

PESQUISAS E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE



BÁRBARA LETÍCIA DE QUEIROZ XAVIER
BRENDA DOS SANTOS TEIXEIRA
(ORGANIZADORAS)

PESQUISAS E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE



Copyright © 2021 da edição brasileira.
by RFB Editora.

Copyright © 2021 do texto.
by Autores.

Todos os direitos reservados.



Todo o conteúdo apresentado neste livro, inclusive correção ortográfica e gramatical, é de responsabilidade do(s) autor(es).

Obra sob o selo *Creative Commons*-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Conselho Editorial:

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA (Editor-Chefe).

Prof.^a Dr.^a. Roberta Modesto Braga - UFPA.

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo - UFMA.

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida - UFOPA.

Prof.^a Dr.^a. Ana Angelica Mathias Macedo - IFMA.

Prof. Me. Francisco Robson Alves da Silva - IFPA.

Prof.^a Dr.^a. Elizabeth Gomes Souza - UFPA.

Prof.^a Dra. Neuma Teixeira dos Santos - UFRA.

Prof.^a Me. Antônia Edna Silva dos Santos - UEPA.

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa - UFMA.

Prof. Dr. Orlando José de Almeida Filho - UFSJ.

Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti - UFPE.

Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares - UFPI.

Prof.^a Dr.^a. Welma Emidio da Silva - FIS.

Diagramação:

Danilo Wothon Pereira da Silva.

Design da capa:

Pryscila Rosy Borges de Souza.

Imagens da capa:

www.canva.com

Revisão de texto:

Os autores.

Bibliotecária:

Janaina Karina Alves Trigo Ramos

Assistente editorial:

Manoel Souza.



Home Page: www.rfbeditora.com.

E-mail: adm@rfbeditora.com.

Telefone: (91)98885-7730.

CNPJ: 39.242.488/0001-07.

R. dos Mundurucus, 3100, 66040-033, Belém-PA.

Bárbara Leticia de Queiroz Xavier
Brenda dos Santos Teixeira
(Organizadoras)

PESQUISAS E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Edição 1

Belém-PA



2021

<https://doi.org/10.46898/rfb.9786558890737>

Catálogo na publicação
Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

P474

Pesquisas e práticas assistenciais em saúde / Bárbara Letícia de Queiroz Xavier (Organizadora), Brenda dos Santos Teixeira (Organizadora) – Belém: RFB, 2021.

Livro em PDF

136 p., il

ISBN 978-65-5889-073-7

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737

1. Assistência à saúde. 2. Saúde. 3. Pandemia. 4. Covid-19. 5. Enfermagem. 6. Vacina. I. Xavier, Bárbara Letícia de Queiroz (Organizadora). II. Teixeira, Brenda dos Santos (Organizadora). III. Título.

CDD 362.1042

Índice para catálogo sistemático

I. Assistência à saúde

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros digitais de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Equipe RFB Editora

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS 11

Bárbara Letícia de Queiroz Xavier
Brenda dos Santos Teixeira
Nahadja Tahaynara Barros Leal
Maria Tibéria da Silva Carolino
Amanda Soares
Jeferson Falcão do Amaral
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.1

CAPÍTULO 2

PERFIL DE ATENDIMENTOS POR DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS AO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO 21

Nahadja Tahaynara Barros Leal
Bárbara Letícia de Queiroz Xavier
Taciana da Costa Farias Almeida
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.2

CAPÍTULO 3

PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI 29

Nahadja Tahaynara Barros Leal
Loisláyne Barros Leal
Bárbara Letícia de Queiroz Xavier
Maria Tibéria da Silva Carolino
Taciana da Costa Farias Almeida
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.3

CAPÍTULO 4

EFEITOS DO ISOLAMENTO SOCIAL NO QUADRO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19 39

Gabriela Santos Andrade
Guilherme Lages Matias
Maria Eduarda da Macena Tenorio
Marcio Vinicius Ferreira Sales
Jeniffer Christine Ferreira de Carvalho
Brenda dos Santos Teixeira
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.4

CAPÍTULO 5

MODELAGENS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM DIFERENTES REALIDADES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NACIONAIS 47

Gabrielly de Carly Pereira Carvalho
Sarah Vasques Cabus
Iani Narciza de Araújo
Maria de Fátima de Lima Teixeira
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.5

CAPÍTULO 6

REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE PELO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....57

Mariana de Araújo Rocha
Rayanne Rilka Pereira da Silva
Paula Mikaelle Barbosa Costa
Thaline Ingrid Marques Menezes
Camila Rolim Figueiredo
Láisa de Sousa Marques
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.6

CAPÍTULO 7

INTERFACE HOMEM-MÁQUINA: A TECNOLOGIA GERANDO ERROS.....65

Francielly Karoliny Barbosa Dantas Marinho
Jefferson Nildo da Costa Marinho
Maria de Fátima de Lima Teixeira
Gabrielly de Carly Pereira Carvalho
Jéssica Karen de Oliveira Maia
Lívia de Sousa Rodrigues
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.7

CAPÍTULO 8

FATORES DE RISCOS OCUPACIONAIS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR..... 71

Mateus Fernandes Filgueiras
Dâmarys Larissa Moraes Rodrigues
Daniele Rodrigues da Silva
Natani Pereira de Alencar
Yandra Leite Rolim de Alencar
Célio da Rocha Bonfim
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.8

CAPÍTULO 9

AGENTES DE RISCOS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM UNIDADE HOSPITALAR 79

Mateus Fernandes Filgueiras
Dâmarys Larissa Moraes Rodrigues
Daniele Rodrigues da Silva
Natani Pereira de Alencar
Yandra Leite Rolim de Alencar
Célio da Rocha Bonfim
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.9

CAPÍTULO 10

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS VENOSAS..... 87

Maria Tibéria da Silva Carolino
Karolliny Abrantes de Sousa
Anthonio Alisancharles Batista de Almeida
Nahadja Tahaynara Barros Leal
Thaise Aparecida Dantas Barreto
Lucas Davi Farias Costa
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.10

CAPÍTULO 11

ADESÃO DA VACINA HPV EM MULHERES DE 9 A 13 ANOS DE IDADE NA CIDADE DE MACEIÓ-AL, NO PERÍODO DE 2014 A 2015 95

Amanda Costa de França
Mitally da Fonseca Silva Gusmão
Dayane Menezes Santos
Mayra Renata de Lima Canuto
Leila Karoline Ferreira dos Santos
Déborah do Nascimento Rodrigues
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.11

CAPÍTULO 12

SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO LABORAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉ- GIA SAÚDE DA FAMÍLIA..... 103

Lívia de Sousa Rodrigues
José Adelmo da Silva Filho
Jessica lima de Oliveira
Danielly Gonçalves da Silva
Karine Nascimento da Silva
Gislene Farias de Oliveira
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.12

CAPÍTULO 13

ASSISTÊNCIA SEGURA EM ENFERMAGEM PRESTADA AO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA..... 109

Mayra Renata de Lima Canuto
Amanda Costa de França
Bruna Brandão dos Santos
Dayane Menezes Santos
Leila Karoline Ferreira dos Santos
Déborah do Nascimento Rodrigues
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.13

CAPÍTULO 14

PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA E A PANDEMIA POR CO- VID-19 117

Mayra Renata de Lima Canuto
Amanda Costa de França
Nathalia Silva Araújo
Míbsam Lysia Carvalho Alves Soares
Dayane Menezes Santos
Bruna Brandão dos Santos
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.14

CAPÍTULO 15

FATORES QUE INFLUENCIAM A BAIXA COBERTURA VACINAL NO BRA- SIL: REVISÃO INTEGRATIVA 125

Karine Naiane Melo de Lima
Francisca Jayane dos Santos Saraiva
Cargila Ferreira Sudário
DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.15

ÍNDICE REMISSIVO..... 131



SOBRE AS ORGANIZADORAS.....133

APRESENTAÇÃO

O presente livro “Pesquisas e práticas assistenciais em saúde” conta com uma coletânea que reúne pesquisas de campo e de literatura, com foco no setor saúde. Abordando práticas assistenciais de enfermagem e saúde coletiva, além dos diversos campos da saúde.

A cada capítulo você será levado a refletir acerca de temáticas relevantes e atuais, como: vulnerabilidade social, isolamento social e doença renal relacionado ao coronavírus; assistência e reestruturação da sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva; acolhimento, tuberculose e satisfação/insatisfação labora na atenção primária; uso de tecnologias; fatores de risco ocupacionais nos ambientes de trabalho de enfermagem; cuidados em feridas e cobertura vacinal.

Ressaltamos que, todos os autores dos capítulos têm interesse em contribuir para a literatura científica brasileira de modo que pesquisam com temáticas de relevância e qualidade possam proporcionar aos leitores, sejam profissionais da saúde ou não, através dos desafios e avanços presentes em suas práticas assistenciais, seja por meio de suas pesquisas de campo ou por embasamento na literatura nacional e internacional.

Desse modo, agradecemos o empenho de nossas equipes de pesquisa, as quais buscaram fazer parte desse projeto e que agora fazem com que esta obra seja divulgada e possa gerar melhorias em futuras práticas assistenciais de saúde.

Desejamos uma excelente leitura.

Bárbara Letícia de Queiroz Xavier
Brenda dos Santos Teixeira
(Organizadoras)



CAPÍTULO 1

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS

*Bárbara Letícia de Queiroz Xavier¹
Brenda dos Santos Teixeira²
Nahadja Tahaynara Barros Leal³
Maria Tibéria da Silva Carolino⁴
Amanda Soares⁵
Jeferson Falcão do Amaral⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.1

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://orcid.org/0000-0003-1622-9128>. barbaraleticiaqzx@gmail.com

² Universidade Federal do Vale do São Francisco. <https://orcid.org/0000-0001-6062-9669>. b.teixeirast@gmail.com

³ Universidade Estadual da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-4833-9914>. nahadja@gmail.com

⁴ Faculdade Santa Maria. <https://orcid.org/0000-0002-3518-997X>. tiberiacarolino@gmail.com

⁵ Universidade Estadual da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0001-8063-4131> amandar_soares@hotmail.com

⁶ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. <http://orcid.org/0000-0003-0426-0347>. jfamaral@unilab.edu.br

RESUMO

O presente estudo objetiva conhecer e compreender alguns dos aspectos relacionados às fragilidades ainda presentes na assistência desses usuários nesse atual contexto da pandemia por COVID-19. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada a partir de análise documental e revisão da literatura científica, a partir das seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Frente à literatura estudada, foi encontrado que é necessário, ainda, maior atenção quanto aos cuidados voltados às pessoas em situação de rua que se enquadram no grupo de risco do COVID-19, o que os torna propícios a uma maior facilidade de serem infectados pelo vírus, bem como perpetuá-lo a quem convive, visto que são em espaços aglomerados. Concluiu-se que essa população apresenta um reflexo do processo de exclusão e falta de visibilidade, necessitando de estratégias de prevenção e tratamento específicas a esse grupo populacional durante a pandemia.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus. População em Situação de Rua. Vulnerabilidade Social. Atenção à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Conforme o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus da Atenção Primária à Saúde, sabe-se que o coronavírus -19 (COVID-19) inicialmente foi o agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, situada na China. Sabe-se que, esta doença apresenta alta transmissibilidade, além de provocar uma síndrome respiratória aguda, variando de casos leves a casos muito graves, podendo desenvolver uma insuficiência respiratória (BRASIL, 2020).

A população em situação de rua (PSR) é potencialmente um dos grupos mais vulneráveis para o do COVID-19 (BARBIERI, 2020). Essa população apresenta condição de saúde precária e indicam elevadas taxas de doenças crônicas, além de manifestarem imunidade comprometida, sendo esses considerados fatores de risco para o desenvolvimento de manifestações mais graves da infecção (LIMA *et al.*, 2020). Devem ser considerados de risco, devido às condições de vulnerabilidade na qual se encontram expostos, como a moradia em alojamentos aglomerados, falta de condições de higiene e dificuldade para acessar aos cuidados de saúde (SANDFOSS; SWEITZER, 2020).

Uma rede de atenção compactada e linear que apresenta processos rígidos e fechados, limita avanços no cuidado, pois não permite a sensibilidade necessária para potencializar o acolhimento das subjetividades e efetiva resposta às necessidades em saúde desses usuários. Portanto, é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) gerar estratégias na direção do reconhecimento da saúde como direito constitucional, sendo o acesso aos serviços um dos elementos centrais para sua efetivação (FRIEDRICH *et al.*, 2019).

O distanciamento desse público do sistema de saúde ocorre por esses temerem a reação negativa de serviços e profissionais da saúde responsáveis pelo seu cuidado, comparando-se a uma espécie de “lixo social”. Como reflexo desse estigma, os usuários percebem-se menos humanos que o restante da população, geralmente acusados pelo olhar do outro e na maneira como são tratados ou destratados (FRIEDRICH *et al.*, 2019).

A pesquisa se justifica devido a PSR possuir marcas históricas de vulnerabilidade social, por viver às margens da sociedade e por vezes sofrer fragilidade na universalidade e integralidade de seu atendimento, bem como no acompanhamento do processo saúde-doença, ficando explícita as marcas da iniquidade na assistência prestada.

Dessa forma, com o presente estudo se objetiva conhecer e compreender alguns dos aspectos relacionados às fragilidades ainda presentes na assistência desses usuários nesse atual contexto da pandemia por COVID-19.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada a partir de análise documental e revisão da literatura científica. Para a construção deste estudo, foram utilizadas as seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Os estudos foram localizados a partir da busca avançada, realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2020, sendo que foram utilizados filtros de idiomas (português e inglês) e com data de publicação entre os anos de 2015 a 2020. Para buscar os estudos científicos correspondentes aos objetivos desta RIL, foram utilizados os seguintes termos de pesquisa: (“COVID-19” OR “Infecções por Coronavírus”); (“COVID-19” OR “*Coronavirus Infections*”) AND (“Pessoas em Situação de Rua” OR “População em Situação de Rua”); (*Homeless Persons* OR “*Person*,

Homeless”) AND “Vulnerabilidade Social”; “*Social Vulnerability*” AND “Atenção à Saúde”; (“*Health Care*” OR “*Public Health*”). Os descritores foram selecionados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). Todos foram combinados entre si pelos operadores booleanos AND e OR.

Foram considerados elegíveis artigos completos disponíveis nas bases de dados definidas, com tempo de publicação entre 2019 a 2020, nos idiomas português e inglês, disponíveis integralmente e disponíveis de forma gratuita. Foram excluídos os estudos duplicados, publicações do tipo monografias, dissertações, teses e desvio à temática.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou na seguinte distribuição entre as publicações encontradas em cada base de dados: MEDLINE (n=60), LILACS (n=51), SciELO (n=61), totalizando 172 publicações. Foram excluídos 64 estudos duplicados pela análise do título e resumo. Posteriormente, após o emprego dos critérios de inclusão foram excluídos 98 artigos. Após a leitura e avaliação final dos estudos, foram selecionados 07 artigos incluídos nesta revisão.

A vida em situação de rua apresenta singularidades, devido aos fatores que geram sua complexidade e os tornam pessoas vulneráveis a vários agravos sociais e de saúde. Isso é um desafio tanto nos diversos setores e serviços da sociedade, como para os profissionais da saúde (SILVA *et al*, 2018).

São diversas formas de vulnerabilidades que atingem essa população, como: exposição às variações climáticas, condições insalubres de moradia e de alimentação que afetam negativamente a condição de saúde dos indivíduos em situação de rua (HALLAIS; BARROS, 2015). Apresenta de forma recorrente doenças respiratórias, especialmente a tuberculose (BRASIL, 2020).

No entanto, na assistência fornecida a essa população ainda há produção de um ciclo vicioso que pode englobar os profissionais dos serviços públicos como atores envolvidos na produção de mais marginalização, estigma e preconceitos (ABREU; OLIVEIRA, 2017), o que torna necessária ampla divulgação dos direitos que essa PSR possui para que seja implementado em todas as práticas assistenciais.

A PSR possui em sua política possui princípios destacados que vão além da igualdade e equidade, dentre eles: o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, bem como o atendimento humanizado e universalizado (BRASIL, 2009).

É necessário, ainda, maior atenção quanto aos cuidados voltados às pessoas que se enquadram no grupo de risco do COVID-19, é preciso que haja a realização de uma triagem pelos profissionais de saúde daquelas pessoas que apresentarem algum sintoma gripal e das que apresentarem sintomas de gravidade relacionados a dispneia em repouso, aos pequenos esforços e hipotensão (BRASIL, 2020).

De acordo com a secretaria estadual de saúde do Rio Grande do Sul (2020), através do Decreto Estadual nº 55.115, de 12 de março de 2020, recomenda-se às gestões municipais de saúde, disponibilizar: oferta ampliada de locais apropriados para a população em situação de rua para a higiene pessoal e limpeza de utensílios; através dos equipamentos e serviços que atendam à população em situação de rua os insumos básicos para a prevenção, tais como: sabão, álcool gel, máscaras faciais de proteção descartáveis e material informativo sobre a COVID-19; destinar espaço específico, com condições sanitárias adequadas que, conforme recomendação de avaliação clínica, necessitem cumprir quarentena ou procedimentos de isolamento pessoal, evitando-se aglomerações.

É importante também, que os profissionais dos serviços de acolhimento orientem os usuários quando identificarem os sintomas ligados ao COVID-19, como: febre, tosse, dispneia, mialgia e fadiga, falta de ar e sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros), alertando-os imediatamente. Logo, esses profissionais devem entrar em contato com as equipes de Consultório na Rua (CnaR) ou demais profissionais de saúde da Atenção Primária para que sejam realizados os primeiros manejos e controle da situação (BRASIL, 2020).

Desde a constituição do CnaR, passou a ser um dispositivo da rede que faz a ponte entre a rua e os serviços de saúde, assim como faz a costura dessa rede de atendimento e busca qualificar e garantir o acolhimento das necessidades dos indivíduos (MARTINEZ, 2016). O CnaR, enfrenta dificuldades na internação das PSR em hospitais públicos pelo fato de as equipes hospitalares considerarem que a alta é complicada por não possuírem endereço fixo e rede de apoio para recuperação (HALLAIS; BARROS, 2015).

O processo de exclusão dessa população é reforçado institucionalmente por meio da burocracia para o agendamento das consultas e da falta de flexibilização dos horários de atendimento, assim como da exigência de documento de identidade, comprovante de endereço e do cartão SUS (HALLAIS; BARROS, 2015). Tal exigência é contrária ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, pois define que essa parte burocrática de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento realizado.

Em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde, famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social, terão a sua atenção integral à saúde independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

Condições de invisibilidade, privação de direitos e precariedade a que vivem essas pessoas, requer que se busquem alternativas para seus problemas, pois a oferta de cuidados do SUS tem sido limitada. A ressaltada dificuldade no acesso aos serviços é um reflexo do processo de exclusão e a falta de visibilidade que marca a população em situação de rua (HALLAIS; BARROS, 2015).

Postergações em se buscar o subsistema profissional podem se relacionar a relatos de discriminação praticada nos serviços de saúde, que quando presentes dificultam ou mesmo impedem a entrada da PSR nos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Não deixa de ser um desafio para a equipe acessar essa população que vive à margem dos serviços de saúde, que muitas vezes passam por situações de falta de acolhimento e estigmatização nos espaços institucionais, o que faz com que percam a confiança nesses dispositivos (DUARTE, 2019).

Embora exista a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e outras políticas setoriais e intersetoriais, nem sempre garantem um cuidado integral, pois o estigma sobre a população em situação de rua influencia significativamente a prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Características estigmatizantes como a sujeira, o mau cheiro e o efeito de drogas lícitas e ilícitas são, muitas vezes, fatores determinantes para a precariedade no acolhimento nos serviços de saúde ao morador de rua (HALLAIS; BARROS, 2015).

O desafio aos profissionais de saúde, portanto, é o de criar possibilidades para que esse grupo social rompa com a invisibilidade. Dessa forma, é importante que se acolha o morador de rua como sujeito de direitos e como um indivíduo portador de uma trajetória de vida singular. Para que se desconstrua o olhar estigmatizante e colonizador, faz-se necessário conhecer os territórios, as dinâmicas de vidas e as suas práticas de transgressão (HALLAIS; BARROS, 2015).

É notório que, para essa população, é fundamental a adequação da abordagem reconhecendo o seu contexto de vida, pois encontram-se em ambientes desfavoráveis, incluindo a higienização e distanciamento da sociedade. Diante disso, as equipes de Consultório na Rua (eCnaR) devem sensibilizar as pessoas abordadas acerca

das medidas preventivas possíveis, e dos danos causados pelo COVID-19 (BRASIL, 2020).

Evidencia-se através do estudo de Zuim e Trajman (2018) que, o não acionamento de outro ponto da rede quando o usuário necessita para dar continuidade de sua assistência acionado, é uma prática que reflete a falta de respeito e violação de direitos com que esta população se confronta frequentemente. Esse fato, pode denunciar desconhecimento da rede por parte de quem atua nos serviços de saúde, fragilidade da rede e dos fluxos, ou de mais estigma.

As dificuldades encontradas pelas PSR para ter acesso à Redes de Atenção à Saúde (RAS) estão relacionadas, principalmente, ao despreparo por parte dos profissionais que compõem os serviços da rede, que manifestam, não raro, preconceito e resistência ao cuidado dessas pessoas. Esse processo de exclusão desestimula o enfermeiro do CnaR, que muitas vezes trabalha com afincos para estabelecer uma relação de vínculo e confiança com o usuário, por vezes rompida por despreparo dos profissionais de outros pontos da RAS (CARDOSO *et al.*, 2018).

A partir das falas dos trabalhadores no estudo de Duarte (2019), foram identificadas características da persistência acolhedora, que foi compreendida através do usuário, uma vez que esse sofre a discriminação diária quando necessita acessar os serviços de saúde, além de uma desqualificação social que reverbera na relação com seu autocuidado. Essa população, muitas vezes, passa a apresentar baixa autoestima, desmotivação para autocuidado, vergonha, medos e desconfiança dos serviços. Acredita-se que todo esse processo interfira na autonomia do usuário e em sua capacidade de escolha (DUARTE, 2019).

Dessa forma, o cuidado da população em situação de rua exige a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado, assim como a utilização de diversas ferramentas que valorizem as pessoas e suas necessidades, levando em consideração o território e suas singularidades (ENGSTROM; TEIXEIRA, 2016; ALECRIM, 2016).

Sabemos que a PSR é um grupo populacional vulnerável à inúmeras condições de vida, dentre elas, a saúde. Frente à pandemia de COVID-19 este grupo não possui facilidade de realizar o “isolamento social”, dada conjuntura de viver e compartilhar espaços aglomerados, o que os torna propícios a uma maior facilidade de serem infectados pelo vírus, bem como perpetuá-lo a quem convive.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente a essa situação, a proteção dos grupos mais vulneráveis torna-se um desafio para a saúde, uma vez que deve ofertar maior atenção quanto aos cuidados voltados às pessoas que se enquadram no grupo de risco do COVID-19, sendo a PSR um grupo prioritário e que requer orientação e assistência acolhedora por parte dos profissionais de saúde para identificar os sintomas relacionados à doença.

Conforme evidenciado na literatura estudada, foi ressaltada a dificuldade dessa população no acesso aos serviços de saúde, apresentando um reflexo do processo de exclusão e falta de visibilidade que marca a PSR, necessitando de estratégias de prevenção e tratamento específicas a esse grupo populacional durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

ABREU, D.; OLIVEIRA, W. F. Atenção à saúde da população em situação de rua: um desafio para o consultório na rua e para o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00196916.pdf>. Acesso em: 07 de julho de 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Sumário executivo da pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: MDS, 2008. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/NOT/Img_Nots/img_2008_2sem/pesquisa_nacional_sobre_a_populacao_rua2008.pdf. Acesso em: 16 de julho de 2020

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 16 de julho de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13714.htm. Acesso em: 16 de julho de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para os profissionais no âmbito das equipes de consultório na rua referentes ao covid-19**. Versão 1. Brasília - DF. 2020. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096382/recomendacoes-pop-rua-covid19-17abril2020.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2020

BARBIERI, A. COVID-19 in Italy: homeless population needs protection. **Recenti Prog Med.**, v. 11, n. 5, p. 295-296, 2020.

CARDOSO, A.C. *et al.* Challenges and potentialities of nursing work in street medical offices. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, 2018.

DUARTE, A. H. C. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 18, n. 2, p. 1-14, jul.- dez. 2019

ENGSTROM, E. M.; TEIXEIRA, M. B. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil, "Street Clinic" team: care and health promotion practice in a vulnerable territory. **Ciênc Saúde Coletiva**. [Internet], v. 21, n. 6, p. 1839-48, 2016.

FRIEDRICH, M. A. *et al.* Barreiras de acesso à saúde pelos usuários de drogas do consultório na rua. **J. nurs. health.**, v. 9, n. 2, 2019.

HALLAIS, J. A. S; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul, 2015

LIMA, M. L. R. *et al.* People experiencing homelessness: Their potential exposure to COVID-19. **Psychiatry Research**, v. 288, 2020.

MARTINEZ, M. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: O caso de São Bernardo do Campo. *In*: MARTINEZ, Mariana. **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos: Edufscar, 2016.

SANDFOSS, A. K.D.; SWEITZER, B. Intraoperative Diagnosis of Coronavirus Disease 2019 in an Asymptomatic Patient: A Case Report. **International Anesthesia Research Society**, v. 14, ed. 7, 2020.

SES. Rio Grande do Sul (RS). Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Decreto Estadual nº 55.115, de 12 de março de 2020**. Dispõe sobre medidas temporárias de prevenção ao contágio pelo COVID-19 (novo Coronavírus) no âmbito do Estado. Orientações para o cuidado em saúde à população em situação de rua em razão da disseminação do coronavírus. Rio Grande do Sul, março, 2020.

SILVA, I. C. N. *et al.* Social representations of health care by homeless people. **Rev Esc Enferm USP**, 2018.

ZUIM, R. C. B.; TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n.2, Rio de Janeiro, 2018.



CAPÍTULO 2

PERFIL DE ATENDIMENTOS POR DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS AO SISTEMA RESPIRATÓRIO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

*Nahadja Tahaynara Barros Leal¹
Bárbara Letícia de Queiroz Xavier²
Taciana da Costa Farias Almeida³*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.2

¹ Universidade Estadual da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-4833-9914>. nahadja@gmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://orcid.org/0000-0003-1622-9128>. barbaraleticiaqx@gmail.com

³ Universidade Federal da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-9390-9656>. tacianacfalmeida@gmail.com

RESUMO

No Brasil aproximadamente 14% das internações em serviços de saúde pública possuem como motivo sintomas respiratórios. A dimensão deste problema aponta para necessidade de busca constante de estratégias para diminuição e controle, assim a proposta deste estudo foi elaborar um perfil das internações por doenças e agravos respiratórios numa unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos. Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo, desenvolvido na UTI - adulto de um hospital universitário do estado da Paraíba, entre agosto de 2014 a março de 2015. Identificou-se a prevalência de internações de pacientes do sexo masculino, na faixa etária de indivíduos idosos, procedentes de encaminhamentos de outros setores da mesma instituição e que apresentaram principalmente antecedentes clínicos por doenças crônicas não transmissíveis. Internados principalmente por apresentarem pneumonia com 17 (36,96%). Espera-se com este estudo contribuir com o planejamento da assistência das equipes multiprofissionais, visando aprimorar a qualidade da assistência desenvolvida a essa população específica do nosso país.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva. Doenças respiratórias. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI), configuram-se setores das instituições hospitalares, criadas nas décadas de 40 e 50 objetivando atender pacientes com risco iminente de morte (MAESTRI, 2012). Atualmente alcançaram um elevado grau de desenvolvimento tecnológico, além de dispor de equipes multiprofissionais (MONDADORI, 2016).

Dentre as enfermidades que podem ser encaminhadas ao setor, existem as que afetam o sistema respiratório, com etiologia infecciosa ou não. Podem ocorrer nas vias aéreas superiores acometendo assim: o nariz, fossas nasais, seios perinasais, boca, faringe e laringe, além das vias aéreas inferiores que tem como componentes a traqueia, brônquios, bronquíolos e pulmões. Essa última localização geralmente apresenta maior gravidade quando apresenta alguma afecção (MACEDO *et al.*, 2017).

