, e contribui para a manutenção desse cenário.

Faz-se necessário que setores de instituições hospitalares destinados à vigilância de produtos para a saúde invistam na criação de estratégias educativas de caráter permanente que os insiram em atividades de aperfeiçoamento teórico, com o intuito de sensibilizar os profissionais acerca da necessidade da sua atuação contínua e de qualidade nessas atividades.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Boas práticas de farmacovigilância para as Américas. Washington DC: OPAS; 2011 [acesso em 18 nov 2018]. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28455/9789275731604_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Farmacovigilância. 2016 [acesso em 18 nov 2018]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/farmacovigilancia>
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Reações Adversas a Medicamentos. 2016 [acesso em 18 nov 2018]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_column_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2894491&_101_type=document
4. Ministério da Saúde (Brasil). Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 18 nov 2018]. Disponível em:
http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
5. Lorenzini E, Santi JAR, Bao ACP. Segurança do paciente: análise dos incidentes notificados em um hospital do sul do Brasil. *Rev Gaúch Enferm.* 2014 [acesso em 26 nov 2018]; 35(2):121-7. DOI: 10.1590/1983-1447.2014.02.44370
6. Sousa LAO, Fonteles MMF, Monteiro MP, Mengue SS, Bertoldi AD, Pizzol TSD et al. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2018 [acesso em 26 nov 2018]; 34(4):e00040017. DOI: 10.1590/0102-311X00040017
7. Pezato TPJ, Cesaretti MLR. Farmacovigilância hospitalar: treinamento de profissionais na potencialização de suas ações. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba [Internet]* 2015 [acesso em 18 nov 2018]; 17(3):135-139. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/23518/pdf>
8. Duarte ML, Batista LM, Albuquerque PMS. Notificações de farmacovigilância em um hospital oncológico sentinela da Paraíba. *Revista Brasileira de Farmacologia Hospitalar e Serviços de Saúde [Internet]* 2014 [acesso em 18 nov 2018]; 5(1):7-11. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/>

public/artigos/2014050101000470BR.pdf

9. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade* [Internet] 2011 [acesso em 18 nov 2018]; 5(11):121-136. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>

10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011

11. Bezerra ALQ, Silva AEBC, Branquinho NCSS, Paranaçu TTB. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. *Rev enferm UERJ* [Internet] 2009 [acesso em 01 dez 2018]; 17(4):467-72. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>

12. Varallo FR, Planeta CS, Mastroianni PC. Effectiveness of pharmacovigilance: multifaceted educational intervention related to the knowledge, skills and attitudes of multidisciplinary hospital staff. *Clinics*. 2017 [acesso em 01 dez 2018]; 72(1):51-57. DOI: 10.6061/clinics/2017(01)09

13. Mendes D, Alves C, Marques FB. Nurses' spontaneous reporting of adverse drug reactions: expert review of routine reports. *J Nurs Manag*. 2014 [acesso em 01 dez 2018]; 22(3):322-330. DOI: 10.1111/jonm.12003

14. Silva RFA, Barreiro Filho RD, Santos M, Nascimento MAL. Estratégia educacional como contribuinte ao gerenciamento de risco hospitalar: estudo quase-experimental. *Online Braz J Nurs* [Internet] 2011 [acesso em 01 dez 2018]; 10(1):1-11. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/3221/794>

15. Modesto ACF, Ferreira TXAM, Provin MP, Amaral RG, Lima DM. Reações adversas a medicamentos e farmacovigilância: conhecimentos e condutas de profissionais de saúde de um hospital da rede sentinela. *Rev Bras Educ Méd*. 2016 [acesso em 01 dez 2018]; 40(3):401-410. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n3e01502015

16. Hammour KA, El-Dahiyat F, Farha RA. Health care professionals knowledge and perception of pharmacovigilance in a tertiary care teaching hospital in Amman, Jordan. *J Eval Clin Pract*. 2017 [acesso em 01 dez 2018]; 23(3):608-613. DOI: 10.1111/jep.12683

17. Santos L, Oliveira FR, Martinbiancho J, Jacoby T, Mahmud SDP, Fin MC et al. Descrição das notificações de queixas técnicas de medicamentos recebidas pela farmacovigilância do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul* [Internet] 2012 [acesso em 01 dez 2018]; 32(4):490-495. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/31885/23937>

18. Schutte T, van Eekeren R, Richir M, van Staveren J, van Puijenbroek E, Tichelaar J et al. The adverse drug reaction reporting assignment for specialist oncology nurses: a preliminary evaluation of quality, relevance and educational value in a prospective cohort study. *Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol*. 2017 [acesso em 01 dez 2018]; 391(1):17-26. DOI: 10.1007/s00210-017-1430-z

19. Angelis A, Pancani L, Steca P, Colaceci S, Giusti A, Tibaldi L et al. Testing an explanatory model of nurses' intention to report adverse drug reactions in hospital settings. *J Nurs Manag*. 2017 [acesso em 01 dez 2018]; 25(4):307-317. DOI: 10.1111/jonm.12467

20. Varallo FR, Passos AC, Nadai TR, Mastroianni PC. Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 [acesso em 01 dez 2018]; 52:e03346. DOI: 10.1590/S1980-220X2017026403346

21. Souza RFF, Silva LD. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev enferm UERJ* [Internet] 2014 [acesso em 01 dez 2018]; 22(1):22-8. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11399/8972>

22. Sarayani A, Naderi-Behdani F, Hadavand N, Javadi M, Farsad F, Hadjibabaie M et al. A 3-Armed Randomized Controlled Trial of Nurses' Continuing Education Meetings on Adverse Drug Reactions. *J Contin Educ Health Prof*. 2015 [acesso em 01 dez 2018]; 35(2):123-130. DOI: 10.1002/chp.21276

23. Pontes LPP, Rocha TPO, Diniz RP, Brito GMC. Implantação da gestão de risco nos processos relacionados a medicamentos utilizados em unidade terapia intensiva. *Rev Baiana de Saúde Pública* [Internet] 2017 [acesso em 01 dez 2018]; 41(3):804-813. Disponível em: <http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/2326/2322/>

DATA DE SUBMISSÃO: 19/7/19 | DATA DE ACEITE: 21/10/19

ARTIGOS DE REVISÃO

A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa

Transport safety of the critical patient in intrahospital environment: an integrative review

Seguridad en el transporte del paciente crítico en el ámbito hospitalario: una revisión integrativa

Bruna Silva dos Santos¹, Camille Karine Scharneski Bueno², Tayciele Schenkel Quintana Bizinelli³, Elaine Rossi Ribeiro⁴

