

Nursing

edição brasileira

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



www.revistanursing.com.br

ANO 21 • EDIÇÃO 237
FEVEREIRO 2018

ARTIGOS

Qualidade de vida da equipe de enfermagem de um hospital de Juína: noroeste de Mato Grosso

A relação da Síndrome de *Burnout* com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no sul do Brasil

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial



ENTREVISTA

Claudio Colucci, coordenador da pós-graduação e dos MBAs do São Camilo, fala de educação continuada, EAD, tendências e novos cursos para a Enfermagem

ARTIGO

Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência





ESPECIALIZAÇÃO

- ✓ Auditoria em Sistema de Saúde
- ✓ Educação em Enfermagem: Docência para a Educação Profissional
- ✓ Enfermagem Aeroespacial
- ✓ Enfermagem Dermatológica: Feridas
- ✓ Enfermagem em Cardiologia: Hemodinâmica
- ✓ Enfermagem em Centro Cirúrgico: Central de Material e Esterilização
- ✓ Enfermagem em Home Care
- ✓ Enfermagem em Nefrologia
- ✓ Enfermagem em Oncologia
- ✓ Enfermagem em Saúde da Família
- ✓ Enfermagem em Saúde da Mulher: Obstetrícia
- ✓ Enfermagem em Saúde do Idoso
- ✓ Enfermagem em Saúde do Trabalhador
- ✓ Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal
- ✓ Enfermagem em Terapia Intensiva: Cardiologia
- ✓ Enfermagem em Urgência e Emergência: Atendimento Pré-Hospitalar
- ✓ Enfermagem Estética
- ✓ Prevenção e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - IRAS

APERFEIÇOAMENTO

- ✓ Suporte Avançado de Ventilação para Enfermeiros (SAVE)

Crédito Estudantil

PagFácil

Consulte as regras e cursos participantes em nosso site.

Inscrições e informações:

0800 770 44 55
www.uniararas.br

contatopos@uniararas.br

 19 9 9872 0550

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

JORNALISTA RESPONSÁVEL

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

PUBLISHER

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

EVENTOS

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS

artigo@mpmcomunicacao.com.br

ATENDIMENTO AO ASSINANTE

atendimento@mpmcomunicacao.com.br

ASSINATURAS

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

IMPRESSÃO

Brasilform Ltda

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

www.revistanursing.com.br

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem:

Lilacs, Bdenf, Cuiden, Cabi e Global Health

ENDEREÇOS

Editora MPM Comunicação

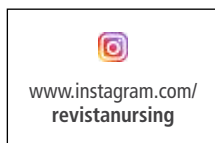
Av. Dr. Yojiro Takaoka, 4384, Sala 705, Conjunto 5209 - Alphaville - Santana do Parnaíba - CEP: 06541-038

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

Impresso no Brasil por: Brasilform Ltda / Ano 21 / R\$880,00

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

Acesse: www.revistanursing.com.br



Conselho Científico da Edição Brasileira

Prof.ª Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

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

Prof.ª Dra. Ana Claudia Puggina

Universidade de Guarulhos

Prof. Dr. David Lopes Neto

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

Prof.ª Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez

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

Prof.ª Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

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

Prof.ª Dra. Luciane Lúcio Pereira

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

Dra. Luiza Watanabe Dal ben

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil(2005) Atua desde 1992 na área de assistência domiciliar.

Prof.ª Dra. Margarida Maria da Silva Vieira

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

Prof.ª Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva

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

Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerk

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

Prof.ª Marluce Maria Araújo Assis

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

Prof.ª Dra. Mirna Frota

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

Prof.ª Dra. Sandra Cristine da Silva

Gerente de Qualidade do Hospital Sírio Libanês

Prof.ª Sandra Arantes

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

Prof. Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

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

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

Crédito das fotos de capa:

Imagem ilustrativa: CanStockPhoto

Foto Entrevista: Centro Universitário São Camilo

Propriedades e direitos

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

Agenda	2003
Editorial	2004
Entrevista	2006

Artigos Científicos

Qualidade de vida da equipe de enfermagem de um hospital de Juína: noroeste de Mato Grosso

Quality of life of nursing team of a hospital of Juína city: northwest the Mato Gross

Calidad de vida del equipo de enfermería de un hospital de Juzma: noroeste de Mato Grosso

Angeline Turquet Soares de Oliveira, Wladimir Rodrigues Faustino e Fabiana Rezer **2012**

A relação da Síndrome de *Burnout* com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa

The relationship between Burnout Syndrome and nursing professionals: integrative review

La relación del Síndrome de *Burnout* con los profesionales de enfermería: revisión integrativa

Mariana Costa Larré, Ana Cristina Freire Abud e Ana Dorcas de Melo Inagaki..... **2018**

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no sul do Brasil

Therapeutic itinerary of women with breast cancer in the south of Brazil

Itinerario terapéutico de mujeres con cáncer de mama en el sur de Brasil

Caroline Portela Peruzzi, Caroline Volkmer, Gabriela Anjos Colombo, Narciso Vieira Soares, Vera Regina Medeiros Andrade, Maria de Fátima Fensterseifer e Rita Simone Simon Alencastro..... **2024**

Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência

Application of the Yesavage Geriatric Depression Scale in long-term institutions

Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en instituciones de larga permanencia

Hyanara Sâmea de Sousa Freire, Ana Kelly da Silva Oliveira, Maria Railisse Freitas do Nascimento, Mariely Silva da Conceição, Cidianna Emanuely Melo do Nascimento, Priscila França de Araújo e Thalita de Moraes Lima..... **2030**

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial

Systematization of Nursing Assistance in Primary Care for people with arterial hypertension

Sistematización de la Asistencia de Enfermería en Atención Primaria para personas con hipertensión arterial

Eliângela Saraiva Oliveira Pinto e Weliton Nepomuceno Rodrigues..... **2036**

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
36º CIOSP — Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo	31/01/2018 a 3/02/2018	São Paulo/SP	Site: ciosp.com.br
MEDLAB	5 a 8/02/2018	DUBAI/Emirados Árabes Unidos	Site: www.medlabme.com
<i>The 6th World Congress on Controversies to Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy)</i>	21 a 23/02/2018	Tel Aviv/Israel	Site: codhy.com/2018
1º Congresso Internacional de Cuidados Paliativos de Castelo Branco	23 e 24/02/2018	Castelo Branco/Portugal	Telephone: (351) 21-842-97-10 Site: admedic.pt/eventos/1-congresso-internacional-de-cuidados-paliativos-de-castelo-branco.html
<i>3rd World Congress on Public Health & Nutrition — Impediment to exploration of Public Health challenges in globalizing world</i>	26 a 28/2/2018	Londres/Inglaterra - Reino Unido	Site: publichealth.global-summit.com
1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS)	27/02/2018 a 2/03/2018	Brasília/DF	Telephone: (61) 3315-2150/3315-2151 Site: cnvs.org.br
II Simpósio de Educação Continuada da Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo	1 e 2/03/2018	São Paulo/SP	Telephone: (11) 3677-4405 Site: www.hospitalsaocamilosp.org.br/centro-de-simulacao-pesquisa/agenda-de-eventos

Normas para Publicação

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

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

calçado
profissional
antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



LATEX
FREE
CABEDAL

Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS

AMINO DA FLORESTA

(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br

editorial

Trabalho forte e escolhas responsáveis na agenda de 2018

O início do ano é um período de planos, expectativas e também de muito trabalho para que os objetivos estabelecidos não se percam em meio aos percalços e às rotinas atribuladas. Foi dada mais uma largada na “corrida da vida” e é preciso encontrar o ritmo certo para manter o fôlego e a disposição até a chegada. E 2018, sem dúvidas, será uma maratona para a sociedade brasileira, que já começa a lidar com os desafios, as ansiedades e responsabilidades de mais uma Eleição pela frente.

Como uma publicação especializada, voltada para o desenvolvimento técnico e científico na Saúde, a **Revista Nursing** espera sempre contribuir com a informação de qualidade, ferramenta indispensável à formação de cidadãs e cidadãos atuantes, independentes, bem preparados para escolhas profissionais, sociais, pessoais e políticas responsáveis e conscientes. Este é o objetivo maior da revista, que se esmera em entregar edições sempre mais aprimoradas, completas e atualizadas.

Os desafios não são poucos e para este primeiro volume de 2018 **nosso Conselho Científico trabalhou incansavelmente na seleção e avaliação de inúmeros artigos recebidos de todo o Brasil**, espelhando a diversidade de conhecimentos, temas, campos de atuação, formações profissionais, contextos e abordagens da Enfermagem no país.

O estudo que estampa nossa capa, **“Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência”, não poderia ser mais oportuno, quando tanto se fala na necessidade de mudança, de cuidar do futuro. Nosso futuro é envelhecer e queremos envelhecer com mais saúde e qualidade de vida.** Então, está mais do que na hora de cuidarmos melhor de nossas idosas e de nossos

idosos. A Saúde, como um todo, e a Enfermagem, especificamente, com seu olhar integral, holístico, humanizado para o cuidado e para cada indivíduo, têm os melhores recursos para apontar o caminho a ser seguido. Queremos ser felizes, então façamos da velhice um futuro saudável e feliz.

Já “Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no sul do Brasil” busca revelar um pouco do que vivem mulheres em tratamento de câncer de mama no atendimento do sistema de saúde brasileiro, assunto de interesse de toda a sociedade. Fechando o conteúdo científico da edição, “A relação da Síndrome de Burnout com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa”, que expõe a dura realidade da sobrecarga de atividades experimentada por trabalhadores da área, e “Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial”, trazendo à tona o papel fundamental das intervenções de enfermagem no controle de um dos mais graves problemas de saúde pública do Brasil e do mundo.

E já que falamos de futuro, preparamos uma entrevista especial com **Claudio Colucci, coordenador geral dos cursos de pós-graduação e dos MBAs do Centro Universitário São Camilo**, uma das maiores referências no Ensino em Saúde do Brasil. Na conversa, dicas sobre cursos, tendências do mercado e uma reflexão sobre a importância da educação e da formação constantes para profissionais da Enfermagem.

Agradecemos a todas e a todos que nos ajudaram a chegar a mais um ano de trabalho e que colaboraram para a produção de mais uma edição da Nursing. Esperamos que a leitura seja rica e inspiradora.

Felizes escolhas! Feliz 2018!

Da Redação



RESISTIR E AVANÇAR JUNTOS

Em 2018, a Enfermagem brasileira se fará ouvir. Somos uma nação de 2 milhões de profissionais, contribuindo diariamente para concretizar o sonho de um Sistema Único de Saúde público, universal e de qualidade. Continuaremos nossa luta por um SUS fortalecido, pela qualidade da formação, pelo pleno respeito às prerrogativas profissionais da Enfermagem e por condições dignas de vida e trabalho.

A suspensão da liminar que impedia enfermeiros de requisitar exames no SUS foi uma importante vitória da Enfermagem e da população, com ampla mobilização social. Não recuaremos. Continuaremos a luta até a última instância. Defenderemos ainda a regulamentação da Enfermagem Estética e Dermatológica, também objeto de ação judicial do Conselho Federal da Medicina.

Encerramos o ano com duro golpe contra a formação em Enfermagem. O MEC revogou o decreto 8.754/2016, facilitando a abertura de cursos a distância, com precária fiscalização. Na Saúde Mental, enfrentamos um desmonte da Reforma Psiquiátrica. A estratégia vacinação, orgulho da população e da Enfermagem brasileira,

também está sob ameaça, com a autorização para que vacinas sejam administradas em farmácias e drogarias, sem a presença de profissionais de Enfermagem habilitados para identificar possíveis contraindicações, intervir em casos de reação e garantir o correto armazenamento e manuseio dos insumos.

Em tempos de retrocesso, resistimos. A regulamentação da jornada, engavetada pelo Congresso Nacional, avança nos estados e municípios. Mais de cem municípios e dez estados brasileiros já estabeleceram a jornada de 30h para profissionais de Enfermagem.

Lutamos pela garantia do Descanso Digno durante os plantões, pela Aposentadoria Especial para os profissionais de Enfermagem e pelo Piso Salarial nacional. Sabemos que o avanço destes projetos dependerá da representatividade política da Enfermagem e da nossa capacidade de mobilização.

Pelo sonho é que vamos. E nosso sonho é uma Enfermagem capacitada e valorizada, atuando de forma interdisciplinar, para assegurar o direito à Saúde da população brasileira.

Na trilha do crescimento profissional

Claudio Colucci, coordenador geral dos cursos de pós-graduação e dos MBAs do Centro Universitário São Camilo, fala da importância do conhecimento sempre atualizado para a Enfermagem, de novos cursos multiprofissionais que atendem às demandas da cadeia de valor da Saúde e de EAD

Por Ana Cappellano | Fotos: Centro Universitário São Camilo



Claudio Colucci

Coordenador geral dos cursos de pós-graduação e dos MBAs do Centro Universitário São Camilo, Claudio Colucci é doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina USP, com tese sobre estratégias de mercado adotadas em hospitais privados de grande porte, mestre em Administração de Empresas (FECAP), com dissertação sobre comportamentos em compras organizacionais, pós-graduado em Administração de Empresas (FGV) e graduado em Engenharia de Alimentos (UNICAMP). Tem longa experiência como gestor e consultor, com histórico de atuação no setor de saúde, em marketing e vendas B2B, em empresas internacionais e empresas familiares. Colucci também é membro associado do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa.

A educação continuada e a especialização são indispensáveis para a atuação e o crescimento profissional na Enfermagem, principalmente quando as novas tecnologias, as pesquisas científicas e o perfil das populações trazem mudanças constantes nas abordagens em Saúde. Buscar cursos de pós-graduação que ofereçam o conhecimento sempre atualizado e que equilibrem o conteúdo teórico e a prática é um passo fundamental para avançar na carreira. Hoje, são inúmeras as opções para a/o profissional de enfermagem e escolher o caminho a seguir pode parecer difícil.

Para **Claudio Colucci, coordenador geral dos cursos de pós-graduação e dos MBAs do Centro Universitário São Camilo**, em São Paulo/SP, uma das maiores referências do ensino em Saúde no Brasil, é importante refletir sobre a trilha de crescimento pessoal e profissional que se quer percorrer nos próximos cinco, dez anos e avaliar as competências, habilidades e atitudes que devem ser aprimoradas.

Na entrevista concedida à **Revista Nursing**, Colucci falou sobre as tendências e oportunidades de mercado na Enfermagem, de empreendedorismo, Educação a Distância (EAD) e dos cursos multiprofissionais do São Camilo, que têm atendido com sucesso às necessidades da ampla variedade de profissionais que atuam, hoje, na cadeia de valor da Saúde.

Revista Nursing: Qual a importância da educação continuada para a/o profissional de enfermagem?

Claudio Colucci: De maneira muito simples, eu posso começar com uma declaração: conhecimento é perecível, tem prazo de validade. As mudanças são tão significativas, as novas tecnologias, mudanças na sociedade, que qualquer profissional necessita atualizar-se durante toda a vida profissional. No caso da Enfermagem, nós temos mudanças no perfil da população, no perfil de doenças, de condições diversas, novas soluções surgem para a área. Aí, então, a necessidade é absoluta.

Qualquer pessoa que vai ingressar na área de enfermagem precisa atualizar-se durante toda a sua vida profissional. Caso contrário, ela poderá enfrentar dificuldades no mercado de trabalho. Então, ela deve estudar, procurar desenvolver novas competências, novas habilidades, aprimorar cada vez mais as suas atitudes. É importante que ela se coloque para novas oportunidades no mercado de trabalho. É importante que a pessoa pense numa trilha de crescimento pessoal e profissional, ou seja, no que ela pretende percorrer nos próximos cinco, dez anos. E avaliar quais são as competências, as habilidades, atitudes que ela deve aprimorar. A partir disso, ela pode partir para a avaliação de instituições de ensino que ofereçam cursos de especialização e que possam corroborar para que ela se torne mais capacitada, mais bem preparada para ocupar posições no mercado de trabalho.

Nursing: Pensando nessa construção da carreira, do futuro, na atualização, em



Teoria e prática: nos currículos dos cursos do São Camilo, conteúdo atualizado e aulas nos laboratórios do Campus Ipiranga (à esquerda), Campus Pompeia (à direita) e no Centro de Simulação Realística

vislumbrar essa carreira construída no conhecimento atualizado, o que os cursos de pós-graduação são capazes de oferecer hoje para as/os profissionais?

Colucci: Vou falar de maneira um pouco mais específica dos cursos de pós-graduação, especialização dentro da instituição São Camilo. Nós contamos com um portfólio de cursos que associam fortemente a teoria com a prática, ou seja, nos cursos são abordadas situações da realidade profissional. Por exemplo, nós temos um curso que é de Gerenciamento e Liderança em Enfermagem. A equipe de enfermagem trabalha fortemente no dia a dia das organizações e elas acabam tendo não só essa atuação assistencial, técnica, mas atualmente elas têm um forte perfil voltado para a gerência.

Temos outros cursos que são mais voltados para o trabalho assistencial e que são específicos em diferentes áreas. Temos um curso multiprofissional que é o de Enfermagem em Emergência Adulto e Pediátrica. Esse curso tem diferenciais muito importantes, primeiro pela elevada carga de prática, nos nossos laboratórios. Também temos o curso na modalidade com estágio supervisionado, em que a pessoa faz estágios até em parceria com, por exemplo, o SAMU. Neste curso, nós introduzimos componentes novos que são realizados no Centro de Simulação Realística do Hospital São Camilo. Lá ocorrem

simulações de situações que são enfrentadas no dia a dia, como, por exemplo, um paciente que entra em convulsão. Há um boneco que simula essas condições e a pessoa pode treinar como ela deve agir nessa situação. Temos outro curso, que é referência no Brasil, em Enfermagem Obstétrica. Temos, também, prática nos nossos laboratórios e estágio no hospital-escola da instituição, que é o IBCC — Instituto Brasileiro de Controle do Câncer.

É importante observar que ocorreu uma mudança na legislação e que os profissionais de enfermagem e de fisioterapia que atuam em UTI necessitam ter uma especialização *lato sensu*, uma pós-graduação *lato sensu* para atuar em UTI. Contamos com dois cursos: Enfermagem em UTI (Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto) e Fisioterapia Hospitalar. Nós tivemos um aumento bem significativo da procura, porque há hospitais que ainda estão procurando adequar-se. Então, aí fica uma dica de que existe um mercado, uma oportunidade de mercado para as pessoas que queiram atuar na área de Enfermagem em UTI. O curso Enfermagem em Estomaterapia é desenvolvido durante dois anos, oferece estágios supervisionados por enfermeiros estomaterapeutas em serviços de referência na atenção a pessoas com feridas, estomias e incontinências, visita a Centro de Terapia Hiperbárica, aulas práticas em laboratórios especializa-

dos... Esse projeto já foi desenvolvido segundo o que é preconizado pela SOBEST (Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências). Temos o curso Enfermagem do Trabalho...