As doenças respiratórias, englobam sinais e sintomas clínicos como tosse, expectoração, hemoptise, dores, alterações na profundidade e frequência dos movimentos respiratórios, cianose dentro outros, que uma vez identificados favorecem o diagnóstico e o tratamento (MAIA, 2016). Cabe destacar ainda que das doenças

respiratórias, as pneumonias são responsáveis por 20 a 40% das hospitalizações em países em processo de desenvolvimento (FRAUCHES *et al.*, 2017). No Brasil aproximadamente 14% das internações em serviços de saúde pública possuem como motivo sintomas respiratórios (MAIA, 2016).

A dimensão deste problema no país, aponta para necessidade de busca constante de estratégias para diminuição e controle, assim a proposta deste estudo foi elaborar um perfil das internações por doenças e agravos respiratórios na UTI para adultos, a fim de fomentar a idealização de intervenções que busquem minimizar a incidências de internações por essas causas na UTI, além de que possam ser criadas também estratégias para melhoria da qualidade do atendimento e a diminuição da mortalidade desses pacientes.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter quantitativo realizado no período de agosto de 2014 a março de 2015, desenvolvido na UTI - Adulto do Hospital Universitário, que no momento do estudo apresentava nove leitos ativos, localizado na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

A população do estudo foi composta por pacientes que atenderem aos seguintes critérios de inclusão para a seleção da amostra: idade igual ou superior à 18 anos e pacientes com pelo menos 24 horas de internação no setor de UTI.

Os dados foram coletados através dos livros de registro e prontuários dos pacientes admitidos, por meio de um formulário elaborado pelas pesquisadoras. Para a caracterização dos pacientes foram avaliadas as seguintes variáveis: idade; sexo; diagnóstico referente a causa da interação; antecedentes clínicos; uso de dispositivos invasivos; tempo de internação e destino dos pacientes admitidos.

Ressalta-se ainda que devido à natureza da pesquisa proposta, foram consideradas as recomendações éticas da resolução 466/2012 do CNS iniciando a coleta de dados após submissão e aprovação pelo comitê de ética e pesquisa do HUAC/UFCG (Parecer: 712.232 emitido em 18/06/2014). Os dados coletados foram submetidos a análises estatísticas pelo *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 15.0.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram admitidos 77 pacientes, 42 (54,5%) são do sexo feminino e 35 (45,5%) do sexo masculino, com idade variando entre 18 e 95 anos. Destes 33 tinham doen-

ça no trato respiratório como motivo de internação e compuseram a amostra deste estudo. A distribuição destas internações por sexo, faixa etária, procedência dos pacientes e antecedentes clínicos, estão representadas na tabela 01.

Tabela 1 - Distribuição do número absoluto e percentual de pacientes internados por causas respiratórias na UTI Adulto segundo o sexo, faixa etária, procedência e antecedentes clínicos pessoas. n.33. Campina Grande-PB, 2015.

SEXO	n	%
Masculino	18	54,55%
Feminino	15	45,45%
IDADE		
30 a 34 anos	4	12,12%
35 a 45 anos	2	6,06%
46 a 60 anos	9	27,27%
61 anos ou mais	18	54,55%
PROCEDÊNCIA DOS USUÁRIOS	n	%
Encaminhamentos de demais alas do hospital	13	39,39%
Encaminhamentos de outros serviços da rede de atenção	12	36,36%
Não especificado no prontuário	8	24,24%
ANTECEDENTES PESSOAIS	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	13	41,94%
Úlcera por pressão no momento da admissão	5	16,13%
Diabetes mellitus	4	12,90%
Doenças infectocontagiosas	4	12,90%
DPOC	2	6,45%
Alcoolismo	1	3,23%
Psoríase	1	3,23%
Asma	1	3,23%

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

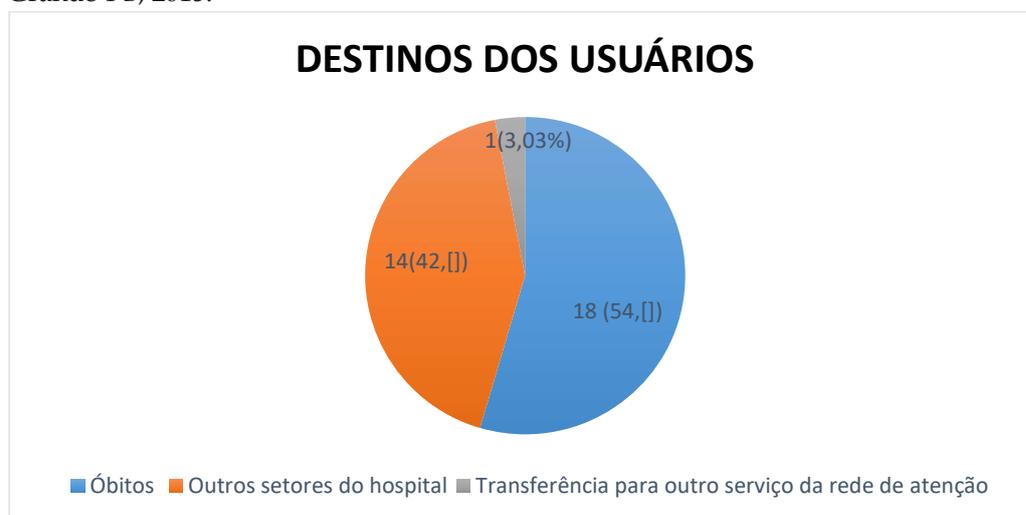
No que se refere ao tempo de internação, verificou-se que os pacientes ficaram internados de 1 a 51 dias, sendo que 17 (51,52%) permaneceram na unidade por um período de 1 a 5 dias; 7 (21,21%) por um período de 6 a 10 dias e 9 (27,27%) por mais de 10 dias. Os motivos pelos quais eles estiveram internados na UTI estão demonstrados na tabela 02, assim como os procedimentos realizados durante o período de internação visando proporcionar estabilização hemodinâmica e melhora do quadro dos pacientes.

Tabela 2 - Distribuição do número absoluto e percentual das causas de internações por distúrbios respiratórios na UTI Adulto. n.33. Campina Grande-PB, 2015.

CAUSAS DA INTERNAÇÃO	n	%
Insuficiência respiratória aguda	15	32,61%
Pneumotórax	2	4,35%
Exacerbação doença pulmonar obstrutiva crônica	4	8,70%
Pneumonia	17	36,96%
Asma	1	2,17%
Enfisema pulmonar	2	4,35%
Tuberculose	1	2,17%
Derrame pleural	1	2,17%
Fístula traqueoesofágica	1	2,17%
Pneumocistose	1	2,17%
Pneumocistose	2	4,35%
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS	n	%
Sonda vesical de demora	24	23,53%
Tubo orotraqueal	21	20,59%
Sonda nasointestinal	16	15,69%
Cateter venoso central	15	14,71%
Acesso venoso periférico	14	13,73%
Sonda nasogástrica	6	5,88%
Traqueostomia	2	1,96%
Cateter de Schiller	2	1,96%
Dreno	1	0,98%
Gastrostomia	1	0,98%

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

Observou-se também quanto às internações associadas a problemas respiratórios que a maioria, 54,55%, vieram a óbito e os demais pacientes foram transferidos para outros setores do hospital. A distribuição do destino dos pacientes encontra-se no gráfico a seguir (gráfico 01).

Gráfico 01 - Distribuição do número absoluto do destino dos pacientes da UTI. n.33. Campina Grande-PB, 2015.

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Dos 33 pacientes que tinham doença do trato respiratório com relação a variável sexo, prevaleceu o masculino com 18 (54,55%). Estudos brasileiros no âmbito da UTI vêm confirmando que a ocorrência de internação é maior em pessoas do sexo masculino independente das causas de internação na unidade (FAVARIN; CAMPOGARA, 2012; NOGUEIRA, 2012).

Quanto aos antecedentes pessoais referentes a coleta de histórico de doenças, cirurgias, hábitos de vida e demais informações pertinentes, com registro pelos profissionais do setor, verificou-se a prevalência de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estudo realizado concluiu que pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços comparado com os adultos sem essas condições, além de relatarem mais internações por intercorrências e necessidade de mais consultas na atenção básica e realização de exames (MALTA, 2017).

Já conforme as causas de internação, descritas na tabela 02 verificou-se a prevalência do diagnóstico médico de pneumonia em 17 (36,96%) dos prontuários. É uma doença, considerada como a principal patologia que acomete o trato respiratório inferior, consistindo em uma inflamação que acomete principalmente o parênquima pulmonar, causada por vírus, bactérias ou fungos (MAIA, 2016).

A insuficiência respiratória aguda também apresentou incidência significativa, encontrada em 15 (32,61%) dos prontuários, sendo definida como uma síndrome de etiologias diversas, que provocam a incapacidade do sistema respiratório, em promover adequadamente as trocas gasosas (PINHEIRO; PINHEIRO; MENDES, 2015).

Salientamos que todos os pacientes foram submetidos a procedimentos invasivos, com prevalência da realização de intubações orotraqueais 21 (20,59%); alimentação por sondagem principalmente nasoenteral 16(15,69%); eliminações, sendo a sondagem vesical de demora a mais realizada dentre todos os procedimentos 24 (23,53%) e também para administração de medicações por acesso venoso central 15 (15,69%) e acesso venoso periférico 14 (13,73%). Todos esses procedimentos exigem dos profissionais muita atenção durante o manejo a fim de evitar infecções ou outras complicações para os pacientes.

Por fim, observou-se que 18 (54,55%) dos pacientes vieram a óbito durante o período de internação, quase metade dos pacientes com distúrbios respiratórios. Em estudo realizado, dos 600 pacientes analisados, 20% morreram durante a permanência em UTI para adultos de dois hospitais públicos e dois privados do município de São Paulo (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011) e em outra pesquisa realizada

dos 695 pacientes 20,4% foram a óbito também em unidades de tratamento para adultos em Santa Catarina (RODRIGUEZ *et al.*, 2016).

Assim percebe-se que a incidência de óbitos como desfecho apresenta taxas consideráveis, principalmente na UTI participante do estudo, fazendo se necessário fortalecer a criação de intervenções preventivas visando diminuir a incidência destes problemas, que por muitas vezes levam a desfechos negativos. Em geral, a mortalidade está associada a longa permanência no setor, possibilitando a aquisição de infecções hospitalares, pacientes que apresentam condições mais instáveis; com complicações decorrentes da doença ou procedimentos invasivos (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo foi possível conhecer o perfil dos participantes com problemas relacionados ao sistema respiratório, observando a prevalência dos mesmos em indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 60 anos, através da análise dessas e das demais variáveis, espera-se contribuir com o planejamento da assistência das equipes multiprofissionais, visando aprimorar a qualidade da assistência desenvolvida a essa população específica em nosso país.

Destaca-se como limitações para a concretização deste estudo, a incompletude dos registros nos prontuários e a presença de anotações de difícil compreensão realizadas pelos profissionais do setor, dificultando a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

FAVARIN S. S; CAMPONOGARA S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 320 - 329, 2012.

FRAUCHES, D. *et al.* Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017.

MACEDO S. E. C; MENEZES A. M. B; ALBERNAZ E; POST P; KNORST M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 351-358, 2007.

MAESTRI, E. *et al.* Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 75-81, 2012.

MALTA D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MAIA, L. F. S. *et al.* Assistência de enfermagem ao adulto com agravos respiratórios. **Revista Recien.**, v. 6, n. 18, p. 85-91, 2016.

MONDADORI, A. G. *et al.* Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. **Fisioter. Pesqui.**, v. 23, n. 3, p. 294-300, 2016.

NOGUEIRA L. S. *et al.* Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n. 1, p. 59-67, 2012.

PINHEIRO, B. V.; PINHEIRO, G. S. M.; MENDES, M. M. Entendendo melhor a Insuficiência Respiratória Aguda. **Pulmão RJ.**, v. 24, n. 3, p. 3-8, 2016.

RODRIGUEZ A. H. *et al.* Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 2, p. 229-234, 2016.

SILVA M. C. M; SOUSA R. M. C; PADILHA K. G. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 911-919, 2011.

CAPÍTULO 3

PROPOSTA DE REESTRUTURAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI

*Nahadja Tahaynara Barros Leal¹
Loisláyne Barros Leal²
Bárbara Letícia de Queiroz Xavier³
Maria Tibéria da Silva Carolino⁴
Taciana da Costa Farias Almeida⁵*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.3

1 Universidade Estadual da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-4833-9914>. nahadja@gmail.com

2 Universidade Estadual do Ceará. <https://orcid.org/0000-0002-1294-686X>. loislaynebarros@gmail.com

3 Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://orcid.org/0000-0003-1622-9128>. barbaraleticiaqx@gmail.com

4 Faculdade Santa Maria. <https://orcid.org/0000-0002-3518-997X>. tiberiacarolino@gmail.com

5 Universidade Federal da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-9390-9656>. tacionacfalmeida@gmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo é o de reestruturar as etapas que compõem a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) de uma unidade de terapia intensiva. Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo e descritivo. A amostra foi constituída de prontuários dos pacientes internados em uma UTI-Adulto. A coleta de dados foi dividida em duas fases: a primeira constou do levantamento de dados para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem (DE) e a segunda da elaboração de instrumentos para operacionalização da SAE. Foram analisados 30 prontuários e encontrados 40 DE, com predominância do risco para aspiração em 90% (27) dos pacientes. Posteriormente foram elaborados os seguintes impressos: histórico de enfermagem, SAE, prescrições de enfermagem, admissão, evolução e anotações de enfermagem. Concluímos que o estudo realizado possibilitou a reestruturação da SAE proposta. Acredita-se que os instrumentos elaborados facilitarão os relacionamentos interpessoais entre a equipe multiprofissional, clientes e familiares, agregando assim eficácia e segurança ao cuidado prestado.

Palavras-chave: Processos de enfermagem. Unidade de terapia intensiva. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia do cuidado que busca obter resultados eficazes na implementação de um plano terapêutico. Sua utilização possibilita aos clientes atendimento em menor tempo e com maior qualidade (MAROSO *et al.*, 2015).

A SAE deve estar ajustada a instituição e setor de saúde que será implantada, adequando-se ao quantitativo de profissionais, carga horária semanal de serviço, perfil de atendimentos, dentre outros aspectos, principalmente no âmbito da unidade de terapia intensiva (UTI) local em que os pacientes internados requerem maior atenção (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Dentre as dificuldades relatadas para o emprego da SAE, estudos apontam a falta de habilidades profissionais e carência de insumos e sobrecarga de trabalho (YAMAUCHI *et al.*, 2015), excesso de atividades burocráticas; falta da continuidade das atividades propostas e de impressos adequados (MOREIRA *et al.*, 2012).

Contudo, o interesse em realizar este estudo partiu das vivências como integrante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) – Redes de Atenção (RAS). Observou-se, com o levantamento do perfil dos pacientes atendidos

na UTI a utilização de impressos com ausência de informações importantes para elaboração de planos de cuidado na rotina do setor.

Levando em consideração o exposto, este estudo propôs reestruturar as etapas que compõem a SAE de uma UTI. Por meio do levantamento dos diagnósticos de enfermagem (DE) e a elaboração de instrumentos com os mais prevalentes, de acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA); prescrições de enfermagem baseadas na *Intervention Classification* (NIC) e resultados esperados de acordo com a *Nursing Intervention Classification* (NOC).

2 METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa metodológica, quantitativa, exploratória e descritiva. Desenvolvida em uma UTI - Adulto de um hospital de ensino do estado da Paraíba. O setor é referência para casos graves de doenças infecto contagiosas, emergências clínicas e cirúrgicas. A mesma dispunha de nove leitos ativos.

A população deste estudo foi constituída de prontuários dos pacientes internados na UTI-Adulto agosto a novembro de 2014. Para a seleção dos prontuários, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos assistidos na UTI adulto, por no mínimo de 24 horas, com idade igual ou superior a 18 anos e foram excluídos pacientes que não obtiveram registros durante a internação.

Para operacionalização das ações e efetivação da proposta deste estudo, o mesmo foi dividido em duas fases, as quais são apontadas a seguir: fase de Coleta Dados para Elencar os Diagnósticos: foi aplicado um formulário, contendo dados relacionados à identificação do paciente e fase de Elaboração de Instrumentos para SAE: foram elaborados as intervenções e resultados esperados de enfermagem, com base nos dez DE mais prevalentes, utilizando as taxonomias NANDA, NIC e NOC.

Os dados coletados, durante as fases I e II estabelecidas anteriormente, foram submetidos a análises descritivas pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 15.0.

A formulação dos instrumentos utilizou os preceitos da Teoria da Wanda Horta, a qual estabelece que a enfermagem deve adaptar suas maneiras de cuidar a cultura e necessidades dos usuários, em busca da integralidade da assistência (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

A pesquisa obteve aprovação pelo comitê de ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro, parecer nº712.232, emitido em 18 de junho de 2014. E sua reali-

zação seguiu as recomendações da resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, resguardando o sigilo das informações.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados dados de 30 prontuários de pacientes internados na UTI que atenderam aos critérios estabelecidos, no período de agosto a novembro de 2014, sendo 60% (18) dos prontuários de sujeitos do sexo masculino e 40% (12) do sexo feminino, com idades variando entre 19 a 85 anos. Identificou-se 42 diagnósticos médicos diferentes, os quais classificados conforme os sistemas orgânicos, descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência e porcentagem de diagnósticos médicos identificados de acordo com os sistemas orgânicos afetados, na UTI. N=30. Campina Grande-PB, Brasil. 2015.

SISTEMAS ORGÂNICOS	n	%
Respiratório	35	117,1
Cardiovascular	12	40,3
Geniturinário	11	36,8
Gastrintestinal	08	27,0
Imunológico	07	23,4
Endócrino/metabólico	06	20,2
Neurológico	06	20,2
Tegumentar/ musculoesquelético	06	20,2
Hematológico	01	03,4

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Referindo-se aos DE, o instrumento adotado no local do estudo não dispõe de espaço apropriado para o registro dessa etapa que compõe a SAE, portanto todos os DE, foram elaborados pelas pesquisadoras após aplicação do formulário, as mesmas passaram por capacitação anterior. Para os 30 prontuários foram encontrados 340 DE, obtendo-se 40 títulos diagnósticos, destes 30 são reais e 10 de risco. Descritos a seguir, os de maior frequência, que nortearam a construção dos instrumentos, na tabela 2.

Tabela 2 - Frequência e porcentagem dos DE mais frequentes na UTI, Campina Grande-PB, Brasil. 2015. N=30.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM	N	%
Risco de aspiração	27	90,0
Déficit no autocuidado para banho e higiene íntima	25	83,4
Eliminação urinária prejudicada	23	76,7
Comunicação verbal prejudicada	20	66,7
Risco de infecção	20	66,7
Ventilação espontânea prejudicada	20	66,7
Déficit no autocuidado para vestir-se	17	56,7
Dentição prejudicada	13	43,4
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	13	43,4
Integridade da pele prejudicada	12	40,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A fase II deste estudo tinha como propósito a elaboração de características definidoras, aspectos observados que podem ser agrupados como manifestações de um diagnóstico real, de promoção da saúde ou bem-estar; fatores relacionados, elementos associados a uma determinada condição de saúde; e os fatores de risco, conjunto de componentes psicobiológicos, químicos, genéticos e ambientais os quais acarretam aumento da vulnerabilidade de uma família, comunidade ou indivíduo de ser acometido por eventos negativos a saúde. Informações seguem descritas na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos DE, fatores relacionados e características definidoras. N=30. Campina Grande-PB, Brasil. 2015.

TÍTULO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATOR RELACIONADO/ FATOR DE RISCO
Risco de aspiração		Alimentação por sonda; presença de sonda endotraqueal; presença de traqueostomia; nível de consciência reduzido.
Déficit no autocuidado para banho/ higiene íntima	Incapacidade de acessar o banheiro; incapacidade de lavar o corpo; incapacidade de secar o corpo; capacidade prejudicada de colocar itens do vestuário.	Dor; fraqueza; prejuízo perceptivo; prejuízo neuromuscular; prejuízo musculoesquelético.
Eliminação urinária prejudicada	Disúria; frequência; incontinência; retenção; urgência.	Dano sensorio motor; infecção do trato urinário; múltiplas causas; obstrução anatômica.
Comunicação verbal prejudicada	Não consegue falar; verbaliza com dificuldade.	Barreiras físicas; alteração no sistema nervoso central; defeitos anatômicos.

		anatomicos.
Risco de infecção		Defesas primárias inadequadas; defesas secundárias inadequadas; exposição ambiental aumentada a patógenos; procedimentos invasivos.
Ventilação espontânea prejudicada	Agitação; dispneia; Po2 diminuída; Pco2 aumentada; Saturação de O2 diminuída; uso aumentado da musculatura acessória.	Fadiga da musculatura respiratória; fatores metabólicos.
Déficit no autocuidado para vestir-se	Capacidade prejudicada de colocar itens do vestuário necessários; incapacidade de tirar as roupas.	Dor; fraqueza; prejuízo perceptivo; prejuízo neuromuscular; prejuízo musculoesquelético.
Dentição prejudicada	Ausência de dentes; dentes estragados; halitose.	Barreiras ao autocuidado; higiene oral ineficaz; conhecimento deficiente a respeito da saúde bucal.
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	Mudanças na frequência respiratória; ruídos adventícios respiratórios; tosse ineficaz; tosse ausente.	Presença de via aérea artificial; secreções retidas.
Integridade da pele prejudicada	Destruição das camadas da pele; invasão de estruturas do corpo; rompimento da superfície da pele.	Extremos de idade; fatores mecânicos; imobilidade física.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Para cada DE encontrado, foi elaborado um resultado conforme o NOC e selecionada as intervenções pertinentes. A tabela 4, contém todos os resultados de enfermagem elaborados de acordo com os DE mais prevalentes.

Tabela 4 - Distribuição dos resultados de enfermagem de acordo com os DE frequentes. N=30. Grande-PB, Brasil. 2015.

TÍTULO	RESULTADOS DE ENFERMAGEM
Risco de aspiração	Não aspirará secreções gastrintestinais, orofaríngeas, sólidas ou fluidas nas vias traqueobrônquicas durante permanência na UTI.
Déficit no autocuidado para banho/higiene íntima	Realizará atividades de autocuidado no nível esperado/com ajuda ou comunicará satisfação com o que consegue fazer, apesar das limitações.
Eliminação urinária prejudicada	Apresentará eliminação urinária melhorada após intervenção específica em até 24 horas.
Comunicação verbal prejudicada	Apresentará comunicação verbal eficaz por meio de gestos ou fala em 24 horas.
Risco de infecção	Estará livre de processos infecciosos durante o período de internação na UTI.
Ventilação espontânea prejudicada	Apresentará melhora na troca gasosa.
Déficit no autocuidado para vestir-se	Ajudará no ato de vestir-se com o auxílio do profissional envolvido no cuidado.
Dentição prejudicada	Realizará higiene oral com auxílio e entenderá sobre os cuidados com a dentição.
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	Apresentará vias aéreas livres
Integridade da pele prejudicada	Apresentará sinais de cicatrização progressiva da pele

Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Com relação aos diagnósticos médicos verificou-se a predominância dos relativos a doenças do aparelho respiratório, dos quais a pneumonia foi a destacada nos prontuários. É uma patologia infecciosa, que afeta o trato respiratório inferior (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2014) e está associada a altos índices de morbimortalidade, tempo de internação e custos hospitalares na UTI (BARRETO *et al.*, 2015).

Referindo-se aos DE descritos na tabela 2, o mais frequente foi o Risco de Aspiração, definido como a probabilidade da entrada de secreções advindas do trato gastrintestinal, secreções orofaríngeas de consistência sólida ou líquida nas vias traqueobrônquicas (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Estudo semelhante identificou a ocorrência deste DE em 60,8% dos 240 internos, justificada pela presença de sondas para alimentação, uso de tubos orofaríngeos, nível de consciência reduzido, presentes na maioria dos pacientes (RAMOS *et al.*, 2013).

A fase II constitui-se da elaboração de instrumentos para operacionalizar a SAE e a primeira etapa desse processo é denominada coleta de dados, na qual as informações da clientela preferencialmente devem ser obtidas durante a sua admissão por meio do histórico de enfermagem (RAMALHO NETO; FONTES; NOBREGA, 2013).

Observou-se no decorrer das vivências obtidas com a participação no PET-RAS que o local de estudo escolhido, não continha um instrumento destinado a essa fase inicial. Surgindo assim a necessidade de estruturar um impresso próprio. O instrumento ficou constituído por quatro grandes eixos: identificação do cliente; entrevista, alergias e uso de medicações. Por fim, as observações, local destinado a realização de anotações de enfermagem, condições específicas, intercorrências e outros registros relevantes.

A tabela 3 aponta a distribuição dos DE mais frequentes conforme os fatores relacionados e características definidoras. De posse dessas informações, foi elaborado o instrumento destinado a SAE contendo dados referentes à identificação do paciente. Em seguida, foi elaborado um formulário contendo os dez títulos diagnósticos prevalentes, características definidoras, fatores relacionados e de risco, assim como os resultados para cada DE. A evolução dos diagnósticos e resultados poderá ser acompanhada no mesmo formulário por três dias, utilizando as siglas presentes na legenda do impresso.

Para prescrições de enfermagem foi elaborado outro impresso, com base nas intervenções prioritárias, de acordo com as vivências das pesquisadoras com a rotina da instituição, cultura da região e no modelo do formulário utilizado na UTI participante da pesquisa.

Para os registros de admissão que não tinha na UTI participante e evolução de enfermagem (MEDEIROS; RIBEIRO, 2015), foi desenvolvido também um impresso, o mesmo permite à aplicação da Escala de Braden para se identificar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (BORGHARDT *et al.*, 2016). E no tocante às anotações de enfermagem, também foi elaborado um formulário para uso no setor.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que com a reestruturação da SAE, os cuidados de enfermagem realizados no serviço de UTI do hospital participante da pesquisa poderão ser aprimorados, aumentando substancialmente a qualidade da assistência oferecida.

Cabe destacar que os impressos elaborados foram apresentados à coordenação de enfermagem do setor, com o objetivo de serem implantados na UTI do estudo, após processo de validação do conteúdo e capacitação da equipe de enfermagem para utilização.

Dentre as limitações do estudo destacamos a escassez de pesquisas científicas sobre a elaboração de instrumentos para SAE no ambiente da UTI, que possui uma

clientela com exigência de assistência especializada, além da realização de registros incompletos ou de difícil compreensão, pelos profissionais do setor, dificultando a coleta de dados pertinentes a elaboração dos DE, intervenções e resultados que embasaram a reestruturação da SAE.

REFERÊNCIAS

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.

BARRETO, L. M., *et al.* Principais características observadas em pacientes com doenças hematológicas admitidos em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 27, n. 3, p. 212-219, 2015.

MAROSO, K. I. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? **Cienc. enferm. [Internet]**, v. 21, n. 2, p. 31-38, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200004>. Acesso em: 10 set 2015.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]**, v. 33, n. 3, p. 174-181, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000300023>. Acesso em: 20 out 2015.

MOREIRA, R. A. N. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem em unidade neonatal. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 710-716, 2012.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012- 2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm. [Internet]**, v. 66, n. 2, p. 167-173, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200003>. Acesso em: 12 set 2015.

RAMOS, G. S. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem Documentados em Prontuários de Pacientes Críticos. **Rev. Enferm. Cent. O. Min. [Internet]**, v. 2, n. 3, p. 679-686, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.382>. Acesso em: 10 set 2016.

RAMALHO NETO, J. M.; FONTES, W. D.; NOBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 4, p. 535-542, 2013.

SILVA, S. G.; NASCIMENTO, E. R. P.; SALLES, R. K. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. **Esc. Anna Nery. [Internet]**, v. 18, n. 2, p. 290-295, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140042>. Acesso em: 15 nov 2015.