¹ Estudante de Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba-Paraná

² Estudante de Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba-Paraná

³ Mestra em Saúde da Família. Docente da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba-Paraná

⁴ Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Paraná. Docente do Programa de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe . Curitiba-Paraná

RESUMO

Objetivo: Conhecer os principais riscos relacionados à segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, que utilizou os descritores: segurança do paciente, Cuidados críticos e transporte intra-hospitalar. **Resultados:** Analisaram-se 12 artigos, todos na língua portuguesa, selecionados nas bases de dados BVS, CAPES e Google Acadêmico, delimitados ao período de 2010 a 2019. **Conclusão:** A alta incidência de

Autor de Correspondência:

*Elaine Rossi Ribeiro. E-mail: elaine.rossi@hotmail.com

eventos adversos em pacientes críticos durante o transporte intra-hospitalar torna imperativa a criação de protocolos institucionais para auxiliar e padronizar o transporte, minimizando erros e favorecendo uma prática segura.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Transporte de Pacientes. Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Objective: To know the main risks related to patient safety in intrahospital transportation. **Method:** This is an integrative review that used the descriptors: patient safety, Critical care and intrahospital transport. **Results:** twelve articles were analyzed, all in Portuguese, selected from the BVS, CAPES and Google Scholar databases, delimited from 2010 to 2019. **Conclusion:** The high incidence of adverse events in critically ill patients during intrahospital transport makes it imperative to create institutional protocols to assist and standardize transport, minimizing errors and favoring a safe practice.

Keywords: Patient Safety. Transportation of Patients. Critical Care.

RESUMEN

Objetivo: Presente evidencia sobre los principales riesgos relacionados con la seguridad del paciente cuando se transporta en un entorno hospitalario. **Método:** Esta es una revisión integradora que utilizó los descriptores: seguridad del paciente, Cuidados críticos y transporte hospitalario. **Resultados:** Se analizaron doce artículos, todos en portugués, seleccionados de las bases de datos BVS, Capes y Google Scholar, delimitados de 2010 hasta 2019. **Conclusión:** La alta incidencia de eventos adversos en pacientes críticos durante el transporte intrahospitalario hace que sea imperativo crear protocolos institucionales para ayudar y estandarizar el transporte, minimizando errores y favoreciendo una práctica segura.

Palabras clave: Seguridad del Paciente. Transporte de Pacientes. Cuidados Críticos.

INTRODUÇÃO

O cuidado humano traz inúmeros benefícios, entretanto os erros vêm acontecendo com mais frequência em âmbito hospitalar¹. Diante disso, a

segurança do paciente é considerada uma temática de importância crescente nas últimas décadas, que merece atenção prioritária na área da saúde. Esse fato

ocorre principalmente devido aos efeitos adversos, pois estes implicam em custos sociais e econômicos, consequentemente gerando danos irreversíveis aos pacientes e seus familiares².

A segurança do paciente é um dos atributos da qualidade do cuidado, podendo ser definida como ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar^{3-7,29}. Um em cada dez pacientes é acometido com eventos adversos (EAs) hospitalares. Esses são definidos como toda ocorrência que resulta em dano não intencional ao usuário relacionado à saúde ou aos serviços fornecidos aos usuários¹⁴.

Tendo em vista a magnitude do problema, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) com o intuito de definir e identificar as prioridades no contexto da segurança do paciente. Além disso, o programa visa conscientizar e conquistar o compromisso político através de campanhas internacionais que reúnem recomendações destinadas a promover a segurança dos pacientes ao redor do mundo^{2,5}. Devido à importância do tema no cenário da saúde, em 2014, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional⁶.

O transporte intra-hospitalar (TIH) de pacientes críticos é uma rotina na maioria dos hospitais, sendo imprescindível que a garantia da segurança do paciente seja mantida durante todo o procedimento, pois envolve uma série de riscos. A razão básica para o transporte é a necessidade de cuidados adicionais não disponíveis no local onde o paciente se encontra, como a realização de testes diagnósticos, procedimentos terapêuticos ou transferência para outros setores ainda dentro do próprio ambiente hospitalar⁷.

A ocorrência de EAs nesse tipo de transporte varia de 30% a 80%⁷, sendo as mais frequentes, as alterações

da função cardiorrespiratória que resultam, principalmente, em instabilidade fisiológica com prejuízo na oxigenação tecidual. Hipertensão grave, arritmia e obstrução de vias aéreas parecem ser outras causas de grande prevalência. Há ainda riscos inerentes ao próprio transporte, os quais independem do tempo ou da distância percorrida, sobretudo a ausência de comunicação da equipe multidisciplinar envolvida e a falha de equipamentos^{7,8}.

A segurança do paciente ainda gera preocupação e impacto na saúde pública global, especialmente quando está atrelada à falta de informações sobre os EAs que ocorrem durante o TIH.

Devido à relevância do tema, questiona-se: quais os principais riscos para a segurança do paciente crítico durante o transporte em ambiente intra-hospitalar? Para responder tal questão, estabeleceu-se como objetivo: Conhecer os principais riscos relacionados à segurança do paciente no TIH.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este método tem como finalidade reunir e sintetizar achados de estudos já realizados, possibilitando uma compreensão do fenômeno analisado, além de apontar lacunas que ainda precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos^{9,10}.

Foi realizado um levantamento bibliográfico nas Bases de Dados: BVS (Biblioteca Virtual da Saúde), Portal da CAPES e Google Acadêmico.

Para efetuar a busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chave consideradas descritores no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), integradas com o operador booleano “and”: “segurança do paciente” AND “cuidados críticos” AND “transporte intra-hospitalar”.