Temos vários cursos que permitem ao profissional escolher diferentes trilhas para uma atuação específica na área da Enfermagem. Agora, é claro que esses profissionais também podem pensar em outros cursos se eles quiserem, por exemplo, ter uma atuação um pouco mais ampla, ou em outras áreas. Nós temos também cursos voltados para a auditoria de contas, auditoria de contas de enfermagem, Auditoria em Sistemas de Saúde. Um curso que está com uma procura bastante interessante é o curso Assistência Multiprofissional em Oncologia.

Então, nós estamos procurando lançar, de maneira contínua, novos cursos específicos para a equipe de enfermagem ou cursos multiprofissionais que possam atender a essa demanda, a essa capacitação, ao desenvolvimento de novas competências, habilidades, atitudes, e que permitam à pessoa ter uma atuação forte na área da Saúde, pensando no que eu mencionei no início da conversa, na trilha de crescimento que essa pessoa pretende na sua vida pessoal e na sua vida profissional. O portfólio é bastante amplo. Os conteúdos são atualizados, as equipes docentes formadas por mestres, doutores



O Centro Universitário São Camilo conta com dois campi na capital paulista, Campus Pompeia (à direita) e Campus Ipiranga (à esquerda)

e especialistas, mas, o que é importante, por profissionais que têm não apenas a bagagem teórica, mas toda uma experiência de mercado. Conhecem de fato o que acontece no dia a dia, as demandas, as situações da realidade profissional.

Nursing: Quais são os campos mais procurados e também aqueles considerados tendências?

Colucci: Primeiro eu vou citar mais um curso que é multiprofissional e que tem uma atuação bastante ampla na enfermagem: Saúde Pública (Saúde Pública com Ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF)). Se você pensar nos profissionais que atuam na Atenção Básica em Saúde, que representa um contingente muito significativo da população, este é um campo, na verdade, que é tradicional, mas que também oferece muitas possibilidades. Agora, se você pensar no futuro, eu volto a mencionar, por exemplo, a Enfermagem em UTI. Existe uma mudança na legislação e os hospitais, os profissionais estão procurando adequar-se a ela. Enfermagem em Emergência, em Oncologia, Gerenciamento e Liderança em Enfermagem. Muitas vezes, a pessoa que atua na Enfermagem tem uma trajetória assistencial e chega um determinado momento em que

ela decide atuar mais na gestão. Aí pode ser o momento de partir para esse curso.

Mas eu volto ao ponto: cada profissional deve avaliar a sua trilha, o que pretende, como se vê em cada uma dessas áreas, enfim, e, a partir disso, buscar uma especialização. A pessoa deve estudar a vida toda. Nada impede, também, se em algum momento ela escolher uma especialização, depois, mais adiante, buscar uma mudança, uma nova área de atuação. Isso também é bastante comum e pode representar uma oportunidade de crescimento interessante para essa pessoa.

Vou mencionar dois cursos que estamos lançando agora, cursos multiprofissionais, mas que são direcionados também aos profissionais da área de enfermagem. Um MBA em Gestão e Legislação Aplicada a Organizações da Saúde, em parceria com o SINDHOSP (Sindicato dos Hospitais, Clínicas, Laboratórios e demais Estabelecimentos de Saúde do Estado de São Paulo) e a FEHOESP (Federação dos Hospitais, Clínicas, Casas de Saúde, Laboratórios de Pesquisas e Análises Clínicas e demais Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo). É um lançamento que foi vislumbrado nessa parceria porque, muitas vezes, o profissional tem uma trajetória de crescimento na área

assistencial, aí assume uma responsabilidade técnica em organizações da Saúde e surgem dúvidas: como eu devo proceder no relacionamento com Conselhos, como eu faço para me relacionar, para atender, para fazer uma petição para a Anvisa ou para qualquer outra situação que envolva vigilância sanitária, epidemiológica?

E mais um lançamento que estamos fazendo agora é o MBA Gestão em Modelos de Assistência Extra-Hospitalar. Aí, uma coincidência, porque é um curso multiprofissional, mas coordenado também por enfermeiras. As organizações estão procurando desenvolver cada vez mais oportunidades de atendimentos, como *homecare*, clínicas de transição, unidades de cuidados prolongados, terapias assistidas e residências terapêuticas. Então, é um curso de gestão que tem um viés bastante interessante voltado para o empreendedorismo. A pessoa pode pensar em montar um novo negócio, por exemplo, voltado para *homecare*. Mas isso não significa, necessariamente, que a pessoa tenha que montar um negócio. Aí, tem aquele olhar para o intraempreendedorismo. Por exemplo, aqui no São Camilo, eu posso procurar ter uma postura empreendedora e buscar desenvolver novos cursos, novos mercados.



ENFERMAGEM SÃO CAMILO

CURSO TÉCNICO | GRADUAÇÃO

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

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

PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

- Mestrado Profissional em Enfermagem

saocamilo-sp.br | 0300 017 8585

   YouTube | [saocamilosp](https://www.saocamilosp.com.br)



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO



Sala de aula: cursos *lato* e *stricto sensu* compõem o amplo portfólio do São Camilo, referência no ensino em Saúde

Existe uma cadeia de valor na Saúde, formada pela sequência: promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, gestão de condições crônicas. Se você pensar nessa cadeia, você pode associar os nossos cursos e perceber que nós temos cursos que atendem a todos esses elos da cadeia, desde a promoção de saúde, passando pela prevenção, pelo diagnóstico, pelo tratamento (que é o nosso modelo atual), pela reabilitação e pela gestão de condições crônicas. Dá para pensar em muitas oportunidades de crescimento no mercado de trabalho.

Nursing: Qual é o curso mais procurado no São Camilo?

Colucci: Nosso curso mais tradicional e que tem o maior número de alunos é o de Administração Hospitalar. É um curso multiprofissional, mas nós temos também várias pessoas da área de enfermagem. E uma observação é que em 2018, no máximo em 2019, nós devemos atingir a centésima turma desse curso. É um marco interessante porque é um curso que tem atendido bem a profissionais de várias áreas.

Nursing: O que o senhor acha do EAD (Ensino a Distância) e qual seria a posição

do São Camilo em relação ao sistema? O que funciona e o que não funciona?

Colucci: O EAD, na verdade, veio para ficar e para crescer. As tecnologias disponíveis podem, primeiro, nos cursos presenciais, ser acessadas de maneira complementar para o processo de ensino e aprendizagem. Há muito tempo têm sido utilizados até 20% desta modalidade nos cursos de graduação presenciais. Agora tem crescido a oferta de cursos 100% EAD e também a modalidade semipresencial, tanto na graduação, quanto na pós-graduação *lato sensu*. É necessário atuar de acordo com o permitido pela atual legislação, estar atento às possíveis mudanças da regulação e, claro, a avaliação criteriosa para a oferta de cursos com efetivos processos de ensino-aprendizagem. Então, o Centro Universitário São Camilo está muito atento, primeiro, ao que é estabelecido e ao que pode mudar em relação à regulamentação. Estamos acompanhando as mudanças na regulação para termos um cenário bem claro, a partir disso, do que pode ser estudado e do que não pode ser considerado através de EAD, atendendo à regulação, às tendências de mercado.

Segundo ponto: é importante um olhar crítico sobre o que pode ser feito

em EAD e o que deve ser feito de maneira presencial. Por exemplo, nós temos atividades em laboratório de enfermagem, falei sobre o Centro de Simulação Realística, que são atividades práticas e que dependem dessa atuação presencial do aluno. Estamos trabalhando com um curso neste momento, o MBA em Gestão de Saúde. É um curso multiprofissional, tem uma abordagem teórica, mas, logicamente, associando a problemas da vida profissional, a situações da realidade profissional. Esse curso, em EAD, já tem um olhar mais amplo para a cadeia de valor da Saúde. O outro diferencial desse curso é que ele é fortemente voltado para o desenvolvimento do empreendedorismo ou do intraempreendedorismo. Então, esse é um curso que está sendo desenvolvido em EAD. Foi um lançamento que nós fizemos neste ano (2017) e que atende bem à equipe multiprofissional, inclusa a equipe de enfermagem. Outros cursos, estamos aguardando essas mudanças, essas novas decisões, para procurarmos avaliar quais devemos ofertar e para continuarmos a desenvolver o processo de ensino-aprendizagem de maneira bastante eficaz.

Nursing: Na área de enfermagem, como se pode pensar no Ensino a Distância?

Colucci: Existem os que defendem, existem os que têm uma posição contrária. Nós estamos com uma postura conservadora nesse momento, aguardando as possíveis mudanças no marco regulatório para termos um cenário claro do que pode e do que não pode. Aí, a partir do momento em que essas definições forem ainda mais claras do que hoje, aí, sim, é que nós teremos um olhar para dentro da instituição, um olhar para o mercado e procuraremos fazer uma avaliação crítica do que é viável e do que não é viável. Mas sempre pensando: nós temos uma tradição na área da Saúde, o Centro Universitário São Camilo é uma das principais referências de ensino na área da Saúde. Disso nós não abrimos mão. 🐾

29 E 30 DE AGOSTO DE 2018

www.revistanursing.com.br/congresso
congresso@revistanursing.com.br

10^o
congresso **Nursing**
BRASILEIRO

1º Congresso Internacional Saúde Coletiva
1º Congresso Internacional Feridas

Multidisciplinaridade em Saúde
INTEGRANDO SABERES

PATROCÍNIO



APOIO



REALIZAÇÃO



Qualidade de vida da equipe de enfermagem de um hospital de Juína: noroeste de Mato Grosso

RESUMO | Objetivos: verificar a Qualidade de Vida dos profissionais da equipe de Enfermagem de um hospital de Juína, noroeste de Mato Grosso, no sentido de buscar informações sobre a satisfação desses profissionais através da escala de Flanagan. Métodos: Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório, transversal, através de um questionário com perguntas fechadas de acordo com as características sociodemográficas da população estudada, com abordagem quantitativa e outro questionário desenvolvido a partir da aplicação de um instrumento validado denominado Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. Resultados: A amostra foi composta por 39 respondentes, sendo 07 enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem e nenhum auxiliar de enfermagem. Entre as profissões a maioria é do sexo feminino, com idade média entre 20-30 anos, com tempo de profissão e tempo na instituição entre 0-10 anos, turno de trabalho diurno, os resultados indicaram que a população pesquisada está satisfeita quanto a qualidade de vida no sentido amplo, constata-se que 85,60% dos enfermeiros estão muito satisfeitos com conforto material e saúde, os técnicos de enfermagem 71,9% muito satisfeitos com conforto material. Conclusão: a melhoria da qualidade de vida desses profissionais implica em melhores condições de vida e de trabalho bem como sua própria satisfação.

Palavras-chaves: qualidade de vida; enfermagem; trabalho.

ABSTRACT | To verify the Quality of Life of the professionals of the Nursing team of a hospital in Juína, northwest of Mato Grosso, in order to seek information on the satisfaction of these professionals through the Flanagan scale. Methods: This is a descriptive, exploratory, cross-sectional field study using a questionnaire with closed questions in accordance with the sociodemographic characteristics of the population studied, with a quantitative approach and another questionnaire developed from the application of a validated instrument Flanagan's Quality of Life Scale. Results: The sample consisted of 39 respondents, being 07 nurses and 32 nursing technicians and no nursing assistants. Among the professions, the majority are female, with a mean age of 20-30 years, with time of profession and time in the institution between 0-10 years, day shift, results indicated that the population surveyed is satisfied with the quality of life in the broad feeling, it is found that 85.60% of nurses are very satisfied with material comfort and health, nursing technicians 71.9% very satisfied with material comfort. Conclusion: improving the quality of life of these professionals implies better living and working conditions as well as their own satisfaction.

Keywords: quality of life; nursing; job.

RESUMEN | Objetivos: verificar la calidad de vida de los profesionales del equipo de enfermería de un hospital de Juína, noroeste de Mato Grosso, en el sentido de buscar informaciones sobre la satisfacción de estos profesionales a través de la escala de Flanagan. Métodos: Se trata de un estudio de campo, descriptivo, exploratorio, transversal, a través de un cuestionario con preguntas cerradas de acuerdo con las características sociodemográficas de la población estudiada, con abordaje cuantitativo y otro cuestionario desarrollado a partir de la aplicación de un instrumento validado denominado Escala de calidad de vida de Flanagan. Resultados: La muestra fue compuesta por 39 respondedores, siendo 07 enfermeros y 32 técnicos de enfermería y ningún auxiliar de enfermería. Entre las profesiones la mayoría es del sexo femenino, con edad media entre 20-30 años, con tiempo de profesión y tiempo en la institución entre 0-10 años, turno de trabajo diurno, los resultados indicaron que la población encuestada está satisfecha en cuanto a la calidad de vida en el sentido amplio, se constata que 85,60% de los enfermeros están muy satisfechos con confort material y salud, los técnicos de enfermería 71,9% muy satisfechos con confort material. Conclusión: la mejora de la calidad de vida de estos profesionales implica en mejores condiciones de vida y de trabajo así como su propia satisfacción.

Palabras claves: calidad de vida; enfermería; trabajo.

Angeline Turquett Soares de Oliveira

Enfermeira, graduada pela AJES – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena.

Wladimir Rodrigues Faustino

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem Profissional e Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro Universitário São Camilo, Coordenador da Faculdade de Ciências Econômicas e Administrativas Santa

Rita de Cássia e docente da Pós – Graduação da AJES – Faculdade de Ciências Contábeis e administração do Vale do Juruena.

Fabiana Rezer

Enfermeira, Mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem Profissional pelo Centro Universitário São Camilo, atuante em Unidade de Terapia Intensiva.

Recebido em: 08/01/2017

Aprovado em: 17/01/2018

Introdução

A profissão de enfermagem possui como objetivo garantir o completo bem-estar individual e coletivo, atuando no cuidado integral ao ser humano, porém durante o exercício profissional existem chances desses profissionais sofrerem estresse psicológico, "principalmente aqueles que atuam no ambiente hospitalar, que é considerado o ambiente mais estressante dentre os estabelecimen-

tos que prestam serviços de saúde" gerando influências negativas na Qualidade de Vida (QV)¹.

A QV é definida como a percepção do indivíduo sobre a vida, relacionado as condições em que vive, trabalha, objetivos, preocupações existentes, expectativas em relação a realidade e padrões de vida, em um contexto vasto de fatores psicológicos, físicos, sociais e trabalhistas, sendo de direito do ser humano viver dignamente, sendo que, as experiências do trabalhador no contexto de seu ofício repercutem em sua vida cotidiana².

Os profissionais de enfermagem desempenham seus processos de trabalho em ambientes com estímulos estressores, em ambientes muitas vezes fechados, rígidos, com altos índices de sobrecarga física e emocional, há indícios de que essa profissão é diferenciada, pois o trabalho é contínuo, extenuante, desgastante, podendo ser aperfeiçoado a partir de uma relação interpessoal que se aproxima com o paciente sob seus cuidados, podendo gerar adoecimentos físicos e psíquicos³.

O instrumento utilizado na presente pesquisa foi: Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF) elaborada por Jonh Flanagan na década dos anos 70, que avalia a satisfação das pessoas através de quinze itens e cinco dimensões: bem-estar físico e mental, relação com outras pessoas, envolvimento com atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação⁴.

Com o surgimento da saúde do trabalhador, ocorreu a necessidade de avaliação da QV, com a visão de um funcionário em pleno bem estar físico, espiritual e social para exercer o seu trabalho, segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é a soma de vários aspectos multidimensionais, dessa maneira, propõe que a qualidade de vida seja avaliada de modo global, no qual se avalie o grau de satisfação do indivíduo com a vida e qualidade vida, sob diferentes dimensões ou domínios⁵.

Apesar dos avanços ocorridos em relação a algumas melhorias no mundo do trabalho relacionadas a QV dos trabalha-

dores, os desafios a serem enfrentados necessitam de muitas intervenções e melhorias para que seja assegurado a estes, alguns direitos fundamentais e melhor QV, principalmente no seu trabalho, em que passa a maior parte do seu tempo diário⁶.

O objetivo desse estudo foi verificar a Qualidade de Vida dos profissionais da equipe de Enfermagem de um hospital de Juína, noroeste de Mato Grosso, no sentido de buscar informações sobre a satisfação desses profissionais através da escala de Flanagan. Portanto surge o seguinte questionamento: Como é a QV dos profissionais de enfermagem de um Hospital da cidade de Juína, Noroeste de Mato Grosso?

Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, através de um questionário com perguntas fechadas de acordo com as características sociodemográficas da população estudada, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da aplicação de um instrumento validado: "Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF)", realizado em um hospital municipal do município de Juína- Mato Grosso.

O Universo do estudo foi um hospital municipal de Juína: Noroeste de Mato Grosso e população da equipe de enfermagem era de: N=53 profissionais, sendo: N=42 técnicos de enfermagem, N=09 enfermeiros e N=02 auxiliares de enfermagem, que após os critérios de inclusão da pesquisa totalizou uma amostra final de: N=7 enfermeiros, N=32 técnicos de enfermagem e N=0 auxiliares de enfermagem, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, totalizando N=39 profissionais de enfermagem.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que fazem parte do quadro permanente de um hospital da cidade de Juína: Noroeste de Mato Grosso, e como exclusão: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que estavam ausentes no dia da coleta de dados por absenteísmo em geral.

A coleta de dados iniciou pós aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa utili-

zou-se a aplicação do instrumento denominado EQVF que avalia a satisfação dos indivíduos em relação a cinco dimensões: bem-estar físico e mental, relação com outras pessoas, envolvimento com atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação. Conforme Flanagan (1993) a escala EQVF busca avaliar a qualidade de vida utilizando as expressões: muito insatisfeito, insatisfeito, pouco insatisfeito, indiferente, pouco satisfeito, satisfeito e muito satisfeito, em que são atribuídos os escores de 1 a 7 pontos (Likert).

Os dados foram analisados e tabulados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para Windows e tratados estatisticamente em frequência absoluta, frequência relativa, apresentados em forma de tabelas, tendo como enfoque a satisfação e qualidade de vida dos profissionais da equipe de enfermagem em um hospital no noroeste de Mato Grosso, na cidade de Juína, tendo como critério de elegibilidade a Escala de Likert de 7 pontos e as dimensões da EQVF.