YAMAUCHI, L. Y. *et al.* Ventilação não invasiva com pressão positiva pós-extubação: características e desfechos na prática clínica. **Rev. bras. ter. intensiva [Internet]**, v. 27, n. 3, p. 252-259, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20150046>. Acesso em: 12 out 2015

CAPÍTULO 4

EFEITOS DO ISOLAMENTO SOCIAL NO QUADRO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

*Gabriela Santos Andrade¹
Guilherme Lages Matias²
Maria Eduarda da Macena Tenorio³
Marcio Vinicius Ferreira Sales⁴
Jeniffer Christine Ferreira de Carvalho⁵
Brenda dos Santos Teixeira⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.4

1 Universidade Federal do Vale do São Francisco. <https://orcid.org/0000-0003-4958-9904>. gabriela.santosandrade@discente.univasf.edu.br

2 Universidade Federal do Vale do São Francisco. <https://orcid.org/0000-0002-0016-246X>. guilherme.lages@discente.univasf.edu.br

3 Universidade Federal do Vale do São Francisco. <https://orcid.org/0000-0002-2548-5927>. mariaeduarda.macena@discente.univasf.edu.br

4 Universidade Federal do Vale do São Francisco. <https://orcid.org/0000-0001-9911-8153>. marcio.vinicius@discente.univasf.edu.br

5 Universidade Federal do Vale do São Francisco. <https://orcid.org/0000-0001-9368-0954>. jenifferchristine.07@gmail.com

6 Universidade Federal do Vale do São Francisco. <https://orcid.org/0000-0001-6062-9669>. b.teixeirast@gmail.com

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar os efeitos do isolamento social no quadro de violência contra a mulher (VCM) no contexto da pandemia da Covid-19. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida através das bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, com estudos publicados no período compreendido entre 2019 e 2021. Foi encontrada uma amostra inicial de 53 artigos, sendo selecionados 10 destes para a realização do estudo, por se tratarem de estudos diretamente relacionados ao tema proposto. Percebeu-se que, com o isolamento social provocado pela pandemia do COVID-19, os casos de violência doméstica aumentaram, em especial o de VCM. Dessa maneira, é evidente a importância da discussão acerca desse tema para que haja a efetivação de medidas de intervenção que contornam esse quadro.

Palavras-chave: Isolamento social; Violência doméstica; Violência contra a Mulher; Coronavírus.

1 INTRODUÇÃO

Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o mundo vive uma pandemia do novo coronavírus, decorrente das altas taxas de transmissão do vírus SARS-CoV-2. A alta transmissibilidade desse vírus, responsável pela síndrome respiratória aguda grave, promoveu um isolamento e consequente reorganização na forma de vida em sociedade, a fim de tentar minimizar os problemas trazidos pela doença (SILVA *et al.*, 2020). Dentre os diversos desafios a serem enfrentados em decorrência desse contexto, destaca-se o aumento da violência doméstica, em especial, os casos de violência contra mulher (VCM) (VIEIRA *et al.*, 2020).

Sabe-se que a VCM é definida como um ato ou uma omissão pautada no gênero e pode provocar desde o sofrimento psicológico até a morte das vítimas. Em um contexto não pandêmico, os casos de VCM já tinham números preocupantes, visto que, segundo a OMS, cerca de 30% das mulheres do mundo já sofreram violência doméstica, principalmente pelos pares, os quais são responsáveis por 38% dos feminicídios (VIEIRA *et al.*, 2020; CORTES *et al.*, 2020).

Dessa forma, o isolamento social surgido em decorrência da Covid-19 acentou ainda mais um quadro que já era preocupante, pois gerou efeitos econômicos e emocionais negativos. Em razão da ampliação no número de desempregados, houve uma redução nas rendas familiares e consequente aumento da vulnerabilidade social, podendo ser considerado um dos principais pilares para a elevação dos casos

de VCM, em paralelo com o maior período de convívio entre os familiares, elevando os níveis de estresse e as chances de desentendimentos e brigas (CORTES *et al.*, 2020; PLATT *et al.*, 2020).

Nesse sentido, tais dados revelam a necessidade de se tratar acerca da VCM no contexto de isolamento social em período pandêmico (MORAES *et al.*, 2020). Para isso, é importante que haja a compreensão dos principais fatores que influenciam no aumento do número de mulheres vítimas de violência doméstica. Assim, será possível delinear medidas de intervenção que permitam, de maneira mais prática, diminuir tais efeitos (VIEIRA *et al.*, 2020; CORTES *et al.*, 2020).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), a fim de possibilitar uma síntese dos estudos e proporcionar um conhecimento a respeito da temática. O objeto de estudo foi a produção do conhecimento em periódicos que retratavam acerca do efeito do isolamento social no quadro de VCM no período de pandemia da Covid-19, conforme as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed.

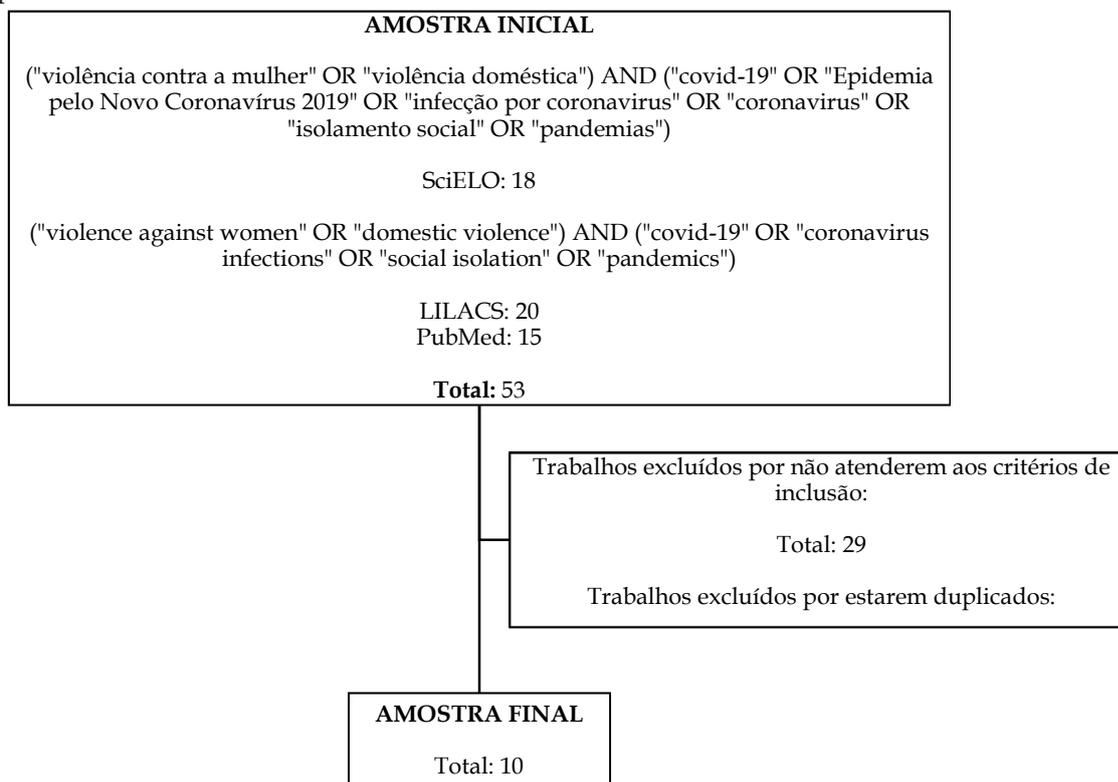
A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro de 2021. Para o levantamento bibliográfico foram utilizados os descritores em saúde (Decs): “violência contra a mulher”, “violência doméstica”, “covid-19”, “epidemia pelo novo coronavírus 2019”, “infecção por coronavírus”, “coronavírus”, “isolamento social”, “pandemias”, “*violence Against Women*”, “*domestic violence*”, “*coronavirus infections*”, “*social isolation*” e “*pandemics*”. Esses descritores foram combinados e agrupados com os operadores booleanos AND e OR. Dessa forma, foram identificados 20 artigos na LILACS, 15 na PubMed e 18 na SciELO, totalizando 53 artigos.

Para a inclusão de literaturas na amostra, adotaram-se como critérios: disponibilização integral, online e gratuita, com recorte temporal compreendido entre 2019 e 2021; publicação em português, inglês ou espanhol em periódicos nacionais e internacionais e indexação nas bases de dados referidas. Foram excluídos: estudos duplicados, informes técnicos, monografias, teses, dissertações e estudos não condizentes ao tema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de uma amostra inicial de 53 artigos, foram selecionados 10 como *corpus* de análise, por se tratarem de estudos diretamente relacionados ao tema proposto (figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos, conforme critérios de eleição baseados no tema proposto.



Fonte: Própria pesquisa, 2020.

Quadro 1 - Síntese dos estudos obtidos na Revisão Integrativa (2020)

Nº	AUTOR/ ANO	TÍTULO
1	MAZZA, M. <i>et al.</i> (2020)	Danger in danger: interpersonal violence during Covid-19 quarantine
2	CORTES, L. F. <i>et al.</i> (2020)	Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da Covid-19
3	SANTOS, L. S. E. <i>et al.</i> (2020)	Impacts of the Covid-19 pandemic on violence against women: reflections from the theory of human motivation from Abraham Maslow
4	VIEIRA, P. R. <i>et al.</i> (2020)	Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?
5	SILVA, A. S. <i>et al.</i> (2020)	Marital violence precipitating/intensifying elements during the Covid-19 pandemic
6	LIRA, M. O. S. C. <i>et al.</i> (2020)	Repercussões da Covid-19 no cotidiano da mulher: reflexões sob o olhar sociológico de Michel Maffesoli
7	PLATT, V. B. <i>et al.</i> (2020)	Violence against children and adolescents: notification and alert in times of pandemic
8	CAMPOS, B. <i>et al.</i> (2020)	Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS-CoV-2/ Covid-19 em São Paulo
9	MORAES, C. L. <i>et al.</i> (2020)	Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento
10	EYZAGUIRRE, S. M. <i>et al.</i> (2020)	Violencia de género/familiar en tiempos de cuarentena: revisión crítica de la literatura

Fonte: Própria pesquisa, 2020.

O distanciamento social, indispensável no controle da pandemia da COVID-19, trouxe à tona uma série de consequências sociais, econômicas e psicológicas para toda a sociedade (MORAES *et al.*, 2020). Dentre estas, identifica-se o aumento das violências praticadas no domicílio, fato já observado em outros períodos de grandes catástrofes e crises econômicas (SILVA *et al.*, 2020). Devido ao convívio constante entre parceiros e familiares dentro de casa, intensifica-se a ocorrência de discussões, brigas e violências, transformando o lar em um local mais perigoso para as populações mais vulneráveis, dentre estas, destaca-se as mulheres (CORTES *et al.*, 2020).

Um dos motivos que favorece o aumento da VCM nesse período é a crise econômica (CAMPOS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020). Sabe-se que, em cenários anteriores à pandemia, boa parte das mulheres tinham dificuldade em deixar o agressor pela dependência econômica em relação a ele (MAZZA *et al.*, 2020). Com a COVID-19, esse efeito foi intensificado, visto que houve uma redução salarial e aumento na taxa de desemprego, sendo as mulheres as protagonistas nessas estatísticas (LIRA *et al.*, 2020). Além disso, a presença de uma renda familiar menor agrava os níveis de estresse, visto as responsabilidades econômicas existentes para a manutenção do lar, ocasionando maiores desentendimentos e, por vezes, a violência marital (MORAES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Ademais, este período provocou uma maior desestabilização emocional por parte das mulheres o que, aos olhos dos seus companheiros, representa vulnerabilidade (PLATT *et al.*, 2020). Isso acontece, pois, no contexto pandêmico, as atribuições

femininas foram multiplicadas, dado as atribuições domésticas somadas ao cuidado com os filhos em tempo integral, além da preocupação da contaminação com o vírus (LIRA *et al.*, 2020; MORAES *et al.*, 2020; CAMPOS *et al.*, 2020). Todos esses aspectos culminam em uma sobrecarga de estresse e ansiedade, configurando um terreno fértil para o abusador.

Um outro ponto que corrobora para o aumento da violência marital neste período é o crescimento no consumo de álcool e outras drogas. É verídico que a utilização dessas substâncias sempre esteve relacionada com a VCM, independente da COVID-19, porém foi observado que, na pandemia, em busca de uma válvula de escape para o isolamento, houve um aumento no consumo delas (CAMPOS *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

No que diz respeito às respostas institucionais, a pandemia sobrecarrega determinados serviços, como a assistência social, a segurança pública, a justiça e, principalmente, a saúde (CORTES *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020). Isso leva a uma redução na oferta de apoio às mulheres que sofrem com a violência doméstica, afinal, na rede de apoio, os primeiros contatos da vítima são com os serviços de saúde e policiais. Assim, com essa reestruturação institucional, muitas mulheres acabam não buscando ajuda, perpetuando a violência sofrida por elas (VIEIRA *et al.*, 2020; PLATT *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Além da redução na oferta dos serviços, a pandemia traz consigo algumas dificuldades no acesso às redes de apoio já existentes. A soma do medo do contágio, da dificuldade na locomoção e do distanciamento social formam a tríade que dificulta esse acesso. Devido ao isolamento, os serviços de transporte público foram suspensos e impediram a ida de muitas vítimas em busca de ajuda, além de ter aumentado o tempo de convívio com o parceiro, resultando em uma maior vigilância e, consequentemente, menor oportunidade da vítima ir em busca de apoio, seja através dos serviços públicos ou de parentes e familiares (PLATT *et al.*, 2020; CORTES *et al.*, 2020; VIEIRA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Visto as limitações presentes no acesso às redes de apoio, o número de boletins de ocorrência de VCM diminuiu. No entanto, o número de feminicídios ocorridos em São Paulo em março de 2020 aumentou em 44,9%, quando comparado ao mesmo período do ano anterior (SANTOS *et al.*, 2020; PLATT *et al.*, 2020), indicando uma provável subnotificação de casos de mulheres vítimas desta violência. Dessa maneira, apesar do aumento do feminicídio, a simultaneidade com as subnotificações camuflam a realidade, revelando a necessidade de uma maior discussão acerca dessa problemática.

Diante desse cenário, a Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB) e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) lançaram em 10 de junho de 2020 a campanha Sinal Vermelho Contra a Violência Doméstica. Tal iniciativa oferece um canal silencioso de denúncia e suporte por intermédio das farmácias, auxiliando as mulheres vítimas de violência. Além disso, no dia 07 de julho de 2020 foi sancionada a Lei nº 14.022 que assegura o pleno funcionamento de órgãos de atendimento a mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas e cidadãos com deficiência vítimas de violência doméstica, durante a pandemia de COVID-19 (PLATT *et al.*, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a pandemia da COVID-19 trouxe inúmeras consequências para a sociedade, sendo o aumento da violência contra as mulheres uma delas. Visto que os principais fatores que provavelmente ocasionou o crescimento das taxas de VCM na pandemia foram a crise econômica, a desestabilização emocional e o aumento no consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas por parte do companheiro, é importante um maior desenvolvimento de medidas de enfrentamento no combate à essa violência.

Tendo em vista o contexto pandêmico, pode-se ampliar a rede de acolhimento para diminuição aos agravos na saúde mental e o uso abusivo de álcool e outras drogas, como também, criar mais centros de acolhimento à mulher. Além disso, o desenvolvimento de plataformas virtuais seguras e de fácil operacionalização, podem ser uma alternativa de comunicação para as vítimas, na ausência de redes de apoio e isolamento físico. Ainda nesse contexto, é importante o direcionamento de recursos para o aumento das equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência, permitindo, assim, que o direito à segurança e integridade da mulher possa ser exercido.

REFERÊNCIAS

MAZZA, M. *et al.* Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. **Psychiatry Research**, [S. l.], 30 abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>. Acesso em: 3 fev. 2021.

CORTES, L. F. *et al.* Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da covid-19/Protection of women in situations of violence in the context of the covid-19 pandemic. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 15 set. 2020.

SANTOS, L. S. E. *et al.* Impacts of the Covid-19 pandemic on violence against women: reflections from the theory of human motivation from Abraham Maslow. **Health Sciences**, [s. l.], 8 jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.915>. Acesso em: 3 fev. 2021.

VIEIRA, P. R. *et al.* Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, 22 abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200033>. Acesso em: 3 fev. 2021.

SILVA, A. F. *et al.* Marital violence precipitating/intensifying elements during the Covid-19 pandemic. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, ed. 9, p. 3475-3480, 24 abr. 2020.

LIRA, M. O. S. C. *et al.* Repercussões da Covid-19 no cotidiano da mulher: reflexões sob o olhar sociológico de Michel Maffesoli. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 11, ed. 2, p. 231-235, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4112>. Acesso em: 3 fev. 2021.

PLATT, V. B. *et al.* Violence against children and adolescents: notification and alert in times of pandemic. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, 28 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267>. Acesso em: 3 fev. 2021.

CAMPOS, B. *et al.* Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS-CoV-2/ Covid-19 em São Paulo. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, ed. 32, 4 set. 2020.

MORAES, C. L. *et al.* Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, ed. 2, 30 set. 2020.

EYZAGUIRRE, S. M. *et al.* Violencia de género/familiar en tiempos de cuarentena: revisión crítica de la literatura. **EsSalud**, [s. l.], 14 maio 2020.

CAPÍTULO 5

MODELAGENS DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM DIFERENTES REALIDADES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NACIONAIS

*Gabrielly de Carly Pereira Carvalho¹
Sarah Vasques Cabus²
Iani Narciza de Araújo³
Maria de Fátima de Lima Teixeira⁴*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.5

1 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0001-7576-1734>. gabriellycarly@gmail.com

2 Centro universitário do norte -UNINORTE. <https://orcid.org/0000-0001-8057-0350>. sarah_vasques@hotmail.com

3 Univerdade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0001-7863-8061>. ianinarciza@hotmail.com

4 Centro Universitário Christus. <https://orcid.org/0000-0002-4416-8564>. mflteixeiraa@gmail.com

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de relatar a vivência prática de uma enfermeira da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) sobre o acolhimento em duas UBS de cidades diferentes, durante o período o ano de 2017 e 2019 em uma UBS do município de João Pessoa-PB e em estágio optativo no mês de novembro de 2018 UBS do Crato-CE. Como instrumentos de coleta de dados foi utilizado um diário de campo contendo anotações sobre as atividades desenvolvidas durante a formação. O estudo analisou as diferenças, potencialidades e fragilidades das UBS. Conclui-se o desequilíbrio na organização do fluxo ao acesso dos usuários com acolhimento, necessitando-se que sejam mais discutidos e planejados nos municípios nacionais para organização, humanização, equidade e resolutividade do mesmo.

Palavras-chave: Acolhimento. Escuta qualificada. Escuta qualificada. Classificação de Risco. Atenção Básica.

1 INTRODUÇÃO

Considerando a Atenção Básica - AB como primeiro ponto de atenção da rede de serviços e porta de entrada preferencial do sistema que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde no sentido de coordenação do cuidado e ordenação dessa rede, a Estratégia Saúde da Família - ESF surgiu para reorganização do processo de atendimento (MACHADO *et al.*, 2016).

A partir de sua criação, tornou-se o instrumento norteador de todas as ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), esta possui o acolhimento como uma das principais diretrizes éticas, estéticas e políticas, estabelecendo o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde. Além disso, o acolhimento com classificação de risco ajuda a equipe multiprofissional a direcionar o fluxo das instituições de saúde de acordo com a demanda da população e não pela oferta de ações de serviços disponíveis (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, o desafio é que todos os usuários passem por uma escuta qualificada para relatar suas queixas a fim de que possa ser considerado as suas particularidades, direcionando seu atendimento de forma que atenda suas necessidades, com resolutividade (OLIVEIRA, 2009).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea, por ser um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que

é preciso tratar diferentemente os desiguais, é essencial que os serviços de saúde possam atender as necessidades individuais de cada um, oferecendo uma assistência diferente para os que precisarem dela (BRASIL, 2012).

Diante desse contexto, observando que as modelagens de acolhimento como dispositivo de organização do processo de trabalho da equipe podem variar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre municípios brasileiros, o presente estudo tem o objetivo de relatar a vivência prática de uma enfermeira da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sobre o acolhimento em duas unidades de saúde de estados diferentes.

2 METODOLOGIA

O trabalho consiste em um estudo descritivo, com abordagem qualitativa na modalidade de relato de experiência vivenciado por uma enfermeira residente, no Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMS-FC), que realizou intercâmbio interestadual durante seu processo formativo nesta residência.

O cenário de estudo foi em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de estados diferentes durante o período compreendido entre 2017 e 2019 em uma UBS do município de João Pessoa-PB e em outra durante o estágio optativo no mês de novembro de 2018 UBS do Crato-CE.

Para facilitar o entendimento da organização do trabalho, foram denominadas UBS 1 e UBS 2. Cada unidade apresentou um formato de organizar o fluxo e apresentou alguns resultados similares e diferentes.

As demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Em uma perspectiva discursiva a demanda é uma mescla de direitos, necessidades e desejos, que assumem conotações distintas de acordo com o processo específico de interanimação dialógica.

Como instrumentos de coleta de dados foi utilizado um diário de campo contendo anotações sobre as atividades desenvolvidas durante a formação, dados primários produzidos nas duas UBS para discussão de sala de situação, impressões e observações sobre a condução das equipes sobre o fluxo e atitude dos profissionais para garantir acesso, resolutividade nos serviços.

A análise foi feita utilizando a literatura que abordasse a temática, pesquisas em documentos como: portarias, políticas, cadernos e manuais do ministério da saúde, além de artigos em bases eletrônicas confiáveis.

Para a análise das diferenças na modelagem de acolhimento e quanto a organização do fluxo da demanda na recepção dos usuários, indagadas pelas perguntas:

Quadro 1 - Perguntas norteadoras.

Perguntas norteadoras	
1	Como é realizado a organização do fluxo do usuário nas referidas UBS (fluxo de acordo com a oferta da unidade ou fluxo de acordo com a demanda espontânea)?
2	O fluxograma das UBS 1 e 2 oferece alguma barreira organizativa/funcional?
3	Quais as principais semelhanças e diferenças quanto a organização do fluxo das UBS 1 e 2?
4	Quais os profissionais participam do acolhimento? É realizada a escuta qualificada?
5	Quais benefícios o programa de prontuário eletrônico traz para organização do fluxo de usuário?
6	Quais os impactos dessas organizações de fluxo do usuário na resolutividade da demanda espontânea?
7	Qual UBS mais se aproxima do preconizado pela PNH em detrimento do uso acolhimento como dispositivo de organização do processo de trabalho?

Fonte: autoria própria, 2019.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Ministério da Saúde prioriza a Atenção Básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, e destaca o acolhimento como proposta de inverter a lógica da organização dos serviços de saúde, sendo um modelo que deve enquadrar-se na realidade do território, ou seja, levando em consideração as especificidades e necessidades de saúde da população atendida (MELO *et al.*, 2017).

As unidades básicas de saúde em análise: UBS 1 de João Pessoa-PB e UBS 2 do Crato-CE apresentam suas equipes multiprofissionais no formato da ESF, divisão territorial e adscrição de clientela seguindo a Política Nacional de Atenção Básica. As duas atendem, aproximadamente, uma população de 3 mil usuários, com acompanhamentos de médico, da equipe de enfermagem, da equipe de odontologia e dos agentes comunitários de saúde (ACS) com carga horária de 40h semanais.

Foram evidenciadas que as diferenças acontecem na forma pela qual é organizado o “fluxo de acolhimento” nas duas realidades de UBS, analisando pontos de semelhanças e diferenças, o que os profissionais entendem por acolhimento e os im-

pactos dessas organizações na resolubilidade das necessidades dos usuários, considerando suas particularidades e as diversidades do território e o perfil profissional.

A UBS do município de João Pessoa-PB atende no horário das 7 às 8 horas no período matutino e das 12 às 13h no período vespertino, objetivando triar a demanda para os atendimentos disponíveis. Já na UBS do município do Crato-CE difere com uma escuta inicial no horário de 8h no período matutino onde realiza o acolhimento com classificação de risco, utilizando o programa de prontuário eletrônico, organizando o fluxo de usuário de forma alternada, entre os agendados e demanda espontânea.

Na UBS 1, observa-se o início do fluxo na recepção, onde os usuários são direcionados à sala de espera da equipe, sendo este o local destinado à realização do acolhimento/escuta qualificada, a partir dessa escuta é feita uma triagem pela equipe multiprofissional, composta por enfermeira, técnica de enfermagem, médica, dentista e auxiliar bucal. Os agentes comunitários de saúde participam do acolhimento na forma de organização do local destinado ao acolhimento. Cada profissional da equipe tem seu dia no acolhimento, seguindo a ordem de uma escala.

Esse fluxo de organização é realizado da seguinte forma, o usuário ao chegar na recepção quando for consulta agendada é retirado o prontuário por ordem de chegada, para atendimento. Quando não for caso agendado, o usuário é encaminhado para o acolhimento, o profissional responsável pela “escuta qualificada”, realizando uma triagem de acordo com a necessidade exposta pelo paciente, analisando caso agudo para atendimento no dia, ou agendamento programático de acordo com a oferta do serviço.

O estudo Moreira *et al.*, (2017) revela que muitos profissionais continuam caracterizando o acolhimento como uma triagem e este não deve ser simplificado à priorização dos casos, mas sim a uma escuta mais ampla que aquele atendimento pontual num momento de urgência e resolução de problema.

No entanto, quando observa a UBS 2, o fluxo de organização dos usuários, no momento da escuta qualificada, é utilizado a classificação de risco. No estudo de Rossato *et al.*, (2018) revela que ao implementar a classificação de risco como diretriz operacional requer mudança no fazer em saúde, pois neste processo de avaliar, necessita além de uma análise, uma capacitação específica e um protocolo pré-estabelecido para então atender com agilidade o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

No entanto, o acolhimento na UBS 2 é realizado apenas por uma única profissional, a enfermeira da unidade, contradizendo a PNH sobre responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de coordenação do cuidado e produção de saúde.

Outro fato sobre a UBS 2, é o uso do prontuário eletrônico na escuta inicial, que realiza acolhimento com classificação de risco, e organiza o fluxo de usuários, alternando entre um agendado e uma demanda espontânea. Diferente da UBS 1, que limita o tempo destinado à escuta qualificada. Realidade semelhante encontrada no estudo de Speroni (2014), onde o acolhimento quando se limita a um horário específico tende a fragilizar o acesso, e conseqüentemente à escuta qualificada.

A UBS 2 traz inovação quanto à operação do fluxo de usuários, acolhe com classificação de risco realizado pela enfermeira, separando pelas cores verde, amarelo ou vermelho. Que segue o preconizado pelo Caderno de atenção básica (Queixas mais comuns na Atenção Básica) Brasil (2012), verde- atendimento no dia (risco baixo), a exemplo de disúria, tosse sem sinais de risco, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar e usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro lugar.

Um nó crítico encontrado na UBS 1, é a forma com que alguns profissionais utilizam esse momento de acolhimento, por vezes, para realizar consultas rápidas e, dessa forma, reduzir a demanda do dia. Principalmente o médico, que quando está no acolhimento, os usuários tendem a querer somente o mesmo, para serem ouvidos, na expectativa de resolver seu problema rápido. Podendo perceber que essa atitude traz pouca resolutividade, pela fragilidade da escuta qualificada, apesar de dar uma ideia de reduzir o tempo de espera dos usuários.

Essa prática reflete no modelo biomédico, sendo encontrado também em outro estudo Souza *et al.* (2010), a falta de articulação da equipe multiprofissional, fragmenta o acolhimento e o conhecimento, por parte dos mesmos, das demandas em saúde da população adscrita da equipe, além de reforçar a hegemonia médica.

Outra questão que compromete a qualidade da escuta na UBS 1 é a ausência de privacidade, provocada pela própria estrutura da unidade à disposição das cadeiras durante esse momento. Fato semelhante encontrado na pesquisa de Duarte *et al.*, (2017), uma das queixas mais ouvidas, como obstáculo limitante para a potencialidade do acolhimento foi a necessidade de um local adequado para a realização da escuta ao usuário. O trabalho de Brehmer e Verdi (2010) apresenta achados semelhantes no que relata, se for feita comparação da realidade de várias unidades, o

acolhimento não tem um local adequado para os usuários exporem a gravidade do seu estado, sem perder a privacidade.

Ao analisar o acolhimento da UBS 1 é visto o comando do fluxo pela oferta do serviço. Tornando-se mais uma triagem, pela qual, se diferencia os agudos do dia, e os agendados, na qual as queixas são analisadas quanto ao risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social, mas com condutas rápidas. Além disso, são realizados encaminhamentos, pedidos de exames laboratoriais e orientações gerais. Ficando a desejar no que realmente a PNH preconiza. Realidade semelhante na pesquisa de Duarte *et al.*, (2017) visualizando que os profissionais realizam mais uma triagem do que o acolhimento, de fato.

Em contrapartida, a organização do fluxo pela UBS 2, após a implantação do acolhimento com classificação de risco, houve uma facilidade de comunicação entre os profissionais, pois os mesmos têm acesso ao programa do prontuário eletrônico, em que após a escuta e classificação, os atendimentos mais urgentes são tratados em tempo hábil, evitando espera e agravamento do quadro. Os profissionais consideram a vulnerabilidade social, buscando a equidade, abrindo uma agenda ampliada com estratificação de grupos e indivíduos mais necessitados.

Já o município de João Pessoa aderiu ao sistema com coleta de dados simplificada (CDS), sistema de transição, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação, é um dos componentes da estratégia e-SUS AB, adequada para UBS não informatizada.