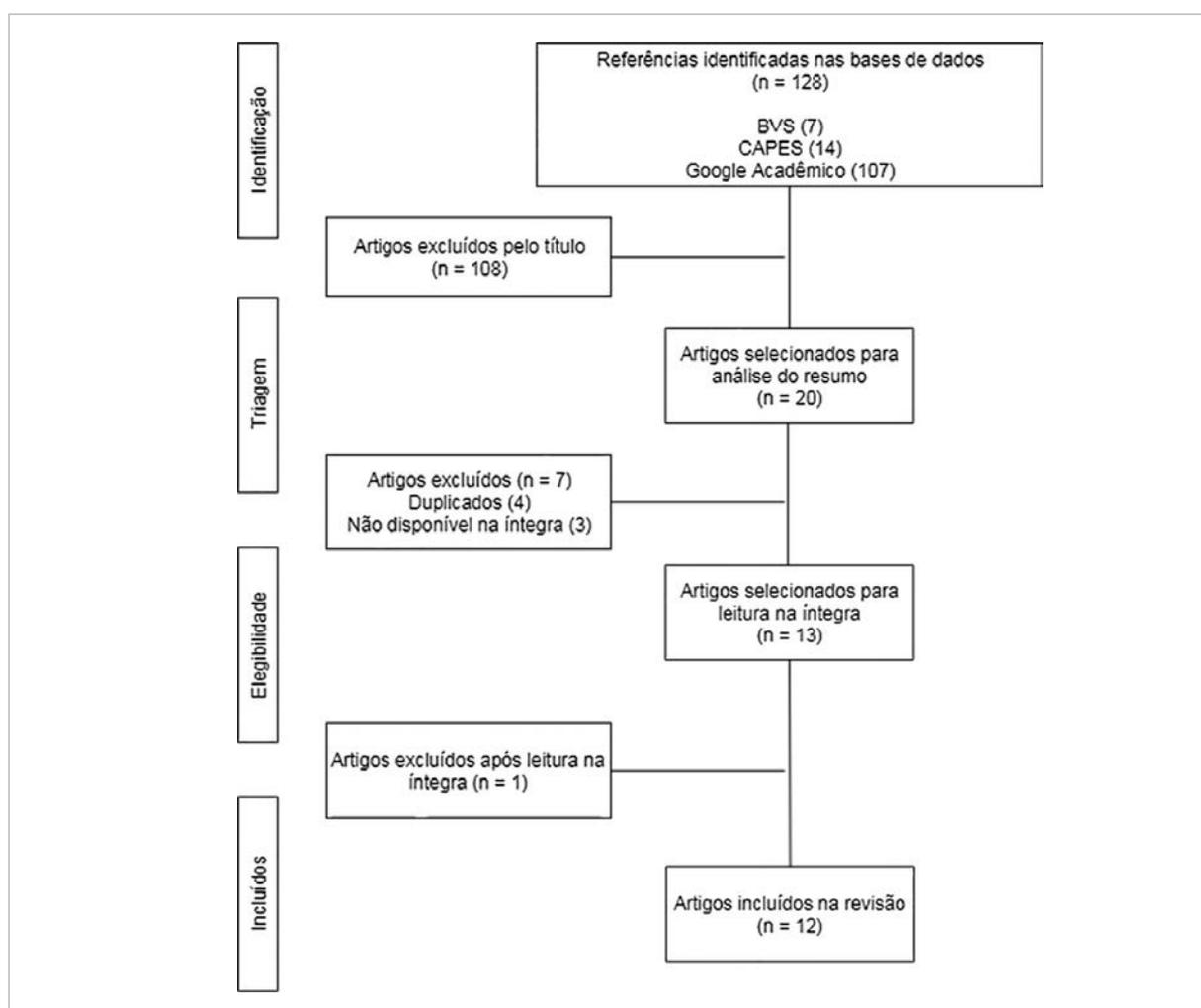
Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos estudos foram: artigos publicados em português,

no período de 2010 a 2019, na íntegra e que apresentassem abordagem plena e/ou parcial do objeto de estudo.

Nesta busca, foram inicialmente identificados 128 artigos nos bancos de dados, sendo 7 na BVS, 14 no CAPES e 107 no Google Acadêmico. Após leitura do título destes artigos, 20 foram pré-selecionados

para leitura exploratória dos resumos, com exclusão de 4 duplicados e 3 indisponíveis na íntegra sendo, então, escolhidos 13 para leitura completa. Depois de análise crítica, 12 artigos foram selecionados como objeto de estudo por apresentarem aspectos que respondiam à questão norteadora desta revisão. As etapas deste processo estão descritas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para compor a revisão integrativa



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentados os artigos selecionados para essa revisão, com autores, data e país de publicação, os participantes de pesquisa e as principais conclusões do estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos incluídos na busca nas diferentes Bases de Dados.

Base de dados	Título	Estado e Ano	Autor	Tipo de estudo	Principais conclusões
Google Acadêmico	Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar	São Paulo, 2014	Meneguim S, Alegre PH, Luppi CH	Estudo transversal	No período da manhã ocorre a maior parte dos transportes de pacientes críticos, principalmente daqueles dependentes de suporte ventilatório e drogas vasoativas, que necessitam de tomografia. Além disso, ressalta-se que a causa primária de eventos adversos durante o transporte são as próprias alterações clínicas dos pacientes.
Google Acadêmico	Conhecimento da enfermagem sobre transporte intra-hospitalar do paciente crítico	Rio de Janeiro, 2014	Pedreira LC et al.	Estudo descritivo, analítico e qualitativo	A equipe de enfermagem, embora tenha conhecimento das etapas do transporte intra-hospitalar, carece de treinamentos específicos quanto ao preparo, acompanhamento e estabilização do paciente crítico.
Google Acadêmico	Criação e validação de um <i>Checklist</i> para triagem de pacientes críticos no transporte intra-hospitalar	Pará, 2018	Vasconcelos, MC et al.	Pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa	Os <i>checklists</i> são usados como ferramenta de auxílio para o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos, diminuindo erros sob estresse e de omissão. A implantação de protocolos parece melhorar procedimentos.
Google Acadêmico	Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte	São Paulo, 2019	Veiga VC, Postalli NF, Alvarisa TK, Travassos PP, Vale RT, Oliveira CZ, et al.	Estudo de coorte retrospectivo	O transporte intra-hospitalar está relacionado à alta incidência de eventos, tanto clínicos quanto não clínicos. O tempo de transporte e o uso de drogas vasoativas e sedativos parecem ser os principais responsáveis pelas intercorrências durante o processo.
Google Acadêmico	Incidentes e eventos adversos no transporte intra-hospitalar em terapia intensiva	Minas Gerais, 2018	Silva R, Amante LN, Salum NC, et al	Estudo descritivo, prospectivo e quantitativo	A segurança no transporte intra-hospitalar é um desafio que deve ser almejado por todos os profissionais de saúde. A decisão de transportar baseada na avaliação clínica do paciente, a capacitação da equipe e dos recursos tecnológicos para garantia de uma monitorização contínua é de extrema importância para que o processo ocorra sem incidentes que, comumente, tem como desfecho um evento adverso.
Google Acadêmico	Transporte do paciente crítico no ambiente intra-hospitalar: uma revisão de literatura	São Paulo, 2019	Tays da Silva Martins, Vanízia Pádua	Revisão de literatura descritiva com abordagem qualitativa	Percebeu-se que o paciente crítico, embora necessite de cuidados intensivos, nem sempre ficam restritos aos seus leitos. Por isso, o transporte intra-hospitalar deve ser feito de forma planejada, com capacitação das equipes e construção de protocolos assistenciais, sendo imprescindível uma infraestrutura e equipamentos apropriados, com o intuito de evitar efeitos adversos e incidentes durante e após o percurso.