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução N°466 de 12 de dezembro de 2012, tendo sido aprovado sob parecer CAAE-N° 47173215.4.0000.5164 do COEP-Comitê de ética e Pesquisa SES-MT-N° 5164, na data de 09/10/2015. Foi garantido sigilo profissional e pessoal com caráter confidencial das informações prestadas. Todos os participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os resultados serão apresentados separadamente entre: enfermeiros e técnicos de enfermagem, devido a heterogeneidade da amostra, possibilitando assim uma análise mais específica dos profissionais de enfermagem.

O número de profissionais de enfermagem participantes da pesquisa foi N=39, destes sendo: N=7 enfermeiros,

N=32 técnicos de enfermagem.

Em relação à faixa etária predominante dos enfermeiros foi entre 20 e 30 anos, do gênero feminino (N=5), a maioria sol-

teiros (N=3), que trabalham no período diurno (N=6) e com tempo de profissão na instituição entre 0-10 anos. Enquanto a caracterização sócio demográfica dos téc-

nicos de enfermagem, também foi caracterizada pela mesma média de: idade entre 20-30 anos, do gênero feminino (N=31), a maioria casados (N=16) que trabalham no

Tabela 1. Caracterização da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan utilizada para avaliar o nível de satisfação dos enfermeiros de um hospital da cidade de Juína: noroeste de Mato Grosso, 2015 (N=7).

								TOTAL
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Pouco insatisfeito	Indiferente	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	N=07=100%
	1 N %	2 N %	3 N %	4 N %	5 N %	6 N %	7 N %	
1. Conforto material (casa)	--	--	1 14,30	--	--	6 85,70	--	7-100
2. Saúde (rigor físico)	--	--	1 14,28	--	--	6 85,68	--	7-100
3. Relacionamento (pais, Irmãos...)	--	--	--	--	1 14,28	4 57,12	2 28,56	7-100
4. Constituir família, criar filhos	1 14,28	--	1 14,28	--	--	2 28,56	3 42,84	7-100
5. Relacionamento (Íntimo, esposa, namorada)	--	--	--	--	--	4 57,12	3 42,84	7-100
6. Amigos próximos, compartilhar opiniões	--	--	--	--	2 28,56	3 42,84	2 28,56	7-100
7. Voluntariamente, ajudar pessoas	--	--	--	--	3 42,84	3 42,84	1 14,28	7-100
8. Participação em associações	--	1 14,28	--	4 57,12	1 14,28	1 14,28	--	7-100-
9. Aprendizagem, cursos em gerais	--	--	4 57,12	1 14,28	--	2 28,56	--	7-100
10. Autoconhecimento, reconhecer potenciais e limites	--	--	--	--	1 14,28	4 57,12	2 28,56	7-100
11. Trabalho (emprego, casa) vale a pena	1 14,28	--	1 14,28	--	2 28,56	3 42,84	--	7-100
12. Comunicação criativa	--	--	1 14,28	1 14,28	--	5 71,4	--	7-100
13. Participação em recreação ativa	--	--	--	--	3 42,84	3 42,84	1 14,28	7-100
14. Ouvir música, TV, livros.	--	--	--	--	3 42,84	2 28,56	2 28,56	7-100
15. Socialização, fazer amigos	--	--	--	--	--	5 71,4	2 28,56	7-100

período diurno (N=26) e tempo de instituição entre 0-10 anos.

A tabela 01 traz a relação dos enfermeiros do estudo a respeito da QV:

A tabela 02 traz a relação dos técnicos de enfermagem a respeito da QV:

Tabela 2. Caracterização da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan dos técnicos de enfermagem (N=32) de um hospital da cidade de Juína: Noroeste de Mato Grosso, 2015.

								TOTAL N=07=100%
	1 N %	2 N %	3 N %	4 N %	5 N %	6 N %	7 N %	
1. Conforto material (casa)	--	--	7 21,9	--	--	23 71,9	2 6,3	32-100
2. Saúde (rigor físico)	1 3,1	--	3 9,4	3 9,4	4 12,5	14 43,8	7 21,9	32 -100
3. Relacionamento (pais, Irmãos...)	--	1 3,1	--	1 3,1	4 12,5	10 31,3	16 50,0	32 -100
4. Constituir família, criar filhos	--	1 3,1	--	--	4 12,5	14 43,8	13 40,6	32-100
5. Relacionamento (Íntimo, esposa, namorada)	--	1 3,1	2 6,3	--	1 3,1	9 28,1	19 54,9	32-100
6. Amigos próximos, compartilhar opiniões	--	--	2 6,3	5 15,6	7 21,9	13 40,6	5 15,6	32-100
7. Voluntariamente, ajudar pessoas	--	--	--	2 6,3	6 18,8	11 34,4	13 40,6	32-100
8. Participação em associações	3 9,4	1 3,1	--	9 28,1	11 34,4	5 15,6	3 9,4	32-100
9. Aprendizagem, cursos em gerais	3 9,4	2 6,3	3 9,4	5 15,6	6 18,8	7 21,9	6 18,8	32-100-
10. Autoconhecimento, reconhecer potenciais e limites	--	--	--	3 9,4	1 3,1	21 65,6	7 21,9	32-100
11. Trabalho (emprego, casa) vale a pena	2 6,3	1 3,1	2 6,3	--	4 12,5	14 43,8	9 28,1	32-100
12. Comunicação criativa	--	2 6,3	1 3,1	5 15,6	8 25,0	13 40,6	3 9,4	32-100
13. Participação em recreação ativa	3 9,4	4 12,5	1 3,1	8 25,0	6 18,8	5 15,6	5 15,6	32-100
14. Ouvir música, TV, livros.	--	2 6,3	2 6,3	2 6,3	4 12,5	13 40,6	9 28,1	32-100
15. Socialização, fazer amigos	--	--	--	2 6,3	5 15,6	13 40,6	12 37,5	32-100

Discussão

O ambiente hospitalar é considerado estressante e sobrecarregado, onde os profissionais estão expostos a diversos fatores que comprometem a saúde devendo lidar com as situações impostas de modo que não gerem impacto negativo na sua vida pessoal, neste contexto é importante avaliar constantemente como está a QV desses profissionais e proporcionar medidas preventivas de melhorias⁷.

Neste estudo predominaram-se o gênero feminino (N=36=92%) no total da população abordada, fato já esperado e confirmando, isso existe desde o início profissão, que é prevalente deste gênero por ser associada ao cuidado e delicadeza, esses resultados foram parecidos com de outro estudo realizado com 73 técnicos de enfermagem onde observou-se que a maioria dos pesquisados eram do sexo feminino (76,9%)¹.

Com relação ao estado civil dos técnicos de enfermagem (N=16=50%) de acordo com a tabela 2, são casadas, tal resultado é comum levando em consideração a idade prevalente, estudos semelhantes apontam os mesmos resultados. Porém em relação aos enfermeiros o resultado demonstrou que a maioria é solteiro (N=3=43%), corroborando com um estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 27 profissionais de enfermagem, demonstrando que 51,95% são solteiros⁸.

O índice de solteiros pode ser relacionado a faixa etária (entre 20 e 30 anos), pois atualmente os profissionais estão entrando na vida acadêmica jovens e posteriormente da faculdade já egressos no ambiente de trabalho⁷.

Em relação ao tempo de instituição, para ambos profissionais estava entre 01 e 10 anos, tempo de trabalho curto se comparado com outros estudos, tal fato pode demonstrar instabilidade e insatisfação, levando a procurar outros locais de trabalho. Um estudo feito demonstra quanto mais experiente for o profissional em uma instituição maior o decréscimo de

sua QV, sendo que o tempo médio institucional entre 6,6 e 13 anos já impactam no desgaste físico e psicológico⁷.

Em relação a QV, a maioria dos técnicos de enfermagem (N=23=71,9%) tabela 02 e enfermeiros (N=6=85,68%)

"O ambiente hospitalar é considerado estressante e sobrecarregado, onde os profissionais estão expostos a diversos fatores que comprometem a saúde devendo lidar com as situações impostas de modo que não gerem impacto negativo na sua vida pessoal"

tabela 01, apresentam-se muito satisfeitos quanto ao conforto material, ratificando com a pesquisa realizada em uma Unidades de Terapia Intensiva em Brasília/DF, na qual concluiu que a maioria dos entrevistados referiram estar satisfeitos quanto ao conforto material (casa, alimentação) e seu rigor físico⁹.

Em uma pesquisa realizada através de uma revisão integrativa da literatura demonstra que cerca de 10,8% de toda produção científica analisada refere insatisfação quando ao salário, que muitas vezes acaba obrigando o profissional a manter mais que um vínculo empregatício, com isso as jornadas excessivas de trabalho geram grande desgaste físico e psicológico. Porém neste estudo a maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem se mostraram satisfeitos ou poucos satisfeitos nesse quesito, certificando com a literatura¹⁰.

No setor de pediatria em um hospital público de Ceilândia – DF, evidenciou que os enfermeiros (N=55=100%) no domínio vitalidade apresentaram menores escores, revelando resultado diferente deste estudo, no qual os mesmos apresentam-se muito satisfeitos (N=47=85,8%) para enfermeiros¹¹.

Em relação a saúde de acordo com a tabela 02, os resultados os técnicos de enfermagem em (N=1=3,1%), se mostraram muito insatisfeitos, a saúde é considerada um fator importante que influencia diretamente no QV, a maioria apresentam-se satisfeitos com a saúde, esse resultado é parecido com encontrado na literatura, onde cerca de 59.8% dos técnicos de enfermagem estão satisfeitos/muito satisfeitos no quesito saúde, porém ressalta-se a necessidade de influenciar ainda mais o cuidado com a saúde, tendo em vista ser uma profissão que expõe a diversos riscos¹.

Quando questionados se o trabalho que exercem vale a pena, (N=2=6,3%), descritos na tabela 02, os técnicos de enfermagem disseram estar muito insatisfeitos, em outro estudo demonstra que (5,4%) dos profissionais de enfermagem, apresentam insatisfação quanto ao trabalho, relacionando ao não reconhecimento do esforço e trabalho exercido¹⁰.

Em relação ao relacionamento interpessoal: com a família, a maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentam-se muito satisfeitos, sendo

essencial para diminuir as possibilidades de doenças psicológicas que possam se desenvolver, assim como é importante o relacionamento com colegas de profissão, visando uma relação harmônica entre profissionais e gestores¹².

Um estudo ressalta que entre os profissionais de enfermagem, o enfermeiro é o mais susceptível a sofrer mudanças em sua qualidade de vida, pois além de atividades administrativas (Sistematização da assistência de enfermagem) também se afastam cada vez mais das atividades laborais¹³.

Realizando uma análise crítica dos resultados sobre QV, sugere-se que os enfermeiros/técnicos de enfermagem apresentam uma QV satisfatória, obtido através da estatística descritiva utilizada

no trabalho, indicando a relevância e o quanto isso reflete na vida profissional.

O trabalho hospitalar é estressante, gera desgaste físico e emocional, que exige constantemente atualização por parte dos profissionais, com cobranças e responsabilidades atreladas, portanto recomenda que existam programas nas instituições com foco na promoção da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, visando preparar os trabalhadores para as tarefas trabalhistas e vida pessoal¹⁰.

Conclusão

Diante dos resultados desta pesquisa, evidenciou-se que a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) de um hospital do municí-

pio de Juína - MT, apresentam qualidade de vida satisfatória, conforme os dados apresentados através do instrumento de pesquisa da EQVF.

Mediante a distribuição das respostas da EQVF, constatou-se que as maiores percentagens dos pesquisados foram obtidos positivamente quanto a satisfeito foi o item conforto material (casa) em ambas as categorias dos profissionais.

Considerando os fatos do estudo conclui-se que a Qualidade de Vida é um fator primordial para qualquer profissão e para o ser humano, caracterizada pelas dimensões da EQVF, como bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização e recreação. 🐦

Referências

- MACIEL MED; OLIVEIRA, FNO. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. Rev. Psicol. Saúde vol.6 no.1 Campo Grande jun. 2014
- Marques, aln; Ferreira, MBG; Duarte, JMG; Costa, NS; Haas, VJ; Simões, ALA. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Rev Rene. set-out; 16(5):672-81, 2015.
- SILVA, I.J.; OLIVEIRA, M.F.V.; SILVA, S.E.D.; POLARO, S.H.I.; RADÜNZ, V.; SANTOS, E.K.A.; SANTANA, M.E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev esc enferm USP, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000300028&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 nov. 2015.
- FLANAGAN, J. C. Measurement of quality of life. Current state of the art. Arch. Phys. Med. Rehabil., Chicago, v. 63, p. 56-59, 1982.
- Kogien, M; CEDARO, JJ. Pronto-socorro público: impactos psicossociais no domínio físico da qualidade de vida de profissionais de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2014;22(1).
- BARRIENTOS, L. A.; SUAZO, S. V. Fatores associados a qualidade de vida de enfermeiras hospitalares chilenas. Revista Latino-Am. Enfermagem. v.15, n.3, p.480-6, mai. / jun. 2007. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2458/2835>>. Acesso em: 03 nov. 2015.
- SANTANA VS; FEITOSA AG; GUEDES LBA; Sales NBB. QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR. · Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2014 Abr;4(1):35-4.
- Sales JC, Borges CM, Alves OVM, Paes LW, Campos ACV. Qualidade de vida de três categorias profissionais da saúde em um hospital de Minas Gerais, Brasil. Rev. enferm. UFPE on line. 2010; 4(3): 1365-370.
- GARLET, A. et al. Qualidade de vida do enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva privadas, por meio da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan. 2007. 16 f. Artigo (Especialização em Unidade de Terapia Intensiva) – Centro de Estudo de Enfermagem e Nutrição, Universidade Católica de Goiânia, Goiânia, 2007.
- AMARAL JF; RIBEIRO JP; PAIXÃO DX. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. Revista espaço para a saúde | Londrina | v. 16 | n. 1 | p. 66-74 | jan/mar. 2015
- BARRETO DG. Qualidade de vida da equipe de enfermagem do setor de pediatria. Universidade de Brasília faculdade de Ceilândia curso de enfermagem. Ceilândia 2013.
- TORRES, Anelize Sgorlon Pinheiro FELICIO, João Carlos. Faculdade Jaguariúna. A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR - SINDROME DE BURNOUT. Revista Intellectus. Ano IX N° 25.
- FREIRE MN; COSTA ER. QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE DE TRABALHO. Revista Enfermagem Contemporânea. 2016 Jan./Jun.;5(1):151-158.

A relação da Síndrome de *Burnout* com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa

RESUMO | Objetivou-se identificar a ocorrência da Síndrome de *Burnout* no profissional de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando os descritores enfermagem, esgotamento profissional e Saúde do Trabalhador. Por meio da análise dos resultados, constatou-se que as características do ambiente de trabalho, individuais e da profissão favorecem o desenvolvimento da doença. Os profissionais de enfermagem precisam buscar informações e conhecimentos acerca da doença a fim de promover a prevenção, assim como os gestores precisam lançar metas eficazes, incluindo os métodos de redução da carga horária, a melhoria nos recursos humanos e materiais, o plano de salário compatível, além da educação permanente.

Palavras-chaves: enfermagem; esgotamento profissional; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT | The aim of this study was to identify the occurrence of *Burnout* Syndrome in nursing professionals. This is an integrative review, using the descriptors nursing, professional exhaustion and Worker's Health. Through the analysis of the results, it was verified that the characteristics of the work environment, individual and of the profession favor the development of the disease. Nursing professionals need to seek information and knowledge about the disease in order to promote prevention, just as managers need to set effective goals, including methods of reducing workload, improving human and material resources, a compatible salary plan, besides the permanent education.

Keywords: nursing; professional exhaustion; Worker's Health.

RESUMEN | Se objetivó identificar la ocurrencia del Síndrome de *Burnout* en el profesional de enfermería. Se trata de una revisión integrativa, utilizando los descriptores enfermería, agotamiento profesional y salud del trabajador. Por medio del análisis de los resultados, se constató que las características del ambiente de trabajo, individuales y de la profesión favorecen el desarrollo de la enfermedad. Los profesionales de enfermería necesitan buscar información y conocimientos sobre la enfermedad para promover la prevención, así como los gestores deben lanzar metas eficaces, incluyendo los métodos de reducción de la carga horaria, la mejora en los recursos humanos y materiales, el plan de salario compatible además de la educación permanente.

Palabras claves: enfermería; agotamiento profesional; Salud del Trabajador.

Mariana Costa Larré

Enfermeira. Mestre em Enfermagem.
Universidade Federal de Sergipe.
Aracaju/SE, Brasil.

Ana Cristina Freire Abud

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Universidade Federal de Sergipe.
Aracaju/SE, Brasil.

Ana Dorcas de Melo Inagaki

Enfermeira. Doutora em Saúde da
Criança e do Adolescente. Universidade
Federal de Sergipe. Aracaju/SE, Brasil.

Recebido em: 02/08/2017

Aprovado em: 21/12/2017

Introdução

A Síndrome de *Burnout* (SB) representa um dos grandes problemas psicossociais da atualidade e está associada ao estilo de vida capitalista. Trata-se de um transtorno característico do ser humano, desenvolvido de forma silenciosa, relacionado ao ritmo de trabalho acelerado e pela diminuição da realização de atividades prazerosas¹.

A síndrome é considerada um evento complexo que prejudica o bem-estar dos trabalhadores e a qualidade das atividades realizadas, além de ser caracterizada pelo desenvolvimento de três dimensões: o esgotamento emocional referente ao modo como a pessoa responde ao estresse; a despersonalização relacionada à presença de comportamento negativo com as atividades que devem ser desenvolvidas no trabalho e a diminuição da realização profissional compreendida

como uma análise desfavorável de seu próprio desempenho no trabalho^{2,3}.

Os profissionais de enfermagem são suscetíveis ao surgimento da SB, uma vez que estão diretamente expostos ao sofrimento e à dor de pacientes e familiares. Esta exposição pode gerar o estresse associado ao ambiente e às atividades do trabalho, prejudicando de forma significativa o desempenho do profissional. Entretanto, a relação da SB com a enfermagem não está somente atrelada a fatores estressantes nas atividades da profissão. Problemas presentes nos locais de trabalho e a capacidade que cada profissional tem para administrar sua própria vida podem contribuir para o aumento ou a diminuição da sensação de estresse^{2,4,5}.