Nesse contexto, o acolhimento da UBS 2 acontece de acordo com PNH, com sistema de classificação de risco e prontuário eletrônico, melhora o fluxo de trabalho para o qual se destina os atendimentos, tendo fluxos dinâmicos, facilitando na organização da demanda espontânea, e reorganização do processo de trabalho, reconhecendo os problemas de saúde e suas prioridades de atendimento para maior resolubilidade com equidade.

No que diz respeito a esse pensamento, Guerrero *et al.*, (2013) revela o processo de acolhimento com classificação de risco, proporciona atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. De encontro com Brasil (2013) que defende a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Diante do discutido, evidencia métodos diferentes na organização do fluxo de usuários, em que é permitido, desde que prevaleça uma abordagem justa, empática com integralidade e equidade. Cada vez mais, torna-se desafiador personificar a escuta qualificada, pois, encontramos problemas com a efetivação do acolhimento, vinculados à organização/funcionalidade, apontados como uma das principais causas de ausência de acesso com resolubilidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que nas UBS existem um desequilíbrio na organização do fluxo ao acesso dos usuários com acolhimento de fato preparado para atender as necessidades da população do território adscrito. De maneira geral, espera-se que o acolhimento e a organização do fluxo ao acesso nos serviços sejam mais bem discutidos e planejados nos municípios nacionais por profissionais, gestores e população, para que haja melhores condições de acesso, organização, humanização e acolhimento com equidade e resolutividade.

O município de João Pessoa apresenta um fluxo organizacional voltado para triagem, em que no momento do acolhimento, difere demanda aguda, para atendimento do dia, e agenda programática, para dar direcionamento ao usuário, qual dia será marcado sua consulta. Já no município do Crato, realiza o acolhimento com classificação de risco, com auxílio do prontuário eletrônico de acordo com as necessidades dos usuários, para atender a demanda espontânea e alternar com os agendados.

Os impactos da organização do fluxo com acesso resolutivo é a melhora no atendimento à demanda espontânea, e elevação da qualidade da escuta no acolhimento, oportunizando uma maior participação da população e vínculo fortalecido. Como enfermeira residente, adentrar no acolhimento causou mudança de prática quanto à tomada de decisão resolutiva, com escuta qualificada, critérios para prioridades, olhar amplo sobre a complexidade dos problemas encontrados e sobretudo empatia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília-DF, Editora do Ministério da Saúde, 2ed. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos da Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2013.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15. s. 3. p. 3569-3578, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123201000090003>. Acesso em: 20 abr. 2019.

DUARTE, K. M. *et al.* O Olhar de Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade sobre o Processo de Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família: Um Relato de Experiência. **III Conbracis**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p.2-10, nov. 2017. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos>. Acesso em: 02 abr. 2019.

GUERRERO, P. *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22. n. 1. p. 132-140, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_16.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

MACHADO, L. M. *et al.* Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 4026, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a09v17n5.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2019.

MELO, M. S. *et al.* **Acolhimento na atenção básica de saúde: vantagens e dificuldades**. Unit: UNIVERSIDADE TIRADENTES, Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, p.9-12, ago. 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/61>. Acesso em: 20 mar. 2019.

MOREIRA, D. A. *et al.* O Sistema de Triagem Manchester na Atenção Primária à Saúde: Ambiguidades e Desafios Relacionados ao Acesso. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.2-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707. Acesso em: 20 mar. 2019.

OLIVEIRA, L. M. L; TUNIN, A. S. M; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Revista APS**. v.4, n.11, p.362-373, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ROSSATO, K. *et al.* Acolhimento com classificação de risco na Estratégia de Saúde da Família: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v.8, n.1, p.144-156, 12 abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26655>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SOUZA, J. H. L. **A implantação do acolhimento no processo de trabalho da equipe de saúde da família de Angicos de Minas Gerais em Brasília de Minas: um estudo de caso**. Corinto - MG, 2010.

SPERONI, A. V.; MENEZES, R. A. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.380-385, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

[php?pid=S1414462X2014000400380&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1414462X2014000400380). Acesso em: 06 abr. 2019.

CAPÍTULO 6

REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO DA TUBERCULOSE PELO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Mariana de Araújo Rocha¹
Rayanne Rilka Pereira da Silva²
Paula Mikaelle Barbosa Costa³
Thaline Ingrid Marques Menezes⁴
Camila Rolim Figueiredo⁵
Láisa de Sousa Marques⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.6

1 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0002-0650-8062>. mmary-araujo@hotmail.com

2 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-1851-6446>. rayanne_rilka@hotmail.com

3 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0002-0765-5873>. Paula_mikaelle@hotmail.com

4 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0001-5123-3232>. thalineingrid@hotmail.com

5 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-4704-8653>. camilakatry_cz@hotmail.com

6 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0001-7428-5131>. laisamarques184@gmail.com

RESUMO

Este estudo tem como objetivo avaliar a realização do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose (TDO) por enfermeiros em Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras, Paraíba. Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa ocorreu nas Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras, dos quais participaram da pesquisa 18 dos 23 enfermeiros da ESF. Neste estudo foi utilizada como técnica para coleta de dados, uma entrevista semiestruturada. Os dados obtidos através da entrevista foram organizados em forma de categorias, as quais foram apresentadas em tabelas. Os resultados da pesquisa foram divididos em duas categorias, nas quais os entrevistados relataram sobre suas percepções acerca do tratamento diretamente observado e a utilização da ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação. A realização deste estudo proporcionou um maior conhecimento a respeito dos fatores relacionados ao TDO da tuberculose, no que tange às dificuldades afirmadas pelos entrevistados, podendo conhecer de perto as necessidades e a falta de conhecimento do seu tratamento e principalmente acompanhamento.

Palavras-chaves: Tuberculose. Terapêutica. Saúde da Família. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (SOUZA; SILVA, 2010). Embora no Brasil sejam realizadas estratégias para o controle dessa doença, ainda é elevada a sua incidência e mortalidade, sendo apresentada como um problema de saúde pública (BRASIL, 2012). O Brasil ocupa a 18ª posição em número de casos tuberculose no mundo, sendo registrados, entre 2005 e 2014, uma média de 70 mil casos novos e 4.400 mortes pela doença no país (BRASIL, 2016).

O coeficiente de incidência de tuberculose para cada 100 mil habitantes foi de 30,9 em 2015. O estado da Paraíba apresenta um coeficiente de incidência menor que o do país com 24,5/100 mil habitantes (BRASIL, 2016). Apesar dessa incidência, a tuberculose ainda é caracterizada como uma doença negligenciada, sendo evidenciada pelo princípio das ações realizadas, voltadas aos seus determinantes sociais (SOUZA *et al.*, 2014).

Um dos enfoques mais importantes contra a tuberculose trata-se do abandono do tratamento, pois é uma das razões para o aumento da mortalidade, incidência e

multidroga resistência (BRASIL, 2002). Assim a Estratégia de Saúde da Família tem o intuito de colaborar para a construção de novas relações entre os profissionais da saúde e a população, contribuindo nos casos de tuberculose para o controle da doença (SOUZA, 2008).

O Tratamento Diretamente Observado da tuberculose (TDO) assegura um vínculo entre o serviço de saúde, o doente e a família, identificando grupos de risco para a não adesão ao tratamento, propiciando uma aproximação dos profissionais, para com os indivíduos e seu contexto social (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, é notável a relevância da supervisão do tratamento da tuberculose pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família, contribuindo assim para o controle da doença, aumentando as chances de cura e diminuindo o número de casos de abandono. Logo, aponta-se a seguinte questão norteadora para o referido estudo: O Tratamento Diretamente Observado é realizado pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família conforme as recomendações do Ministério da Saúde?

O estudo tem o objetivo de avaliar a realização do Tratamento Diretamente Observado da tuberculose por enfermeiros em Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras, Paraíba.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família (UBS) do município de Cajazeiras, localizada no sertão paraibano.

A população do estudo é composta por 23 profissionais enfermeiros de Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras- PB na zona rural e urbana. A amostra foi composta pelos enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa e preencheram os critérios de inclusão e exclusão utilizados para o estudo. Como critérios de inclusão adotados para o estudo compreenderam em: exercer a função de enfermeiro e já ter acompanhado algum caso de tuberculose na UBS. Foram adotados como critérios de exclusão estar de férias ou afastado em licença-saúde.

A pesquisa foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2016 após realizar contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Cajazeiras-PB. Foi utilizada como técnica para coleta de dados, uma entrevista semiestruturada com os componentes da amostra selecionada. As coletas foram realizadas individualmente, contendo questões objetivas, que permitiram a caracterização do

perfil dos sujeitos, e perguntas subjetivas, norteadoras sobre a temática proposta, respeitando a livre expressão de suas representações. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados em local reservado e após isso foram transcritas igual ao que foi falado.

Os dados obtidos através da entrevista foram organizados em forma de categorias, as quais foram apresentadas em tabelas. Os dados qualitativos foram trabalhados por meio da análise de conteúdo (AC) de Bardin (1977) e analisados mediante literatura pertinente. Após transcrever as entrevistas, foram visualizadas as falas, em seguida, agrupadas em categorias de análise (método de análise por categorias temáticas).

Foi realizado aos sujeitos do estudo, esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando a garantia do anonimato e a liberdade de participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa se caso desejar. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores-Universidade Federal de Campina Grande sob CAAE nº 58915116.1.0000.5182 e número do parecer 1.756.039.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 18 dos 23 enfermeiros da ESF do município de Cajazeiras - PB. Os resultados foram alcançados através do roteiro de entrevista semiestruturada. Os dados foram divididos em duas categorias, a primeira referente a percepção dos enfermeiros sobre o TDO e a segunda sobre a utilização de ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação e organizados em tabelas, para uma melhor compreensão.

Categoria 1- Análise da percepção dos enfermeiros sobre o tratamento diretamente observado

Tabela 1 - Descrição da categoria 1 correlacionadas as respectivas subcategorias e frequência de acordo com as falas dos entrevistados. Cajazeiras – Paraíba, 2016.

Subcategoria		
Auxílio no acompanhamento do paciente	“Então assim, eu acho que é bastante interessante a estratégia, porque ela auxilia no acompanhamento do paciente de TB né.” (E - 16) “[...] dar resolutividade ao tratamento, onde o paciente é acompanhado até o fim do tratamento [...]” (E - 4)	06
Observação da tomada do medicamento	“[...] é a medicação administrada diretamente ao paciente, sem ser por terceiros né, então observar na hora que o paciente ingere a medicação.” (E - 10) “[...] é você poder acompanhar a tomada da medicação, fazer com que ele tome e siga o tratamento direitinho.” (E - 11)	06
Entrega da medicação	“[...]os pacientes devem comparecer diariamente né... aí a gente faz a avaliação do quadro clínico dele, e faz a entrega da medicação.” (E - 17) “[...]é como um acompanhamento do paciente, onde eu faço a entrega da medicação”. (E - 1)	02
Criação de vínculo com o paciente	“[...]mas vale ressaltar que o TDO, proporciona um vínculo entre o doente e os profissionais de saúde [...]” (E - 6) “[...]Que o TDO estabelece um vínculo do paciente com o profissional da saúde, assim a equipe tem mais controle do paciente[...].” (E - 5)	04
Prevenção do abandono do tratamento	[...]então acho que aumentou o vínculo do enfermeiro com o paciente com tuberculose, e facilita a situação do não abandono.” (E - 3) [...] assim a equipe tem mais controle do paciente, realizando as visitas domiciliares sem que ele não queira desistir do tratamento[...].” (E - 5)	03
Contribuição na adesão ao tratamento	“[...]Então o TDO, contribui para a questão da adesão do paciente ao tratamento.” (E - 6) “O tratamento observado, é uma modalidade do tratamento que favorece a adesão[...].” (E-14)	02
Prevenção de cepas resistentes	“É uma estratégia importante que o governo traçou, devido à resistência que estava tendo aos fármacos [...]” (E - 7)	01
Total		24

Fonte: Própria pesquisa, 2016.

Categoria 2- Análise da utilização de ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação

Tabela 2 - Descrição da categoria 2 correlacionadas as respectivas subcategorias e frequência de acordo com as falas dos entrevistados. Cajazeiras – Paraíba, 2016.

Subcategoria		f
Não utilização da ficha de acompanhamento	“Não uso não, porque é tão rápido, o paciente chega entrego a medicação e pronto, como eu disse são muitas coisas que tenho que fazer aqui.” (E-1) “[...]acabo não registrando na ficha de acompanhamento devido às outras tantas coisas que tenho que fazer aqui.” (E-7)	04
Uso da ficha de acompanhamento diário	“Sim, todos os dias que os pacientes comparecem é registrada.” (E-17) “Uso sim a ficha de acompanhamento desses pacientes que têm tuberculose, e assim, eu avalio o peso diariamente.” (E-15)	04
Uso da ficha de acompanhamento três vezes na semana	“Sim, porém não é utilizada da forma correta, já que não faço a entrega diariamente, apenas 3 vezes na semana.” (E-16) “Sim. Quando dá para fazer todos os dias, ou o paciente vai na unidade, ou três vezes na semana [...]” (E-6)	02
Uso da ficha de acompanhamento semanal	“Utilizo, mas como eu lhe falei eu entrego a medicação durante uma semana[...]” (E-2) “[...]faz uma vez por semana, e a partir disso a gente vai fazendo todas as vezes que ele vem de oito em oito dias[...]” (E-12)	07
Uso da ficha de acompanhamento mensal	“Sim, eu utilizo, documento o mês que o paciente tomou, e agendo a próxima consulta[...]” (ENT.4) “[...]se foi entregue para a semana eu preencho para a semana, se foi para o mês eu preencho como o mês.” (E-18)	02
Total		19

Fonte: Própria pesquisa, 2016.

Ao analisar as categorias, os enfermeiros quando questionados sobre sua percepção do TDO, a maioria associou a um acompanhamento do tratamento do início até o final sendo supervisionada a tomada da medicação por um profissional e uma estratégia de criação de vínculo com a equipe que previne o abandono do tratamento, demonstrando que os profissionais têm conhecimento sobre o que é a estratégia do TDO e sua importância para a prevenção do abandono do tratamento.

Um outro fato relevante para os casos em que o TDO seja realizado no domicílio é que possibilita algumas outras observações, além da ingestão medicamentosa, como por exemplo, a realização de ações educação em saúde de acordo com as condições vividas pelo paciente, sejam elas relacionadas à alimentação, higiene e outros cuidados, pois ocorre sem sua residência, e junto à família (HINO *et al.*, 2012).

Em estudo realizado por Cecílio e Marcon (2016) mostra que apesar dos profissionais terem conhecimento acerca do TDO, foi identificado que nem todos colocam em prática a estratégia. Apesar do TDO ser recomendado nacionalmente e

contribua para a adesão do paciente ao tratamento, percebe-se, que nas ESF ocorre falta de incentivo (cesta básica, vale-transporte), bem como a falta de organização do processo de trabalho de enfermagem nos serviços de saúde, contribuindo assim para o desfecho desfavorável, com o abandono do tratamento (LOPES *et al.*, 2013).

Em relação a utilização da ficha de acompanhamento, apenas quatro enfermeiros afirmaram o uso diário da ficha, no qual os demais profissionais afirmaram o não uso da ficha, ou o uso apenas quando o paciente vai à unidade, ainda alguns relataram que não fazem o uso da TDO devido às outras atribuições na unidade. Essa ficha deve ser utilizada pelo enfermeiro e serve como instrumento de trabalho, auxiliando no reconhecimento de efeitos adversos, intercorrências e verificação das frequências das tomadas (BRASIL, 2011).

Rego *et al.* (2015) em seu estudo evidenciou que os profissionais enfermeiros mencionaram noções equivocadas quando referiram o TDO como estratégia não necessária para os profissionais, onde não deveria ser supervisionada diariamente. O que também encontra-se em consonância com estudo realizado por Cecílio e Marcon (2016) no qual os profissionais enfatizaram a falta de tempo para realizar o TDO, portanto compreendida como uma obstáculo para a realização do programa, já que o enfermeiro, geralmente, está sobrecarregado de atividades.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo proporcionou um maior conhecimento a respeito dos fatores relacionados ao TDO da tuberculose, no que tange às dificuldades afirmadas pelos entrevistados, podendo conhecer de perto as necessidades e a falta de conhecimento do seu tratamento e principalmente acompanhamento.

Além disso, deve-se levar em consideração as dificuldades evidenciadas no estudo, onde os enfermeiros relataram falta de tempo disponível para a realização do TDO, expressando a sobrecarga do profissional no trabalho, e na necessidade de capacitação principalmente dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde no auxílio do tratamento e acompanhamento da tuberculose.

O estudo também evidenciou que alguns profissionais possuem conhecimento sobre a estratégia do TDO, e seus benefícios para o tratamento. Sendo enfatizado questões como o vínculo da equipe com o doente de tuberculose e sua importância para uma assistência integral, com conseqüente, maior adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 47, n. 13, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço**. 5ª ed. Brasília, 2002
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília, p.1-12, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, p. 168, 2011.
- CECILIO, H. P. M.; MARCON, S. S. O tratamento diretamente observado da tuberculose na opinião de profissionais de saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, 2016.
- HINO, P.; et al. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca das necessidades de saúde das pessoas com tuberculose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, p.9 jan.-fev. 2012
- LOPES, R. H. *et al.* Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar: uma revisão integrativa. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p. 661-671, jul-set. 2013.
- RÊGO, C. C. D. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul - set. 2015.
- SOUZA, K. M. J. **Abandono do tratamento da tuberculose na Atenção Primária a Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFPB, João Pessoa, Paraíba, 2008.
- SOUZA, K. M. J. *et al.* Atuação da Enfermagem na transferência da política do tratamento diretamente observado da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm.** Universidade de São Paulo, v. 48, n. 5, p.874-8, 2014.
- SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Passando pela experiência do tratamento para tuberculose. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 43-636-, Out/Dez, 2010.

CAPÍTULO 7

INTERFACE HOMEM-MÁQUINA: A TECNOLOGIA GERANDO ERROS

*Francielly Karoliny Barbosa Dantas Marinho¹
Jefferson Nildo da Costa Marinho²
Maria de Fátima de Lima Teixeira³
Gabrielly de Carly Pereira Carvalho⁴
Jéssica Karen de Oliveira Maia⁵
Lívia de Sousa Rodrigues⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.7

¹ Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. <https://orcid.org/0000-0001-8196-9718>. francielly_karol@hotmail.com

² Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. <https://orcid.org/0000-0002-0392-1871>. jeff.marinho@hotmail.com

³ 3 Centro Universitário Christus. <https://orcid.org/0000-0002-4416-8564>. mflteixeiraa@gmail.com

⁴ Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0001-7576-1734>. gabriellycarly@gmail.com

⁵ Universidade Federal do Ceará. <https://orcid.org/0000-0001-9041-7149>. jessikarenmaia@gmail.com

⁶ Prefeitura Municipal de Várzea Alegre-CE. <https://orcid.org/0000-0001-7856-1279>. liviarodrigues_enf@hotmail.com

RESUMO

Este estudo tem como objetivo, identificar na literatura como o processo de mecanização do trabalho pode gerar ou evitar danos à saúde dos profissionais da saúde. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: MEDLINE e LILACS. Foram utilizados os descritores: “Ergonomia”, “Trabalho”, “Papel profissional” e “Saúde”, publicados entre os anos 2010 a 2021. Foram encontrados 12 artigos, apenas 6 foram incorporados ao estudo, após adotados os critérios de inclusão. Conclui-se que, os riscos que afetam a qualidade de vida e trabalho dos profissionais da saúde são multifatoriais e podem ser decorrentes de falhas humanas e também estar relacionados ao ambiente de trabalho. Em muitos casos ocorrem por causa da sobrecarga de trabalho e dos fatores ambientais e resultam no trabalho mecanizado e pode gerar danos irreparáveis.

Palavras-chave: Ergonomia. Trabalho. Papel profissional. Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde é essencial no ambiente hospitalar, logo, os profissionais de saúde assumem inúmeras competências neste serviço. É evidente a exposição a riscos ocupacionais de diferentes naturezas, podendo ser físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos. Esses riscos se fazem presentes, muitas vezes, devido à sobrecarga de trabalho demandada aos profissionais, ocasionando práticas mecanizadas e tecnicistas (ALEXANDRE, 2011).

A ciência que estuda os impactos das condições de trabalho, as formas de adaptação do homem ao trabalho e do trabalho ao homem e sua organização é a ergonomia, ela lança mão de diversas áreas de conhecimento para constituir sua ação e aplicação no ambiente laboral (MURTA, 2015).

Doenças ergonômicas afetam a qualidade de vida profissional e a vida pessoal e estão diretamente ligadas a práticas mecanizadas de atendimento. Para minimizá-las e evitar a ocorrência de futuras doenças ocupacionais decorrentes destes riscos ressalta-se a importância do uso de equipamentos adequados, em bom funcionamento e que proporcionem a postura adequada e entre outras (SOUZA, 2019).

A mecanização da assistência à saúde facilita a ocorrência de erros e riscos à segurança dos profissionais da saúde, podendo gerar consequências negativas à qualidade de vida, como lesões e danos além do corpo físico, influenciando na sua condição psicológica.

Partindo disso, o estudo tem como objetivo, identificar na literatura como o processo de mecanização do trabalho pode gerar ou evitar danos à saúde dos profissionais da saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), cuja finalidade é sintetizar estudos e gerar conhecimento sobre a temática, com a possibilidade de sumarizar as pesquisas já concluídas e incorporar a aplicabilidade dos resultados à prática. Caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade das evidências (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

A execução do estudo seguiu as seguintes etapas: elaboração das questões de pesquisa, busca nas bases de dados, caracterização e avaliação e interpretação dos estudos.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2021, nas bases de dados virtuais, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que englobou, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Foram utilizados descritores controlados do vocabulário dos Descritores em Ciência da Saúde (DecS), nos idiomas português e inglês: “Ergonomia” AND “Trabalho” AND “Papel profissional” AND “Saúde”, mediante o uso do operador booleano AND.

Utilizou-se como critério de inclusão: artigos publicados no período de 2010 a 2021, que discutissem a temática em questão, com texto completo, publicação em português ou inglês e com indexação nas bases de dados referidas. Para a sua realização foram adotadas as seguintes etapas: busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos selecionados e interpretação dos resultados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A mecanização vem desde a industrialização que trouxe consigo, além da modernização, o avanço tecnológico e a valorização da ciência em detrimento do homem e de seus valores. Os avanços tecnológicos também aconteceram na área da saúde, com a introdução da informática e do aparecimento de aparelhos modernos que trouxeram muitos benefícios e rapidez na luta contra doenças (BARRA *et al.* 2006).

No entanto, a mecanização da assistência à saúde, além de impedir que o profissional exercite um pensamento crítico e reflexivo em relação à sua prática, facilita a ocorrência de erros e, assim, riscos à segurança, além de prejudicar a qualidade de vida dos trabalhadores, causando lesões por esforço repetitivo (LER) e influenciando na sua condição psicológica (BARRA *et al.* 2006).

Partindo dessa concepção, nota-se que os profissionais estão expostos a uma diversidade de fatores de risco que favorecem o aparecimento de danos à saúde desses trabalhadores, e o hospital, cenário dessas práticas, contempla atividades insalubres, penosas e difíceis para os profissionais, os quais estão em contato frequente com equipamentos que podem lhes trazer danos (DUARTE, 2010).

Os riscos ou processos que tenham tradicionalmente sido estudados devem ser controlados, evitando que os trabalhadores continuem a ser expostos. Desta forma, é significativa a probabilidade de ocorrência de futuros danos ocupacionais ligados aos fatores de risco, que podem ser agravados pelo mau manuseio de equipamentos ou de erros dos próprios equipamentos (BRASIL, 2020).

Nota-se que os fatores de risco influenciam de forma direta ou indireta nos locais de trabalho, proporcionando um ambiente desfavorável aos profissionais para a realização de suas atividades, o que pode comprometer a sua saúde e vida, interferindo no seu estado biopsicossocial.

A construção de mapas de risco é um meio para identificar os fatores de risco e desencadear reflexões sobre o papel e a importância dos trabalhadores, o que pode sustentar a construção coletiva dos objetivos e da missão da instituição de saúde, em diretrizes e programas que busquem a qualidade do serviço (HOKERBERG, 2020).

Segundo Duarte (2010) os fatores de risco materializam-se desde as lesões por acidente de trabalho até o acometimento de doenças ocupacionais, vale ressaltar que fatores organizacionais das próprias instituições de saúde podem favorecer a ocorrência destes eventos.

Através do estudo, foi possível observar que a mecanização do trabalho e os riscos ocupacionais (físicos, químicos, biológicos, de acidentes, ergonômicos) estão presentes constantemente na rotina dos profissionais da saúde. É válido reforçar que o estudo ergonômico do trabalho possibilita a análise das condições de trabalho e das posturas realizadas na execução das atividades dos profissionais.

Para avaliar os fatores que interferem na saúde do trabalhador no ambiente hospitalar, aplicam-se métodos que objetivam identificar riscos e traçar estratégias

para o controle e prevenção dos mesmos. Essas avaliações são realizadas por profissionais que desenvolvem meios cada vez mais específicos para identificar e acompanhar riscos.

Observou-se que grande parte dos danos ou lesões acometem os profissionais em decorrência de fatores como, sobrecarga de trabalho, falhas técnicas e infraestrutura inadequada, podendo também estar relacionados a problemas como: altura inadequada de leitos, monitores, bancadas de trabalho, armários, materiais pesados ou danificados que dificultem a locomoção, desníveis na estrutura física, pisos inapropriados, espaço físico restrito.

Os profissionais da saúde que estão alocados em instituições hospitalares muitas vezes sofrem consequências do trabalho mecanizado ao qual estão expostos. Ter um olhar crítico e reflexivo sobre suas condições de trabalho pode impulsioná-los a acompanharem as inovações de seus setores de acordo com suas especialidades e inovações tecnológicas e não ir além de seus limites físicos e psicológicos.

A tecnologia pode minimizar o sofrimento decorrente do processo de mecanização do trabalho, em prol da manutenção da saúde dos profissionais de saúde, porém, para que de fato a tecnologia venha a favorecer o profissional, este deve estar atento aos avanços tecnológicos.

É essencial que os profissionais mantenham-se informados sobre os riscos ocupacionais e que adotem novas posturas se assim for o caso. Além disso, é importante que as atividades desenvolvidas para acompanhar as situações de risco sejam efetivadas, mantidas ou desenvolvidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança na realização dos procedimentos e na utilização da tecnologia, implica diretamente no que se espera alcançar dos serviços de saúde. É indispensável que o profissional esteja atento às medidas que devem ser seguidas para promover segurança não só ao paciente, mas principalmente a si mesmo no desempenho de técnicas e utilização de equipamentos para evitar danos, relacionados à exaustão e mecanização do trabalho.

Os riscos que prejudicam a qualidade de trabalho e vida dos profissionais da saúde são multifatoriais e podem ser decorrentes não apenas de falhas humanas, podem estar relacionados a forma que os equipamentos estão organizados ou como estes desempenham sua função.

O estudo trouxe o debate sobre saúde e ambiente de trabalho, possibilitando desdobramentos em relação a estes espaços e a influência da tecnologia, aos riscos e a manutenção da saúde dos profissionais da saúde, para que o ambiente de trabalho e os riscos que os profissionais podem se deparar não venham comprometer a vida destes trabalhadores.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 1-6, 1998.

BARRA, D. C. C. *et al.* Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Santa Catarina, v. 8, n. 3, p. 422-30, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fatores de Risco e a saúde do trabalhador**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/fatores-de-risco-e-a-saude%3Cbr%3do-trabalhador.html>. Acesso em: 2 de Novembro de 2020.

DUARTE, N. S. **Fatores de risco no ambiente do trabalho de enfermagem em um hospital universitário**. 2010. 152 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

HÖKERBERG, Y. H. M. O processo de construção de mapas de risco em um hospital público. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 503-513, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200027. Acesso em: 3 nov. 2020.

MURTA, G. F. **Saberes e Práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem**, 9ª ed, vol 1, Rio de Janeiro: Difusão, 2015.

SOUZA, B. V. B. *et al.* Riscos Ergonômicos na Equipe De Enfermagem Da Unidade Básica de Saúde Dom Bosco. **De Ji-Paraná Rev. Saberes UNIJIPA**, Ji-Paraná, v. 12, n. 1, 2019.