Google Acadêmico	Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos	São Paulo, 2012	Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL	Revisão integrativa de literatura	É necessária uma padronização do transporte intra-hospitalar, envolvendo melhora da comunicação, treinamento e aperfeiçoamento constante dos profissionais que atuam durante o transporte. Desse modo, minimizando os erros e aumentando a segurança e satisfação do paciente.
CAPES/ Google Acadêmico	Protocolo para transporte intra-hospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio	Ceará, 2018	Teles Ma, Sampaio J Neto, Puster RA, Beltrão BA, Araújo VN, Farias JL, et al.	Elaboração de <i>checklist</i>	A construção de protocolos assistenciais melhora a prática do cuidado na saúde, especialmente quando aplicados ao transporte intra-hospitalar. O uso de um <i>checklist</i> parece melhorar a comunicação entre as equipes de profissionais, além de reduzir danos, erros técnicos ou iatrogenias durante o transporte.
BVS/ Google Acadêmico	Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva	Pernambuco, 2016	Silva, R et al.	Estudo quantitativo, descritivo e prospectivo	Alterações hemodinâmicas e respiratórias foram os eventos adversos de maior prevalência no transporte intra-hospitalar. Somado a isso, o maior tempo de deslocamento pode favorecer a ocorrência de instabilidades, principalmente na pressão arterial sistêmica do paciente.
BVS/CAPES	Visibilidade do transporte intra-hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: estudo descritivo	Rio Grande do Sul, 2017	Silva R, Amante LN, Salun NC, Martins T, Minatti F	Estudo descritivo qualitativo	A própria equipe de enfermagem percebe os riscos relacionados ao transporte intra-hospitalar e as possíveis complicações às quais os pacientes estão expostos, resultando em incidentes e eventos adversos. Isso ocorre devido à falta de planejamento e de atenção em qualquer uma das etapas do processo.
BVS	Perspectiva dos condutores/maqueiros diante dos incidentes ocorridos no transporte de pacientes	Pernambuco, 2018	Sousa CM de, Bezerra ALQ, Barreto RASS et al.	Estudo quantitativo, exploratório e descritivo	Os incidentes relatados pelos condutores/maqueiros durante o transporte intra-hospitalar configuram-se em uma inconformidade de protocolos, colocando tanto os pacientes quanto os profissionais em situações de vulnerabilidade. São necessários protocolos norteados por diretrizes para melhoria da segurança do paciente e do trabalhador.
BVS	<i>Checklist</i> para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva	Santa Catarina, 2015	Silva R, Amante LN	Estudo descritivo, prospectivo, qualitativo associado à pesquisa integrativa	O uso de <i>checklist</i> para o transporte intra-hospitalar confere maior organização das fases do transporte, bem como diminui o número de incidentes e eventos adversos relacionados.

Fonte: dados da pesquisa (2019)

Com a finalidade de dar consecução aos achados, após leitura aprofundada dos artigos selecionados, procedeu-se a divisão didática dos assuntos elencados nos artigos, de tal forma que pudessem ser apresentados em 5 categorias, a saber: a) o TIH do paciente crítico; b) os EAs clínicos durante o transporte; c) a falha dos equipamentos e dispositivos utilizados durante o transporte; d) a equipe de TIH; e e) estratégias para segurança do paciente crítico durante o TIH, as quais serão apresentadas a seguir:

A) O TIH do paciente crítico

Incluíram-se nesta categoria os autores: Silva (2015), Silva (2013), Goulardins et al. (2012), Silva et al. (2017), Da Silva (2019), Cristina et al. (2018), De Azevedo et al. (2018), Sampaio et al. (2014), Silva et al. (2016), Almeida et al. (2012).

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são setores complexos do hospital, repletos de recursos tecnológicos avançados que possibilitam prestar assistência especializada e individualizada aos pacientes em estado crítico. Entretanto, nesse ambiente ainda são encontradas dificuldades para a realização de alguns exames, como procedimentos que não podem ser realizados no beira-leito e, com isso, se localizam em áreas fora da UTI¹¹⁻¹⁴. Nesse sentido o TIH se torna indispensável.

O TIH, segundo estes estudos, é uma extensão dos cuidados prestados, sendo definido como a transferência temporária ou definitiva que acontece dentro do ambiente em que o paciente está hospitalizado^{15,16}.

Durante o transporte, deve-se manter a continuidade do cuidado intensivo, assegurando a eficácia do procedimento e minimizando possíveis incidentes e EAs^{15,17}. Por isso, é imprescindível que a decisão de transportar um paciente seja baseada na ponderação entre riscos e benefícios, mediante avaliação médica da condição clínica do paciente¹⁸⁻²⁰.

Dentre os destinos mais frequentes, de acordo com o estudo em questão, estão o encaminhamento para tomografia computadorizada, seguido de ressonância nuclear magnética e outros exames, como ultrassonografia, endoscopia e eletroencefalograma, além do transporte para o centro cirúrgico^{12,18}.

O sucesso do TIH, que garante a segurança do paciente e a qualidade do cuidado, depende diretamente do planejamento e da atuação organizada da equipe, o qual é pautado na tríade: estimativa de tempo do transporte, checagem de materiais/ equipamentos necessários e a avaliação pré e pós-transporte^{13,15,17}. A falta de atenção em qualquer uma das etapas do TIH, segundo este levantamento (preparatória ou pré-transporte, ação ou transferência e estabilização pós-transporte) pode resultar em complicações e instabilidade do paciente^{14,15}, as quais ocorrem em até 4 horas após o transporte^{19,21}.

B) Os eventos adversos clínicos durante o transporte

Incluíram-se nesta categoria os autores: Silva (2015), Silva (2013), Silva et al. (2017), Da Silva (2019), Silva et al. (2016), Almeida et al. (2012), Meneguim (2014), Sousa et al. (2018), Martins (2019).

Evento adverso (EA) é uma complicação indesejada ou injúria não intencional decorrente da atenção à saúde que ocasiona lesão ao paciente¹¹. Um estudo mostra a ocorrência de, aproximadamente, 26% de EAs durante o TIH²⁰, sendo as intercorrências clínicas mais frequentes: instabilidade hemodinâmica, agitação psicomotora e insuficiência respiratória^{11,20,22}.

As alterações mais temidas são as fisiológicas, dentre as quais estão as cardiocirculatórias e as respiratórias, que repercutem diretamente na condição clínica do paciente¹⁴. Os sinais vitais são os primeiros e os que mais variam durante o transporte, podendo indicar alguma disfunção orgânica, principalmente pressão arterial e saturação de oxigênio periférica^{14,23}.