Neste contexto, o presente estudo justifica-se pelo fato da doença comprometer o resultado das atividades dos profissionais de enfermagem, causando prejuízo nas situações de saúde dos pacientes, seus

familiares e na comunidade. Dentro dessa perspectiva, o objetivo do estudo consiste em identificar a ocorrência da SB no profissional de enfermagem.

Método

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa, que proporcionou o agrupamento e a sistematização dos artigos já divulgados, permitindo a obtenção de informações e conhecimentos das pesquisas analisadas. Para a realização deste estudo, seis etapas foram percorridas: definição da questão norteadora, busca de material na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e síntese dos conhecimentos⁶. Para tanto, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora: é frequente a ocorrência da SB no profissional de enfermagem?

Os artigos foram pesquisados a partir dos seguintes descritores, cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Esgotamento Profissional”, “Enfermagem” e “Saúde do Trabalhador”, nos idiomas português, inglês e espanhol, adaptados a cada base de dados com a combinação do boleano “and”. Na etapa da busca de material na literatura, os descritores foram utilizados da seguinte forma: “Esgotamento Profissional” and “Enfermagem” and “Saúde do Trabalhador”; “*Burnout*, Professional” and “Nursing” and “Occupational Health”; “Agotamiento Profesional” and “Enfermera” and “Salud Laboral”. A pesquisa pelos estudos primários foi realizada na base de dados da National Library of Medicine, EUA (PUBMED), na Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Os critérios de inclusão para seleção dos estudos foram artigos primários, com resumos disponíveis on-line em texto completo, nas bases de dados selecionadas, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol e que abordassem o tema referido. Foram excluídos da pesquisa os estudos duplicados e os artigos de revisão.

A busca pelos materiais ocorreu em janeiro de 2016. Para a seleção das pesquisas, foi utilizado um roteiro adaptado do estudo

de Ursi⁷, que permitiu identificar o artigo original, avaliar as características metodológicas, determinar o nível de evidência, verificar os objetivos, examinar os resultados, identificar as diferenças e fazer a síntese dos resultados dos estudos selecionados.

Para tanto, foi elaborado um quadro contendo as principais informações sobre a ocorrência da SB no profissional de enfermagem e características dos artigos, tais como o título de cada estudo, o ano de

"Problemas presentes nos locais de trabalho e a capacidade que cada profissional tem para administrar sua própria vida podem contribuir para o aumento ou a diminuição da sensação de estresse"^{2,4,5}

publicação, o foco da pesquisa, os principais resultados e o nível de evidência. Esse último corresponde à força das evidências obtidas nos artigos.

Resultados

A busca nas bases de dados, segundo os descritores, localizou um total de 119 artigos, dos quais 52 foram encontrados no banco de dados LILACS e, destes, 11 (57,9%) foram selecionados. Na base BDENF, dos 52 artigos encontrados, foram escolhidos três (15,8%) e, na base de dados PUBMED, foram selecionados cinco (26,3%) artigos dentre os

90 localizados. No total, 75 estudos foram excluídos por não contemplarem a pergunta norteadora e por não atenderem aos critérios de inclusão e 25 artigos estavam duplicados. Foram selecionados 14 (73,7%) artigos nacionais e cinco (26,3%) internacionais.

No que se refere aos países dos estudos, 14 (73,7%) foram realizados no Brasil, um (5,3%) na Espanha, um (5,3%) na China, um (5,3%) na Bélgica, um (5,3%) na Itália e um (5,3%) em Chipre. Quanto ao idioma das pesquisas, 14 (73,7%) foram publicados em português, um (5,3%) na língua espanhola e quatro (21,1%) na língua inglesa. Os anos em que ocorreram os maiores números de publicações foram os de 2012 e 2015, cada qual com seis (31,6%) artigos selecionados.

Quanto às amostras selecionadas pelos estudos, oito (42,1%) eram de enfermeiros, seis (31,6%) eram compostas por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, um (5,3%) por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, três (15,8%) por enfermeiro e técnico de enfermagem e um (5,3%) por técnicos de enfermagem. Os autores principais dos artigos, em sua maioria, eram enfermeiros, 12 (63,2%). Sobre os locais das coletas de dados das pesquisas, 15 (78,9%) foram realizadas em hospital, três (15,8%) em Atendimento Móvel de Urgência e um (5,3%) em Unidade Básica de Saúde.

Os resultados da síntese dos artigos selecionados estão apresentados na Tabela 1.

Após a análise dos artigos, foram encontradas as seguintes temáticas: características dos profissionais de enfermagem com Síndrome de *Burnout*, prevalência da Síndrome de *Burnout* na equipe de enfermagem e fatores associados, e ocorrência da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros e fatores associados.

Discussão

De acordo com os estudos analisados, a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, resultado justificado pela história da profissão, que tem predominância de profissionais do sexo feminino. As mulheres apresentam uma possibilidade maior de manifestar a síndrome, decorrente da dupla jornada de trabalho, constituída por cuidados com a família, com a moradia

Tabela 1. Descrição dos artigos.

Periódico/ Nível de evidência/ Ano de publicação	Título dos artigos	Foco da pesquisa	Principais resultados
Rev. Latino-Am. Enfermagem/Nível de evidência 4/2015. ⁸	"Desgaste profissional, <i>stress</i> e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário"	Características sócio-ocupacionais, relação das dimensões da SB com o de <i>stress</i> e satisfação no trabalho.	Foram alcançadas pontuações médias para <i>stress</i> ocupacional e satisfação. Elevada despersonalização e baixa realização pessoal.
Rev. Bras. Epidemiol./Nível de evidência 4/2015. ⁹	"Síndrome de <i>Burnout</i> em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo"	Prevalência da SB em técnicos de enfermagem.	23,6% apresentaram alto desgaste emocional e 21,9%, alta despersonalização.
Rev. Bras. Ter. Intensiva/Nível de evidência 4/2015. ¹⁰	"Fatores psicossociais e prevalência da Síndrome de <i>Burnout</i> entre trabalhadores de enfermagem intensivistas"	Prevalência da SB entre trabalhadores de enfermagem associada aos fatores psicossociais e sociodemográficos.	A prevalência da SB observada foi de 55,3%. Presença de 27,7% de casos suspeitos para transtornos mentais. Destes, 80,6% estavam associados à síndrome.
Arquivos Brasileiros de Psicologia/Nível de evidência 4/2015. ¹¹	" <i>Burnout</i> e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem"	Analisar os níveis de <i>burnout</i> e as estratégias de enfrentamento.	Foram identificados altos níveis de <i>burnout</i> e nenhuma estratégia de enfrentamento mostrou-se suficientemente eficaz.
J. Occup. Health/Nível de evidência 4/2015. ¹²	" <i>Association of goal orientation with work engagement and burnout in emergency nurses</i> "	Investigar a explicação do <i>burnout</i> no enfermeiro.	Exigências no trabalho e a diminuição de atividades realizadas no trabalho são fatores que desencadeiam a SB no enfermeiro.
Plos One/Nível de evidência 4/2015. ¹³	" <i>The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and burnout among chinese nurses</i> "	Relação entre atitudes psicológicas e o estilo de enfrentamento do enfermeiro com o <i>burnout</i> .	Autoeficácia, esperança, resiliência e otimismo dos enfermeiros são atitudes que auxiliam na prevenção da SB.
Acta Paul. Enferm./Nível de evidência 4/2014. ¹⁴	"Ocorrência da Síndrome de <i>Burnout</i> em enfermeiros residentes"	Ocorrência da Síndrome de <i>Burnout</i> .	Foram encontrados dez residentes com alterações em três dimensões da síndrome.
Rev. Latino-Am. Enfermagem/Nível de evidência 4/2014. ¹⁵	"O ambiente da prática profissional e <i>burnout</i> em enfermeiros na atenção básica"	Percepções acerca da autonomia, do ambiente da prática e da relação profissional associados à SB.	O ambiente é parcialmente favorável à autonomia, à relação profissional e ao suporte organizacional.
Psico/Nível de evidência 4/2014. ¹⁶	"Síndrome de <i>Burnout</i> : impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional"	Analisar a relação entre satisfação no trabalho, percepção de suporte organizacional e Síndrome de <i>Burnout</i> .	A natureza do trabalho e o apoio organizacional são importantes para os profissionais de enfermagem.
Psicologia & Sociedade/Nível de evidência 4/2014. ¹⁷	" <i>Burnout</i> : o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem"	Analisar a relação entre fatores de satisfação no trabalho e as dimensões da SB.	O fator "satisfação com o ambiente" reduz a exaustão emocional e a despersonalização e aumenta a realização profissional.
IJOMEH/Nível de evidência 4/2013. ¹⁸	" <i>Strain and health implications of nurses' shift work</i> "	Investigar os horários de trabalho dos enfermeiros e os níveis de tensão.	O turno da noite foi associado a alta demanda de trabalho e maior probabilidade de desenvolver a SB.
Rev. Esc. Enferm. USP/Nível de evidência 4/2012. ¹⁹	"Síndrome de <i>Burnout</i> entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife"	Ocorrência da Síndrome de <i>Burnout</i> .	4,7% apresentavam a SB, 49,2% tinham altos níveis de exaustão emocional.
R. pesq.: cuid. fundam./Nível de evidência 4/2012. ²⁰	"Síndrome de <i>Burnout</i> em profissionais de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência"	Identificar a presença da Síndrome de <i>Burnout</i> .	Presença de grau baixo a moderado em relação às dimensões da SB.

Tabela 1. Descrição dos artigos.

Periódico/ Nível de evidência/ Ano de publicação	Título dos artigos	Foco da pesquisa	Principais resultados
Acta Paul. Enferm./ Nível de evidência 4/2012. ²¹	"Síndrome de <i>Burnout</i> e os aspectos sociodemográficos em profissionais de enfermagem"	Incidência da SB de acordo com os aspectos sociodemográficos.	13 (9,58%) apresentaram Síndrome de <i>Burnout</i> . Destes, 7 (53,84%) eram enfermeiros e 6 (46,16%), técnicos/auxiliares.
R. pesq.: cuid. fundam. /Nível de evidência 4/2012. ²²	"Avaliação do nível de estresse de equipe de enfermagem de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência"	Ocorrência do estresse e fatores ocupacionais envolvidos.	Foi verificada moderada incidência de estresse, com predominância de sintomas psicológicos.
BMC Public Health/ Nível de evidência 4/2012. ²³	"The factors associated with the <i>Burnout Syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report</i> "	Fatores associados à Síndrome de <i>Burnout</i> .	A SB está associada a fatores estressantes no trabalho, à idade dos enfermeiros, ao nível de exaustão emocional e à despersonalização.
Acta Paul. Enferm./Nível de evidência 4/2012. ²⁴	"Preditores da Síndrome de <i>Burnout</i> em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar"	Analisar os preditores da Síndrome de <i>Burnout</i> .	O <i>burnout</i> pode estar relacionado a fatores organizacionais e a outros fatores, como os pessoais, do trabalho e sociodemográficos.
Texto Contexto Enferm. /Nível de evidência 4/2011. ²⁵	"Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de <i>Burnout</i> em trabalhadores de enfermagem"	Fatores associados à Síndrome de <i>Burnout</i> .	Sobrecarga de trabalho, falta de motivação para o trabalho, conflito entre valores pessoais e institucionais e dificuldade em conciliar os empregos são fatores que desencadeiam a SB.
R. Enferm. Cent. O. Min./Nível de evidência 4/2011. ²⁶	"Síndrome de <i>Burnout</i> em Centro de Terapia Intensiva infantil da região centro-oeste de Minas Gerais"	Caracterizar os profissionais de enfermagem e fatores associados à SB.	São considerados fatores de risco a idade, ser solteira/solteiro, sem filhos, com poucos anos de atuação, turno de trabalho diurno e sedentarismo.

e a execução das atividades profissionais. Entretanto, em outros estudos⁹⁻¹⁴, os profissionais que tinham filhos exibiram menores taxas da SB, fato associado à presença da estabilidade financeira, que favorece uma maior realização de atividades prazerosas, e à realização materna, relacionada à satisfação da formação familiar.

Neste estudo, a presença da SB esteve comum entre os trabalhadores jovens, de faixa etária média entre 20 e 30 anos, devido à pouca experiência de trabalho, falta de autoconfiança e insuficiência de habilidades em virtude da limitada experiência prática. Contudo, em outros artigos^{20,8}, a maioria dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem acometidos pela doença revelou idade média acima de 40 anos. Este evento está relacionado à diminuição da tolerância do profissional à sobrecarga no trabalho e à falta de condições para realizar as práticas profissionais.

"(...) A presença da SB esteve comum entre os trabalhadores jovens, de faixa etária média entre 20 e 30 anos (...) Em outros artigos^{20,8}, a maioria dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem acometidos pela doença revelou idade média acima de 40 anos"

Em relação ao nível de escolaridade, de acordo com um estudo²¹, os profissionais de enfermagem que possuíam o Ensino Superior completo demonstravam uma maior probabilidade de desenvolver a síndrome. Um dos motivos associados é a presença da hierarquia vivenciada no ambiente de trabalho, que pode gerar conflitos nos relacionamentos interpessoais, devido à diminuição da comunicação e à presença de distanciamento entre os profissionais de enfermagem com nível técnico e os com nível superior.

Outra característica evidenciada diz respeito ao turno de trabalho. Os profissionais que trabalhavam durante a noite apresentaram altos índices da SB em comparação com os trabalhadores diurnos. Este fato é explicado pela redução da quantidade e qualidade do sono, podendo o indivíduo desenvolver fadiga e alterações do ciclo cardíaco. No entanto, em outro estudo²⁶, os trabalhadores que trabalhavam durante o dia mostraram

elevadas taxas da síndrome, fato associado à grande demanda de trabalho.

Segundo a pesquisa, a SB ocorre frequentemente na enfermagem, por ser esta uma profissão essencialmente voltada ao cuidado, responsável por melhorar as condições de saúde das pessoas, assumindo, assim, responsabilidades que levam o trabalhador a vivenciar situações geradoras de estresse, como, por exemplo, a obrigação da tomada rápida de decisões em situações de emergência. As atividades da área da Saúde exigem concentração e empenho por parte dos trabalhadores, o que acaba provocando grande desgaste físico e psicológico^{9,27,23}.

Foi evidenciado que os profissionais da Enfermagem, em seu ambiente de trabalho, em muitas situações, não têm autonomia na administração dos cuidados para a resolução dos problemas de seus pacientes. A falta de autonomia está relacionada à ausência de comunicação entre a gerência das instituições de saúde e os profissionais da Enfermagem⁽²⁸⁾. No entanto, em outro estudo²⁵, a maioria dos trabalhadores de enfermagem dispõe de autonomia no exercício da profissão, o que é considerado um fator redutor para o desenvolvimento da SB, melhorando a qualidade do serviço prestado.

Jornadas extensas de trabalho fazem parte da rotina do profissional de enfermagem, graças, principalmente, à dedicação a mais de um emprego, para melhorar a renda familiar e sua qualidade de vida. Os trabalhadores acabam realizando diversas tarefas durante o dia, favorecendo o aumento do estresse e a diminuição de tempo para atividades prazerosas¹⁵.

Estratégias de enfrentamento diante de agentes estressores podem ser adotadas para combater as situações estressantes, prevenindo o aparecimento do *burnout*, facilitando o confronto de ocorrências indesejáveis. Os principais tipos de estratégias que podem ser assumidas pela enfermagem são o suporte social, caracterizado pela presença de auxílio emocional e instrumental, e o enfrentamento focado no problema, definido pela mudança dos problemas por meio de planejamento¹¹.

Os enfermeiros vivenciam situações estressantes durante o expediente de trabalho, em razão da obrigação de possuírem conhecimentos técnicos e científicos para a realização de procedimentos específicos da Enfermagem e por necessitarem de mais tempo para realizar suas atividades e assegurar a melhoria das condições de saúde de seus pacientes. Essa responsabilidade

"Estratégias de enfrentamento diante de agentes estressores podem ser adotadas para combater as situações estressantes, prevenindo o aparecimento do *burnout* (...) Os principais tipos de estratégias que podem ser assumidas pela enfermagem são o suporte social (...) e o enfrentamento focado no problema"

causa tensão, aumentando a possibilidade de ocorrer a exaustão emocional e a despersonalização, desenvolvida através de sentimentos e atitudes negativos^{14,19}.

Segundo um artigo¹⁹, a SB inicia-se a partir do cansaço, do desgaste físico e mental dos enfermeiros. Os enfermeiros sentem-se sobrecarregados e esgotados com a roti-

na de trabalho, em razão da necessidade de realizar rapidamente as atividades de saúde. De acordo com o mesmo estudo, a presença de salários discordantes com o esforço empregado pelo enfermeiro, somada à falta de reconhecimento da instituição de saúde da dedicação desse profissional, auxilia na formação de sentimentos de angústia e desânimo no trabalhador, o que favorece o surgimento da exaustão emocional.

O enfermeiro apresenta predisposição para o desenvolvimento da SB, em virtude da responsabilidade de sua profissão. Além disso, há situações durante o trabalho que exigem conhecimentos e habilidades que superam os limites da capacidade de atuação profissional.

A falta de tempo do enfermeiro para a realização de atividades de autocuidado é outro fator que intensifica a ocorrência da síndrome, em virtude da presença de cansaço e estresse ocupacional²⁹. De acordo com uma pesquisa¹⁵, os enfermeiros apresentavam uma carga horária maior em comparação a outros trabalhadores de saúde. Quanto maior o tempo de serviço, maior será a produtividade e menores serão o descanso e o convívio familiar, levando ao estresse físico e mental³⁰.

Conforme os resultados de um artigo²⁴, as médias da exaustão emocional, da realização profissional e da despersonalização foram menores entre os enfermeiros que receberam treinamento provido no seu ambiente de trabalho. A ausência de treinamento regular favorece o aparecimento de estresse e tensão por parte do enfermeiro, podendo prejudicar o desempenho do serviço prestado e causar danos à saúde dos pacientes.

Além do treinamento regular, o enfermeiro precisa desenvolver a autoconfiança, atitudes positivas, esperança e resiliência, com o objetivo de facilitar o enfrentamento de eventos estressantes¹³.

Conclusão

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível constatar que os enfermeiros são os profissionais da equipe de enfermagem mais acometidos pela SB, devido ao

compromisso e à responsabilidade de sua profissão com a melhoria da qualidade de saúde de seus pacientes, além do enfrentamento diário de situações extremamente estressantes no ambiente de trabalho.