CAPÍTULO 8

FATORES DE RISCOS OCUPACIONAIS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE HOSPITALAR

*Mateus Fernandes Filgueiras¹
Dâmarys Larissa Morais Rodrigues²
Daniele Rodrigues da Silva³
Natani Pereira de Alencar⁴
Yandra Leite Rolim de Alencar⁵
Célio da Rocha Bonfim⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.8

1 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-1535-1308> mateusf.filgueiras@gmail.com

2 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-2573-6420>. damarysmoraisenf@gmail.com

3 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-1693-5639>. dani1108@outlook.com

4 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0001-8166-7103>. natianialencar@gmail.com

5 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-3386-9506>. Yandraleiterolimalencar@gmail.com

6 Faculdades Integradas de Patos. <https://orcid.org/0000-0002-1479-6623>. celio.bonfim@ebserh.gov.br

RESUMO

Objetivou-se com a pesquisa identificar quais riscos ocupacionais são inerentes à equipe de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, documental realizado em um hospital universitário da cidade de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. O estudo foi realizado por meio de um documento interno disponibilizado pelo serviço hospitalar. Os dados foram acessados durante o mês de maio de 2019. Em relação aos fatores contribuintes aos riscos ocupacionais entre os profissionais enfermeiros, foi possível identificar que diversas são as fontes geradoras e as vias de transmissão, no entanto, deve-se atentar que vários desses fatores entram em categoria de atenção ou até mesmo crítica. Esse estudo possibilitou identificar alguns fatores de riscos ocupacionais que os trabalhadores de enfermagem em ambiente hospitalar estão expostos durante sua jornada de trabalho, bem como mostrar a importância de alguns cuidados na assistência, como a utilização de EPI's entre os trabalhadores, para minimizar os riscos de acidentes.

Palavras-chave: Fatores de Risco. Riscos Ocupacionais. Enfermagem. Saúde do Trabalhador.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem tem como embasamento a prestação de cuidados que envolvem ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde. No entanto, com o desenvolvimento da tecnologia aumentou-se ainda mais a carga de trabalho e, por conseguinte, a suscetibilidade dos trabalhadores aos agravos à saúde, que muitas vezes causam o adoecimento dos mesmos, exigindo assim uma maior reflexão sobre a saúde dos trabalhadores da saúde (ESPINDOLA; FONTANA, 2012).

Estima-se que 2,34 milhões de pessoas morrem todos os anos devido a acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Nota-se ainda que além dos riscos oriundos das mudanças tecnológicas, as de cunho social e de organização também afetam gravemente a saúde dos trabalhadores (FERNANDES; MARZIALE, 2014).

É considerado risco uma ou mais condições de uma variável com potencial capaz de causar danos. Os riscos de acidentes podem ser classificados em físicos, como calor, iluminação e artigos cortantes, por exemplo; químicos, através de soluções químicas e aerossóis; biológicos, representados pelos fluidos corporais com vírus, bactérias ou fungos e ergonômicos (VASILIKI; ANTONAKI, 2013).

O risco biológico corresponde a um dos principais riscos que esses profissionais estão expostos devido às atividades inerentes a sua profissão, e mesmo com a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's), a vulnerabilidade a situação de risco ainda está presente, visto que o hospital agrupa pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas (ALMEIDA; BENATTI, 2007).

Nota-se que os profissionais de enfermagem executam vários cuidados que envolvem um potencial risco de contaminação com material biológico, como a utilização de objetos perfurocortantes, como manuseio com agulha, cateteres agulhados e sob agulha, e lâmina de bisturi, gazes contaminadas com sangue e ou secreções, instrumentais cirúrgicos, roupas de cama e demais materiais hospitalares também contaminados. Nesse sentido, torna-se de suma importância a aplicação das normas de biossegurança durante a assistência em enfermagem, para prevenir a ocorrência de agravos à saúde desse trabalhador (GYAWALI *et al.*, 2013).

Sob essa ótica, pode-se dizer que os trabalhadores de enfermagem estão expostos a diferentes riscos ao desenvolverem seu trabalho, sendo importante identificar quais são esses fatores de risco, para que dessa forma possam ser evitados em uma possível exposição. Nesse sentido, objetivou-se com a pesquisa identificar quais riscos ocupacionais são inerentes à equipe de enfermagem.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental realizado em um hospital universitário da cidade de Cajazeiras, Paraíba, Brasil. O estudo foi realizado por meio de um documento interno disponibilizado pelo serviço hospitalar aos pesquisadores. Neste documento foram selecionados para o estudo os dados referentes aos riscos ocupacionais existentes na referida unidade. Os dados foram acessados durante o mês de maio de 2019, na forma de documento eletrônico, sendo posteriormente organizados em quadros para melhor entendimento e analisados por meio do embasamento teórico sobre a temática.

Por se tratar de um estudo em que não há implicações diretas aos seres humanos, não houve a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados alguns fatores de risco ocupacionais inerentes à equipe de enfermagem. O quadro 1 exemplifica de forma mais detalhada tais dados.

Quadro 1 - Riscos ocupacionais inerentes à equipe de enfermagem. Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2019.

Riscos	Fator de Risco	Fonte Geradora	Vias de Transmissão	Categoria de Risco	Tipo de Exposição
Químico	Álcool 70	Desinfecção de Superfícies	Contato com a pele	de Atenção	Intermitente
Biológico	Vírus, Bactéria, Fungos	Fluidos Corpóreos	Mucosas expostas, acidente percutâneo	Crítica	Permanente
Ergonômico	Esforço Físico	Manejo de pacientes	Corpo	De Atenção	Intermitente
Acidentes	Cortes e perfurações	Objetos perfurocortantes e vidrarias	Corpo	Crítica	Intermitente

Fonte: PPRA/HUJB, 2019.

Em relação aos fatores contribuintes aos riscos ocupacionais entre os profissionais enfermeiros, foi possível identificar que diversas são as fontes geradoras e as vias de transmissão, no entanto, deve-se atentar que vários desses fatores entram em categoria de atenção ou até mesmo crítica.

A exposição ao risco ocupacional biológico deve ser avaliada sobre alguns quesitos, potencial de transmissão do microrganismo, vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), hepatite B (HBV) e da hepatite C (HCV); tipo de exposição; quantidade de fluido e tecido; condição sorológica da fonte e do acometido; suscetibilidade do profissional exposto. Desse modo, os acidentes gerados por materiais biológicos são classificados como emergenciais, pois necessitam o quanto antes da realização da quimioprofilaxia para prevenção de algumas patologias, quando indicada. É avaliada criteriosamente pela equipe, a indicação do uso de antirretrovirais, diante do tipo de acidente ocorrido, devido à toxicidade dessas medicações (SOARES 2011).

É importante ressaltar também acerca dos acidentes com materiais perfurocortantes, já que são materiais que fazem parte da rotina da equipe de enfermagem. Segundo Gusmão *et al.* (2013), a maior ocorrência de acidente de trabalho envolvendo esses materiais acontece entre os técnicos de enfermagem, e os fatores que mais contribuem para esses acidentes correspondem ao descarte incorreto do material relacionado a falta de atenção, pressa, sobrecarga de trabalho como também a não utilização de equipamentos de proteção individual.

Os riscos ergonômicos, também se configuram como fatores de risco para desenvolvimento alguns distúrbios, como os osteomusculares, sendo presentes em

atividades como a própria organização dos horários de trabalho, devido à sobrecarga, ritmos acelerados, iluminação insuficiente, repouso inadequado, esforço repetitivo, estresse cumulativo (SOUSA *et al.* 2016). Os riscos citados anteriormente podem gerar alguns agravantes na saúde dos trabalhadores são as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), de origem multifatorial, sendo refletidos na saúde mental e física dos mesmos que pode estar prejudicada, mesmo que minimamente. (FONTANA; LAUTERT, 2013).

De acordo com os autores supracitados, nas principais medidas de prevenção, encontram-se a higienização correta das mãos; uso de EPIs; utilização de avental limpo e descarte logo após o uso, com posterior lavagem das mãos; manuseio cuidadoso de equipamentos que entrem em contato com mucosa, fluidos e secreções do paciente, estes devem ser higienizados de forma correta; cuidado com uso e descarte de materiais perfurocortantes, bem como a não retirada de agulhas utilizadas de seringas descartáveis, atentando para não reencapá-las.

Outra proposta para diminuição dos riscos ocupacionais que podem ser gerados durante a assistência de enfermagem é a construção de um Procedimento Operacional Padrão (POP), ele é necessário para implementar novas metodologias e alterações que acrescentem melhorias na assistência prestada pela equipe de enfermagem. Este documento descreve cada passo, sistematizado, sequencial que deverá ser explicado pelo operador para garantir o resultado esperado, e sempre que necessário, ser atualizado de acordo com princípios científicos a serem seguidos (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

O POP deve ser escrito detalhadamente para que se obtenham informações uniformes, e conseqüentemente uma prestação de serviços também uniformizada. O acesso a este documento, em meio impresso ou eletrônico, deve ser controlado de forma rígida, permitindo revisões e atualizações segundo estas, que devem ser corretamente aprovadas antes da implementação (BARBOSA *et al.* 2011).

Para que tantas medidas redutoras de riscos sejam implementadas de forma segura, correta e abrangente a todo corpo trabalhista da enfermagem, é recomendada a realização de capacitações sobre o tema. Segundo Guerrero, Beccaria e Trevizan (2008), capacitações são necessárias para que o enfermeiro se torne mais autêntico no desenvolvimento de suas atividades, capacitado e seguro frente a assistência ofertada, diminuindo desta forma as patologias, como as Lesões por Esforço Repetitivo (LER), que são provenientes dos riscos aos quais os profissionais da enfermagem se encontram expostos diariamente, que podem levar os mesmos a se ausentarem do ambiente de trabalho.

O absenteísmo é denominado como a falta do empregado no trabalho, em outras palavras, o trabalhador se ausenta por motivo interveniente. Relaciona-se à frequência e/ou prazo de tempo de trabalho perdido quando o mesmo não se apresenta no trabalho, correspondendo assim às ausências onde se esperava que o trabalhador estivesse presente (SANTOS *et al.* 2018). Dessa forma, destaca-se a importância dos impactos econômicos e laborais ocasionados à instituição e aos profissionais de enfermagem, principalmente como causadores de absenteísmo e de sequelas de lesões, com que são acometidos devido aos acidentes de trabalho (DUARTE, N. S.; MAURO, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que apesar de barreiras metodológicas, este estudo possibilitou identificar alguns fatores de riscos ocupacionais que os trabalhadores de enfermagem em ambiente hospitalar estão expostos durante sua jornada de trabalho, bem como mostrar a importância de alguns cuidados na assistência, como a utilização de EPI's entre os trabalhadores, para minimizar os riscos de acidentes.

Nota-se que os fatores de riscos ocupacionais no trabalho de enfermagem estão presentes diariamente nas suas atividades. Nesse sentido, é importante que os gestores façam uma avaliação dos mesmos de forma a minimizarem os seus impactos sobre a vida desses profissionais. Além disso, deve-se proporcionar esforços e recursos para o reconhecimento dos riscos nesse tipo de ambiente e em práticas assistenciais, ofertando assim, treinamento e conscientização de práticas seguras, como também todos os dispositivos de segurança aos trabalhadores da área da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. F.; BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 120-126, Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2021.

BARBOSA, C. M. *et al.* A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 134-135, abr. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200007>. Acesso em: 18 fev. 2021.

DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 157-167, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2021.

ESPINDOLA, M. C. G.; FONTANA, R. T. Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 116-123, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2021.

FERNANDES, M. A.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 539-547, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600539&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2021.

FONTANA, Rosane Teresinha; LAUTERT, Liana. A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1306-1313, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3105.2368>. Acesso em: 10 fev. 2021.

GUERRERO, Giselle Patrícia; BECCARIA, Lúcia Marinilza; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 966-972, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000600005>. Acesso em: 10 fev. 2021.

GUSMÃO, Grassyelly Silva; OLIVEIRA, Adriana Cristina de; GAMA, Camila Sarmiento. ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO: ANÁLISE DA OCORRÊNCIA E DO REGISTRO. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 3, sep. 2013. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33572>. Acesso em: 10 fev. 2021.

GYAWALI, S.; RATHORE, D. S.; BHUVAN, K. C.; SHANKAR, P. R. Study of status of safe injection practice and knowledge regarding injection safety among primary health care workers in Baglung district, western Nepal. **BMC Int Health Hum Rights**, n. 13, p. 3, 2013. Disponível em: <http://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-13-3>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SANTOS, H. E. Cardoso dos; MARZIALE, Maria Helena Palucci; FELLI, Vanda Elisa Andres. Presenteísmo e sintomas musculoesqueléticos entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3006, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2185.3006>. Acesso em: 10 fev. 2021.

SOARES, L. G. **O risco biológico em trabalhadores de enfermagem: uma realidade a ser compreendida**. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. 114 p. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/25758/Dissertacao_LeticiaGramazioSoares.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 fev. 2021.

SOUSA, A. F. L. *et al.* Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n.

5, p. 864-871, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0114>. Acesso em: 10 fev. 2021.

VASILIKI, B.; ANTONAKI, E. Health and safety risks, implications and training in hospitals. **Ind Comm Train.**, v. 45, n. 7, p. 420-7, 2013. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/ICT-04-2013-0025>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CAPÍTULO 9

AGENTES DE RISCOS OCUPACIONAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES EM UNIDADE HOSPITALAR

*Mateus Fernandes Filgueiras¹
Dâmarys Larissa Morais Rodrigues²
Daniele Rodrigues da Silva³
Natani Pereira de Alencar⁴
Yandra Leite Rolim de Alencar⁵
Célio da Rocha Bonfim⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.9

1 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-1535-1308>. mateusf.filgueiras@gmail.com

2 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-2573-6420>. damarysmoraisenf@gmail.com

3 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-1693-5639>. dani1108@outlook.com

4 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0001-8166-7103>. natianialencar@gmail.com

5 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-3386-9506>. Yandraleiterolimalencar@gmail.com

6 Faculdades Integradas de Patos. <https://orcid.org/0000-0002-1479-6623>. celio.bonfim@ebserh.gov.br

RESUMO

Objetivou-se com o estudo descrever os riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem nos diversos setores de um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo, documental realizado em um hospital universitário do sertão paraibano, com dados internos referentes aos riscos ocupacionais existentes no hospital. O setor que apresenta mais agentes de riscos ocupacionais é a Central de Materiais e Esterilização, e dentre os riscos, prevaleceu o biológico, seguido do ergonômico. É necessário que os profissionais de enfermagem reconheçam os riscos e direcionem a atenção para os aspectos preventivos, como também os gestores desenvolvam estratégias e ações para a prevenção e promoção à saúde de seus trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Riscos Ocupacionais. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador representa uma área de práticas e conhecimentos interdisciplinares, multiprofissionais e interinstitucionais, que objetiva avaliar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos, tendo como marcos referenciais os da Saúde Coletiva, como a promoção, a prevenção e a vigilância (GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018). Nessa perspectiva, torna-se essencial conhecer as principais causas de acidentes e riscos ocupacionais a que os profissionais estão expostos para ser possível a minimização destes (SILVA *et al.*, 2016).

Sendo assim, é importante destacar que dentre os trabalhadores, os da área da saúde, devido suas atividades assistenciais, encontram-se entre os profissionais que mais se expõem a riscos ocupacionais, podendo citar os riscos químicos, mecânicos, físicos, ergonômicos e biológicos, bem como os de origem psicossociais, que da mesma forma podem gerar doenças e/ou acidentes de trabalho (CASTRO; FARIAS, 2008).

Diante disso, evidencia-se que o cenário hospitalar representa um serviço com alto potencial de risco a saúde dos seus trabalhadores, e dentre estes destaca-se a equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, possuindo maior abrangência de trabalhadores atuantes na área da saúde e que de forma constante, prestam assistência e são encarregados de realizar cerca de 60% das ações que assistem o paciente, estando assim, cada vez mais suscetíveis a riscos ocupacionais que podem estar relacionados a sua assistência direta, bem como indireta (GUSMÃO *et al.*, 2013).

Assim, objetivou-se com o estudo descrever os agentes de riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de enfermagem nos diversos setores de um hospital universitário.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, documental realizado em um hospital universitário da cidade de Cajazeiras, Paraíba, Brasil por meio de um documento interno disponibilizado pelo serviço aos pesquisadores. Neste documento foram selecionados para o estudo todos os dados referentes aos riscos ocupacionais existentes no referido hospital. Os dados foram codificados para melhor organização.

Os dados foram acessados no mês de maio do ano de 2019, na forma de documento eletrônico, sendo posteriormente organizados em quadros para melhor entendimento e analisados por meio do embasamento teórico sobre a temática. Por se tratar de um estudo em que não há implicações diretas aos seres humanos, não houve a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do estudo foram identificados os riscos ocupacionais que os profissionais desse serviço estão expostos, a exemplo de riscos físicos; químicos; biológicos; ergonômicos e acidentes, esses riscos apresentam-se de forma codificada, como demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 1 - Codificação dos Agentes de Riscos Ocupacionais. Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2019.

Risco	Código
Físico	<ul style="list-style-type: none"> ● Ruído (F1) ● Radiação ionizante (F2)
Químico	<ul style="list-style-type: none"> ● Produtos utilizados nos Ambulatórios (Q1) ● Produtos utilizados no Laboratório (Q2) ● Produtos utilizados na Central de Material e Esterilização (CME) (Q3) ● Produtos utilizados na Farmácia (Q4)
Biológico	<ul style="list-style-type: none"> ● Bactérias, fungos, vírus, etc. (B1)
Ergonômico	<ul style="list-style-type: none"> ● Demanda cognitiva elevada (E1) ● Postura inadequada (E2) ● Trabalho em turno noturno (E3) ● Jornada de trabalho prolongada (E4) ● Monotonia e repetitividade (E5)

Acidente	<ul style="list-style-type: none"> • Queda do mesmo nível (A1) • Arranjo físico inadequado (A2) • Manuseio de material perfurocortante (A3) • Cortes por quebra de vidrarias (A4) • Superfície e objetos inadequados (A5) • Ferramentas inadequadas ou defeituosas (A6) • Máquinas/equipamentos sem proteção (A7) • Eletricidade (A8) • Gás inflamável (A9) • Explosão em vasos de pressão (A10)
----------	--

Fonte: PPRA/HUJB, 2019.

O quadro 2 identifica as áreas e os agentes de risco potencialmente presentes em cada setor em que a equipe de enfermagem atua. De acordo com o quadro observa-se que o setor que apresenta mais agentes de riscos ocupacionais é a Central de Materiais e Esterilização, e dentre os agentes, os mais pontuais em todas as áreas de trabalho foram bactérias, fungos e vírus (risco biológico); os agentes relacionados aos riscos ergonômicos como postura inadequada, trabalho em turno noturno e jornada de trabalho prolongada; bem como os caracterizados como acidentes, a exemplo de queda do mesmo nível e manuseio de material perfurocortante.

Quadro 2 - Identificação dos agentes de risco presentes nas áreas de atuação da equipe de enfermagem. Cajazeiras, Paraíba, Brasil, 2019.

Área/Local de Trabalho	Agentes de Riscos Ocupacionais
Pronto Atendimento Pediátrico	<ul style="list-style-type: none"> • Bactérias, fungos, vírus, etc. (B1) • Postura Inadequada (E2) • Trabalho em turno noturno (E3) • Jornada de trabalho prolongada (E4) • Queda do mesmo nível (A1) • Manuseio de material perfurocortante (A3)
Ambulatórios da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (UASCA)	<ul style="list-style-type: none"> • Produtos utilizados nos Ambulatórios (Q1) • Bactérias, fungos, vírus, etc. (B1) • Postura inadequada (E2) • Trabalho em turno noturno (E3) • Jornada de trabalho prolongada (E4) • Queda do mesmo nível (A1) • Arranjo físico inadequado (A2) • Manuseio de material perfurocortante (A3)
Consultórios (atendimento à saúde da mulher)	<ul style="list-style-type: none"> • Bactérias, fungos, vírus, etc. (B1) • Postura Inadequada (E2) • Queda do mesmo nível (A1) • Manuseio de material perfurocortante (A3)
Centro cirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> • Produtos utilizados nos Ambulatórios (Q1) • Bactérias, fungos, vírus, etc. (B1) • Postura Inadequada (E2) • Trabalho em turno noturno (E3) • Jornada de trabalho prolongada (E4) • Queda do mesmo nível (A1) • Arranjo físico inadequado (A2) • Manuseio de material perfurocortante (A3)

Central de Materiais e Esterilização	<ul style="list-style-type: none"> ● Ruído (F1) ● Produtos utilizados na Central de Materiais e Esterilização (CME) (Q3) ● Bactérias, fungos, vírus, etc. (B1) ● Postura Inadequada (E2) ● Trabalho em turno noturno (E3) ● Jornada de trabalho prolongada (E4) ● Queda do mesmo nível (A1) ● Arranjo físico inadequado (A2) ● Manuseio de material perfurocortante (A3) ● Superfície e objetos inadequados e aquecidos (A5)
--------------------------------------	--

Fonte: PPRA/HUJB, 2019.

A equipe de enfermagem do hospital universitário em questão se concentra em cinco setores, sendo eles o Pronto Atendimento Pediátrico, Unidade de Atendimento à Saúde da Criança e do Adolescente, Consultórios de Atenção à Saúde da Mulher, Centro Cirúrgico e Central de Materiais e Esterilização, estes apresentam agentes de riscos ocupacionais importantes, já que possuem maior potencial de contaminação em relação a outros setores do hospital.

Diante do exposto, identifica-se a Central de Materiais de Esterilização (CME) como o setor mais acometido por riscos ocupacionais, pois trata-se de ambiente complexo em termos de atividades que podem favorecer a exposição dos trabalhadores a esses riscos, evidencia-se que estes advêm de substâncias e/ou processos de diversas naturezas como físicas, químicas e biológicas, tendo como exemplos os fluidos orgânicos, temperaturas e esforço físico predominantemente repetitivos (ESPINDOLA; FONTANA, 2012).

Nota-se que a equipe de enfermagem está muito sujeita a exposição por material biológico. Essa exposição está relacionada ao fato de os trabalhadores da saúde terem contato direto na assistência aos pacientes, como também, estão frequentemente realizando procedimentos. Em alguns setores críticos, como a Unidade de Terapia Intensiva, o enfermeiro enfrenta riscos constantemente, devido a uma maior quantidade de procedimentos invasivos realizados (NISHIDE, V. M.; BENATTI, 2004).

Dentre os riscos ocupacionais descritos no estudo, o risco biológico está presente em todas as áreas de atuação da equipe de enfermagem. Os profissionais estão expostos a microrganismos causadores de doenças, como vírus, fungos, bactérias, protozoários, entre outros, e uma vez expostos, podem gerar consequências graves à saúde ocupacional do mesmo (CABRAL; SILVA, 2013).

Esses microrganismos são disseminados a partir do contato com fluidos corpóreos provenientes de mucosas expostas ou acidentes percutâneos, que podem ocorrer durante a prestação da assistência do profissional de enfermagem, uma vez que este realiza procedimentos invasivos, como passagem de sondas, administração de medicamentos por via endovenosa, além do manuseio de gases/compressas contaminadas com secreções e/ou sangue, instrumental cirúrgico, roupa de cama e outros materiais hospitalares também contaminados (FIOCRUZ, 2019).

A partir disso, é notório que o cenário hospitalar representa um serviço com alto potencial de risco à saúde da equipe de enfermagem e devido a gama de riscos que são expostos diariamente, os profissionais da enfermagem precisam obter uma postura de segurança diante das atividades exercidas.

Portanto, a execução de medidas de precaução e prevenção na prática de assistência, tem sido cada vez mais recomendada independentemente do diagnóstico do paciente. A instalação e principalmente aderência dessas precauções padrão, compõem a estratégia primária para impedir a propagação de microrganismos na relação entre paciente e profissional (MARTINS; MAIA; DANTAS, 2015).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem é constantemente exposta a riscos ocupacionais, que geram prejuízos durante a prestação da assistência adequada, tendo em vista que esta classe está em contato direto/indireto com o paciente, muitas vezes manuseando materiais que contêm alto risco de contaminação ou de acidentes de trabalho.

Algumas medidas de promoção e prevenção podem ser adotadas para a diminuição da exposição dos colaboradores a tais riscos, por exemplo, educação em saúde por meio de capacitações para uso adequado dos EPIs; descarte correto de materiais; infraestrutura adequada para lavagem das mãos. Dentro desse contexto, é necessário que os profissionais de enfermagem reconheçam os riscos e direcionem a atenção para os aspectos preventivos, como também os gestores desenvolvam estratégias e ações para a prevenção e promoção à saúde de seus trabalhadores.

Além disso, evidencia-se também a necessidade de realização de novas pesquisas que objetivem a prevenção do adoecimento ocupacional e promoção da qualidade da assistência da equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- CABRAL, F. W.; SILVA, M. Z. O. Prevenção e controle de infecções no ambiente hospitalar. **SANARE**, Sobral, v.12, n.1, p. 59-70, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/330/264>. Acesso em: 02 jun. 2019.
- CASTRO, M. R.; FARIAS, S. N. P. A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 364-369, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2020.
- ESPINDOLA, M. C. G.; FONTANA, R. T. Riscos ocupacionais e mecanismos de autocuidado do trabalhador de um centro de material e esterilização. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.116-123, Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2020.
- FIOCRUZ. **Tipos de Riscos**. Disponível em: http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/lab_virtual/tipos_de_riscos.html. Acesso em: 02 jun. 2019.
- GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2019
- GUSMÃO, G. S.; OLIVEIRA, A. C.; GAMA, C. S. Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 3, sep. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33572>. Acesso em: 02 jun. 2019.
- MARTINS, D. L.; MAIA, F. S. B.; DANTAS, V. P. C.; Procedimento Operacional Padrão: Medidas de Prevenção para Prevenção de Infecção Hospitalar. **EB-SERH**, João Pessoa, 2015. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documentos/220250/1649711/POP+MEDIDAS+DE+PRECAU%C3%87%C3%83O+EBSERH.pdf/9021ef76-8e14-4c26-819c-b64f634b8b69>. Acesso em: 02 jun. 2019.
- SILVA, R. P. *et al.* O gerenciamento de riscos ocupacionais e as interferências na saúde do trabalhador: revisão integrativa. **Rev. de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2. P. 4168-4185, abr. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27744>. Acesso em: 02 jun. 2019.
- NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 406-414, Dec. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2019.



CAPÍTULO 10

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE ÚLCERAS VENOSAS

Maria Tibéria da Silva Carolino¹

Karolliny Abrantes de Sousa²

Anthonio Alisancharles Batista de Almeida³

Nahadja Tahaynara Barros Leal⁴

Thaise Aparecida Dantas Barreto⁵

Lucas Davi Farias Costa⁶

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.10

1 Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB. <https://orcid.org/0000-0002-3518-997X>. tiberiacarolino@gmail.com

2 Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB. <https://orcid.org/0000-0002-5902-0538>. karolabrantescz@gmail.com

3 Centro Universitário - UNIFIP. <https://orcid.org/0000-0002-2791-8386>. a.charlesdealmeida@hotmail.com

4 Universidade Estadual da Paraíba. <https://orcid.org/0000-0002-4833-9914>. nahadja@gmail.com

5 Universidade Federal de Campina Grande. <https://orcid.org/0000-0003-1650-9955>. thata.pb7@gmail.com

6 Centro Universitário Planalto do Distrito Federal, Patos-PB. <https://orcid.org/0000-0002-6607-9044>. llucasffarias@hotmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho é de analisar as percepções de profissionais de enfermagem com relação ao cuidado da úlcera venosa, com ênfase na eficiência do tratamento e na qualidade de vida do paciente. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, através de pesquisas em bases de dados abrangendo estudos publicados em língua portuguesa, entre os anos compreendidos entre 2009 e 2018. Foram localizados apenas 12 estudos que atenderam plenamente aos critérios de inclusão. Na maioria dos estudos, o manejo das lesões foi inadequado e o conhecimento técnico, considerado insuficiente. Prevaleram recomendações sobre a importância das intervenções educativas para a promoção da saúde, através das quais os profissionais de enfermagem podem contribuir para melhorar a adesão ao tratamento, favorecer a prevenção da doença, evitar complicações e recidivas, além de melhorar a qualidade de vida do paciente e acelerar o processo de cicatrização da lesão. Concluímos que a adoção de protocolos clínicos, a integralidade da assistência e a capacitação profissional são requisitos fundamentais para melhorar a qualidade da atenção aos portadores de úlcera venosa.