Estudos mostram que há uma série de mudanças no padrão fisiológico durante o transporte do paciente, dentre elas o aumento na frequência cardíaca, alteração nos níveis pressóricos (aumento, seguida da queda da pressão arterial sistêmica), aumento na pressão intracraniana, arritmias, ataques cardíacos, alterações na frequência respiratória, queda na saturação de oxigênio, aumento de pressão nas vias aéreas, obstrução das vias aéreas pelas secreções, tosse excessiva, agitação, sangramento, hipo/hipercapnia, hipoxemia, parada cardiorrespiratória e alteração da gasometria arterial^{11,12,24}.

Os pacientes críticos que necessitam de suporte ventilatório - especialmente aqueles intubados com ventilação mecânica e pressão positiva no final de expiração (PEEP) elevada - em uso de drogas vasoativas^{15,23} - principalmente noradrenalina, nitroprussiato e dobutamina - e com tempo de transporte superior a 36,5 minutos²², apresentam maior chance de efeitos adversos durante ou após o transporte^{15,23}.

Por isso, ao se realizar o transporte, para este autor, deve-se avaliar o paciente e os recursos disponíveis para que se minimizem as intercorrências e para manter a segurança do paciente¹⁵.

C) A falha dos equipamentos e dispositivos utilizados durante o transporte

Incluíram-se nesta categoria os autores: Silva (2015), Silva (2013), Goulardins et al. (2012), Da Silva (2019), De Azevedo et al. (2018), Veiga et al (2019), Sampaio et al. (2014), Silva et al. (2016).

Incidente é um evento ou circunstância que pode resultar ou que resultou em dano desnecessário ao paciente¹¹. Quando se trata do TIH, o principal incidente está relacionado à falha dos equipamentos utilizados. Estudos mostram que, aproximadamente, 32 a 45% dos eventos ocorridos durante o transporte foram devido aos equipamentos e dispositivos utilizados^{13,20}, como perda da leitura

do eletrocardiograma, falha do monitor, infiltração invertida do tecido subcutâneo e desconexão da infusão de drogas vasoativas e sedação¹⁹.

Dentre os principais incidentes com dispositivos, destacam-se as perdas de cateteres e desconexão de sondas e tubo traqueal, além da retirada não programada de cateter de oxigênio e tração de sonda vesical de demora^{11,12}. No que se refere aos equipamentos, o problema com alarmes e terminos de bateria de monitores e bomba de infusão intravenosa contínua são os eventos mais prevalentes, ocorrendo também término do gás de oxigênio do cilindro e mau funcionamento do oxímetro de pulso^{12,13,15,17}. Um estudo mostrou que 60% desses eventos ocorreram em transportes eletivos, enquanto 40% aconteceram em emergenciais, demonstrando maior preparo e monitorização nas situações emergenciais e maior desatenção nas situações corriqueiras¹⁹.

Estar munido de materiais e equipamentos é uma forma segura de transportar os pacientes, pois durante o percurso podem apresentar intercorrências, precisando de rápida ação da equipe. Para isso, no momento do planejamento do transporte, é minimamente necessário, para monitorização adequada do paciente: monitor eletrocardiográfico, monitor de pressão e o oxímetro de pulso¹⁹. Além disso, os autores apontam em um *checklist*, os equipamentos básicos como ambu, cilindro de oxigênio, estetoscópio e esfigmomanômetro, que devem estar presentes¹¹. Materiais para eventuais intercorrências, como a maleta de transporte (com materiais e drogas básicas para reanimação, incluindo epinefrina, agentes antiarrítmicos e outros medicamentos complementares como sedativos e analgésicos narcóticos) e desfibrilador são de extrema importância durante o transporte^{11,19}.

Todos os materiais de monitoramento devem estar em perfeito funcionamento, especialmente no que tange à bateria, a qual deve estar carregada o suficientemente para cobrir todo o trajeto^{18,19}. Para Silva é fundamental avaliar individualmente

a necessidade do uso de materiais e equipamentos para o transporte de cada paciente, a fim de evitar a ausência ou falha no funcionamento¹².

D) A equipe de TIH

Incluíram-se nesta categoria os autores: Silva (2015); Silva et al. (2017), Da Silva (2019), Meneguim (2014), Sampaio et al. (2014), Veiga et al. (2019), Sousa et al. (2018).

O transporte é realizado por diversos profissionais da saúde, sendo imprescindível a definição dos componentes da equipe, bem como a quantidade de profissionais necessários. É recomendado que todo paciente crítico seja transportado com acompanhamento contínuo de, no mínimo, dois profissionais, preferencialmente um enfermeiro responsável pela UTI e um médico^{12,15,18}. Estudos apontam que a taxa de EAs é menor quando médicos com maior experiência transportam pacientes críticos, principalmente quando hemodinamicamente instáveis, em uso de ventilação mecânica e drogas vasoativas, com monitorização invasiva^{14,18,19}.

A falha de comunicação inter-equipe no TIH do paciente crítico é considerada um dos EAs não clínicos mais comumente descritos, principalmente durante a passagem do caso pela unidade de origem para a de destino, ocasionando deslocamento desnecessário de pacientes e, conseqüentemente, exposição a riscos^{18,19,22}. Um estudo demonstrou que a falha de comunicação é responsável por 60% dos EAs ocorridos nos pacientes transportados²².

A comunicação é um processo recíproco, uma força dinâmica que interfere nas relações, que facilita e promove o desenvolvimento e amadurecimento das pessoas²³. Por isso é fundamental o treinamento e aperfeiçoamento constante daqueles envolvidos no TIH, pois profissionais qualificados, capazes de realizar bom planejamento e estabelecer comunicação efetiva entre setores, garantem um

transporte seguro aos pacientes e reduzem as taxas de complicações e melhores desfechos^{12,13,22}.

E) Estratégias para segurança do paciente crítico durante o TIH

Incluíram-se nesta categoria os autores: Silva (2015), Silva (2013), Goulardins et al. (2012), Cristina et al. (2018), De Azevedo et al. (2018).

Com a ocorrência de erros durante a assistência à saúde, percebeu-se a necessidade de implementar protocolos enfatizando a segurança do paciente, a fim de minimizar os EAs no TIH do paciente crítico¹⁵.

Os protocolos têm como objetivo padronizar e sistematizar a conduta da equipe, reduzindo a discrepância na tomada de decisões da prática médica e melhorando o atendimento, além de reduzir a demanda de serviços ou exames desnecessários^{13,17}. Entretanto, cada estabelecimento de saúde deve possuir seu próprio protocolo, considerando a realidade local¹⁵.