A síndrome afeta diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem e o desenvolvimento de suas atividades. Os profissionais de saúde precisam

buscar informações e conhecimento acerca da síndrome, com o intuito de promover a prevenção da doença e favorecer a diminuição do número de profissionais acometidos pela mesma.

Diante disso, é de fundamental importância que gestores tracem metas de ação para controlar o estresse da equipe de enfermagem, tendo como finalidade

a prevenção da SB. É mister ressaltar que um plano eficaz deve incluir métodos de redução da carga horária, melhoria nos recursos humanos e materiais, plano de salário compatível, além da educação permanente. Enfim, requisitos que proporcionem a motivação dos trabalhadores de enfermagem no desenvolvimento das suas atividades. 🐦

Referências

- Guido LA, Marques da Silva R, Goulart CT, Bolzan MEO, Lopes LFD. Síndrome de *Burnout* em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1477-83.
- Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS. Sofrimento moral e Síndrome de *Burnout*: existem relações entre esses fenômenos nos trabalhadores de enfermagem?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(1):2-8.
- Freitas AR, Carneseca EC, Paiva CE, Paiva BSR. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e Síndrome de *Burnout* dos profissionais de enfermagem no trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(2):332-6.
- Frota NM, Barros LM, Caldini LN, Araújo T, Caetano JA. Saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Enfermagem em Foco*. 2013;4(2):115-118.
- Zanatta AB, Lucca SR. Prevalência da Síndrome de *Burnout* em profissionais da Saúde de um hospital onco-hematológico infantil. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):253-260.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1 Pt 1):102-6.
- Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(1):124-31.
- Cruz SPL, Abellán MV. Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(3):543-52.
- Ferreira NN, Lucca SR. Síndrome de *Burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):68-79.
- Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da Síndrome de *Burnout* entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(2):125-133.
- Silva RP, Barbosa SC, Silva SS, Patrício DF. *Burnout* e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2015;67(1):130-145.
- Adriaenssens J, Gucht V, Maes S. Association of goal orientation with work engagement and *burnout* in emergency nurses. *J Occup Health*. 2015;57(2):151-160.
- Ding Y, Yang Y, Yang X, Zhang T, Qiu X, He X, et al. The mediating role of coping style in the relationship between psychological capital and *burnout* among Chinese nurses. *Plos One*. 2015;10(4):1-14.
- Tavares KFA, Souza NVDO, Silva LD, Kestenberg CCF. Ocorrência da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros residentes. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(3):260-5.
- Lorenz VR, Guirardello EB. O ambiente da prática profissional e *burnout* em enfermeiros na Atenção Básica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):926-33.
- Neves VF, Oliveira AF, Alves PC. Síndrome de *Burnout*: impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional. *Psico*. 2014;45(1):45-54.
- Sá AM, Martins-Silva PO, Funchal B. *Burnout*: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicol. Soc*. 2014;26(3):664-674.
- Buja A, Zampieron A, Mastrangelo G, Petean M, Vinelli A, Cerne D, et al. Strain and health implications of nurses' shift work. *Int J Occup Med Environ Health*. 2013;26(4):511-521.
- Galindo RH, Feliciano KVO, Lima RAS, Souza AI. Síndrome de *Burnout* entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):420-7.
- Fernandes MA, Sousa FK, Santos JS, Rodrigues JA, Marziale MHP. Síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *R. pesq.: Cuid. Fundam*. 2012;4(4):3125-35.
- França FM, Ferrari R. Síndrome de *Burnout* e os aspectos sociodemográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):743-8.
- Maia EC, Miranda MDC, Caetano JA, Carvalho ZMF, Santos MCL, Caldini LN. Avaliação do nível de estresse de equipe de enfermagem de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *R. pesq.: Cuid. Fundam*. 2012;4(4):3060-68.
- Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the *Burnout Syndrome* and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*. 2012;12:457.
- França SPS, De Martino MMF, Aniceto EVS, Silva LL. Preditores da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):68-73.
- Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da Síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(2):225-33.
- Machado RM, Oliveira SP, Ferreira TC, Campos CG, Botti NCL, Consolação R. Síndrome de *Burnout* em Centro de Terapia Intensiva Infantil da região centro-oeste de Minas Gerais. *R. Enferm. Cent. O. Min*. 2011;1(2):201-209.
- Ferreira TC, Oliveira SP de, Santos RC, Campos CG, Botti NCL, Machado RM. Enfermagem em Nefrologia e Síndrome de *Burnout*. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):44-9.
- Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of Brazilian university hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(2):340-7.
- Rezende R, Borges NMA, Frota OP. Síndrome de *Burnout* e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. *Com. Ciências Saúde*. 2012;23(3):243-252.
- Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP. Estresse ocupacional dos enfermeiros de Urgência e Emergência: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):151-6.

Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama no sul do Brasil

RESUMO | Objetivo: identificar o itinerário terapêutico de um grupo de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Método: estudo transversal, descritivo, com 30 pacientes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em tratamento de câncer de mama. Resultados: a idade média no momento do diagnóstico foi de 51,2 anos. O sintoma mais frequente foi o nódulo no seio (53,34%). A mastectomia foi realizada por 100% das mulheres, 80% fizeram quimioterapia, 60% radioterapia e 100% utilizavam o Anastrozol ou Tamoxifeno. Das mulheres, 50% utilizaram o SUS para diagnóstico, 76,67% para tratamento cirúrgico e 66,67% para pagamento da quimioterapia e radioterapia. Conclusão: o itinerário percorrido para diagnóstico foi, a partir da presença de nódulos, a realização de biópsia; para tratamento, mastectomia seguida de tratamento quimioterápico, radioterápico e medicamentoso. Com relação ao plano de saúde, metade das mulheres utilizou o SUS para diagnóstico. A maioria utilizou SUS para tratamento cirúrgico e quimioterápico.

Palavras-chaves: neoplasias da mama; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT | Objective: to identify the therapeutic itinerary of a group of women diagnosed with breast cancer. Method: cross-sectional, descriptive study with 30 patients, users of the Unified Health System (SUS), in treatment of breast cancer. Results: the mean age at diagnosis was 51.2 years. The most common symptom was the nodule in the breast (53.34%). The mastectomy was performed by 100% of the women, 80% did chemotherapy, 60% radiotherapy, and 100% used Anastrozol or Tamoxifen. Of the women, 50% used SUS for diagnosis, 76.67% for surgical treatment and 66.67% for payment of chemotherapy and radiotherapy. Conclusion: the route taken for diagnosis was, from the presence of nodules, the biopsy; for treatment, mastectomy followed by chemotherapeutic, radiotherapeutic and drug treatment. Regarding the health plan, half of the women used SUS for diagnosis. Most of them used SUS for surgical and chemotherapeutic treatment.

Keywords: breast neoplasms; Unified Health System; Public Health.

RESUMEN | Objetivo: identificar el itinerario terapéutico de un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Método: estudio transversal, descriptivo, con 30 pacientes usuarias del Sistema Único de Salud (SUS) en tratamiento de cáncer de mama. Resultados: la edad media en el momento del diagnóstico fue de 51,2 años. El síntoma más frecuente fue el nódulo en el seno (53,34%). La mastectomía fue realizada por el 100% de las mujeres, 80% hicieron quimioterapia, 60% radioterapia y 100% utilizaban el Anastrozol o Tamoxifeno. De las mujeres, 50% utilizaron el SUS para diagnóstico, 76,67% para tratamiento quirúrgico y 66,67% para pago de la quimioterapia y radioterapia. Conclusión: el itinerario recorrido para diagnóstico fue, a partir de la presencia de nódulos, la realización de biopsia; para el tratamiento, mastectomía seguida de tratamiento quimioterápico, radioterápico y medicamentoso. Con respecto al plan de salud, la mitad de las mujeres utilizó el SUS para diagnóstico. La mayoría utilizó SUS para tratamiento quirúrgico y quimioterápico.

Palabras claves: neoplasias de la mama; Sistema Único de Salud; Salud Pública.

Caroline Portela Peruzzi

Farmacêutica, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo.

Caroline Volkmer

Farmacêutica, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo.

Gabriela Anjos Colombo

Farmacêutica, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo.

Narciso Vieira Soares

Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo.

Vera Regina Medeiros Andrade

Farmacêutica. Doutora em Farmácia. Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo.

Maria de Fátima Fensterseifer

Farmacêutica, Secretária Municipal de Saúde do Município de Santo Ângelo/RS.

Rita Simone Simon Alencastro

Farmacêutica, Secretária Municipal de Saúde do Município de Santo Ângelo/RS.

Recebido em: 10/08/2017

Aprovado em: 01/01/2018

Introdução

O câncer da mama é o mais incidente entre as mulheres no mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,7 milhões de casos novos dessa neoplasia foram diagnosticados no ano de 2013 no mundo, o que representou 11,9% de todos os tipos de cânceres.¹ A estimativa de novos casos de câncer de mama no Brasil para 2016 era de 57.960, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres.²

No Brasil, as estratégias de rastreamento recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) para controle do câncer de mama incluem a realização anual do exame clínico das mamas, a partir dos 40 anos, e a mamografia a cada dois anos, para mulheres

de 50 a 69 anos. Já para mulheres que têm história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau, são recomendados o exame clínico das mamas e a mamografia anual, a partir de 35 anos, ambos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).²

Dentre os princípios do SUS, a universalidade prevê a cobertura a todos os brasileiros de serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento, além de outros serviços de saúde. A maioria dos brasileiros recorre a esse sistema, porém, outros recorrem ao sistema de saúde suplementar, enquanto alguns acessam concomitantemente o SUS, quando o sistema privado apresenta limites de cobertura. Esses caminhos percorridos, ou os processos adotados pelas pessoas para acessarem os serviços de saúde, são conhecidos como itinerários terapêuticos.³⁻⁵

No presente trabalho, partiu-se da seguinte questão norteadora: qual o itinerário terapêutico trilhado por mulheres atendidas pelo SUS após o diagnóstico de câncer de mama? O estudo torna-se relevante na medida em que contribui na orientação das mulheres em relação ao caminho trilhado e às ações necessárias após o diagnóstico. O objetivo foi identificar o itinerário terapêutico de um grupo de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, assim como conhecer idade, sinais e sintomas, tratamento realizado, orientação recebida, reação ao quimioterápico e forma de pagamento do diagnóstico e tratamento.

Métodos

O presente estudo é uma pesquisa transversal descritiva com uma abordagem quantitativa realizada com pacientes usuárias do SUS que estavam em tratamento do câncer de mama, em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, no período de julho a dezembro de 2015.

Participaram do estudo trinta mulheres selecionadas por acessibilidade, na farmácia da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, convidadas no momento da retirada de medicamentos. Os critérios de inclusão adotados consistiram em ser mulher com diagnóstico de câncer de mama,

em tratamento medicamentoso, atendida pelo serviço público de saúde.⁶ Os critérios de exclusão adotados corresponderam a situações contrárias às descritas para a constituição do *corpus* e, ainda, às mulheres que não aceitaram participar da pesquisa, dada a condição de participação voluntária.

Após a abordagem para o convite à participação no estudo e a coleta dos dados, as mulheres que aceitaram participar responderam o questionário aos pesquisadores de forma orientada, em horário pre-

"É importante ressaltar que 10% das participantes do presente estudo não relataram nenhum sinal ou sintoma, tendo descoberto a doença em exames de rotina, reforçando a detecção precoce do câncer de mama recomendada pelo Ministério da Saúde"³

viamente agendado, individualmente, em uma sala reservada no ambiente da própria SMS, visando garantir a privacidade das participantes. Os dados foram coletados por meio de um questionário com questões fechadas sobre o itinerário percorrido por elas, com o intuito de avaliar o caminho trilhado desde a descoberta da doença até o seu tratamento. O preenchimento do questionário foi realizado pelos pesquisadores.

Para a organização dos dados, foi elaborada uma planilha no programa Microsoft® Excel 2010. Os dados foram analisados pela estatística descritiva, contendo a caracterização das participantes, tendo sido calculadas as frequências absolutas e frequências relativas (%) para as variáveis: idade no momento do diagnóstico; sinais e sintomas que levaram à descoberta do câncer; tratamento cirúrgico, radioterápico, quimioterápico e medicamentoso; dificuldades encontradas; reação ao medicamento; orientações recebidas para o uso dos medicamentos e forma de pagamento do diagnóstico e tratamento. A estatística descritiva foi escolhida por proporcionar um panorama geral dos dados e por organizá-los em diversas formas de apresentação, como tabelas, quadros, gráficos e medidas numéricas que possibilitam descrever e avaliar certo grupo por melhor sintetização do assunto.⁶

Com vistas a atender aos aspectos éticos da pesquisa, conforme recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, submeteu-se o projeto à avaliação do Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Santo Ângelo. Dessa forma, e de acordo com o Parecer nº 694.290 de 23/06/2014, respeitaram-se os princípios éticos pertinentes a esse tipo de investigação, sendo o projeto devidamente aprovado por esse comitê.⁷

Resultados

Das trinta mulheres que participaram do estudo, a idade média, no momento do diagnóstico, foi de 51,2 anos (DP=8,73), variando de 38 a 73 anos de idade. Dessas mulheres, 80,33% estavam na faixa etária acima de 50 anos de idade, 16,67% com idades entre 40 e 49 anos e uma mulher tinha idade de 38 anos.

Dentre os sinais e sintomas mobilizadores na busca do diagnóstico, foram citados o aparecimento de nódulo no seio e a dor, referidos por 53,34 das entrevistadas,

Tabela 1. Distribuição das mulheres conforme a opção de tratamento. Rio Grande do Sul, 2015.

Opções de tratamento	N= 30	%
Cirúrgico		
Mastectomia parcial	13	43,33
Mastectomia total	17	56,66
Tratamento cirúrgico + medicamentoso		
N= 30*		
Mastectomia + quimioterapia	24	80,00
Mastectomia + radioterapia	18	60,00
Mastectomia + quimioterapia + radioterapia	15	50,00
Reação ao medicamento		
N= 28		
Calor	8	26,67
Calor e cefaleia	2	6,67
Calor e tontura	1	3,33
Calor, cefaleia e tontura	2	6,67
Cefaleia	2	6,67
Outros	5	16,67
Nenhum	8	26,67

* Uma mesma paciente apresentou mais de um tratamento.

seguidos por vermelhidão, secreção e outros sintomas (46,66%). Após a descoberta do nódulo, 76,67% realizaram biópsia e 23,33% realizaram mamografia.

Conforme apresentado na Tabela 1, a opção inicial de tratamento disponibilizado foi a mastectomia para 100% das mulheres, sendo que em 56,66% delas foi realizada a mastectomia total e em 43,33%, a mastectomia parcial. Após o tratamento cirúrgico, 80% das pacientes foram submetidas ao tratamento quimioterápico, 60% realizaram radioterapia e 50% tiveram tratamento associando QT e RT.

Como as participantes foram abordadas no momento da retirada dos medicamentos na farmácia do SUS, todas as entrevistadas faziam uso de tratamento medicamentoso com o Anastrozol ou Tamoxifeno. Entre as participantes do presente estudo, 73,33% apresentaram algum tipo de reação ao medicamento (calor, cefaleia,

tontura) (Tabela 1). Apesar dessas reações, 93,33% das mulheres nunca deixaram ou esqueceram de tomar os medicamentos, e as que esqueceram relataram que o episódio ocorreu por uma ou duas vezes.

No que diz respeito às orientações recebidas para o uso dos medicamentos durante o tratamento, foi verificado que 73% receberam informações sobre o medicamento, incluindo interações medicamentosas, posologia, reações adversas, entre outras, e 27% não obtiveram nenhuma informação sobre o uso dos medicamentos quimioterápicos.

Metade das mulheres utilizou o Sistema Único de Saúde (SUS) para realizar os exames de diagnóstico. A maioria das pacientes fez uso do SUS para o tratamento cirúrgico e quimioterápico, sendo que algumas usaram planos privados de saúde, fizeram o tratamento com recursos próprios ou utilizaram as duas formas, conforme mostra a Tabela 2. A maioria das mulheres (83,33%) não teve dificuldades para marcar as consultas, porém, 6,66% relataram demora no tratamento.

Discussão

A idade é um importante fator de risco para o câncer de mama, a ocorrência da doença sendo rara antes dos 35 anos, crescendo rapidamente com a idade, e sendo descoberta entre 40 e 60 anos. Cerca de quatro em cada cinco casos de câncer de mama ocorrem após os 50 anos.³ Os dados de idade no momento do diagnóstico encontrados no presente estudo (51,2 anos) apresentaram semelhança aos achados de Aguiar et al.⁸, assemelhando-se aos dados de incidência do câncer de mama no Brasil, onde o predomínio da doença está na faixa etária acima dos 50 anos³. Da mesma forma, em um trabalho realizado na cidade de Goiânia, os pesquisadores observaram que 15% dos tumores ocorreram na faixa etária abaixo dos 40 anos, 27% entre 41 e 50 anos e 57% acima dos 50 anos.⁹

Em relação à busca pelo diagnóstico, neste estudo, o fator que mobilizou as mulheres foi a presença de um ou mais sinais e/ou sintomas, sendo o mais frequente o

"A maioria das participantes desta pesquisa (73,33%) apresentou algum tipo de reação ao medicamento, como calor, cefaleia e tontura, porém, apesar dessas reações, 93,33% nunca deixaram de tomar os medicamentos"

nódulo no seio, apresentado por 53,34% das pacientes. Esses dados estão de acordo com o estudo de Vargas et al.¹⁰, em que foram analisadas as queixas mamárias de 101 mulheres com diagnóstico de doenças da mama no município de Santo Ângelo/RS, a presença de nódulo na mama tendo sido identificada em 60,4% dos casos. É importante ressaltar que 10% das participantes

"Compete aos profissionais da saúde orientar as pacientes sobre os efeitos e os benefícios do tratamento, para que as mesmas não o suspendam. Essas informações são relevantes e auxiliam na melhor compreensão dos efeitos indesejáveis da terapêutica, contribuindo para sua utilização segura"¹⁸

do presente estudo não relataram nenhum sinal ou sintoma, tendo descoberto a doença em exames de rotina, reforçando a detecção precoce do câncer de mama recomendada pelo Ministério da Saúde.³

Para a detecção precoce do câncer de mama, o Ministério da Saúde recomenda o exame clínico das mamas (ECM), independente da faixa etária, anualmente, especialmente acima de 40 anos de idade,

Tabela 2. Distribuição das mulheres conforme o plano de saúde utilizado para realização do diagnóstico e tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico (n=30). Rio Grande do Sul, 2015.