Palavras-chave: Cuidado. Úlcera venosa. Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A úlcera venosa decorre de um avançado estágio de insuficiência venosa crônica, a qual está associada a uma disfunção no processo de retorno venoso, que é auxiliado pela musculatura da panturrilha. Esse mecanismo primário contribui para que o sangue dos membros inferiores retorne ao coração e envolve também o sistema venoso profundo e superficial, além das veias comunicantes (ARAÚJO *et al.*, 2016).

De modo geral, em veias saudáveis, as válvulas conseguem manter a pressão arterial nos níveis adequados, impedindo o fluxo sanguíneo contrário. Entretanto, quando as válvulas se tornam danificadas, a pressão do sangue nas veias aumenta e ocasiona o extravasamento do fluxo sanguíneo, conseqüentemente surgindo a sensibilidade, inchaço, irritação e formação de úlcera (CRUZ *et al.*, 2017).

O início da úlcera venosa pode ser espontâneo ou em decorrência de trauma e o tamanho e profundidade são características bastante variáveis. O problema afeta principalmente as mulheres, possivelmente por influência hormonal e da gravidez (FREDERICO *et al.*, 2018).

A Enfermagem promove o cuidado clínico a partir da construção de um relacionamento terapêutico e interpessoal, no intuito de promover a assistência resolutiva. Suas ações com relação ao tratamento da úlcera venosa devem focar não somente a lesão em si, mas um contexto amplo que proporciona o surgimento do problema e, se não abordado da maneira adequada, as recidivas podem se tornar frequentes (SOUSA *et al.*, 2015).

A escolha do tema se justifica em face da relevância da úlcera venosa enquanto problema de saúde frequente e que ocasiona importante morbidade e absenteísmo. Além de ressaltar a relevância da enfermagem por ocupar posição central no processo terapêutico.

Com base nessas considerações, o objetivo geral do estudo é analisar as percepções de profissionais de enfermagem com relação ao cuidado da úlcera venosa.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que consiste em uma investigação científica na qual o pesquisador reúne, avalia e sintetiza resultados de estudos sobre um tema (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foram realizadas buscas de estudos publicados e indexados em algumas bases de dados, sobre a atuação da enfermagem nos cuidados aos pacientes com úlcera venosa, pesquisados através do operador booleano através dos seguintes descritores: Cuidado “AND” Úlcera venosa “AND” Enfermagem.

As bases de dados foram: biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a fim de obter os estudos suficientes para a coleta de dados e análise.

Como critérios de inclusão: selecionamos apenas os estudos publicados compreendidos entre o ano 2009 até o ano de 2018, em língua portuguesa, disponibilizados gratuitamente e com os descritores da pesquisa no título ou no resumo do texto. Foram excluídos: estudos publicados em língua estrangeira e trabalhos de conclusão de curso.

Foi feita a leitura dos estudos selecionados e, posteriormente, a coleta de dados, que foram analisados segundo abordagem descritiva. Os resultados foram dis-

cutidos à luz da literatura correlata. As etapas da revisão integrativa decorreram entre os meses de novembro e dezembro de 2018.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na base SciELO, foram encontrados 11 estudos que inicialmente atenderam aos critérios de inclusão. Na BVS, apenas 5 estudos foram encontrados. Na MEDLINE, não foram encontrados estudos que atendessem aos critérios estabelecidos. Entre os 16 estudos encontrados, apenas 12 foram considerados satisfatórios, sendo que os demais foram excluídos por não atenderem aos critérios.

Na tabela 1 a seguir, é feita uma breve caracterização dos estudos selecionados para análise, quanto aos autores, ano de publicação e título de cada estudo.

Tabela 1 - Estudos selecionados para análise.

Nº	AUTOR(ES)	TÍTULO	ANO
01	Figueiredo; Zuffi	Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	2012
02	Silva <i>et al.</i>	Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde	2012
03	Peres; Zuffi; Poggetto	Prática dos enfermeiros nos cuidados às pessoas com úlcera venosa na saúde da família	2013
04	Reis <i>et al.</i>	Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	2013
05	Saraiva <i>et al.</i>	Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crônica	2013
06	Nogueira <i>et al.</i>	Diagnósticos de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica: estudo observacional	2015
07	Oliveira; Soares; Pires	Prevalência de úlceras venosas e fatores associados entre adultos de um centro de saúde de Vitória da Conquista - BA	2015
08	Silva <i>et al.</i>	Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa	2015
09	Borges <i>et al.</i>	Utilização do modelo difusão da inovação em úlceras venosas por profissionais especializados	2017
10	Liberato <i>et al.</i>	Adesão ao tratamento de pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária à saúde	2017
11	Morais; Joaquim; Camacho	Efeito das orientações em saúde na capacidade funcional de pessoas com úlceras venosas	2017
12	Silva <i>et al.</i>	Bota de Unna: vivência do cuidado por pessoas com úlcera varicosa	2017

Fonte: dados da pesquisa, 2018

Em estudo realizado pelos autores Peres, Zuffi e Poggetto (2013), para identificar conhecimentos de enfermeiros sobre cuidados ao portador de úlcera venosa, foram identificados o despreparo e a necessidade de capacitação profissional. A assistência a esse público pode ser beneficiada através da adoção de protocolos específicos para orientação do cuidado.

Já no estudo dos autores Nogueira *et al.* (2015), desenvolvido para analisar diagnósticos de Enfermagem em pessoas com úlcera venosa, foi possível constatar o consenso entre especialistas e o atendimento a domínios prioritários na intervenção e avaliação de Enfermagem, como promoção da saúde, segurança/proteção, atividade ou repouso, domínios fundamentais para orientar intervenções de enfermagem.-

O conhecimento deficiente pode levar a escolhas inadequadas da conduta terapêutica e dificultar a cicatrização, reduzindo a resolutividade da assistência oferecida pela Atenção Básica, por exemplo, fazendo com que usuários busquem atendimento em outros níveis de atenção (REIS *et al.*, 2013).

Os estudos analisados nessa categoria mostram que, o tratamento da úlcera venosa representa um desafio ao profissional, tanto pelo acúmulo de atribuições, quanto pelas dificuldades na adesão ao tratamento, precariedade do processo de capacitação contínua do profissional e estrutura deficitária dos serviços de saúde. Além disso, abordar aspectos psicológicos e sociais do paciente é fundamental para favorecer a adesão ao tratamento e garantir a continuidade e integralidade da atenção.

Com relação às condutas de tratamento e a qualidade de vida do paciente com úlcera venosa, a maior parte dos estudos se concentrou na avaliação de estratégias, experiências e orientações ao cuidado.

Os autores Oliveira, Soares e Pires (2015) realizaram estudo para estimar a prevalência de úlceras venosas e os principais fatores relacionados. Os resultados mostraram que o problema é mais frequente no sexo feminino e tem associação com insuficiência venosa crônica e diabetes.

Em estudo anterior, Silva *et al.* (2012) discutiram o manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária e constataram inadequação do tratamento que contrariava princípios terapêuticos no cuidado de feridas, uma vez que o esfregado irrita a pele circundante da lesão e prejudica o tecido de granulação, além de defenderem a adoção de protocolos clínicos no cuidado de úlceras venosas, além da capacitação permanente de profissionais quanto a essa conduta de cuidado.

Conforme estudos citados acima, o sucesso do tratamento é importante para evitar reincidência, garantir a cicatrização sem complicações e a melhor qualidade de vida do paciente. Para tanto, a adoção de protocolos clínicos e a capacitação dos profissionais certamente podem proporcionar melhoria da assistência.

Sabe-se que os cuidados necessários no tratamento da úlcera venosa incluem a avaliação do paciente e do seu histórico, o exame físico e avaliação da lesão, análise dos achados clínicos e cuidados da ferida e pele circundante, aplicação de métodos para favorecer a cicatrização, terapia tópica e compressiva, uso de antibióticos e um conjunto de medidas para evitar recidivas, entre outras formas de intervenção (REIS *et al.*, 2013). A terapia para úlcera venosa deve priorizar o aumento do retorno venoso, o controle de fatores sistêmicos, mudança de hábitos e condutas para auxiliar no processo de cicatrização (SOUZA *et al.*, 2014).

Silva *et al.* (2015) identificaram experiências de pessoas com úlcera venosa e observaram repercussões negativas na rotina, no trabalho e em diversos aspectos da convivência diária, contexto no qual o cuidado familiar e profissional é fundamental.

Em outro estudo, Borges *et al.* (2017) constataram que a avaliação do paciente sobre a doença foi modificada após uma intervenção que abrangeu cuidados com a lesão, uso de medicamentos, encaminhamento de pacientes, prevenção de complicações e melhoria do retorno venoso, ressaltando que a capacitação profissional é essencial para que essas ações possam ser realizadas com significativo potencial de sucesso.

Liberato *et al.* (2017) identificou que a adesão ao tratamento esteve relacionada com características da assistência, principalmente orientações profissionais para prevenção de complicações e melhoria do cuidado. Por outro lado, foi identificada dificuldade de adesão ao tratamento quanto à terapia compressiva.

Por fim, no estudo realizado pelos autores Silva *et al.* (2017), para identificar a vivência do cuidado de pessoas com úlcera varicosa utilizando Bota de Unna, foi identificado o papel fundamental do enfermeiro no processo de transmitir informações e conhecimentos aos pacientes e seus familiares, além de motivar a adesão ao tratamento e o manejo da doença.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado evidenciou condutas técnicas, percepções e a relevância do papel da Enfermagem no cuidado aos pacientes portadores de úlcera venosa. Alguns pontos foram especialmente destacados em vários estudos, como a inadequação do cuidado no manejo das lesões e o conhecimento insuficiente dos profissionais de enfermagem sobre a úlcera venosa e o tratamento necessário.

Nesse sentido, os autores enfatizaram a necessidade de promover a atenção integral ao paciente, no sentido de fortalecer as ações de promoção da saúde, prevenção de recidivas e melhoria do processo de cicatrização, visualizando o paciente não apenas restrito ao problema de saúde apresentado, mas de maneira abrangente e multidimensional.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. O. *et al.* Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, Chía, Colômbia, v. 16, n. 1, p. 56-66, mar., 2016.
- BORGES, E. L. *et al.* Utilização do modelo difusão da inovação em úlceras venosas por profissionais especializados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 638-645, mai./jun., 2017.
- CRUZ, L. A. *et al.* Assistência de enfermagem a pacientes com úlceras venosas. **Revista Saúde em Foco**, nº 9, p. 17-25, 2017.
- FIGUEIREDO, M. L.; ZUFFI, F. B. Cuidados aos portadores de úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Electrónica trimestral de Enfermería**, n. 28, p. 147-158, oct., 2012.
- FREDERICO, G. A. *et al.* Integralidade no cuidado de enfermagem às pessoas com úlceras cutâneas. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 7, p. 1997-2011, jul., 2018.
- LIBERATO, S. M. D. *et al.* V. Adesão ao tratamento de pessoas com úlceras venosas atendidas na atenção primária à saúde. **Aquichan**, v. 17, n. 2, p. 128-139, 2017.
- MORAIS, I. M.; JOAQUIM, F. L.; CAMACHO, A. C. L. F. Efeito das orientações em saúde na capacidade funcional de pessoas com úlceras venosas. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 2, 2017.
- NOGUEIRA, G. A. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em pacientes com úlcera venosa crônica: estudo observacional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 333-339, abr./jun., 2015.
- OLIVEIRA, S. B.; SOARES, D. A.; PIRES, P. S. Prevalência de úlceras venosas e fatores associados entre adultos de um centro de saúde de Vitória da Conquista – BA. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 2659-2669, jul./sep., 2015.
- PERES, G. A.; ZUFFI, F. B.; POGGETTO, M. T.; Prática dos enfermeiros nos cuidados às pessoas com úlcera venosa na saúde da família. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, nº 59, p. 37-41, 2013.
- REIS, D. B. *et al.* Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 101-106, jan./mar., 2013.

SARAIVA, D. M. R. F. *et al.* Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crônica. **Revista de Enfermagem Referência**, Série III, nº 10, p. 109-118, jul., 2013.

SILVA, M. H. *et al.* Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 329-333, 2012.

SILVA, D. C. *et al.* Experiências construídas no processo de viver com a úlcera venosa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 13-19, jan./mar., 2015.

SILVA, M. H. *et al.* Bota de Unna: vivência do cuidado por pessoas com úlcera varicosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 366-373, mar./abr., 2017.

SOUZA, M. T. de.; SILVA, M. D. da.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, J. L. *et al.* Assistência de enfermagem a pacientes portadores de úlcera venosa: uma revisão integrativa. **Ciências biológicas e da saúde**, Recife, v. 1, n. 3, p. 47-58, jul., 2014.

SOUZA, H. F. *et al.* O enfermeiro no manejo clínico de pacientes com úlcera venosa: revisão integrativa de literatura. **Revista Humano Ser - UNIFACEX**, Natal-RN, v. 1, n. 1, p. 32-51, 2015.

CAPÍTULO 11

ADESÃO DA VACINA HPV EM MULHERES DE 9 A 13 ANOS DE IDADE NA CIDADE DE MACEIÓ-AL, NO PERÍODO DE 2014 A 2015

*Amanda Costa de França*¹
*Mitally da Fonseca Silva Gusmão*²
*Dayane Menezes Santos*³
*Mayra Renata de Lima Canuto*⁴
*Leila Karoline Ferreira dos Santos*⁵
*Déborah do Nascimento Rodrigues*⁶

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.11

1 Centro Universitário Tiradentes. <https://orcid.org/0000-0001-7349-5743>. enfermandafranca@gmail.com

2 Centro Universitário Tiradentes. <https://orcid.org/0000-0001-8657-7588>. mitally_gusmao@hotmail.com

3 Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0002-5866-4323>. menezes_338@hotmail.com

4 Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0001-7167-7543>. mayrarenata_al@hotmail.com

5 Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0003-3041-4346>. leyla_karoline@hotmail.com

6 Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0002-0151-6848>. deborah_rodriques@hotmail.com

RESUMO

Este artigo teve como objetivo verificar a cobertura vacinal contra o Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes de 9 a 13 anos de idade, do sexo feminino, na cidade de Maceió-AL no período compreendido entre 2014 e 2015. Analisar a cobertura vacinal do município com a definida pelo Ministério da Saúde (MS). Estudo de natureza epidemiológica, quantitativa, onde foi analisada a taxa da cobertura vacinal disponível no site do datasus. A cobertura vacinal da primeira dose (D1) foi de 102,88%, a segunda dose (D2) foi 61,46% de adesão da primeira dose de 2015 ficou em 49,53% da população alvo. Os resultados sugerem a necessidade de intensificar as práticas educativas, esclarecendo os benefícios e a segurança da vacina HPV, contribuindo para o aumento do sucesso do programa de imunização.

Palavras-chave: Vacina. Papilomavírus Humano. Câncer do Colo do Útero.

1 INTRODUÇÃO

O Papilomavírus Humano (HPV) é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero. O conhecimento desse vírus é fundamental para a prevenção e controle desta enfermidade, pois o câncer cervical continua sendo um grave problema de saúde pública no Brasil. Também é conhecido como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo, pertence à família dos *Papovavírus* ou *Papovaviridae* é responsável por uma infecção transmitida por contato direto com pele ou mucosas infectadas por meio da relação sexual, podendo ainda ocorrer a transmissão da mãe para filho no momento do parto (GUEDES, 2014).

Existem mais de 100 tipos de HPV. Há um grupo viral conhecido como benigno, sendo este a maioria é considerado de baixo risco, enquanto que os considerados de alto risco são mais incidentes à infecção do trato genital e estão relacionados ao desenvolvimento do câncer do colo do útero. Os tipos virais que apresentam maior potencial oncogênico são 16, 18, 45 e 56, enquanto os de menor potencial para desenvolvimento de lesões cancerígenas são 6, 11, 41, 42, 43, e 44 (NADAL; MANZIONE, 2010).

De acordo com Nakagawa, Schirmer, Barbieri (2010), mulheres com HPV do tipo 16 e 18 possuem risco aumentado de desenvolver câncer cervical quando comparadas com as que têm outros tipos. Estes vírus são categorizados como cutâneos e mucosos pois podem infectar as células do epitélio basal da pele ou dos tecidos.

Os cutâneos se manifestam formando as verrugas, são epidermotrópicos e infectam principalmente os tecidos das mãos e dos pés. Os mucosos manifestam-se através de condilomas planos e acuminados e infectam o revestimento da boca, garganta, trato respiratório ou epitélio ano-genital. A maioria das infecções são benignas e desaparecem espontaneamente dentro de 1 a 5 anos (NAKAGAWA; SCHIRMER; BARBIERI, 2010).

Segundo Brasil (2015a), o câncer do colo do útero é o terceiro tipo mais frequente que acomete as mulheres no Brasil, são estimados 15mil novos casos de câncer cervical para 2014/2015. Com base no INCA (2014a), em Alagoas a incidência do câncer do colo do útero seguia em torno de 310 casos para cada 100 mil habitantes, sendo 100 desses casos concentrados na capital do estado.

É um importante problema de saúde pública devido à alta incidência e mortalidade, especialmente nos países em desenvolvimento. Para diminuir o índice do câncer cervical é de grande importância a adesão à vacina HPV e realização do exame periódico para investigar as células atingidas pelo vírus (INCA, 2014b).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde iniciou em março de 2014 a vacinação contra o HPV para meninas de 11 a 13 anos de idade; em 2015 essa faixa etária foi alterada para meninas de 9 a 11 anos. Em março do mesmo ano, foi ampliada a vacinação para meninas indígenas de 9 a 13 anos e mulheres de 14 a 26 anos portadoras de HIV, o que salienta a importância da extensão da vacinação para portadoras de HIV pois a patologia ocasiona uma imunodepressão e deixam essas mulheres mais expostas às infecções (BRASIL, 2015b).

Em virtude da introdução cada vez mais comum de novas vacinas no calendário básico vacinal, principalmente da vacina HPV, que previne doenças que podem ser transmitidas através da prática sexual; nota-se a necessidade de pesquisar como a população a ser vacinada e seus responsáveis legais reagem a este fato. Buscando avaliar a meta vacinal do HPV no município de Maceió-AL, e os fatores pessoais e sociais que influenciam na adesão e/ou não adesão desta vacina.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo quantificar a sua adesão da vacina HPV na faixa etária de 9 a 13 anos de idade no período de 2014 a 2015 na cidade de Maceió-AL.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva e exploratória com levantamento de dados secundários.

Buscou-se levantar dados sobre as doses da vacina HPV quadrivalente administradas no município de Maceió - AL, no período de 2014/2015. A coleta de dados aconteceu no período entre maio e junho de 2015. Os dados da contabilização de doses das vacinas administradas foram obtidos através do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) disponível online.

Por meio do site do SI-PNI foi possível obter informações sobre a primeira e segunda dose da vacina, sendo possível contabilizar coberturas e doses aplicadas da vacina HPV quadrivalente por estratificação de sexo e faixa etária (sexo feminino de 09 a 14 anos de idade) no ano de 2014 e coberturas e doses aplicadas da vacina HPV quadrivalente (sexo feminino de 09 aos 11anos de idade) no ano de 2015. Os resultados estão apresentados em porcentagens correspondendo à taxa de cobertura e expostos em quadros e texto discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

Por tratar-se de uma pesquisa realizada em banco de dados de domínio público não existiu contato direto com os sujeitos da pesquisa, sendo assim este estudo não foi encaminhado para submissão ao comitê de ética em pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo permitiu identificar a taxa de cobertura da vacina HPV quadrivalente, na cidade de Maceió-AL, durante o período de 2014/2015. Conforme explicitado nos quadros um e dois a seguir.

Quadro 1 - Taxa de cobertura por dose da vacina HPV em Maceió-AL (2014).

MUNICÍPIO	ANO	DOSE	POPULAÇÃO (11-13 ANOS DE IDADE)	DOSES	COBERTURA VACINAL
Maceió- AL	2014	D1	24.738	25.450	102.88%
Maceió- AL	2014	D2	24.812	15.249	61.46%

Fonte: Datasus (2014).

Quadro 2 - Taxa de cobertura por dose da vacina HPV em Maceió-AL (2015).

MUNICÍPIO	ANO	DOSE	POPULAÇÃO (09-11 ANOS DE IDADE)	DOSES	COBERTURA VACINAL
Maceió- AL	2015	D1	24.953	12.360	49.53%

Fonte: Datasus (2015).

Pode-se observar que no período de aplicação da primeira dose (D1) em março de 2014 a população alvo, meninas de 11-13 anos de idade, era de 24.738 adolescentes. Durante este período foram aplicadas 25.450 doses da vacina HPV quadrivalente. Já na segunda dose (D2), que ocorreu no mês de setembro a população alvo foi de 24.812 meninas, houve administração de 15.249 doses da vacina contra o HPV, gerando uma cobertura vacinal de 61.46%.

No corrente ano de 2015, os dados coletados até meados de junho demonstram que 49.53% da população alvo foi vacinada, sendo administradas 12.360 doses da vacina e a população a ser vacinada era de 24.953 adolescentes.

Foi possível identificar uma queda brusca da cobertura vacinal no período do intervalo entre a primeira e segunda dose no ano de 2014, essa diminuição foi cerca de 40%; provavelmente esse fenômeno ocorreu devido a alguns efeitos adversos acontecidos durante a administração da primeira dose da vacina HPV em Março de 2014 e houve uma acentuada divulgação na mídia, gerando receio entre os responsáveis e as próprias adolescentes em relação à segurança da vacina, ocasionando essa diminuição da cobertura vacinal durante o período da segunda dose da campanha.

Na primeira dose de 2015 a diminuição da cobertura quando comparada a primeira dose do ano anterior foi de 53,35%, além dos fatores citados anteriormente, a mudança da faixa etária das adolescentes influenciou ainda mais essa queda, visto que de acordo com os termos de recusa entregues nas escolas, alguns responsáveis julgam as adolescentes muito jovens, preferindo adiar a vacinação contra o HPV.

Segundo as informações disponíveis no site do datasus, foram coletados os seguintes dados em relação à cobertura vacinal.

Quadro 3 - Adesão da Vacina HPV por Regiões do Brasil.

REGIÕES	1º DOSE 2014	2º DOSE 2014	1º DOSE 2015
NORTE	86,41%	41,98%	35,64%
NORDESTE	100,96%	55,92%	41,84%
SUDESTE	106,41%	66,46%	48,70%
SUL	98,42%	63,40%	44,76%
CENTRO-OESTE	106,26%	60,97%	34,05%
BRASIL	101,65%	59,93%	43,61%

Fonte: Datasus (2014 - 2015).

Analisando a tabela acima é possível perceber que este fenômeno, diminuição da cobertura a cada dose da vacina HPV, ocorreu em todas as regiões do Brasil, sendo a região norte a menos aderente e a região sudeste a que demonstrou maior adesão da campanha vacinal do HPV.

Outras pesquisas apontam para a importância dos esclarecimentos das dúvidas sobre o vírus HPV como também da vacina preventiva, conforme demonstra o estudo realizado em Campinas-SP, no ano de 2011, com usuários de cinco unidades básicas de saúde e duas policlínicas do Sistema Único de Saúde (SUS), informando que quase 40,0% dos entrevistados referiram ter ouvido falar sobre o HPV e destes, 28,9% mencionaram informações adequadas. A principal fonte de informação foi a mídia 41,7% e 8,6% da população entrevistada tinham ouvido falar das vacinas. Após o esclarecimento das dúvidas, cerca de 94,0% dos participantes disseram que se vacinariam e/ou vacinariam suas filhas adolescentes (OSIS *et al*, 2014).

Vale ressaltar que é responsabilidade do indivíduo ou seu representante legal a possibilidade de consentir ou recusar qualquer procedimento médico, inclusive a vacinação. Entretanto, prestar informações de serviços de saúde nos vários níveis da prestação de cuidados, disponibilizar material informativo suficientemente inteligível e averiguar se o indivíduo assimilou a mensagem transmitida é de responsabilidade dos profissionais da saúde envolvidos no processo junto à secretaria do seu estado (SANTOS e HESPANHOL, 2013).

De acordo com Zardo *et al.* (2014), o sistema de saúde do Brasil possui uma boa experiência na cobertura das vacinas implantadas anteriormente no calendário vacinal, porém, é preciso possibilitar uma campanha eficiente da vacina HPV quadrivalente, uma vez que há uma diminuição da adesão em todas as regiões do Brasil. Para alcançar a meta proposta pelo MS, 80% da população alvo, é preciso uma campanha de conscientização e esclarecimentos sobre o vírus HPV, sua transmissibilidade, as consequências da infecção e acima de tudo os benefícios e segurança da vacina disponível no SUS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da escassez de artigos científicos desenvolvidos sobre o tema, aumentando o grau de dificuldade de dados comparativos sobre o mesmo, este estudo possibilitou a análise epidemiológica da adesão vacinal contra o vírus HPV em Maceió-AL.

De acordo com parâmetros nacionais da adesão da vacina do HPV, definidos pelo MS, ao se comparar com a cobertura vacinal ocorrida no município de Maceió-AL, foi possível identificar que a introdução da vacina deverá trazer benefícios para o controle do câncer de colo de útero, exigindo grandes investimentos por parte do PNI, a fim de garantir condições adequadas para a sustentabilidade e equidade do programa em perspectiva populacional bem como para o aprimoramento do programa de rastreamento.

Verificou-se que no início da campanha vacinal houve uma aceitação maior que a meta de 80% estipulada pelo MS, mas logo após houve um declínio na adesão chegando a quase metade da estimativa. A aceitação inicial foi efetiva devido a campanha promovida pelo PNI, entretanto, posteriormente houve a diminuição da adesão, fato que pode ter se dado pela campanha negativa da mídia sobre os efeitos adversos e diminuição da faixa etária da população alvo.

Os indivíduos ou seus representantes legais podem aderir ou recusar o ato de vacinação, mas se não forem educados à mudança de comportamento, conhecendo de fato a importância vacinal contra o Papilomavírus Humano, pode gerar graves problemas à saúde pública. Contudo, deve-se aumentar o incentivo e as propostas para adesão da vacina.

No entanto, promover ações com o intuito de prevenir o câncer do colo do útero e esclarecer o assunto abordado, a fim de que a adesão vacinal contra o vírus HPV aumente em todas as faixa-etárias, faz parte também da competência do enfermeiro, visto que, esse profissional da saúde está diretamente ligado ao cuidar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Estratégia de Vacinação contra HPV**. 2015a. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/consulta_hpv_14_C08_Mun.php?uf=AL. Acesso em: 01 Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Técnico da Vacina Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (Recombinante)**. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2015/junho/26/Informe-Tecnico-Vacina-HPV-2015-FINAL.PDF>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

GUEDES, H. Meninas devem tomar segunda dose contra HPV para garantir proteção, **Portal da Saúde** (2014). Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&d=1546&catid=11&Itemid=103, Acesso em: 11 Nov. 2014.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José De Alencar (Brasil). **Câncer do Colo do Útero (2014)**. 2014a. Disponível: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tipodecancer/site/home/colo_uterio/deficicao, Acesso em: 30 Nov. 2014.

INCA. Instituto Nacional De Câncer José De Alencar (Brasil). **Incidência de Câncer no Brasil (2014b)**. 2014b. Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/tabelaestados.asp?UF=AL>. Acesso em: 05 Mai.2015.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Vacina contra o papilomavirus humano. O que é preciso saber? **Rev bras. colo-proctol. [online]**, v. 30, n. 2, p. 237-240, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-98802010000200018>. Acesso em 08 Nov. 2014

NAKAGAWA, J. T.; SCHIRMER, J.; BARBIERI, M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Rev. bras. enferm. [online]**, v. 63, n. 2, p. 307-311, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200021>. Acesso em: 08 Mai. 2015

OSIS, M. J. D. *et al.* Conhecimento e atitude de usuários do SUS sobre o HPV e as vacinas disponíveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública [online]**, v. 48, n. 1, p. 123-133, 2014.