Além disso, o desenvolvimento de programas de capacitação da equipe multiprofissional se faz ideal, com abordagem na avaliação prévia do paciente a partir de exames diagnósticos e terapêuticos à beira do leito, evitando assim o deslocamento de paciente crítico, bem como a efetividade na comunicação entre os setores envolvidos em todo processo de transporte¹².

Unindo o conhecimento com a prática, a criação de *checklists* tem sido um instrumento disponível para auxiliar no planejamento do transporte, com prevenção e redução de incidentes e EAs¹¹. O intuito é elaborar uma ferramenta de uso sistemático e simples, para identificar riscos potenciais, proporcionar melhor comunicação inter equipe e direcionar as práticas para uma assistência mais segura relacionada ao TIH^{11,16}. Como exemplo, os Estados Unidos implementou, em forma de *checklist*, o chamado *Ticket to ride*, que tem como enfoque a

padronização das informações referentes ao quadro clínico do paciente e no fortalecimento das interações entre a equipe e o paciente durante o transporte¹³.

A presença de uma equipe completa e capacitada, associada à criação de protocolos institucionais que auxiliem e padronizam o cuidado, favorece uma prática mais segura e eficaz, especialmente durante o TIH de pacientes críticos.

Analisando os estudos, observa-se que os pacientes críticos necessitam de cuidados intensivos, não limitados a seus leitos. Os estudos evidenciam os riscos aos quais os pacientes estão expostos durante o deslocamento, principalmente durante TIH, sendo este um fator relacionado à alta incidência de complicações e efeitos adversos, com impacto negativo nos desfechos clínicos.

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente, desenvolvida pela OMS, define o conceito-chave de Segurança do Paciente como “reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde^{25,7}”. A fim de garantir na prática esse conceito, foram estabelecidas, pela Organização Mundial da Saúde, as 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente^{26,27}: 1) Identificar corretamente o paciente; 2) Melhorar a comunicação entre profissionais de Saúde; 3) Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) Higienizar as mãos para evitar infecções e 6) Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

O plano de segurança e qualidade depende do conhecimento e desenvolvimento de ações que extingam os EAs, erros e incidentes, ou que minimizem suas ocorrências^{25,26}. Essas condutas devem ser direcionadas, principalmente, à prevenção de riscos evitáveis, especialmente durante o TIH de pacientes em situação crítica. O ideal é que essas “ações sejam monitoradas através de indicadores e

geridas por uma instância responsável, bem como haja estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas”^{25,7}.

CONCLUSÕES

O TIH é uma extensão dos cuidados realizados em Unidade de Terapia Intensiva. Os estudos avaliados apontam as ocorrências de EAs durante todas as fases do transporte, culminando em alterações fisiológicas, principalmente hemodinâmicas e respiratórias.

A ocorrência de incidentes e, posteriormente, um evento adverso durante ou após o TIH de um paciente crítico podem ser classificados tanto em fatores clínicos ou não clínicos. As intercorrências, na maioria das vezes, estão relacionadas à fase de planejamento, falha ou ausência de equipamentos, à dificuldade na comunicação entre as equipes de origem e destino, além de problemas relacionados à própria infraestrutura hospitalar.

Diante dessa realidade, a decisão de transportar um paciente em estado crítico deve ser baseada na avaliação clínica de riscos e benefícios, além de assegurar a segurança durante todo o processo de transporte a partir de equipes capacitadas e recursos tecnológicos disponíveis e em bom funcionamento que garantam a monitorização contínua do paciente.

É necessária a criação de protocolos institucionais para auxílio e padronização do transporte, melhorando a comunicação inter equipe, a adequação de equipamentos e a identificação e resolução de possíveis intercorrências. Destaca-se aqui, a importância da educação permanente como estratégia para desenvolvimento de competências de todas as equipes que participam do TIH. Desse modo, são vários os pontos críticos de sucesso que visam minimizar erros e favorecer uma prática segura do transporte ao paciente, qualificando o cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

1. Bueno AAB, Fassarella CS. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2011;2-10.
2. Reis CT et al. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(7):2029-36
3. Carvalho M, Rigobello G, Emanuela R, Lima F, Helena S, Cassiani DB, et al. Clima de segurança do paciente : percepção dos profissionais de enfermagem *. *2012;25(5):728-35*.
4. Lima RPM; Melleiro MM. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. *2013;17(2):312-21*.
5. Silva AEBC. Editorial Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem Ana Elisa Bauer de Camargo Silva. *2010;12(3):11885*.
6. Brasil. Programa Nacional de Segurança do Paciente : estado da arte e perspectivas. 2013.
7. Moraes SA, Almeida LF. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2013;12(3).
8. Pereira Jr. GA et al. Transporte Intra-Hospitalar do Paciente Crítico. *Medicina online*. 2007;40(4).
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa : o que é e como fazer. *2010;8:102-6*.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Evidencias En La Salud Y La Enfermería - Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *2008;17(4):758-64*.
11. Silva R, Amante LN. Checklist para o transporte intra-hospitalar. *Texto & Contexto enferm [Internet]*. 2015;24(2):539-47.
12. Silva R. Incidentes e eventos adversos relacionados ao transporte intra-hospitalar de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. 2013; 170p.
13. Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3).
14. Silva R, Amante LN, Salun NC, Martins T, Minatti F. Visibilidade do transporte intra-hospitalar em unidade de terapia intensiva: estudo descritivo TT. *Rev Gaúch Enferm [Internet]*. 2017;38(3):e2017-e2017.
15. Da Silva Martins T, Pádua V. Transporte do paciente crítico no ambiente intra hospitalar: uma revisão de literatura. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(7):e608-e608.
16. Vasconcelos MCC, Pimentel IM, Lima EP, Tavares R. Criação e validação de um Checklist para triagem de pacientes críticos no transporte intra-hospitalar. *2018;10(3):1933-41*.
17. Teles MA, Neto JS, Puster RA, Beltrão BA, Araújo VN, Farias JLM, et al. Protocolo para transporte intra-hospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. *Rev Med da UFC*. 2018;58(4):83-9.
18. Meneguim S, Alegre PHC, Luppi CHB. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta paul. enferm*. 2014;27(2):115-9.
19. Sampaio ES, Pedreira LC, Barros CSMA, Coelho ACC, Farias MA, Santos IM, et al. Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(4):533-9.
20. Silva R, Amante LN, Chiodelli N, Martins T, Werner J. Eventos adversos durante o transporte intra-hospitalar em unidade de terapia intensiva. *Rev enferm UFPE line*. 2016;4459-65.
21. Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):471-76
22. Veiga VC et al. Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de

grande porte. Rev. Bras. de Ter. Intensiva. 2019;31(3):15-20.