	N	%
Pagamento do diagnóstico		
Particular	4	13,33
Plano de saúde e particular	1	3,33
Plano de saúde	10	33,33
SUS*	12	40
SUS e particular	2	6,67
SUS e plano de saúde	1	3,33
Pagamento do tratamento cirúrgico		
Particular	1	3,33
Plano de saúde	5	16,67
SUS	23	76,67
SUS e plano de saúde	1	3,33
Pagamento quimioterapia e radioterapia		
Plano de saúde	9	30
Plano de saúde e particular	1	3,33
SUS	20	66,67

Abreviatura: *SUS – Sistema Único de Saúde.

o procedimento fazendo parte do atendimento integral à saúde da mulher, a ser realizado em todas as consultas clínicas por médico ou enfermeiro.

Já o exame mamográfico (EMM), em mulheres com idade entre 50 e 69 anos, deve ser realizado em intervalos máximos de dois anos, anualmente para os grupos com risco elevado e, se for com finalidade de investigação por uma lesão suspeita, em qualquer idade e intervalo, a critério do médico.³ No entanto, na maioria das vezes, as mulheres só recorrem às consultas quando aparece algum sinal ou sintoma, mostrando que ainda não fazem a prevenção adequadamente.

A detecção precoce de câncer visa identificar a doença em sua fase inicial. No caso do câncer de mama, a detecção precoce é realizada com ações de diagnós-

tico precoce e rastreamento. O diagnóstico precoce é a identificação do câncer de mama em indivíduos sintomáticos. Já o rastreamento é a identificação do câncer de mama em indivíduos assintomáticos.¹¹

O diagnóstico do câncer de mama é realizado pelo exame clínico das mamas, pela mamografia e/ou ecografia e pela biópsia.³ A mamografia é o exame mais efetivo de diagnóstico precoce de câncer de mama, o mesmo podendo ser identificado pelo menos 2 anos antes de atingir um tamanho detectável pela palpação ou antes de causar sintomas, e em estágios ainda curáveis.¹² Quando são encontradas alterações suspeitas na mamografia, é recomendada uma biópsia, que, além de confirmar o diagnóstico, auxilia na escolha do tratamento mais adequado para os diversos tipos de câncer de mama e diferentes carac-

terísticas do tumor, podendo determinar o planejamento da cirurgia e a continuidade do tratamento.¹³

A maioria das respondentes/participantes (83,33%) considerou que o agendamento das consultas para avaliação e tratamento foi rápido, porém, 6,66% relataram demora no tratamento. Isso mostra que as mulheres percorreram parcialmente o mesmo itinerário. A conformação atual da rede de atenção oncológica no município em estudo direciona as pacientes com câncer de mama ao município de referência, distante cerca de 50 quilômetros, fator que se soma às dificuldades enfrentadas pela mulher no processo de obtenção e confirmação do diagnóstico e na realização dos procedimentos necessários até o tratamento. Tais dificuldades podem aumentar o tempo para o início do tratamento, bem como os deslocamentos constantes para cumprir as diversas etapas do processo de cuidado. Este dado apresenta relevância na medida em que o diagnóstico e tratamento precoces estão relacionados à maior taxa de cura.¹⁴

Um estudo¹⁵ com objetivo de descrever as dificuldades enfrentadas pelo paciente oncológico, do diagnóstico ao tratamento, refere que as/os pacientes que enfrentam tratamento oncológico têm suas dificuldades intensificadas por fatores associados ao tratamento e outros provenientes das deficiências do sistema público de saúde.

As opções iniciais de tratamento disponibilizadas às participantes do estudo foram as da mastectomia. Na presente pesquisa, 56,66% das mulheres participantes realizaram a mastectomia total e 43,33%, a mastectomia parcial. Após o tratamento cirúrgico, 80% das pacientes foram submetidas ao tratamento quimioterápico, 60% realizaram radioterapia e 50% tiveram tratamento associando QT e RT. Conforme o Ministério da Saúde, a indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora (parcial) ou não conservadora (mastectomia total), com a retirada dos gânglios axilares ou do linfonodo sentinela. A radioterapia é utilizada

com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. A quimioterapia segue-se ao tratamento cirúrgico instituído e sua recomendação deve estar baseada no risco de recorrência.³

No momento em que as mulheres participantes do nosso estudo foram abordadas, todas faziam uso de Anastrozol ou Tamoxifeno como tratamento medicamentoso. As pacientes consideradas com risco baixo de recorrência devem usar Tamoxifeno (TMX) por cinco anos. Já naquelas com risco ele-

"(...) O conhecimento do itinerário terapêutico das mulheres com câncer de mama usuárias do SUS pode subsidiar estratégias de organização e estruturação das redes de atenção oncológica, visando oferecer cuidados qualificados a essas pacientes"

vado, o tratamento será condicionado à avaliação dos seguintes fatores: responsividade aos hormônios, presença de menopausa e comprometimento nodal. No presente estudo, não foi questionado o tempo recomendado de uso do medicamento.¹⁶

A maioria das participantes desta pesquisa (73,33%) apresentou algum tipo de reação ao medicamento, como calor, cefaleia e tontura, porém, apesar dessas re-

ações, 93,33% nunca deixaram de tomar os medicamentos. Os principais efeitos adversos do Tamoxifeno estão relacionados às ações antiestrogênicas do fármaco, tais como náuseas, vômitos e ondas de calor. Outros sintomas podem aparecer com menor frequência, como irregularidades menstruais, sangramento vaginal e corrimento, prurido vulvar e dermatites. O Tamoxifeno também pode provocar a retenção de líquidos, aumentar a dor de tumores e, em mulheres com metástase óssea, pode, ocasionalmente, causar hipercalemia.¹⁷

Compete aos profissionais da saúde orientar as pacientes sobre os efeitos e os benefícios do tratamento, para que as mesmas não o suspendam. Essas informações são relevantes e auxiliam na melhor compreensão dos efeitos indesejáveis da terapêutica, contribuindo para sua utilização segura.¹⁸ No que diz respeito às orientações para o uso dos medicamentos durante o tratamento, foi verificado que 73% das pacientes receberam informações sobre os fármacos, incluindo interações medicamentosas, posologia, reações adversas, entre outras. Isso é reforçado pelo fato de que as mulheres não deixaram de usar o medicamento, apesar de sentirem reações adversas.

Os dados levantados por este estudo evidenciaram que 50% das participantes, em algum momento do processo de diagnóstico e tratamento, utilizaram plano de saúde privado ou particular, sendo que os outros 50% utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) na realização do diagnóstico. Já para o pagamento do tratamento cirúrgico e para o pagamento da quimioterapia e radioterapia, 76,67% e 66,67% das participantes utilizaram somente o SUS, respectivamente.

O Brasil é um país em que a população tem direito a utilizar o SUS de forma universal e equitativa, e, para 75% dos brasileiros, é a única forma de acesso e assistência à saúde, sendo que os outros brasileiros recorrem a um plano de saúde suplementar, alguns buscando o SUS de modo concomitante, quando o plano privado apresenta limites de cobertura.⁸

Conclusão

Com base nos dados do presente estudo, foi possível identificar o itinerário percorrido por um grupo de mulheres com de câncer de mama. Para o diagnóstico, a maioria apresentou nódulo como sinal ou sintoma e realizou biópsia. Para o tratamento, 100% das mulheres realizaram mastectomia, em 56,66% dos casos, mastectomia total. Após, a maioria realizou tratamento quimioterápico, radioterapia e tratamento medicamentoso.

Em relação ao plano de saúde, o SUS foi utilizado por metade das participantes desta pesquisa para o diagnóstico. A maioria delas também recorreu ao sistema público para o tratamento cirúrgico e quimioterápico.

Acredita-se que o conhecimento do itinerário terapêutico das mulheres com câncer de mama usuárias do SUS pode subsidiar estratégias de organização e estruturação das redes de atenção oncológica, visando oferecer cuidados qualificados a essas pacientes. Nessa

perspectiva, a efetivação da Política Nacional de Atenção Oncológica pode assegurar o direito à atenção integral nos serviços de saúde.

O estudo evidenciou que algumas mulheres não receberam informações, sendo que se trata de uma doença grave, com tratamento prolongado e com muitos efeitos colaterais. Esses dados deixam transparecer os desafios a serem percorridos na organização e no fortalecimento da rede de atenção oncológica, visando garantir o direito das pacientes ao tratamento com qualidade e segurança. 🐦

Referências

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: IARC cancer base. *International Agency for Research on Cancer*. 2013;(1):11.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Acesso em: 25 out 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>.
3. Mendes EV. Vinte e cinco anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*. 2013;27(78):27-34.
4. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4433-42.
5. Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, Rizzatti SJS, Simon BS, Robaina ML. Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da Enfermagem no Brasil. *Saúde (Santa Maria)*. 2014;40(1):21-30.
6. Pagano N, Grauvreau K. *Princípios de bioestatística*. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2014.
7. Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 dez 2012.
8. Aguiar ADF, Padilha KM, Volpi PTM, Gomes JC, Tartarotti EA, Oliveira MS et al. Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008;26(2):191-5.
9. Martins E, Freitas Jr R, Curado MP, Freitas NMA, Oliveira JC, Silva CMB. Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31(5):219-23.
10. Vargas EB, Baú AR, Vargas VRA. Análise dos diagnósticos das doenças da mama de mulheres jovens que apresentaram queixas mamárias. *Rev. Bras. Mastologia*. 2009;19(4):141-5.
11. Gebrim LH. A detecção precoce do câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2016 [cited 2016 Nov 05]; 32(5): eCO010516. Acesso em: 31 mai. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500707&lng=en.
12. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva — Rio de Janeiro: INCA, 2015. Acesso em: 04 nov. 2016. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf.
13. Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2533-40.
14. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM*; 2015 Jul./Set.;5(3):499-510.
15. Oliboni LS, Camargo AL. Validação da prescrição oncológica: o papel do farmacêutico na prevenção de erros de medicação. *Rev HCPA*. 2009;29(2):147-152.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Controle do câncer de mama. Documento de consenso. 2004. Acesso em: 25 out 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>.
17. Grahame-Smith DG, Aronson JK. *Interações medicamentosas*. In: *Tratado de Farmacologia Clínica e Farmacoterapia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
18. Veras KJP, Ferreira VJS, Gonçalves MJF. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. *Nursing (São Paulo)*. 2005; 8(83):167-72.

Nota de rodapé

Agradecimentos

Os autores agradecem à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde — SEGTE/MS pelo auxílio, mediante a concessão de bolsas aos alunos e preceptores do programa PET/REDES/MS na Rede de Atenção Oncológica, que contribuiu para a realização do estudo.

Participação no estudo

Todos os autores participaram de todas as etapas do trabalho, incluindo a concepção da ideia, o delineamento metodológico, a coleta de dados, a análise dos dados, a escrita e a revisão do estudo.

Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência

RESUMO | A presente pesquisa buscou identificar a prevalência de depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência e descrever as características socioeconômicas e clínicas dos idosos estudados. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, de abordagem quantitativa, realizada em três instituições de longa permanência da cidade de Teresina/PI. A amostra foi constituída de 54 idosos e a coleta foi realizada por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão 15, e de um questionário sobre o perfil socioeconômico e clínico dos participantes. Dentre os idosos estudados, a prevalência de depressão foi de 98,1%. Em relação ao perfil socioeconômico, identificou-se a ocorrência de sintomas de depressão em idosos solteiros (87%), com renda de até um salário mínimo (81,5%), alfabetizados (44,4%) e católicos (92,6%). Quanto à situação clínica, predominaram idosos diabéticos (24,1%), hipertensos (37%), tabagistas (13%) e sedentários (75,9%). A depressão é uma patologia comum, com grande prevalência entre idosos institucionalizados e seu diagnóstico precoce pode colaborar para melhorar o cuidado e a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chaves: depressão; idoso; prevalência.

ABSTRACT | The present study aimed to identify the prevalence of depression in elderly people in long-term institutions and to describe the socioeconomic and clinical characteristics of the elderly studied. It is an exploratory field research with a quantitative approach carried out in three long-term institutions in the city of Teresina/PI. The sample consisted of 54 elderly people and the data collection was performed using the Yesavage Geriatric Depression Scale, version 15, and a questionnaire about the socioeconomic and clinical profile of the participants. Among the elderly studied, the prevalence of depression was of 98.1%. In relation to the socioeconomic profile, there were symptoms of depression in single elderly people (87%), who earn up to a minimum wage (81.5%), literate (44.4%) and Catholics (92.6%). Regarding the clinical situation, the elderly were predominantly diabetic (24.1%), hypertensive (37%), smokers (13%) and sedentary (75.9%). Depression is a common pathology, with a high prevalence among institutionalized elderly people and its early diagnosis can contribute to improve the care and quality of life of patients.

Keywords: depression; elderly; prevalence.

RESUMEN | El presente estudio buscó identificar la prevalencia de depresión en ancianos residentes en instituciones de larga permanencia y describir las características socioeconómicas y clínicas de los ancianos estudiados. Se trata de una investigación de campo exploratoria, de abordaje cuantitativo, realizada en tres instituciones de larga permanencia de la ciudad de Teresina/PI. La muestra fue constituída de 54 ancianos y los datos fueron recolectados por medio de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, versión 15, y de un cuestionario sobre el perfil socioeconómico y clínico de los participantes. Entre los ancianos estudiados, la prevalencia de depresión fue 98,1%. En cuanto al perfil socioeconómico, se identificó la ocurrencia de síntomas de depresión en ancianos solteros (87%), que ganan hasta un salario mínimo (81,5%), alfabetizados (44,4%) y católicos (92,6%). En cuanto a la situación clínica, predominaron ancianos diabéticos (24,1%), hipertensos (37%), tabaquistas (13%) y sedentarios (75,9%). La depresión es una patologia común, con gran prevalencia entre ancianos institucionalizados y su diagnóstico precoz puede colaborar para mejorar el cuidado y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: depresión; ancianos; prevalencia.

Hyanara Sâmea de Sousa Freire

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal do Ceará. Preceptora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará.

Ana Kelly da Silva Oliveira

Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Princesa do Oeste.

Maria Railisse Freitas do Nascimento

Enfermeira do Centro de Saúde Dr. Oswaldo Martins, Nova Russas/CE. Pós-graduanda em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistema de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará.

Mariely Silva da Conceição

Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário UNINOVAFAP.

Cidianna Emanuely Melo do Nascimento

Enfermeira. Mestre em Antropologia pela Universidade Federal do Piauí.

Priscila França de Araújo

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e da Faculdade do Vale do Jaguaribe.

Thalita de Moraes Lima

Enfermeira pela Faculdade Maurício de Nassau.

Recebido em: 01/11/2017

Aprovado em: 05/01/2018

Introdução

A depressão é o transtorno de humor mais comum na terceira idade, sendo caracterizada por sentimentos de tristeza, desesperança, ausência de interesse em realizar as atividades antes desenvolvidas e até por pensamentos suicidas, o que leva ao agravamento das manifestações

de doenças pré-existentes. É uma doença crônica, de natureza multifatorial, com forte impacto funcional na vida do doente¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1990, esta patologia vem ganhando destaque entre os problemas de saúde pública, sendo considerada a doença de maior custo em todo o mundo. Esta síndrome, no ano de 2020, será a segunda mais importante em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento².

Sabe-se que a depressão é, sobretudo, bastante comum entre os idosos que vivem institucionalizados. A sintomatologia depressiva é frequente e erroneamente atribuída ao envelhecimento normal, o que retarda, na maioria das vezes, o seu diagnóstico. Nos idosos, é marcada pelo predomínio de sintomas neurovegetativos (insônia, perda de energia, emagrecimento) e piora cognitiva³.

Nas instituições de longa permanência, o idoso encontra-se isolado do convívio com a sociedade e adota um estilo de vida diferente, tendo que aderir a uma rotina de horários, partilhar do ambiente com desconhecidos e residir longe da família. Tal isolamento social leva à perda de identidade, de liberdade, da autoestima e à solidão, resultando, muitas vezes, na recusa da própria vida⁴.

Embora a depressão tenha grande relevância clínica, a detecção de seus sintomas em idosos institucionalizados ainda é baixa. Este fato pode resultar, em parte, da manifestação diferenciada dos sintomas clínicos neste público, em comparação aos demais grupos etários. Há também menor percepção dos sintomas por parte dos profissionais da saúde, que frequentemente detêm sua atenção a outras comorbidades⁵.

A avaliação sistemática da depressão na população idosa pode contribuir para reduzir a morbimortalidade relacionada à patologia, trazendo benefícios ao paciente e à família, bem como diminuir gastos no setor da Saúde, sendo importante para a melhoria da saúde pública. Conhecendo a prevalência da depressão em idosos

institucionalizados, estudos subsequentes poderão ser desenvolvidos e servir de subsídio para a prestação de uma assistência eficaz e de qualidade pela equipe multidisciplinar.

Assim, este estudo teve como objetivos identificar a prevalência de depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência, por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão 15, e descrever as características socioeconômicas e clínicas dos idosos estudados.

"A sintomatologia depressiva é frequente e erroneamente atribuída ao envelhecimento normal, o que retarda, na maioria das vezes, o seu diagnóstico"

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, de abordagem quantitativa, realizada em três instituições de longa permanência para idosos da cidade de Teresina/PI, nos meses de agosto e setembro de 2016.

A população era composta por 60 indivíduos institucionalizados. Foram incluídos todos aqueles com 60 anos de idade ou mais, compreendendo toda a população. Entretanto, foram excluídos aqueles que apresentavam sinais de demência, doença psiquiátrica prévia ou qualquer condição clínica que inviabilizasse a coleta de dados. Dessa forma, a amostra foi composta por 54 idosos.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, em versão reduzida (EDG-15), para rastreamento da presença de sinais indicativos de depressão. Além disso, foi aplicado um questionário sobre o perfil socioeconômico e clínico, composto por oito questões fechadas elaboradas pelas pesquisadoras.

Os dados coletados foram organizados, tabulados e analisados utilizando-se estatística descritiva, frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão, com o auxílio do software Microsoft Office Excel 2010. Para calcular a prevalência, utilizouse a seguinte fórmula: índice de prevalência = (nº de casos existentes x 100)/nº de pessoas na população. Os dados obtidos foram dispostos em tabelas para facilitar a compreensão dos resultados.