SANTOS, Paulo e HESPANHOL, Alberto. Recusa vacinal - o ponto de vista ético. **Rev Port Med GeralFam [online]**, v. 29, n. 5, p. 328-333, 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S2182-51732013000500008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 Jun. 2015

ZARDO, G. P. *et al.* Vacina como agente de imunização contra o HPV. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3799-3808, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.01532013>. Acesso em: 09 Jun. 2015

CAPÍTULO 12

SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO LABORAL NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

*Lívia de Sousa Rodrigues¹
José Adelmo da Silva Filho²
Jessica lima de Oliveira³
Danielly Gonçalves da Silva⁴
Karine Nascimento da Silva⁵
Gislene Farias de Oliveira⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.12

1 Universidade Regional do Cariri. <https://orcid.org/0000-0001-7856-1279>. liviarodrigues_enf@hotmail.com
2 Universidade de São Paulo. <https://orcid.org/0000-0002-0261-2014>. adelmof12@gmail.com
3 Universidade Regional do Cariri. <https://orcid.org/0000-0002-0692-6360>. Jessicacaete2@gmail.com
4 Faculdade Leão Sampaio. <https://orcid.org/0000.0002.3525.0670>. danigsenf@gmail.com
5 Universidade Regional do Cariri. <https://orcid.org/0000-0003-0145-6221>. karine.nascimento@urca.br
6 Universidade Regional do Cariri. <https://orcid.org/0000-0001-5373-2326>. gislene.farias@ufca.edu.br

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar aspectos do processo de trabalho geradores de satisfação e insatisfação laboral nos profissionais que atuam no cotidiano da estratégia Saúde da Família. Trata-se de estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. Realizado em Várzea Alegre – CE com 162 profissionais de saúde com atuação na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram analisados no SPSS/Win, versão 18.0 e embasados na estatística descritiva. Foi encontrado que, a satisfação laboral guarda relação com reconhecimento profissional e com a boa imagem social que o trabalho representa para os sujeitos. A insatisfação se mostrou relacionada às condições de trabalho e às relações com a gestão. Concluiu-se que, trabalhar na Atenção Primária à Saúde provoca, respectivamente, motivos de satisfação e de insatisfação, o que aparenta não ter relação com o modelo assistencial, mas com as condições de trabalho, com algumas particularidades próprias da profissão e com a subjetividade, no que diz respeito às percepções e expectativas dos trabalhadores.

Palavra-chave: Saúde da Família. Satisfação no Emprego. Esgotamento Profissional.

1 INTRODUÇÃO

A estratégia Saúde da Família (eSF) propõe uma mudança de perspectiva nos modos de cuidar, de organizar o trabalho e de entender o processo saúde-doença, por meio de ações que atendam às demandas da população, favoreçam o acesso aos serviços de saúde, melhorem a qualidade das ações preventivas e da atenção, garantindo cuidados mais adequados (BRASIL, 2017).

A complexidade do trabalho na eSF com todos os elementos intrínsecos a ela possui um evidente potencial de geração de satisfação e insatisfação laboral.

Entendida como um estado emocional de prazer resultante da relação entre o indivíduo e seu trabalho, a satisfação laboral tem sua dimensão inversa centrada na frustração e na negação dos valores relacionados às suas atividades de trabalho, configurando situações opostas de um mesmo fenômeno (FORTE; PIRES, 2017).

Apesar de um número significativo de estudos sobre a temática, este estudo possui o diferencial de centralizar o objeto de investigação na eSF com suas equipes multiprofissionais. Diante do exposto, objetiva-se analisar aspectos geradores de satisfação e insatisfação laboral nos profissionais que atuam no cotidiano da estratégia Saúde da Família.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento observacional transversal e de abordagem quantitativa, desenvolvido no Município de Várzea Alegre, localizado ao sul do Ceará. A rede municipal de saúde contava, à época do estudo, com 14 equipes de Saúde da Família (EqSF), distribuídas homoganeamente nos territórios urbano e rural.

O total de 162 profissionais de saúde do universo pesquisado, estava assim distribuído: 14 enfermeiros; 14 médicos; 08 cirurgiões dentistas; 20 técnicos/ auxiliares de enfermagem; 09 técnicos/ auxiliares em saúde bucal; 97 agentes comunitários de saúde (ACSs).

Foram incluídos na amostra todos os profissionais de saúde com atuação na eSF do município por pelo menos um ano. Foram excluídos os profissionais inativos por qualquer motivo; em desvio de função; lotados na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) onde trabalhava a pesquisadora (para evitar conflitos de interesse); e os que não devolveram os instrumentos de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados consistiu na “Escala de Satisfação no Trabalho” desenvolvida por Martins em 1984 e validada em 2006 por Martins e Santos. Possui 45 itens, com pontuação tipo Likert de cinco pontos, variando de “muito insatisfeito” (1) a “muito satisfeito” (5).

Os itens estão distribuídos em seis fatores, a saber: satisfação com o reconhecimento profissional, satisfação com a utilidade social da organização e do trabalho, satisfação com relacionamento afetivo no trabalho, satisfação com o suporte organizacional, insatisfação com a sobrecarga de trabalho e insatisfação com a falta de suporte psicossocial.

Após uma rápida explanação acerca do objeto e dos objetivos do estudo, seguiu-se a distribuição dos questionários, com apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados se estendeu pelo período de 30 dias, ao final do qual, dos 146 questionários distribuídos, 90 foram devolvidos, compondo a amostra deste estudo: 11 enfermeiros; 04 médicos; 03 cirurgiões dentistas; 14 técnicos/ auxiliares de enfermagem; 04 técnicos/ auxiliares em saúde bucal; 54 agentes comunitários de saúde.

Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Science* - SPSS (versão 18.0). A posterior análise dos dados considerou uma margem de erro de cin-

co pontos percentuais, com intervalo de confiança de 95%. Foi utilizada a estatística descritiva com elaboração de tabelas de frequências.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, obtendo parecer favorável de nº 1.397.050. O Gestor Municipal de Saúde de Várzea Alegre assinou um Termo de Consentimento Institucional para a realização da pesquisa com os profissionais que prestavam serviço ao município. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi utilizado para todos os participantes (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 - Fatores de satisfação/insatisfação no trabalho em profissionais de saúde da eSF. Várzea Alegre - CE, Brasil, 2016.

Médias por Fator	Satisfação	Indiferença	Insatisfação	Sem resposta
Fator 1 – Satisfação com o reconhecimento profissional	95,2%	2,5%	1,3%	0,9%
Fator 2 – Satisfação com a utilidade social da organização e do trabalho em si	91,6%	-	1,1%	7,5%
Fator 3 – Satisfação com relacionamento afetivo no trabalho	81,4%	3,9%	4,1%	8,8%
Fator 4 – Satisfação com o suporte organizacional	79,7%	2,4%	5,6%	11,9%
Fator 5 – Insatisfação com a sobrecarga de trabalho	31,9%	17,1%	44,0%	6,1%
Fator 6 – Insatisfação com a falta de suporte psicossocial	4,6%	12,1%	70,5%	12,8%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Legenda: Médias dos fatores.

Para profissionais da eSF, o contentamento dos usuários com a assistência recebida, o trabalho em equipe e o vínculo entre profissionais e usuários figuram entre as principais causas de bem-estar no trabalho (COSTA *et al.*, 2016). Assim, o vínculo constitui-se em elemento gerador de satisfação com o trabalho realizado, uma vez que, a vinculação da população potencializa a eSF como porta de entrada do sistema de saúde, alcançando os resultados esperados da implementação deste modelo.

O Apoio Institucional, concebido pelo Método Paideia, contribuiria para um aumento da satisfação, já que para Eidelwein e Paulon (2017), objetivaria o estabelecimento de relações solidárias entre usuários, trabalhadores e gestores de serviços de saúde, com uma abordagem compartilhada da clínica e da gestão, construída mediante a observação respeitosa de diferentes saberes e interesses

Evidencia-se a necessidade de aumentar o envolvimento dos profissionais com os processos de trabalho, a partir da implementação do Apoio Institucional, com modificações nas maneiras de executar funções com a utilização de valores democráticos e coparticipativos (MACHADO *et al.*, 2016).

Verifica-se que condições precárias de trabalho, bem como a exigência pelo alcance das metas pré-estabelecidas, podem conduzir ao adoecimento do trabalhador inserido em tal contexto. A sobrecarga laboral, associada a outros empregos ou aos trabalhos domésticos, também provoca prejuízo às relações familiares (CARREIRO *et al.*, 2013).

Nossa amostra é predominantemente feminina. Considerando sua sobrecarga devido a jornadas também domésticas e de cuidados com a família, entende-se a insatisfação com a possibilidade de adoecimento manifestada neste estudo.

Identificar as causas de sobrecarga e atuar sobre elas pode ser um importante aspecto a ser trabalhado no âmbito da promoção da saúde do trabalhador (SOUZA; BERNARDO, 2019). Nosso estudo clarifica que as questões organizacionais, relativas a materiais e insumos, e também o relacionamento com a gestão, são disparadores de insatisfação para as diversas categorias de profissionais da eSF.

As dificuldades são inúmeras e atuam como impeditivas para a efetivação da proposta do Ministério da Saúde. Fica estabelecido, assim, um perfil de dualidade entre os ideais expressos nos documentos oficiais e a realidade atual de sucateamento dos serviços públicos de saúde (GALVÃO, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar na atenção básica suscita, respectivamente, motivos de satisfação e de insatisfação, o que aparenta não ter relação com o modelo assistencial, mas com as condições de trabalho, com algumas particularidades próprias da profissão e com a subjetividade, no que diz respeito às percepções e expectativas dos trabalhadores.

Considerando a complexidade da trama envolvida na construção dos padrões de satisfação e insatisfação laboral e sua influência na qualidade da assistência na eSF, sugere-se um aprofundamento dos estudos acerca da temática.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.
- CARREIRO, G. S. P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.15, n.1, p.146-155, 2013.
- COSTA, P. *et al.* Anais do IX Fórum Mineiro de Enfermagem – **Horizonte Científico** - Uberlândia: UFU, 2016.
- GALVÃO, S. K. S. **Cidadanização e Atenção à Saúde: representações sociais acerca do SUS dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde no Cenário Paraibano.** João Pessoa – PB, 2017.
- EIDELWEIN, C.; PAULON, S. M. Tecnologia do apoio e democratização na gestão do sistema único de saúde: reverberações da análise institucional no campo da saúde coletiva. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 518-540, 2017.
- FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P. Enfermeiras na atenção básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. Rio de Janeiro: **Trab. educ. Saúde**, v. 15, n. 3, p.709-724, 2017.
- MACHADO, R. Z. *et al.* O apoio institucional como ferramenta de gestão: o caso da macrorregião metropolitana do RS. **Boletim da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 21-34, 2016.
- MARTINS, M. C. F.; SANTOS, G. E. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 195-205, 2006.
- SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.** v. 44, 2019.

CAPÍTULO 13

ASSISTÊNCIA SEGURA EM ENFERMAGEM PRESTADA AO PACIENTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*Mayra Renata de Lima Canuto¹
Amanda Costa de França²
Bruna Brandão dos Santos³
Dayane Menezes Santos⁴
Leila Karoline Ferreira dos Santos⁵
Déborah do Nascimento Rodrigues⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.13

1 Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0001-7167-7543>. mayrarenata_al@hotmail.com

2 Centro Universitário Tiradentes. <https://orcid.org/0000-0001-7349-5743>. enfermandafrauca@gmail.com

3 Universidade Federal de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0001-9143-6165>. brunabsantos16@gmail.com

4 Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0002-5866-4323>. menezes_338@hotmail.com

5 Universidade Estadual de Ciências da saúde de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0003-3041-4346>. leyla_karoline@hotmail.com

6 Universidade Estadual de Ciências da saúde de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0002-0151-6848>. deboraah_rodrigues@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho objetivou identificar as bases para o cuidado seguro da enfermagem em pacientes em UTI. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura realizada nas bases de dados virtuais: SciELO, Google Acadêmico e LILACS, sendo incluídos: artigos originais, com acesso gratuito e publicados no período entre 2010 e 2020. Dentre as ações identificadas como bases da assistência segura, a literatura demonstra como as principais: higienização das mãos, identificação do paciente, outras ações como identificação da interação medicamentosa, influência da carga de trabalho dos profissionais, assim como sua alocação e a influência disso na qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente. Notou-se, portanto, a importância da Segurança do Paciente em todos os setores relacionados à saúde, sejam eles intra ou extra-hospitalares em qualquer nível de assistência.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem; Assistência Segura.

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que no campo de atuação da saúde, a segurança do paciente é um dos pilares para a oferta dos serviços e cuidados aos pacientes, família e sociedade. Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde fazer cumprir suas atribuições e promover assistência ao paciente sem causar dano. Diversas são as ações feitas para promover uma assistência segura, no Brasil o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2014).

Este programa foi criado com o objetivo de contribuir na qualificação do cuidado em estabelecimentos de saúde ao longo de todo o território nacional, é baseada em seis atributos que serão discutidos ao longo desta pesquisa. A segurança do paciente é um tema de suma importância e está inserido em todos os níveis de atenção à saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No âmbito da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a segurança do paciente é ainda mais importante, uma vez que o paciente encontra-se em estado crítico necessitando de assistência à saúde o mais segura possível (BRIDI, 2013). No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), regulamenta essas ações e é através dela que os profissionais recebem as orientações e atualizações com base em pesquisas científicas (PADILHA *et al.*, 2015).

Nota-se que é dever de qualquer instância de saúde garantir um cuidado de qualidade ao paciente. As instituições de saúde vêm promovendo políticas contí-

nuas relacionadas à segurança do paciente a fim de eliminar/reduzir os eventos adversos, onde se sabe que estes podem levar a danos irreversíveis além de acarretar em maior tempo de permanência do paciente em internamento hospitalar e maiores gastos com medicamentos, exames, procedimentos, dentre outros (BORGES *et al.*, 2020).

A importância deste trabalho justifica-se pela necessidade crescente e contínua de discussão quanto ao cuidado seguro do paciente, além da prevenção de danos. Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho foi identificar as bases para o cuidado seguro da enfermagem para os pacientes em UTI, dentre os objetivos específicos têm-se: identificar novidades na literatura, nacional e internacional, quanto aos cuidados que o profissional deve ter ao prestar cuidados em UTI.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizada uma metodologia de revisão narrativa da literatura. Após a definição do tema foi feita uma busca nas bases de dados virtuais: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico. Para o levantamento das publicações nas bases eletrônicas de dados, foram utilizados os seguintes *strings*: “assistência segura”, “enfermagem” e “UTI”, modulados, quando necessário pelos operadores booleanos “AND” e “OR” conforme a necessidade.

Para seleção do material empírico foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos científicos no idioma português e espanhol, publicados no período entre 2010 e 2020, disponíveis integralmente, com indexação nas bases de dados referidas e disponíveis de forma gratuita. Foram excluídos os estudos duplicados, publicações do tipo monografias, teses, protocolos clínicos e desvio à temática.

No sentido de viabilizar a análise dos artigos que integram esta revisão foi utilizada uma planilha informática com posterior montagem de tabela. Durante o primeiro passo foram efetivadas a análise em pré-análise, codificação, inferência e a interpretação dos dados. Posteriormente, foi realizada a fase da organização propriamente dita, que consistiu na leitura flutuante, escolha dos documentos e a preparação deste material.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à caracterização dos estudos que abordaram as bases para o cuidado seguro em enfermagem para os pacientes em UTI e que compuseram a

essência desta revisão integrativa, destaca-se estes 08 artigos que fizeram parte da amostra da pesquisa (Quadro 1):

Quadro 1 - Distribuição dos estudos incluídos na revisão narrativa da literatura (2010 a 2020).

	Título	Autor	Ano de publicação	Metodologia	Principais resultados
A1	Fatores de risco associados à hipoglicemia e análise de eventos adversos em uma Terapia Intensiva	Roque <i>et al.</i>	2018	Coorte	Incidência de 2,8% e uma taxa de incidência de 0,6 eventos de hipoglicemia por 100 pacientes-dia.
A2	Influência das falhas administrativas na redução da segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva	Santos <i>et al.</i>	2018	Exploratório-descriptivo	Detectados 653 incidentes decorrentes de falhas administrativas (6,94%), sendo 280 eventos adversos (42,8%).
A3	Impacto Del seguimiento farmacoterapéutico para identificar los errores de medicación y disminuir eventos adversos en pacientes de terapia intensiva del Hospital H+ Querétaro	Arellano <i>et al.</i>	2018	Estudo quantitativo.	Foram identificados um total de 107 erros de medicação, o que representou uma taxa de 514.42 erros por 1,000 dias/paciente, com uma taxa de intervenção de 52.88 por 1,000 dias/paciente.
A4	Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos na UTI	Serafim <i>et al.</i>	2017	Estudo prospectivo de coorte	Ocorreram 166 EAs, afetando 50,7% dos pacientes. O aumento da gravidade do paciente apresentou relação direta com a probabilidade de ocorrência de EAs.
A5	Identificação do paciente por pulseira eletrônica numa unidade de terapia intensiva geral adulta	Macedo <i>et al.</i>	2017	Estudo quantitativo.	Em 96% das observações, os pacientes estavam com a pulseira de identificação e em 75% dos prontuários havia anotações sobre a presença da pulseira.
A6	Interações medicamentosas potenciais e risco de drogas durante a gravidez e a amamentação: um estudo observacional em uma unidade de terapia intensiva em saúde da mulher	Ferracini <i>et al.</i>	2017	Estudo observacional, transversal e prospectivo	Um total de 175 combinações diferentes de PDIs foram identificadas nas prescrições, e os efeitos adversos causados pelo uso simultâneo de drogas não foram realmente observados na prática clínica.

A7	Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva	Gonçalves <i>et al.</i>	2012	Pesquisa observacional, descritiva e prospectiva	Houve diferença na frequência de EA/I nas alocações adequadas e inadequadas da equipe de enfermagem da UTI 4º andar e UTI 6º andar, $p = 0,0004$ e $p = 0,000$, respectivamente.
A8	Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva:	Padilha <i>et al.</i>	2015	coorte histórica para a	Treinamentos, comprometimento dos pesquisadores e parceria com profissionais da tecnologia da

Fonte: Própria pesquisa, 2020.

Em A1, mostra a relação dos fatores de risco associados à hiperglicemia e a segurança do paciente. Em virtude de a instabilidade glicêmica constituir um efeito relativamente comum em UTI onde se não houver intervenção efetiva ágil pode estar relacionada à ocorrência de danos cerebrais graves, falência de órgãos/tecidos, impacto clínico expressivo na morbidade e até mesmo óbito (ROQUE *et al.*, 2018).

Já em A2, os autores abordaram falhas administrativas e sua relação com a redução da segurança do paciente quando internados em UTI, evidenciando que os incidentes decorrentes de falhas administrativas corresponderam a 6,94%. A UTI por se tratar do ambiente dentro da estrutura hospitalar destinado ao cuidado do paciente crítico é composto por materiais e equipamentos de alta complexidade e apesar disso é também considerado como local vulnerável a circunstância de erro (SANTOS *et al.*, 2018).

Em A3 por sua vez foi abordado o impacto da farmacoterapia na segurança do paciente, buscando por sua vez identificar os erros, assim como pontos importantes para a redução dos danos ao paciente causados por causas farmacêuticas, ressalta-se a importância das verificações seguindo as orientações do Ministério da Saúde. Atualmente as literaturas são diversas, variam entre 5, 6, 9, 12 certos. Os chamados “certos” incluem: paciente, hora, via, dose, prescrição, entre outros.

A participação de diversas áreas de atuação no processo de administração de medicação favorece a ocorrência de erros, mas também pode estar relacionada a diversas ‘barreiras’ na efetivação do erro onde qualquer falha nas etapas desse processo causa danos ao paciente, equipe multidisciplinar e ambiente hospitalar. Quando relacionadas ao paciente em UTI as consequências podem ser mais importantes visto que a terapia medicamentosa é mais complexa (SERAFIM *et al.*, 2017).

Os autores de A4 relacionam por sua vez a carga de trabalho dos profissionais com a ocorrência de efeitos adversos em pacientes internados em UTI. Considerar a carga de trabalho excessiva entre a equipe de profissionais de saúde é tema de grande magnitude uma vez que esse fato pode interferir na diminuição da qualida-

de da assistência ao paciente e impactar em maiores custos ao serviço de saúde. A sobrecarga de trabalho também está relacionada a falhas no processo de cuidado ao paciente podendo gerar danos (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

Em A5, os autores refletem sobre a identificação do paciente por meio de pulseira eletrônica e sua relação com a minimização de erros. Foi verificado que a pulseira é um instrumento de segurança, servindo como forma de checagem, fundamental na prestação de cuidados como a administração de medicamentos e dietas, procedimentos invasivos e infusão de hemoderivados. Ressalta-se que segundo Macedo *et al.* (2017), a correta identificação do paciente reduz a ocorrência de incidentes e torna a assistência mais segura, sendo um dos principais objetivos da gestão hospitalar (PADILHA *et al.*, 2015).

Os autores de A6, avaliaram a relação de interações medicamentosas com a gestação e a amamentação em UTI. Por si só as interações medicamentosas podem ser danosas à saúde quando não observados os riscos potenciais, na amamentação esse evento torna-se ainda mais perigoso pelo risco de passagem materno-fetal. Apesar do setor de UTI estar mais vulnerável a esses eventos devido à administração de múltiplos fármacos de elevado potencial terapêutico, devem-se seguir protocolos de administração segura de medicamento nessas situações (FERRACINI *et al.*, 2017).

Em A7, foi abordado sobre a alocação da equipe de enfermagem e sua relação com a ocorrência de eventos adversos, evidenciando que alocações inadequadas também propiciaram eventos adversos para os pacientes. O profissional de enfermagem constitui a área de atuação da equipe de saúde que passa a maior parte do tempo em contato com o paciente, tornando-se ainda mais responsáveis pela qualidade da assistência e segurança ao paciente (GONÇALVES *et al.*, 2012).

Os autores de A8 abordam sobre a criação de um projeto de pesquisa dentro de uma UTI com ênfase na segurança do paciente, envolvendo a implementação de sistema computacional do Núcleo de Segurança do Paciente (NAS). Observa-se que a Segurança do Paciente vem se tornando um dos focos de maior investimento nas instituições de saúde, pois tem como finalidade primordial evitar/ minimizar a ocorrência de eventos adversos ao paciente que possam ou não causar danos à saúde (ARELLANO *et al.*, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se, portanto, a importância da Segurança do Paciente em todos os setores relacionados à saúde, sejam eles intra ou extra-hospitalares em qualquer nível de assistência. A UTI se torna primordial nesse processo, visto que, se trata de paciente crítico que necessita de cuidados e intervenções mais complexas. Deve-se priorizar a alocação dos profissionais de saúde de acordo com o preconizado em constituições e fluxos institucionais internos, bem como maior segurança nos protocolos de prescrição e dispensação de medicamentos de forma adequada desde o momento da admissão até a alta segura do paciente, elaboração de check list internos para conferência dentre outras medidas que reduzam os riscos assistenciais.

REFERÊNCIAS

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

BRIDI, A. C. **Fatores determinantes do tempo estímulo-resposta da equipe de enfermagem aos alarmes dos monitores multiparamétricos em terapia intensiva: implicações para a segurança do paciente grave**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, p. 176, 2013.

BORGES, C. L. *et al.* Aspectos relacionados a segurança do paciente. *In*: SILVA, M. C. A. (org.). **Impressões sobre o cuidar de enfermagem sistematizado**. [recurso eletrônico] 3º ed. Ponta Grossa: Atena, 2020. p. 13. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/3128>. Acesso em: 20 dez de 2020.

FERRACINI, A. C. *et al.* Interações medicamentosas potenciais e risco de drogas durante a gravidez e a amamentação: um estudo observacional em uma unidade de terapia intensiva em saúde da mulher. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 6, p. 258-264, junho de 2017.

GONCALVES, L. A. *et al.* Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. spe, p. 71-77, Oct. 2012.

MACEDO, M. C. S. *et al.* Identificação do paciente por pulseira eletrônica numa unidade de terapia intensiva geral adulta. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 13, p. 63-70, jun. 2017.

OLIVEIRA, A. C.; GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. S. Carga de trabalho de enfermagem e ocorrência de eventos adversos em terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 683-694, agosto de 2016.

PADILHA, K. G. *et al.* Segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva: desenvolvimento de um projeto de pesquisa. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2015, vol.49, n.spe, pp.157-163.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, July 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 dez de 2020.

RELLANO, H. P. *et al.* Impacto del seguimiento farmacoterapéutico para identificar los errores de medicación y disminuir eventos adversos en pacientes de terapia intensiva del Hospital H+ Querétaro. **Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)**, Ciudad de México, v. 32, n. 2, p. 61-65, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092018000200002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 jan de 2020.

ROQUE, K. E. *et al.* Fatores de risco associados à hipoglicemia e análise de eventos adversos em uma terapia intensiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e3350016, 2018.

SANTOS, E. *et al.* Influência das falhas administrativas na redução da segurança de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **RGPL**, Lisboa, v. 17, n. 2, p. 58-72, ago. 2018.

SERAFIM, C. T. R. *et al.* Gravidade e carga de trabalho relacionadas a eventos adversos na UTI. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 942-948, outubro de 2017.

CAPÍTULO 14

PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA E A PANDEMIA POR COVID-19

*Mayra Renata de Lima Canuto¹
Amanda Costa de França²
Nathalia Silva Araújo³
Míbsam Lysia Carvalho Alves Soares⁴
Dayane Menezes Santos⁵
Bruna Brandão dos Santos⁶*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.14

¹ Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0001-7167-7543>. mayrarenata_al@hotmail.com
² Centro Universitário Tiradentes. <https://orcid.org/0000-0001-7349-5743>. enfermandaf Franca@gmail.com
³ Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0002-0470-7463>. nsa.1989@hotmail.com
⁴ Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0002-7740-7103>. mibsamlysia@hotmail.com
⁵ Centro Universitário CESMAC. <https://orcid.org/0000-0002-5866-4323>. menezes_338@hotmail.com
⁶ Universidade Federal de Alagoas. <https://orcid.org/0000-0001-9143-6165>. brunabsantos16@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar na literatura qual perspectiva dos profissionais da saúde sobre os desafios enfrentados pelos pacientes com comprometimento renal na pandemia por COVID-19 no Brasil. Trata-se de uma Revisão da Literatura, utilizando as bases de dados virtuais: LILACS, SciELO e BDNF. Foram utilizados os descritores: “Doenças Renais”, “Insuficiência Renal Crônica”, “Profissionais da saúde”, “Enfermagem” e “COVID-19”. Ainda que o esgotamento seja uma realidade entre a classe da saúde, sabe-se que a implementação de medidas de cunho profilático tem denotado real benefício para o bem-estar profissional. Além disso, nota-se que algumas medidas de segurança estão sendo adotadas para a proteção desses pacientes que apresentam comprometimento renal durante a pandemia por COVID-19.

Palavras-chave: Doenças Renais. Insuficiência Renal Crônica. Profissionais da saúde. Enfermagem. COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

A doença relacionada ao novo coronavírus (COVID-19) apresenta síndromes clínicas diversas e com gravidade variável. Como sabemos, adultos portadores de doença renal crônica e outras condições crônicas graves, tais como cardiopatias, asma não controlada, diabetes mellitus, doenças autoimunes, entre outras, apresentam risco de comprometimento mais grave da COVID-19 (COLARES *et al.*, 2020).

Os rins são órgãos vitais que atuam no funcionamento do sistema excretor, e que possuem a função de eliminar substâncias no corpo ou que são maléficas à saúde das pessoas. A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela perda gradual das funções dos rins, podendo chegar à falência total (PEREIRA *et al.*, 2016). Um meio para evitar o surgimento da doença é detectá-la, precocemente, através de exames e sempre observando seus principais sintomas. O tratamento dialítico crônico é realizado através de dois tipos: hemodiálise e diálise peritoneal, sendo ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na perspectiva de profissionais da saúde, para gerenciar tais conflitos é imprescindível a disponibilidade para uma escuta ativa, qualificada e resolutiva, que acolha o outro, e as referências que o orientam. O acolhimento é um conjunto de práticas que se traduz em atitudes, e não numa prática isolada (GUERRERO *et al.*, 2013). O processo da escuta e o processo da postura está uma em função da outra, se completando. Fortalecendo o vínculo que tem a responsabilidade de cuidar da

saúde individual e comunitária, tendo em vista que a sutileza do acolhimento trata com o verdadeiro amor ao próximo.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar na literatura qual perspectiva dos profissionais da saúde sobre os desafios enfrentados pelos pacientes com comprometimento renal na pandemia por COVID-19 no Brasil.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão da Literatura, a qual sintetiza os estudos já publicados sobre determinado tema e acompanha à prática baseando-se no conhecimento científico (MARIANO; SANTOS, 2017). Após a definição do tema foi feita uma busca nas bases de dados virtuais: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Base de dados de enfermagem (BDENF).

O presente estudo partiu das seguintes questões norteadoras: na perspectiva dos profissionais da saúde, quais os desafios para os pacientes com comprometimento renal em plena Pandemia da COVID-19 no Brasil? Quais as possíveis ações para mudar um cenário negativo do ambiente de trabalho que repercute na saúde?. Para o levantamento das publicações nas bases eletrônicas de dados, foram utilizados os descritores: “Doenças Renais”, “Insuficiência Renal Crônica”, “Profissionais da saúde”, “Enfermagem” e “COVID-19”, modulados, quando necessário pelos operadores booleanos “AND” e “OR” conforme a necessidade.