23. Sousa CM, Bezerra ALQ, Barreto RASS, Palos MAP, Tobias GC, Paranaguá TTB. Perspectiva dos condutores/maqueiros diante dos incidentes ocorridos no transporte de pacientes. Rev Enferm UFPE line [Internet]. 2018;12(2):475-80. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22649/27864>

24. Martins TS & Pádua V. (2019). Transporte do paciente crítico no ambiente intra hospitalar: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 11(7), e608.

25. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2014.

26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo [Internet]. Brasília; 2011. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>

27. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde [Internet]. Brasil; 2013. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/219401/Anvisa_Apresentacao.pdf/195c8f88-6457-4ead-bda0-3497df23353e

DATA DE SUBMISSÃO: 22/9/19 | DATA DE ACEITE: 21/10/19

AGRADECIMENTOS

Registramos nesta última edição da Revista em 2019 os nomes dos profissionais que, como membros ad-hoc do seu corpo editorial, desempenharam o papel de avaliador de textos científicos com pareceres sobre os manuscritos submetidos nas Chamadas Públicas Números 7 e 8, que resultaram nos conteúdos das edições 20.1 e 20.2 da Revista. O seu trabalho qualificado e voluntário foi fundamental!

Agradecemos as participações de:

Adriana Buechner de Freitas Brandão, Adriana Cristina Franco, Ana Paula Gomes, Andreia Lara Lopatko Kantoviski, Beatriz Essenfelder Borges, Bruno Rizzo Osternack, Denise Xavier Messias, Elaine Rossi Ribeiro, Eliane Cristina Sanches Maziero, Elisiê Ribeiro Costa, Fernanda de Andrade Galliano Daros, Giseli Cipriano Rodacoski, Graciele de Matia, Grazielle Francine Franco Mancarz, Ivete Palmira Sanson Zagonel, Juliana Ollé Mendes, Juliano Mendes Souza, Karyna Turra Osternack, Leandro Rozin, Leide Sanches, Luana Tonin, Marcela Zambrim Campanini, Márcio José de Almeida, Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini, Mariana Schenato Araujo Pereira, Max de Filippis Resende, Paula Graziela Pedrão Soares Perales, Roberto Zonato Esteves, Rogério Saad Vaz e Thiago C. Truppel.

Informamos que esse registro pode ser utilizado como declaração de participação e o interessado poderá copiá-lo e incluir em seu currículo.

Curitiba, 2 de dezembro de 2019.

Izabel Cristina Meister Martins Coelho

Editora Científica Chefe

Elaine Rossi Ribeiro

Editora Associada

CHAMADA PÚBLICA Nº 9

O Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe convidam professores, profissionais de saúde, pesquisadores e alunos dos cursos (graduação e pós-graduação) da área da saúde a participarem do Volume 21, nº 1, da REpS, que será publicado em Julho de 2020. O escopo da revista é publicar pesquisas científicas de interesse para profissionais da área de ensino e da saúde e do ensino na saúde, que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento, assim como para a transformação e atualização das ações e práticas profissionais. Está indexada nas bases LILACS, LATINDEX e GOOGLE ACADÊMICO. A revista é publicada semestralmente e é de livre acesso, aceitando manuscritos em português, inglês e espanhol, nas categorias artigo original (prioridade para publicação) e artigos de revisão. Orientações sobre o preparo e o envio dos manuscritos, processo de julgamento pelo corpo editorial e outros detalhes sobre a submissão estão disponíveis nas páginas precedentes e no link: (<https://fpp.edu.br/revista>). A submissão para esta chamada estará aberta no período de 6 de janeiro a 6 de abril de 2020. Participe!

Curitiba, 2 de dezembro de 2019.

Patricia Maria Forte Rauli

Presidente do Conselho Editorial

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

SOBRE AS CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista Espaço para a Saúde REpS publica artigos de revisão.

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa empírica inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora. Devem ter no máximo 6.000 palavras e cinco ilustrações (tabelas e/ou figuras, dentre outras).

Artigos de revisão: deverão ser categorizados como Narrativa, Integrativa, Sistemática ou outra, devendo conter Objetivo (por que a revisão da literatura foi realizada, indicando se ela enfatiza algum fator em especial), Fonte de dados (informar os critérios de seleção de artigos, os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações), Síntese dos dados (informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos) e Conclusões (as conclusões e suas aplicações). Deve-se separar os resultados da discussão. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 6.000 palavras e cinco elementos visuais.

SOBRE A AUTORIA

O número máximo de autores para cada artigo é limitado a cinco. O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção **Agradecimentos**. Os autores deverão acrescentar o seu código ORCID no sistema no momento da submissão. Caso os autores não tenham ainda seu ID ORCID recomendamos inscrever-se previamente em www.orcid.org.

SOBRE OS DOCUMENTOS PARA SUBMISSÃO

Os documentos abaixo listados deverão ser anexados na Etapa 4 “Transferência de documentos suplementares” do processo de submissão do artigo.

1. Carta de Apresentação do artigo ao Editor (Cover Letter): deverá explicitar a importância da pesquisa realizada, a anuência de todos os autores e o compromisso que o artigo não tenha sido encaminhado para outra publicação. Deve ser dirigida ao Editor Científico Chefe da Revista e assinada pelo autor de correspondência. A carta deve conter: a) título completo do manuscrito submetido; b) afirmação de que sua apresentação é exclusiva para a Revista; c) declaração de compromisso em inserir corretamente os metadados do manuscrito; d) declaração que evidencie a principal contribuição científica do manuscrito submetido e sua adequação ao escopo da Revista (porque é pertinente ao público-alvo da Revista).

2. Declaração de Autoria e Responsabilidade: todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Os autores devem assinar a seguinte declaração: "Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto. Revi a versão final do artigo e o aprovei para ser encaminhado à publicação. Declaro também que nem este trabalho e nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido à apreciação de outra revista."

3. Página Título e Identificação: a indicação dos nomes dos Autores com Filiação (Titulação máxima, Instituição, Cidade, Estado e País) deverá vir logo abaixo do Título nos idiomas português, inglês e espanhol (no máximo 15

palavras) e nesta deverá ser informado o autor de correspondência com endereço físico e eletrônico.

4. Declaração de Transferência de Direitos Autorais: todas as pessoas designadas como autores devem concordar com a transferência de direitos autorais do manuscrito à Revista Espaço para a Saúde. Os autores devem assinar a seguinte declaração: “Declaro que, em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Espaço para a Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem que a prévia e necessária autorização seja concedida”.

SOBRE O PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos serão primeiramente analisados pela secretaria da Revista para verificar a adequação às ‘Instruções para os Autores’. Caso haja inadequação, serão devolvidos aos autores sem análise de mérito pelo corpo de revisores. Os artigos submetidos que atendam às “Instruções aos Autores” e que se coadunem com a política editorial, são encaminhados para análise documental e normas de publicação. A avaliação do mérito científico será realizada pelo Corpo Editorial. Aprovados nesta fase, os artigos serão encaminhados a membros do corpo de avaliadores ou consultores ad hoc. Cada artigo é enviado para dois revisores de reconhecida competência na temática abordada. Diante dos pareceres emitidos pelos avaliadores, o editor toma ciência e os indica para publicação. Posteriormente, os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada são encaminhados aos autores. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão de aceitação é tomada pelo Corpo Editorial. Os artigos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento. Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma

edição, os artigos excedentes serão publicados em edição posterior.

SOBRE O PREPARO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser produzidos em editor de texto word (.doc ou .docx) com: a) fonte arial, corpo 12 (doze), espaço 1,5 em todo o texto, incluindo página de título, resumos, ilustrações, agradecimentos e referências; b) páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação; c) margens laterais, superiores e inferiores de 2,5 cm cada.

SOBRE A ESTRUTURA DO MANUSCRITO

Os manuscritos enviados devem ser redigidos de acordo com a ortografia e a gramática oficiais, e obedecendo à estrutura formal abaixo:

a) Título – deve conter o título do artigo nos idiomas português, inglês e espanhol, centralizado, em caixa alta, conciso e completo com, no máximo, 15 palavras. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais relevante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância; não incluir nomes de autores.

b) Resumo e palavras-chave – o resumo deve ser apresentado em três idiomas Português (Resumo), Inglês (Abstract) e Espanhol (Resumen), com no máximo 150 (cento e cinquenta) palavras. Abaixo dos resumos, devem ser indicados 3 (três) descritores sendo, Palavras-chave (Português), Keywords (Inglês) e Palabras clave (Espanhol) extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS) disponível em: <http://www.decs.bvs.br> ou do vocabulário “Medical Subject Headings” (MeSH) disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

c) Texto – artigos e artigos de revisão devem conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo em negrito: **Introdução** (deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências

estritamente pertinentes); **Método** (deve descrever de forma objetiva e completa os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção); **Resultados** (deve descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras); **Discussão** (deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo) e **Conclusões** (relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes).

d) Tabelas e figuras – as tabelas e figuras deverão ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, inseridas na ordem em que foram citadas no texto, elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word e construídas para sua reprodução direta sempre que possível. Os títulos e legendas deverão ser em fonte Arial tamanho 10, espaçamento simples.

e) Falas de participantes – observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (2,5 cm), fonte tamanho 10, em itálico, espaçamento simples. A identificação deve ser codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...].

f) Agradecimentos – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

g) Citações – identificar as referências no texto por números arábicos sequenciais, sobrescritos, por exemplo¹; quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço, por exemplo¹⁻⁵; quando intercalados use vírgula, por exemplo^{1,3,7}. Quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final

e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma. Citações *ipsis litteris* devem ser colocadas entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na sequência do texto, com o limite de três linhas.

h) Referências – as referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto e normalizadas segundo o estilo Vancouver, disponível no site (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus: (<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>). Publicações com até 6 (seis) autores citam-se todos; acima de 6 (seis) autores, citam-se os seis primeiros autores, seguidos da expressão latina “et al”. Não serão aceitas as referências em notas de rodapé ou fim de página.

SOBRE O ENVIO DOS MANUSCRITOS

Só serão aceitos trabalhos enviados que cumpram os seguintes itens:

- 1) Carta de Apresentação do artigo ao Editor (*Cover letter*);
- 2) Declaração de Autoria e Responsabilidade;
- 3) Página Título e Identificação com todas as informações solicitadas;
- 4) Declaração de Transferência de Direitos Autorais;
- 5) Manuscrito sem a identificação dos autores contendo, de acordo com as normas de formatação: Título e Resumo em português, inglês e espanhol, com palavras-chave, keywords e palavras clave; texto de acordo com as normas de estruturação: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões; Tabelas e Figuras numeradas por ordem e inseridas no texto; Referências no estilo Vancouver, numeradas por ordem de citação.

SOBRE O ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO

O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do manuscrito pelo sistema eletrônico. As decisões sobre o manuscrito serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema eletrônico. Da mesma forma, o contato com a secretaria da Revista também deverá ser feito sempre pelo sistema eletrônico.

SOBRE A PROVA DE PRELO

A prova de prelo será acessada pelo autor via sistema eletrônico. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Para acessar a Prova de Prelo e as Declarações complementares, o autor deverá acessar o link do sistema eletrônico, utilizando login e senha já cadastrados. As correções e Declarações assinadas deverão ser encaminhadas via sistema eletrônico no prazo de 72 horas.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir.

1. A contribuição é original e inédita, e não está em avaliação para publicação em outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor". O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word (.doc ou .docx).
2. O manuscrito está formatado em letra Arial, corpo 12 (doze), espaço 1,5 em todo o texto e não ultrapassa o limite de 6.000 palavras para artigos originais e de revisão.
3. O Resumo contém 150 palavras.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

5. As palavras-chave deverão estar de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECs) ou Medical Subject Headings (MeSH).

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE DA FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE

O ENSINO NAS ÁREAS DA SAÚDE EXIGE CONCEITOS PRÓPRIOS, PROCESSOS PEDAGÓGICOS ADEQUADOS E METODOLOGIAS DE ENSINO ADAPTADAS À COMPLEXIDADE DAS AÇÕES NA ÁREA.

LINHAS DE PESQUISA:

I: CURRÍCULO, PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM E AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.

II: EDUCAÇÃO PERMANENTE, EDUCAÇÃO CONTINUADA E INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO, SERVIÇOS DE SAÚDE E COMUNIDADE.

III: GESTÃO ACADÊMICA E NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

INFORMAÇÕES GERAIS DO PROGRAMA:

ÁREA BÁSICA:
MULTIDISCIPLINAR

ÁREA DE AVALIAÇÃO:
ENSINO

HABILITAÇÃO:
MESTRADO ACADÊMICO

REGIME DE MATRÍCULA: ANUAL

DURAÇÃO: 24 MESES

CARGA HORÁRIA TOTAL/CRÉDITOS:
420 H/35 CRÉDITOS

COORDENAÇÃO:
PROF.^a DRA IZABEL CRISTINA MEISTER MARTINS COELHO

INFORMAÇÕES:

fpp.edu.br