Para seleção do material empírico foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos científicos no idioma português, publicados no período entre 2019 e 2021, disponíveis integralmente, com indexação nas bases de dados referidas e disponíveis de forma gratuita. Foram excluídos os estudos duplicados, publicações do tipo monografias, teses, protocolos clínicos e desvio à temática.

No sentido de viabilizar a análise dos artigos que integram esta revisão foi utilizada uma planilha informática com posterior montagem de tabela. Durante o primeiro passo foram efetivadas a análise em pré-análise, codificação, inferência e a interpretação dos dados. Posteriormente, foi realizada a fase da organização propriamente dita, que consistiu na leitura flutuante, escolha dos documentos e a preparação deste material.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os rins são considerados órgãos vitais, para o bom funcionamento do sistema excretor, uma vez que possuem a função de eliminar substâncias encontradas em excesso no corpo, ou as que são malélicas a saúde das pessoas como, por exemplo, eliminar as toxinas, o excesso de água, sais e eletrólises, mantendo o equilíbrio de água do organismo, além de atuar como órgão produtor de hormônio que participa na formação de glóbulos vermelhos (RIELLA, 2018). A DRC é caracterizada pela perda gradual das funções dos rins, que podem chegar à falência total. Além do envelhecimento, a diabetes e a hipertensão arterial são as principais causas dessa patologia (SESSO *et al.*, 2017).

No Brasil, as taxas de incidência e prevalência de DRC tem sido alarmante, haja vista que, no ano de 2000, o número estimado de pacientes em Terapia de Substituição Renal (TSR), conforme esclarece Pereira *et al.* (2016), foi de 42.695, evoluindo para 97.586 pacientes, em 2012, ou seja, aumentou 2,3 vezes em 12 anos, correspondendo a uma taxa de prevalência de tratamento dialítico de 503 pacientes por milhão da população do Brasil.

Portanto, para evitar conseqüentes complicações causadas pela DRC é preciso detectá-la precocemente, fazendo exames periodicamente e observando seus principais sintomas, como, por exemplo, falta de apetite, cansaço, inchaço nas pernas, aumento de pressão arterial entre outros (BRASIL, 2015). Em decorrência do aumento progressivo da incidência e prevalência em todo mundo a Organização Mundial de Saúde, bem como a Sociedade Internacional de Nefrologia, têm estimulado a implementação de políticas públicas e estratégias voltadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (MOURA *et al.*, 2015).

A Nefrologia Diabética, que é a falência renal causada pelo Diabetes Mellitus (DM), representa quase 50% dos novos casos no mundo, sendo a principal causa de insuficiência renal em pacientes que iniciam tratamento em programas de diálise, apresentando um índice de mortalidade superior aos pacientes não diabéticos, que também ingressam em programas de hemodiálise (MILECH *et al.*, 2016).

O tratamento dialítico crônico pode ser realizado através de dois tipos de procedimentos: a hemodiálise, realizada em hospitais e clínicas especializadas, geralmente três vezes por semana, e a diálise peritoneal, procedimento que é realizado, diariamente, pelo próprio paciente, em sua residência (CONTE, 2017).

Esses dois tipos de procedimento são ofertados pelo SUS, no entanto, apesar da diálise peritoneal, ser mais confortável para o paciente, uma vez que é realizado em sua própria casa e representar um custo menor para o SUS, a grande maioria dos pacientes utiliza a hemodiálise, por diversos motivos, entre eles o fato de que para utilizar a diálise peritoneal o paciente necessita receber treinamento e os centros especializados não possuem equipe disponível para fornecer essa capacitação, outro motivo é a insegurança que o paciente sente em utilizar esse procedimento em casa (CONTE, 2017).

A doença renal crônica afeta física e emocionalmente, tanto o paciente quanto a sua família, por isso precisa ser diagnosticada e tratada precocemente, antes que a enfermidade se agrave (BRASIL, 2015). Um instante de compreensão no qual a gentileza e a generosidade são despertadas em momentos como a pandemia da COVID-19, nos mostrando a realidade encoberta nesse imenso show da vida da generosidade. Esta construção de uma consciência que ampara o ato do acolhimento é o que precisa ser trabalhada na área da enfermagem, e desenvolvida, possibilitando um melhor entendimento das relações humanas, com compreensão da importância real e sincera das novas atitudes.

O acolhimento potencializa o processo de educação da enfermagem, do exercício e da construção da cidadania e visando uma excelente postura organizacional. Muitos dos problemas que geralmente afetam os indivíduos portadores de DRC estão relacionados ao quadro de desnutrição decorrente de distúrbios gastrointestinais, distúrbios hormonais, questões emocionais decorrentes ao próprio tratamento, entre outros, que determinam a necessidade de existir uma intervenção nutricional, que só deverá ser aplicada após a realização de uma avaliação nutricional, para que o profissional nutricionista possa ter segurança na dieta adequada, em conformidade com o estado nutricional daquele paciente (BIANCHI *et al.*, 2016).

O acolhimento fortalece a sensibilidade dos profissionais requerendo uma ação reflexiva com desenvolvimento ético e solidário para escutar e dialogar, colocando as pessoas em primeiro lugar. O acolhimento é uma fase do atendimento nos serviços de saúde que vem ganhando dia-a-dia maior importância e conceitos próprios, principalmente aos enfermeiros no setor renal, não permitindo sua valorização, tal como uma mera recepção do usuário.

Nesse sentido, estudos realizados por Alvarenga (2017) concluíram que o acompanhamento nutricional é indispensável para a manutenção de um bom estado nutricional, considerando o tempo em hemodiálise. Além disso, diante do cenário epidemiológico e do avanço científico, a Sociedade Brasileira de Nefrologia atua-

lizou suas recomendações, que são indicações técnicas de boas práticas e devem ser adaptadas ao contexto e à realidade local e dependem de adequado financiamento pelos gestores públicos (QUEIROZ; MARQUES, 2020). Dessa forma, os serviços de saúde poderão garantir uma melhor Segurança do Paciente, pela redução do risco de danos indevidos associados ao cuidado em saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contudo, ainda que o esgotamento seja uma realidade entre a classe da saúde, sabe-se que a implementação de medidas de cunho profilático tem denotado real benefício para o bem-estar profissional. Além disso, nota-se que algumas medidas de segurança estão sendo adotadas para a proteção desses pacientes que apresentam comprometimento renal durante a pandemia por COVID-19.

Nesta perspectiva se inserem elementos como: a descentralização da tomada de decisão ao nível da unidade de reconhecimento da autonomia profissional, responsabilização e responsabilidade pela qualidade do atendimento ao paciente; liderança forte, eficaz e visível; e forte relação enfermeiro-médico - todos os quais podem ser reconhecidos como características de um bom ambiente profissional para a prática.

No entanto, é relevante observar que para pacientes crônicos em tratamento dialítico, a adesão aos esquemas alimentares é um desafio que muitas vezes envolve muito sofrimento, devido à necessidade de constantes restrições em termos de alimentos e bebidas, adaptação aos novos hábitos alimentares necessários em decorrência da própria doença, precisando, portanto, serem bem orientados, no sentido de que tomem consciência das consequências clínicas, da ingestão de sódio, fósforo, potássio, entre outros, presente em diversos alimentos considerados “saborosos”, argumento utilizado por muitos pacientes para justificar a dificuldade em controlar a sua ingestão.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. A. *et al.* Análise do perfil nutricional de pacientes renais crônicos em hemodiálise em relação ao tempo de tratamento. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**. v. 39. nº 3. p. 283-286, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002017000300283&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 02 dez.2020.

BIANCHI, M. *et al.* Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem nos Pacientes em Hemodiálise. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**. v. 20. Nº 1. P 24-29,2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/260/26045778004/>. Acesso em: 12 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença renal crônica atinge 10% da população mundial**. 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/doenca-renal-cronica-atinge-10-da-populacao-mundial>. Acesso em: 11 nov 2020.

COLARES, V. S. *et al.* Recomendações do COMDORA-SBN a pacientes portadores de doenças renais raras em relação à pandemia de Covid-19. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo, v. 42, n. 2, supl. 1, p. 36-40, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002020000500036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Mar. 2021.

CONTE, J. **Diferença entre hemodiálise e diálise peritoneal**. Portal Drauzio Varella. São Paulo, julho, 2017. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/general/diferenca-entre-hemodialise-e-dialise-peritoneal/>. Acesso em: 22 nov. 2020.

GUERRERO, P. *et al.* O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

MARIANO, A. M.; SANTOS, M. R. Revisão da Literatura: Apresentação de uma Abordagem Integradora. **AEDM International Conference**. Reggio di Calabria (Italy), 2017.

MILECH, A. *et al.* **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. Diretrizes SBD, 2015-2016. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

MOURA, L. *et al.* Prevalência de Autorrelato de Diagnóstico Médico de Doença Renal Crônica no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, suppl 2, p. 181-191, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00181.pdf>. Acesso em: 02dez.2020.

PEREIRA, E. R. S. *et al.* Prevalência de Doença Renal Crônica em Adultos Atendidos na Estratégia de Saúde da Família. 2016. **J Bras Nefrol**, v. 38, n. 1, p. 22-30, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n1/0101-2800-jbn-38-01-0022.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2020

QUEIROZ, J. S.; MARQUES, P. F. Gerenciamento de enfermagem no enfrentamento da covid-19 nos serviços de hemodiálise. **Enferm. Foco**, v. 11, n.1 (Especial), p. 196-198, 2020.

RIELLA, M. C. **O rim e suas funções**. Pró Renal. Curitiba. Disponível em: http://www.pro-renal.org.br/renal_01.php. Acesso em: 19 out. 2020.

SESSO, R. C. *et al.* Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016. **J Bras Nefrol**, v. 39, n. 3, p. 261-266, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf. Acesso em: 19 nov. 2020.



CAPÍTULO 15

FATORES QUE INFLUENCIAM A BAIXA COBERTURA VACINAL NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA

*Karine Naiane Melo de Lima¹
Francisca Jayane dos Santos Saraiva²
Cargila Ferreira Sudário³*

DOI: 10.46898/rfb.9786558890737.15

¹ Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza - UNIFAMETRO. <https://orcid.org/0000-0002-7790-0459>. karinemellonurs@outlook.com

² Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza - UNIFAMETRO. <https://orcid.org/0000-0002-1178-3966>. jaaysaraiva@gmail.com

³ Universidade Metropolitana da Grande Fortaleza - UNIFAMETRO. <https://orcid.org/0000-0002-7360-0344>. cargilasudario@gmail.com

RESUMO

Este estudo objetiva identificar os principais fatores que influenciam a não aceitação vacinal evidenciados na literatura científica brasileira. Trata-se de revisão integrativa que buscou sintetizar, na literatura científica brasileira, os resultados das pesquisas desenvolvidas sobre fatores que influenciam na baixa cobertura vacinal das crianças no Brasil, a partir de publicações científicas indexadas nas bases de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF). Os principais fatores que levam a baixa cobertura vacinal estão relacionados a preocupações com a segurança das vacinas, o acesso aos serviços, opção por menos intervenções medicalizantes e falta de informação a respeito das vacinas na prevenção de doenças. Concluímos que os motivos relacionados a recusa/hesitação vacinal assumem uma multiplicidade de questões inerentes tanto de questões subjetivas de cada indivíduo, cultura, nível de confiabilidade relacionadas a própria estruturação e implementação da imunização.

Palavras-chave: Vacinação. Cobertura vacinal. Imunização.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações - PNI, foi formulado em 1973, por determinação do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura (BRASIL, 2013).

Acredita-se que os benefícios da vacinação são tanto individuais quanto coletivos, além de serem obtidos com elevado custo financeiro e o empenho de uma grande estrutura dos programas públicos de vacinas e autoridades sanitárias, para além da atuação individual dos profissionais de saúde. Talvez ainda não seja possível definir se estamos diante de uma oscilação temporária da cobertura vacinal ou se é de fato uma queda real, o que se torna muito preocupante (SUCCI, 2018).

A vacinação apresenta papel importante, pois pode ser considerado além do histórico também o “prontuário” da criança desde o seu nascimento até a sua primeira infância e vez que é neste documento que serão registradas todas as informações relevantes acerca da situação vacinal e de vigilância do crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo ao longo da vida.

A necessidade de estudar sobre o seguinte tema, surgiu a partir da modificação do quadro epidemiológico, da discussão nos meios de comunicação, além de ser

um fenômeno que vem crescendo em território nacional e, na escassez de estudos voltados para a não vacinação somam – se ainda às vivências práticas na Atenção Básica em Saúde, temos um aumento na incidência de doenças imunopreveníveis consideradas erradicadas e discreto decréscimo na adesão ao calendário de imunização e, o próprio contexto social - político que tende a agravar a problemática.

Diante do exposto surgiu a seguinte questão norteadora: quais fatores são responsáveis por influenciar a não adesão/recusa de vacinação por parte da população brasileira?

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL). Esta permite a incorporação das evidências na prática clínica, a fim de reunir e sintetizar resultados das pesquisas acerca de um delimitado tema ou questão, de modo sistemática e ordenado, visando contribuir o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

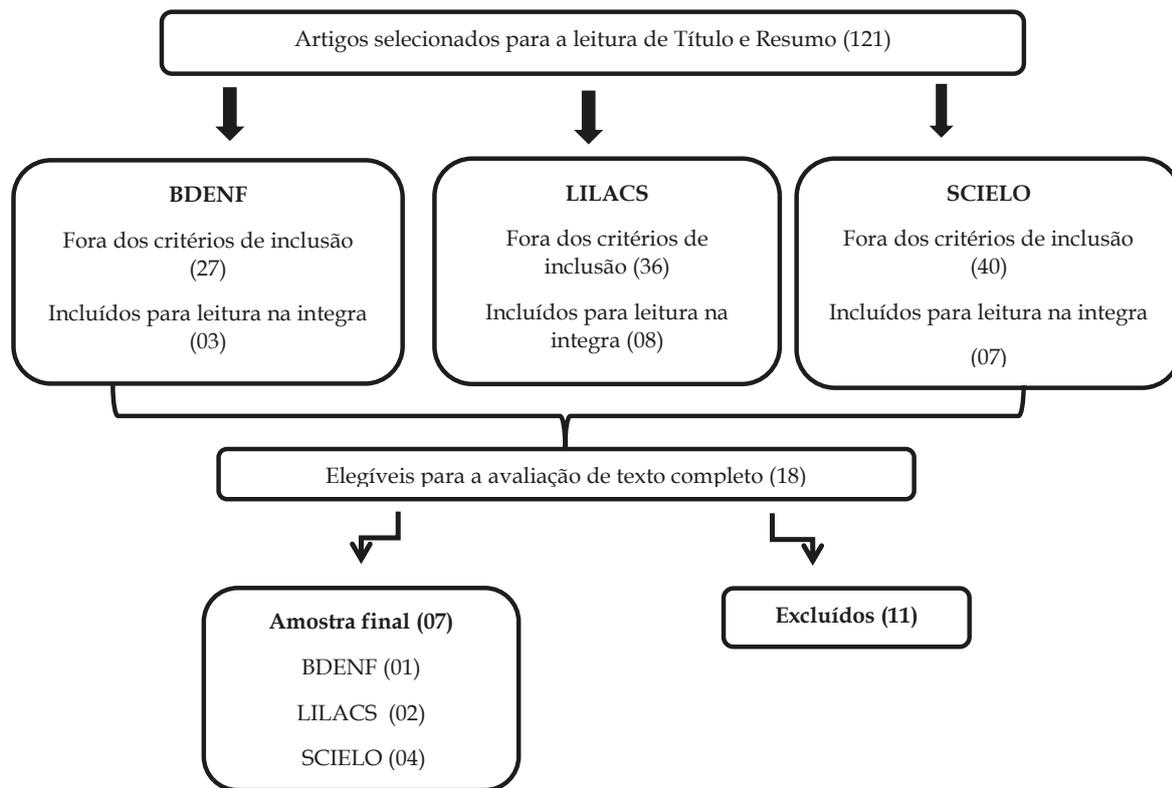
A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2020, por meio de consulta online às publicações de autores de referência utilizando como fonte da pesquisa as bases de dados: na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF), utilizando os descritores em saúde (DeCS): “Vacinação”, “Cobertura vacinal” e “Imunização”, com o uso do operador booleano AND.

Somente foram incluídos no estudo os que atenderam aos seguintes critérios: textos completos, em português, desde que estivessem compreendidos entre os últimos 5 anos (2016 -2020) e que abordassem a área temática supracitada. Sendo excluídos do estudo: textos incompletos, em outra língua, que estivessem fora dos últimos 5 anos e da área temática supracitada. Além dos artigos que não responderam à pergunta problema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desse modo, foram selecionados 121 artigos para a leitura dos títulos e resumos: 30 resumos na BDENF, 44 resumos no LILACS, e 47 resumos no SCIELO. Após a análise dos resumos, 18 artigos foram incluídos para leitura na íntegra, destes: compondo a amostra final 01 artigo da BDENF, 02 da LILACS e 04 da SCIELO; 11 foram excluídos. Ver quadros no fluxograma de amostragem.

Quadro 01 - Fluxograma de amostragem da revisão integrativa.



Fonte: própria pesquisa, 2020.

Os determinantes da recusa ou indecisão vacinal são complexos e podem ser atribuídos à confluência de vários fatores socioculturais, políticos e pessoais; questionamentos acerca da real necessidade das vacinas, preocupações com a segurança das mesmas, receio de possíveis eventos adversos, conceitos equivocados sobre a segurança e eficácia, preocupações com a possível “superexposição do sistema imune”, experiências anteriores negativas com vacinas, não confiança sobre a seriedade da indústria produtora de vacinas e o sistema de saúde, pensamentos heurísticos, questões filosóficas e religiosas também podem estar envolvidos (SUCCI, 2018).

Sabe-se que o acesso dificultado aos serviços também podem afetar as coberturas vacinais, devido ao fato de serem de áreas caracterizadas por violência ou pela dificuldade de acesso geográfico como acontece com áreas indígenas ou assentamentos agrícolas (TEIXEIRA; ROCHA, 2010; BRAZ *et al.*, 2016).

Observa-se que o contexto de desigualdades sociais vivenciadas no Brasil e uma perspectiva de aumento, também impactam a cobertura vacinal adequada. As regiões menos assistidas pelos serviços de saúde, são as mais pobres, isoladas e violentas e, concentradas nas regiões Norte e Nordeste, bem conhecidas pelo histórico

social desfavorecido quando comparadas às outras regiões do Brasil (BARROS *et al.*, 2000).

Foram observados valores relacionados com práticas de vida mais naturais, como menos intervenções medicalizantes, visto que certos pais acreditam que seus filhos estão saudáveis. Sobressai nas narrativas que a normatização legal da vacinação de forma universal possui pouco sentido aos seus modos de vida e admitem um posicionamento no âmbito privado familiar na contramão do valor cultural dominante associado à vacinação no país (BARBIERI; COUTO; AITH, 2017).

Acredita-se, que embora o termo “vacinação compulsória” seja comumente utilizado para descrever determinadas ações políticas de saúde que exigem imunização por parte de um indivíduo. Não foram encontradas evidências que impliquem em alguma previsão legal para coerção física por parte de autoridades sanitárias brasileiras em submeter um indivíduo à vacinação (SILVA, 2018).

Conforme literatura, evidenciou-se que entre as características da família associadas à vacinação incompleta de crianças estão como fatos importantes os extremos de escolaridade dos cuidadores alta ou baixa, extremo de renda domiciliar alta ou baixa, ser mãe solteira, ser mãe jovem, a genitora ter tido outras gestações anteriores, pertencer a grupos de minorias étnicas ou religiosas e a mãe não trabalhar fora de casa (TAUIL *et al.*, 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os motivos relacionados a recusa/hesitação vacinal assumem uma multiplicidade de questões inerentes tanto às questões subjetivas de cada indivíduo, cultura, nível de confiabilidade, conhecimento, quanto as inseguranças relacionadas à própria estruturação e implementação da imunização.

Cresce o número de indivíduos que optam por um estilo de vida naturalista, que atribuem à erradicação de doenças a não obrigatoriedade de vacinar como cuidado, com menos intervenções externas e, que busca total autonomia no cuidar parental, são grupos heterogêneos e, que representam a maioria dos pais não vacinadores.

O contexto de estruturação familiar também conta como fator importante a ser analisado, a recusa vacinal permeia todos os níveis sociais, além de estar diretamente relacionada apenas ao papel materno como único mantenedor de tal cuidado, isentando o homem do cuidado parental e prejudicando a aderência e continuidade das ações de imunização. Obviamente, tal situação pode ser atribuída à construção

social e cultural frente à mulher, bem como sua ascensão social conquistada ou a falta de estrutura familiar propriamente dita.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRAZ, R. M. *et al.* Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 4, p. 745-754, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742016000400008>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173315>. Acesso em: 15 mar. 2021.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SANTOS, V. S. "História da vacina"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/a-historia-vacina.htm>. Acesso em 27 nov. 2019.

SILVA, R. R. **Vacinação: direito ou dever? a emergência de um paradoxo sanitário e suas consequências para a saúde pública**. 2018. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SUCCI, R. C. M. Recusa vacinal - que é preciso saber. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 94, n. 6, p. 574-581, Dec. 2018.

TAUIL, M. C. *et al.* Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 835-846, dez. 2017.

TEIXEIRA, A. M. S.; ROCHA, C. M. V. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. **Epidemiol Serv Saude**, v. 19, n. 3, p. 217-26, 2010.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 9, 13, 15, 16, 27, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 118, 119, 121, 123

Análise 12, 13, 14, 27, 42, 50, 51, 60, 64, 68, 85, 89, 90, 92, 101, 105, 108, 111, 116, 119, 127

Assistência 9, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 27, 30, 31, 36, 37, 44, 49, 63, 66, 68, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 83, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 106, 107, 110, 111, 114, 115

Atenção 9, 12, 13, 15, 16, 18, 26, 27, 30, 37, 48, 51, 52, 53, 55, 64, 72, 74, 80, 84, 88, 91, 93, 94, 104, 107, 108, 110, 123

C

Covid-19 12, 13, 15, 17, 18, 19, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 117, 118, 119, 121, 122, 123

Cuidado 13, 16, 17, 19, 30, 31, 44, 48, 52, 64, 66, 67, 75, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 110, 111, 113, 114, 116, 122, 129, 131

D

Dados 12, 13, 14, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 40, 41, 48, 49, 53, 58, 59, 60, 66, 67, 72, 73, 80, 81, 88, 89, 90, 98, 99, 101, 104, 105, 110, 111, 118, 119, 126, 127

E

Enfermagem 9, 28, 30, 31, 34, 35, 36, 37, 50, 51, 55, 63, 64, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 105, 110, 111, 114, 115, 119, 121, 123, 130

Equipe 16, 30, 36, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 62, 63, 64, 72, 73, 74, 75, 80, 82, 83, 84, 106, 113, 114, 115, 121

Estudo 12, 13, 17, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 36, 40, 41, 48, 49, 51, 52, 54, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 76, 80, 81, 83, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 98, 100, 101, 104, 105, 107, 115, 119, 126, 127

F

Família 27, 48, 49, 55, 58, 59, 93, 104, 105, 108, 123, 131

Fatores 7, 9, 12, 14, 16, 33, 36, 41, 45, 49, 58, 63, 66, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 76, 91, 92, 93, 97, 99, 105, 106, 113, 126, 127, 128

H

HPV 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102

M

Ministério 15, 18, 50, 54, 55, 59, 64, 70, 96, 97, 101, 107, 108, 110, 113, 115, 123, 126, 130

O

Organização 4, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 63, 66, 72, 75, 81, 105, 108, 111, 119

P

Paciente 7, 31, 36, 51, 62, 63, 69, 75, 80, 84, 88, 91, 92, 93, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 120, 121, 122

Pesquisa 9, 13, 18, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 42, 43, 52, 53, 58, 59, 60, 61, 62, 67, 72, 73, 76, 85, 89, 90, 98, 106, 110, 112, 113, 114, 116, 127, 128, 130

Processo 12, 13, 15, 16, 17, 18, 23, 35, 36, 37, 48, 49, 51, 53, 55, 63, 66, 67, 69, 70, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 100, 104, 108, 113, 114, 115, 118, 121

Profissionais 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 26, 27, 30, 37, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 59, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 80, 81, 83, 84, 88, 89, 91, 92, 93, 100, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 113, 115, 118, 119, 121, 123, 126

R

Relação 7, 17, 26, 35, 43, 63, 68, 70, 72, 74, 83, 84, 88, 89, 91, 96, 99, 104, 107, 113, 114, 122, 123

Risco 7, 9, 12, 15, 16, 18, 22, 27, 30, 32, 33, 36, 48, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 77, 80, 82, 83, 84, 96, 113, 114, 115, 116, 118, 122, 130, 131

S

Saúde 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 27, 30, 33, 41, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 75, 76, 77, 80, 83, 84, 85, 88, 89, 91, 93, 94, 96, 97, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 127, 128, 129, 130, 131

Segurança 5, 30, 44, 45, 66, 68, 69, 76, 84, 91, 96, 99, 100, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 121, 122, 126, 128

Serviço 30, 36, 51, 52, 53, 59, 64, 66, 68, 72, 73, 80, 81, 84, 106, 114, 131

Social 9, 13, 16, 17, 18, 40, 41, 43, 44, 46, 53, 59, 72, 104, 105, 127, 129, 130

T

Trabalhadores 17, 68, 70, 72, 73, 75, 76, 77, 80,
83, 84, 85, 104, 107

Tratamento 12, 18, 22, 27, 58, 59, 61, 62, 63, 64,
88, 89, 91, 92, 93, 118, 120, 121, 122

Tuberculose 9, 14, 19, 58, 59, 63, 64

U

Usuários 12, 13, 15, 19, 31, 48, 50, 51, 52, 53, 54,
55, 91, 100, 102, 106, 107

V

Vacinal 9, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 126, 127, 128,
129, 130

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Bárbara Letícia de Queiroz Xavier

Mestranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2020- atual). Bacharela em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande (2010-2015). Especialista em Saúde pública pela Escola de Saúde Pública do CE/ ESP-CE (2019-2020), em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (2017-2018), em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Cândido Mendes (2016-2016). Possui experiência como docente em nível de graduação (preceptora); pós-graduação (modalidade EAD) e nível técnico (teoria e prática). Atua como avaliadora de eventos científicos e bancas de graduação. Ministra cursos e palestras em empresas e hospitais. Membro do Núcleo de Estudos em HIV/AIDS e Doenças Associadas da Universidade Federal do Ceará. Atuou como Enfermeira assistencial na rede pública e privada nos seguintes setores: clínicas médica e cirúrgica (adulto e pediátrica), maternidade, centro cirúrgico e centro obstétrico, traslado e psiquiatria, classificação de risco, emergência adulto e pediátrica. Durante a graduação atuou como extensionista do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX - UFCG) (2014-2014). Desenvolveu atividades de iniciação à docência, como monitora da disciplina Enfermagem Clínica II - doenças transmissíveis (2014 e 2015). Áreas de atuação: saúde pública, com foco na promoção da saúde, doenças infectocontagiosas e vulnerabilidades sociais.

Brenda dos Santos Teixeira

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (2015). Especialista em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica pela Universidade Cândido Mendes (2016). Atuou como enfermeira assistencial e coordenadora no setor materno infantil da Clínica de Pronto Socorro Infantil e Hospital Geral- CLIPSI, em Campina Grande-PB (2016-2017). Enfermeira representante do Círculo do Coração de Pernambuco (RCP- CirCor)(2016-2017). Membro do Grupo Condutor, Comissão da Rede Cegonha e Comissão de morte materna, infantil e fetal em Campina Grande -PB (2016-2017). Durante a graduação atuou como extensionista do Programa de Bolsas de Extensão (PROBEX - UFCG), intitulado de Integração ensino-serviço na humanização do cuidado às crianças e adolescentes hospitalizados, realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira- HUJB, Cajazeiras - PB (2014). Desenvolveu atividades de iniciação à docência, como monitora da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva II durante os períodos letivos 2014.1 e 2014.2. Desenvolveu ação de extensão vinculada a Pró-Reitoria de Extensão (PROEX- UNIVASF) intitulado por

Crianças em tempos de pandemia por COVID-19 (2020). Atualmente é discente do curso de medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco e diretora de pesquisa da Liga Acadêmica de Cuidados da Criança (LACCRI).

PESQUISAS E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE



PESQUISAS E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