O projeto desta pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Marcos sob parecer nº 1.734.267 e CAAE nº 59119016.4.0000.5584. Para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações, cada participante foi identificado por um número. Todos os indivíduos convidados a participar foram informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cientes de que poderiam se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dos 60 indivíduos institucionalizados, a amostra foi constituída de 29 idosos do sexo feminino e 25 do sexo masculino, totalizando 54 idosos. A média de idade dos participantes foi de 74,4 anos (desvio padrão de $\pm 9,3$).

Por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, constatamos que a média de pontos obtidos pelos idosos foi de 8,2 (desvio padrão de $\pm 1,9$). Na amostra estudada, 45 indivíduos apresentaram sintomas depressivos leves, oito apresentaram sintomas depressivos

Tabela 1. Ocorrência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados segundo Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, de acordo com o sexo. Teresina/PI, 2016.

Sintomas observados	Sexo feminino		Sexo masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sintomas depressivos graves	4	13,8	4	16	8	14,8
Sintomas depressivos leves	25	86,2	20	80	45	83,3
Sem sintomas	0	0	1	4	1	1,9
TOTAL	29	100	25	100	54	100

graves e apenas um não possuía sintomas depressivos. Dessa forma, a prevalência de depressão observada nas instituições pesquisadas correspondeu a 98,1%.

A Tabela 1 mostra a ocorrência de sintomas leves, graves e a ausência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados de acordo com o sexo. A frequência dos sintomas de depressão foi semelhante entre os sexos feminino e masculino, tanto para sintomas leves (86,2% e 80%, respectivamente) quanto graves (13,8 e 16%, respectivamente), embora prevaleçam sintomas leves em mulheres e sintomas graves em homens. O idoso que não apresentou sintomas sugestivos de depressão era do sexo masculino, casado, com renda de até um salário mínimo, possuía Ensino Superior e afirmou ser católico, tabagista e sedentário.

Com relação às características socioeconômicas dos participantes, constatou-se maior ocorrência de sintomas depressivos entre idosos solteiros (87%), alfabetizados (44,4%), católicos (92,6%) e com renda de até um salário mínimo (81,5%), conforme dados da Tabela 2.

Observou-se que uma considerável parcela da população estudada possuía uma ou mais comorbidades, dentre as quais merecem destaque doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (37%) e o diabetes mellitus (24,1%). Anemia (1,9%) e aterosclerose (1,9%) também se fizeram presentes em menor frequência, conforme mostra a Tabela 3.

No que se refere às variáveis relacio-

nadas ao estilo de vida, foram evidenciados o sedentarismo (75,9%) e o tabagismo (13%) entre os idosos institucionalizados.

As variáveis relacionadas à ocorrência de acidente vascular encefálico, câncer e disfunção renal não foram listadas na tabela por não serem identificadas em nenhum dos indivíduos recrutados.

"(...) Constatou-se maior ocorrência de sintomas depressivos entre idosos solteiros (87%), alfabetizados (44,4%), católicos (92,6%) e com renda de até um salário mínimo (81,5%)"

Discussão

É imprescindível ficar alerta para a idade na qual um quadro depressivo manifesta-se, pois existem evidências de que os sintomas da doença são mais comuns em idosos mais velhos e com comorbidades

que geram algum grau de dependência⁶.

Corroborando com a presente pesquisa, que evidenciou média de idade de 74,4 anos, um estudo semelhante, realizado com 186 idosos institucionalizados no Pará, demonstrou que a média de idade de idosos residentes em instituições de longa permanência corresponde a 75,6 anos (desvio padrão $\pm 6,9$)⁴.

A faixa etária superior a 60 anos está associada à depressão, visto que, nesta fase, o indivíduo tende a apresentar doenças crônicas degenerativas que minimizam a eficácia do seu desempenho ao longo dos anos, de forma que passam a depender de atenção para o acompanhamento de suas modificações fisiológicas e para a utilização de terapias farmacológicas. Além disso, esse público também manifesta sintomas associados à depressão por se sentir solitário no ambiente familiar e pela ausência da família³.

Um estudo realizado com 37 idosos mostrou a divisão por sexo da ocorrência de sintomas depressivos e expressou a prevalência de depressão em mulheres (33,3%) com relação a homens (28,3%), assemelhando-se aos resultados da presente pesquisa. Os autores defendem que este fato é explicado pela maior expectativa de vida das mulheres com relação aos homens, considerando-se que a idade avançada geralmente vem acompanhada por diversas doenças crônicas, como a depressão⁶. Outro estudo, com 27 idosos institucionalizados, também observou a depressão em 52% das mulheres e 48% dos homens⁷.

O maior comprometimento do sexo feminino pode estar ligado a fatores como mudanças hormonais resultantes do climatério. Além da maior instabilidade emocional, fatores como redução da autoestima, irritabilidade e diminuição da concentração, da memória e da libido podem contribuir para o surgimento de sintomas depressivos, os quais podem significar uma expressão afetiva relacionada a esse período⁸.

O perfil socioeconômico dos idosos entrevistados assemelha-se aos resulta-

Tabela 2. Perfil socioeconômico de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Teresina/PI, 2016.

Característica	Total	
	n	%
Estado civil		
Solteiro	47	87
Casado	3	5,6
Divorciado	1	1,9
Viúvo	3	5,6
TOTAL	54	100
Escolaridade		
Analfabeto	11	20,4
Alfabetizado	24	44,4
Ensino Fundamental	17	31,5
Ensino Médio	1	1,9
Ensino Superior	1	1,9
Religião		
Católica	50	92,6
Não possui	4	7,4
TOTAL	54	100
Renda		
Até R\$ 880	44	81,5
Entre R\$ 881 e R\$ 1.760	5	9,3
Acima de R\$ 1.760	1	1,9
Não possui	4	7,4
TOTAL	54	100

dos de vários estudos realizados no Brasil. Uma pesquisa mostrou que 66% dos idosos eram solteiros, e 42% eram alfabetizados, com apenas três anos de estudo⁹. Outro trabalho, realizado em Portugal, observou que 73,3% de 449 idosos eram solteiros e 43,4% haviam estudado durante quatro anos¹⁰. Tais estudos reforçam os

resultados desta pesquisa, que apontam o predomínio de idosos solteiros e alfabetizados com sintomas depressivos. Por outro lado, uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul observou maior ocorrência de sintomas depressivos em idosos casados (51%), a população solteira correspondendo somente a 2,1%¹¹.

"(...) Os sintomas depressivos ocorrem com prevalência de 98,1% entre idosos residentes em instituições de longa permanência (...) Com relação às comorbidades e ao estilo de vida de idosos com sintomas depressivos, merecem destaque a hipertensão arterial, o diabetes, o sedentarismo e o tabagismo"

A baixa escolaridade contribui para o aumento de sintomas depressivos, tendo em vista que pessoas com menor grau de instrução têm acesso inferior aos serviços de saúde, comparado ao observado na população mais instruída, além de terem menor participação em atividades que estimulam as funções cognitivas e menor grau de participação social^{12,13}.

No que se refere à renda e à religião, poucos foram os estudos encontrados

que abordavam tais categorias como fatores de risco para sintomas depressivos. Uma pesquisa realizada na Paraíba evidenciou que 54% dos idosos estudados sobreviviam com até um salário mínimo e que 32% recebiam de dois a três salários mínimos, aproximando-se deste trabalho ao se observar o predomínio da renda de até um salário, embora, aqui, a porcentagem seja consideravelmente maior (81,5%). Além disso, os autores apontam que 88% dos participantes consideravam-se católicos, corroborando com resultados desta pesquisa¹⁴.

Em um estudo realizado com 60 idosos em instituição asilar, todos aqueles com sintomas depressivos fizeram referência a crenças religiosas, predominando o catolicismo em 73,3% dos idosos⁶. Tal dado condiz com os achados deste estudo ao se observar que 92,6% dos idosos entrevistados eram católicos, embora 7,4% mencionassem não ter religião.

Frente ao papel exercido pela Igreja Católica, compreende-se que a religião influencia na vida e na cultura dos indivíduos. A religião, ou o fenômeno da religiosidade, afeta a visão de mundo das pessoas, interfere nos hábitos, aponta valores e é caracterizada como fonte de orientação de conduta.

Quanto à condição econômica dos idosos, pode-se afirmar que os dados aqui apresentados resultam de normas sociais para aposentadoria vigentes no país e que a velhice leva o indivíduo a um menor acesso ao mercado de trabalho formal, visto que, nesta faixa etária, as pessoas são consideradas mais frágeis e menos hábeis. Esta realidade, associada às limitações oriundas do processo de envelhecimento, explicam, parcialmente, o humor deprimido de alguns idosos¹⁴.

A literatura publicada traz forte relação entre hipertensão e depressão, concordando com a atual pesquisa, que observou que 37% dos idosos com sintomas depressivos apresentavam hipertensão arterial sistêmica. Além de estar relacionada a comorbidades como diabetes, hipertensão e tabagismo, a depressão favorece a

Tabela 3. Comorbidades e estilo de vida de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Teresina/PI, 2016.

Comorbidade/ Estilo de vida	Total	
	n	%
Diabetes mellitus	13	24,1
Hipertensão arterial sistêmica	20	37,0
Anemia	1	1,9
Aterosclerose	1	1,9
Tabagismo	7	13,0
Sedentarismo	41	75,9

Nota: o mesmo paciente pode apresentar mais de uma das condições citadas na tabela.

redução da adesão aos tratamentos clínicos e se mostra como um fator de risco para a coronariopatia, o infarto do miocárdio, o acidente vascular encefálico e a mortalidade cardíaca¹⁵.

Estudo conduzido em Minas Gerais identificou sintomas depressivos em 30,2% dos idosos hipertensos pesquisados¹⁶. Outros autores observaram que, dentre 100 idosos hipertensos recrutados, 52% apresentavam tendência ao isolamento social e 15% tinham escores de depressão, confirmando a existência de associação entre sintomas depressivos e hipertensão¹⁷.

A relação entre depressão e pressão arterial (PA) parece complexa. Alguns autores acreditam que determinados mecanismos relacionados à hiperatividade do sistema nervoso simpático e influências genéticas constituem a base fisiopatológica da ligação entre depressão e hipertensão arterial sistêmica. Afirmam, ainda, que a depressão tende a prejudicar o curso da doença hipertensiva, bem como o tratamento tanto com anti-hipertensivos quanto com antidepressivos¹⁶.

Ademais, há pesquisadores que asinalam que idosos com diabetes apresentam mais que o dobro de risco de desenvolverem sintomas depressivos. Os autores apontam que, associados, a con-

dição inflamatória do diabetes e o estresse oxidativo decorrente da hiperglicemia podem estar relacionados a distúrbios do sono, alteração do apetite, fadiga, problemas psicomotores e ao desenvolvimento e à progressão da encefalopatia diabética¹⁸.

Tais informações podem retratar dados deste estudo, que observou o diagnóstico de diabetes em 24,1% dos idosos, sugerindo possível relação entre a doença e a presença de sintomas depressivos e refletindo a importância do aprofundamento no tema para melhores esclarecimentos.

"A enfermagem, com o desígnio de acolher e acompanhar o idoso, atuando no cuidado direto e contínuo, deve buscar intervenções que promovam o envolvimento familiar na tentativa de evitar ou minimizar a ocorrência de sintomas depressivos"

Estudo realizado em Portugal, que compara os níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários, mostra que, entre os indivíduos ativos, somente 2,8% apresentavam sinais de depressão, enquanto 43% dos sedentários apresentavam algum sintoma depressivo¹⁹. Estes dados confirmam a relação existente entre sedentarismo e depressão, também observada neste estudo.

Pesquisa realizada com idosos participantes de atividades grupais de uma

Unidade de Saúde da Família evidenciou que 73,3% dos indivíduos não apresentavam tendência a estado depressivo e que 97% consideravam que a atividade física melhora a disposição, o bem estar físico e mental e a realização de atividades diárias. Além disso, os autores observaram que a frequência nas atividades também contribui para a ausência de sintomas, ao passo que estimula a criação de novos laços afetivos e vínculos sociais, diminuindo o isolamento e a solidão²⁰.

Quanto ao tabagismo, uma pesquisa feita no Distrito Federal com 116 idosos institucionalizados observou que 60,4% dos tabagistas possuíam algum sintoma depressivo, porcentagem bastante superior à evidenciada na presente pesquisa (13%)³.

Pesquisadores acreditam que os elevados percentuais encontrados com relação ao tabagismo devem-se à ausência de vínculo afetivo, à menor requisição social e médica para abandonar o cigarro, a oportunidades reduzidas, à ausência de atividade produtiva e à insegurança quanto ao seu autocontrole. Em pesquisa com 1599 idosos depressivos em Santa Catarina, observou-se que 8,5% destes eram tabagistas e 30% declararam ter feito uso de tabaco no passado¹⁹.

Nesse contexto, é importante considerar que o ócio, a fragilidade e o abandono podem contribuir para o consumo do tabaco pelo idoso. Deste modo, tais dados representam um despertar para a realidade do tabagismo em ILPIs, uma vez que o consumo do cigarro é um problema de saúde pública entre idosos, assim como a depressão.

Informações sobre a situação de saúde da população residente em ILPIs e de suas demandas por serviços médicos são indispensáveis ao planejamento dos serviços de saúde, de forma a atender às necessidades atuais e a manter preservados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente, a equidade e a integralidade. Além disso, grande parte dos estudos nesta temática analisa apenas idosos que residem na comunidade, refletindo carência de estudos acerca daqueles que se encontram institucionalizados²¹.

Por fim, embora promovam o envelhecimento ativo, uma vez que abrigam seus moradores e oferecem apoio à realização de atividades diárias, bem como apoio terapêutico e psicossocial, as ILPIs também contribuem para que os senis desenvolvam distúrbios afetivos e adquiram doenças crônicas devido ao estilo de vida nestes locais²².

Conclusão

Com a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, em versão reduzida (EDG-15), pôde-se concluir que os sintomas depressivos ocorrem com prevalência de 98,1% entre idosos residentes em instituições de longa permanência, predominando sintomas depressivos leves. Observou-se o predomínio de mulheres, católicas, solteiras, alfabetizadas e com renda de até um salário mínimo.

Além disso, com relação às comorbidades e ao estilo de vida de idosos com sintomas depressivos, merecem destaque a hipertensão arterial, o diabetes, o sedentarismo e o tabagismo.

Percebe-se que, na institucionalização, a ausência familiar, a solidão e o isolamento social são fatores que colaboram para o surgimento do quadro depressivo. Nesse contexto, entende-se que a relação da família com o idoso deve ser um dos focos de atenção da equipe multidisciplinar de uma ILPI.

A enfermagem, com o desígnio de acolher e acompanhar o idoso, atuando no cuidado direto e contínuo, deve buscar intervenções que promovam o envolvimento familiar na tentativa de evitar ou minimizar a ocorrência de sintomas depressivos.

Considerando-se que a depressão é uma patologia comum entre idosos ins-

tucionalizados, seu diagnóstico precoce pode contribuir para a melhoria do cuidado e da qualidade de vida dos mesmos. Portanto, é necessário que este público seja assistido em sua integralidade, de forma individualizada, avaliando diariamente aspectos biopsicossociais e espirituais por ele vivenciados, promovendo um cuidado humanizado.

Além disso, é importante investigar a relação da depressão com os fatores de risco evidenciados em idosos institucionalizados, a fim de favorecer a elaboração de estratégias que minimizem as consequências de tais agentes. Assim, a prevalência dos sintomas depressivos observados e a associação entre as variáveis citadas no presente estudo podem servir como ponto de partida para o desenvolvimento de futuras pesquisas acerca da depressão. 🐦

Referências

- Galhardo VAC, Mariosa MAS, Takata JPI. Depressão e perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2010; 20(1): 16-21.
- Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 253-59.
- Carvalho AA, Gomes L, Loureiro AM. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. *Rev. J. Bras. Pneumol*. 2010; 36(3): 339-46.
- Vaz SFA, Gaspar NMS. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Rev. Enferm. Ref*. 2011; 3(4): 49-58.
- Teixeira LMF. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Lisboa. 2010; Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa.
- Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011; 19(2): 268-73.
- Lucas A, Vinogradova E, Rosa C. Depressão no idoso institucionalizado: a realidade no Concelho de Belmonte. *Rev. Infad. Psicol*. 2014; 1(2): 87-96.
- Ferreira PCS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2013; 47(2): 401-07.
- Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Rev. Scientia Médica*. 2007; 17(1): 3-8.
- Sousa M, Nunes A, Guimarães AI, Cabrita JM, Cavadas LF, Alves NF. Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev. Port. Clin. Geral*. 2010; 26(1): 384-91.
- Cohen R, Paskulin LMG, Prieb RGG. Prevalência de sintomas depressivos entre idosos em um serviço de emergência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015; 18(2): 307-17.
- Paradella EMP. Depressão em idosos. *Rev. Hosp. Univers. Pedro Ernesto, UERJ*. 2011; 10(2): 34-40.
- Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev. Psiq. Clín*. 2010; 37(1): 23-6.
- Fernandez MGM, Nascimento NFS, Costa KNFM. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idoso atendido na atenção primária de saúde. *Rev. Rene*. 2010; 11(1): 10-5.
- Gonçalves M. Psiquiatria na prática médica: hipertensão arterial e transtornos psiquiátricos. *Rev. Psyc. online Brazil*. 2010; 15(6): 24-33.
- Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev. Rene*. 2014; 15(1): 151-7.
- Bonfim DP, Miyazato JM, Barbosa PMK, Braga TMS, Barbosa VBA. Perfil dos idosos com hipertensão arterial sistêmica na Estratégia Saúde da Família de um bairro da cidade de Marília. *Nursing (São Paulo)*. 2011; 14(162): 602-7.
- Louzada SM, Vargas CR. Encefalopatia diabética e depressão: dano oxidativo no cérebro. *Clin. Biomed. Res*. 2015; 35(4): 184-95.
- Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Rev. Saud. Public*. 2013; 47(4): 701-10.
- Nascimento VF, Freitas AC. Análise da presença de sinais depressivos em idosos participantes de atividades grupais de uma Estratégia de Saúde da Família. *Nursing (São Paulo)*. 2015; 18(211): 839-44.
- Duca GFD, Nader GA, Santos IS, Hallal PC. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Rev. Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(7): 1403-10.
- Camarano AM, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. Bras. Est. Pop*. 2010; 27(1): 233-5.

Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial

RESUMO | Objetivou-se analisar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aos pacientes hiper-tensos com alto risco cardiovascular. Trata-se de um estudo descritivo realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do interior de Minas Gerais, com 136 pacientes hipertensos cadastrados na ESF e que aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados foi efetuada por meio de anamnese e exame físico e as informações permitiram descrever os principais diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem para os participantes, segundo a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing In-tervention Classification* (NIC). Dentre os principais resultados, destacam-se os domínios promoção à saúde, nutrição, atividade/repouso, percepção/cognição, enfrentamento/tolerância ao estresse e princípios da vida. Conclui-se que a sistematização da assistência ao hipertenso em alto risco cardi-ovascular na Atenção Primária representa uma metodologia para subsidiar as ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos.

Palavras-chaves: Atenção Primária; enfermagem; hipertensão.

ABSTRACT | The aim of this study was to analyze the Systematization of Nursing Assistance (SAE) for hyper-tensive patients with high cardiovascular risk. This is a descriptive study carried out in a Family Health Strategy (ESF) in the interior of Minas Gerais, with 136 hypertensive patients enrolled in the FHS and who accepted to participate in the study. The data collection was done through anamnesis and physical examination and the information allowed to describe the main diagnoses, expected results and nursing interventions for the participants, according to the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) and Nursing Intervention Classification (NIC) taxonomy. Among the main results, we highlight the areas of health promotion, nutrition, activity/rest, perception/cognition, coping/tolerance to stress and principles of life. It is concluded that the systematization of care for hypertensive patients at high cardiovascular risk in Primary Care represents a methodology to subsidize actions of health promotion and disease prevention.

Keywords: Primary Care; nursing; hypertension.

RESUMEN | Se objetivó analizar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) a los pacientes hiper-tensos con alto riesgo cardiovascular. Se trata de un estudio descriptivo realizado en una Estrategia Salud de la Familia (ESF) del interior de Minas Gerais, con 136 pacientes hipertensos registrados en la ESF y que aceptaron participar de la investigación. La recolección de datos fue efectuada por medio de anamnesis y examen físico y las informaciones permitieron describir los principales diag-nósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería para los participantes, según la taxo-nomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classi-fication (NOC) y Nursing Intervention Classification (NIC). Entre los principales resultados, se des-tacan los ámbitos de promoción a la salud, nutrición, actividad/repouso, percepción/cognición, en-frentamiento/tolerancia al estrés y principios de la vida. Se concluye que la sistematización de la asistencia del hipertenso en alto riesgo cardiovascular en la Atención Primaria representa una meto-dología para subsidiar las acciones de promoción a la salud y prevención de los agravios.

Palabras claves: Atención Primaria; enfermería; hipertensión.

Eliângela Saraiva Oliveira Pinto

Enfermeira. Mestre. Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem Faculdade de Ciências e Tecnologias de Viçosa — FAVIÇOSA/UNIVIÇOSA.

Weliton Nepomuceno Rodrigues

Acadêmico de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologias de Viçosa — FAVIÇOSA/UNIVIÇOSA.

Recebido em: 13/07/2017

Aprovado em: 08/01/2018

Introdução

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, estando relacionada a complicações cardiovasculares que geram elevados custos médicos e socioeconômicos. É definida como uma doença silenciosa que, muitas vezes, ocorre de maneira assintomática, devendo ser acompanhada com um olhar diferenciado.^{1,2}

Estima-se que a hipertensão é responsável por 40% dos acidentes vascu-

lares encefálicos e que cerca de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.³

Na atenção básica, os profissionais têm papel fundamental nas estratégias de controle da hipertensão arterial, tanto na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica quanto in-formando e educando o paciente hipertenso em como seguir corretamente o tratamento.^{1,3}

A identificação precoce desta doença e o desenvolvimento de um sistema

eficiente na rede de cuidados à saúde dos pacientes hipertensos tornaram-se desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS).⁽⁴⁾ E para promover estabilidade e resolutividade a estes desafios, incluiu-se na Política de Assistência ao Portador de Hipertensão o acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família, com ações multiprofissionais, visando controlar os níveis pressóricos e buscando reduzir o risco de ocorrência de complicações cardiovasculares.^{3,5}

Desta maneira, a hipertensão arterial tornou-se uma moléstia de complexo manejo, representando uma situação de alto risco cardiovascular ao paciente, sendo necessário um enfoque contínuo com ações de prevenção primária e secundária de enfermidades cardiovasculares.⁵

Assim, faz-se necessário o uso de metodologias que direcionem o trabalho, principalmente na Atenção Primária, permitindo alcançar um acompanhamento qualificado dos indivíduos hipertensos, proporcionando ao paciente uma assistência à saúde humanizada, integral e contínua, permitindo gerenciar melhor a assistência do cuidado ao hipertenso.⁴

A enfermagem, inserida neste contexto, exerce atividades de cuidado que visam melhorar a qualidade de vida do portador de hipertensão, pois, como integrante fundamental da equipe multiprofissional, assume responsabilidades de ações de promoção e prevenção desta doença por meio de um conjunto de habilidades de raciocínio e julgamento clínicos que permite identificar o problema de saúde do sujeito, viabilizando a elaboração de intervenções sistematizadas e inter-relacionadas.⁶

Vislumbrando o desenvolver desta assistência, este estudo propõe descrever e analisar a Sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes hipertensos com alto risco cardiovascular assistidos em uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo corte transversal, baseado em Consultas de Enfermagem para o hipertenso em risco cardiovascular alto realizadas em uma Estratégia Saúde da Família do interior de Minas Gerais, com 136 pacientes hipertensos, no período de setembro de 2014 a junho de 2015.

**"No domínio
relacionado à promoção
da saúde, o diagnóstico
de disposição para
controle aumentado
do regime terapêutico
(...) esteve frequente.
Esta característica
marca expressivamente
as intervenções de
enfermagem (...)"**

Os critérios para participação na pesquisa foram os seguintes: ser hipertenso cadastrado na unidade, ter idade maior que 30 anos, apresentar os parâmetros necessários para classificação de risco cardiovascular e aceitar, voluntariamente, participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado em etapas, conforme o Processo de Enfermagem, que, inicialmente, promoveu a coleta de dados por meio de um impresso do histórico de enfermagem composto de anamnese e exame físico, permitindo identificar as caracte-

rísticas de ordem subjetiva e individual dos aspectos socioculturais e necessidades básicas dos pacientes. O exame físico possibilitou complementar a coleta de dados, fornecendo, deste modo, os dados objetivos que permitiram definir os problemas, estabelecer os diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem.

Após análise dos dados coletados, levantaram-se os problemas de enfermagem que subsidiaram a definição dos principais Diagnósticos de Enfermagem, segundo a taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), e, com base nestas implicações, os resultados esperados foram avaliados e elaborados, conforme a taxonomia *Nursing Outcomes Classification* (NOC).^{7,8}

Posteriormente, por meio dos diagnósticos traçados e resultados esperados devidamente estabelecidos, planejaram-se as intervenções de enfermagem para cada paciente, valendo-se da taxonomia *Nursing Intervention Classification* (NIC), incluindo intervenções independentes ou colaborativas de cuidados direto e indireto.⁹

As informações foram sistematizadas para processamento dos dados, o que permitiu descrever os principais diagnósticos de enfermagem juntamente com seus resultados esperados e intervenções para os pacientes hipertensos em risco cardiovascular.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas e princípios éticos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologias de Viçosa, sob número de protocolo 066/2014-II. Esta pesquisa foi desenvolvida durante o período de treinamento do comitê de ética da referida instituição de ensino para atuar junto à Plataforma Brasil, sendo as pesquisas que envolvem seres humanos avaliadas internamente por comitê próprio, conforme parecer do comitê encaminhado anteriormente sob número de protocolo 066/014-II.

Resultados

O perfil demográfico evidenciou uma média de idade de 66 ± 11,8 anos. Do total da população estudada, 65,45% correspondiam ao sexo feminino e 34,55%, ao masculino. Em relação ao estado civil, 63,23% eram casados. E, quanto ao nível de escolaridade, 91,14% dos pacientes hipertensos eram alfabetizados.

Com a realização das Consultas de Enfermagem foi possível embasar as reflexões e identificar os principais problemas de saúde na população de hiperten-

sos com alto risco cardiovascular da área adscrita da Unidade de Saúde da Família estudada, bem como direcionar os resultados esperados e as intervenções de enfermagem, conforme Tabela 1.

Os domínios que prevaleceram correspondem a promoção à saúde, nutrição, atividade/repouso, percepção/cognição, enfrentamento/tolerância ao estresse e princípios da vida, ressaltando os seguintes diagnósticos: disposição para controle aumentado do regime terapêutico, autocontrole ineficaz da saúde,

nutrição desequilibrada, estilo de vida sedentário, conhecimento deficiente, sobrecarga de estresse e comportamento de saúde propenso a risco.

Discussão

A assistência de enfermagem aos pacientes com problemas cardiovasculares ou em risco cardiovascular deve ser norteada pela sistematização dos cuidados, que envolve o histórico de enfermagem, o diagnóstico, as intervenções e a avaliação, a operacionalização do protocolo

Tabela 1. Sistematização da Assistência de Enfermagem para pacientes em alto risco cardiovascular segundo Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, Classificação dos Resultados de Enfermagem — NOC e Classificação das Intervenções de Enfermagem — NIC^{7,8,9}.

Domínios	Diagnósticos de Enfermagem	Resultados de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Domínio 1 Promoção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Disposição para controle aumentado do regime terapêutico, evidenciado por expressar desejo de controlar a doença; - Autocontrole ineficaz da saúde relacionado ao déficit de conhecimento, evidenciado por escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde e por falhas em agir para reduzir fatores de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de auto-monitoração do estado de saúde; - Abandono do conceito anterior de saúde; - Adaptação a mudanças no estado de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilizar o paciente por seu comportamento; - Comunicar a expectativa de que o paciente manterá o controle; - Elogiar tentativas de autocontrole; - Encorajar o paciente a substituir os hábitos indesejáveis por desejáveis; - Reforçar as decisões construtivas sobre suas necessidades de saúde; - Encorajar o paciente a examinar o próprio comportamento.
Domínio 2 Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, relativo à ingestão excessiva em comparação com as necessidades metabólicas; evidenciada por nível sedentário de atividade e peso acima do ideal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação entre dieta, exercícios e peso; - Estratégias de mudanças dos hábitos alimentares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar o paciente a incluir as preferências alimentares na dieta; - Orientar o paciente sobre formas de planejar refeições adequadas; - Encaminhar o paciente para um nutricionista, conforme apropriado.
Domínio 4 Atividade/repouso	<ul style="list-style-type: none"> - Estilo de vida sedentário, relacionado à falta de motivação, de recursos e de treino para fazer exercícios físicos; evidenciado por falta de condicionamento físico e por verbalizar a preferência por atividades com poucos exercícios físicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desempenho das atividades de vida diária; - Facilidade em realizar atividades de vida diária; - Rotina eficaz de exercícios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar experiências anteriores com exercícios; - Determinar a motivação do indivíduo para começar e continuar um programa de exercícios; - Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa adequado de exercícios, que atenda às suas necessidades.
Domínio 5 Percepção/cognição	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento deficiente, relacionado à falta de capacidade de recordar; evidenciado por desempenho inadequado em um teste e por verbalização do problema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalização do conhecimento aprendido; - Descrição dos cuidados com a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar a instrução ao nível de conhecimento e compreensão do paciente; - Oferecer informações adequadas aos níveis de desenvolvimento do paciente; - Responder às perguntas com clareza e de maneira concisa.

Domínio 9 Enfrentamento/ tolerância ao estresse	Sobrecarga de estresse, relacionada a estressores intensos e repetitivos e a recursos inadequados; evidenciada por expressão aumentada de sentimentos de impaciência e sensação de tensão. Comportamento de saúde propenso a risco, relacionado a tabagismo, alcoolismo, múltiplos estressores e atitude negativa em relação aos cuidados de saúde; evidenciado por não conseguir alcançar uma completa sensação de controle.	<ul style="list-style-type: none"> - Relato de redução do estresse; - Modificação no estilo de vida para reduzir o estresse; - Desempenho do comportamento de saúde prescrito; - Verbalização da sensação de controle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular estratégias de enfrentamento; - Avaliar necessidade, desejo individual e apoio social; - Auxiliar o paciente a solucionar os problemas de forma construtiva e a avaliar o próprio comportamento; - Proporcionar ao paciente a escolha realista sobre aspectos do cuidado; - Comunicar a expectativa de que o paciente mantenha o controle; - Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento.
Domínio 10 Princípios da vida	Falta de adesão relacionada às capacidades pessoais, ao conhecimento relevante do regime de tratamento e às crenças de saúde; evidenciada por comportamento indicativo de falta de aderência.	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de estratégias para eliminação de comportamentos não saudáveis; - Realização de auto-monitoração do estado de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir com paciente o alcance da responsabilidade pelo atual estado de saúde; - Discutir as consequências de não lidar com as próprias responsabilidades; - Estimular o paciente a assumir o máximo possível de responsabilidade pelo autocuidado.

multipro-fissional e a estratégia educacional aos pacientes e familiares.¹⁰

No domínio relacionado à promoção da saúde, o diagnóstico de disposição para controle aumentado do regime terapêutico, evidenciado pela expressão de desejo de controlar a doença, esteve frequente. Esta característica marca expressivamente as intervenções de enfermagem, que permitem incluir as orientações sobre o tratamento, reforçando as ações positivas do paciente na relação com o mesmo.⁵

A nutrição desequilibrada foi um problema classificado no domínio nutrição, estando relacionada à ingestão excessiva das necessidades metabólicas, evidenciada por peso acima do ideal e somada ao nível sedentário de atividade, questão que deve ser incluída no plano de cuidados de enfermagem, haja vista a importância da alimentação adequada para o hipertenso e também por ser frequente em outros pacientes, como, por exemplo, entre os idosos.^{11,12}

Arelado ao domínio nutrição encontra-se o domínio atividade e repouso, que apresenta um estilo de vida seden-

tário, relacionado à falta de motivação, de recursos e de treinamento para fazer exercícios físicos e, ainda, evidenciado pela falta de condicionamento físico e pela preferência por atividades com poucos movimentos físicos.¹³

Neste ponto, deve-se dar importância às práticas de conscientização e incentivo ao desen-volvimento de atividades físicas por meio de programas educativos da equipe Saúde da Família, com o intuito de proporcionar o melhor controle da doença, a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população, bem como de prevenir agravos.¹⁴

A enfermagem, diante desta situação, deve pautar-se na inclusão de ações que possibilitem promover mudanças de hábitos para alcançar maior controle das dificuldades encontradas, definindo um novo estilo de vida para o paciente, com ações que reduzam o sedentarismo e a obesidade, com medidas de promoção à saúde através das atividades educativas.¹⁵

Outra dificuldade identificada corresponde ao conhecimento deficiente, contemplado no domínio percepção e cognição, relacionado à falta de capa-

cidade de recordar e evidenciado por de-sempenho inadequado, o que possibilita incluir a educação em saúde nas intervenções, buscando facilitar a aprendizagem do paciente sobre os cuidados à saúde e o acesso aos serviços de saúde.¹⁶

Já no domínio princípios de vida, verificou-se a frequência da falta de adesão, relacionada às capacidades pessoais, ao conhecimento relevante do regime de tratamento e às crenças de saúde e evidenciada por comportamento indicativo de falta de aderência, importante informação a ser utilizada pela enfermagem para guiar as ações de assistência primária à saúde.¹⁷ A falta de adesão tornou-se um diagnóstico validado nas práticas de enfermagem para o paciente hipertenso, deste modo, qualificando a execução da assistência de enfermagem às necessidades de saúde para população hipertensa.¹⁸

Visto que os pacientes hipertensos perdem o interesse às mudanças, devido ao fato de cronicidade da doença e mesmo tendo consciência de hábitos inapropriados, é preciso verificar as

questões de educação em saúde para promoção de adesão do paciente aos serviços terapêuticos com ações de prevenção e controle da doença.¹⁹

Assim, as metodologias NANDA, NOC e NIC atendem às necessidades em relação aos cuidados a partir dos problemas, propondo intervenções para alcance dos resultados esperados. Logo, a sistematização reflete na autonomia profissional frente aos caminhos para o cuidado, sendo padronizada e aceita como uma prática de enfermagem universal.²⁰

A enfermagem tem imensuráveis ganhos com a utilização da SAE, pois esta permite a avaliação das necessidades

humanas em relação às necessidades biológicas, psicológicas, sociais, da família e da coletividade, possibilitando que os profissionais façam uso de sua autonomia e participem de forma resolutiva dos problemas vivenciados nas práticas de saúde.

Neste contexto, verifica-se a importância da validação da prática de enfermagem aliada ao compromisso do profissional para execução da assistência de qualidade ao paciente e à sua família.²¹

Conclusão

Conclui-se que os principais diagnósticos de enfermagem identificados na atenção básica ao indivíduo hipertenso

correspondem à disposição para controle aumentado do regime terapêutico, ao autocontrole ineficaz da saúde, à nutrição desequilibrada, ao estilo de vida sedentário, ao conhecimento deficiente, à sobrecarga de estresse e ao comportamento de saúde propenso a risco.

O trabalho de enfermagem sistematizado permite organizar e gerenciar a assistência ao paciente hipertenso na Atenção Primária à Saúde, cabendo ao enfermeiro implementar esta metodologia nas ações de promoção e prevenção desenvolvidas pela equipe de saúde, no intuito de amenizar os possíveis agravos a que estão expostos estes pacientes. 🐦

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 290p.
2. Fonseca WS. O enfermeiro da Estratégia Saúde da Família no cuidado ao idoso hipertenso. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*. 2015;4(2):218-27.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128p.
4. Brito SS, Nóbrega RV, Santos SR, Bezerra, EP, Costa KNFM, Costa MML. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica aos hipertensos: relato de experiência. *Revista de Enfermagem — UFPE*. [online]. Recife. 2013;7(8):5345- 50 ago.
5. Calegari DP, Goldmeier S, Moraes MA, Souza EN. Diagnósticos de enfermagem em pacientes hipertensos acompanhados em ambulatório multiprofissional. *Revista de Enfermagem — UFSM*. 2012;2(3):p.610-18 set./dez..
6. Lima CLH, Nóbrega MML. Nomenclatura de intervenções de enfermagem para clínica médica de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*. 2009;62(4):570-78 jul./ago..
7. Nanda Internacional. *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificação*. Porto Alegre: Editora Artmed. 2015. 488p.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier. 2010, 906p.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier. 2010, 901p.
10. Oliveira TCS, Stipp MAC, Menezes MSH, Silva NC. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em uma clientela ambulatorial: uma contribuição para o planejamento do cuidado de enfermagem. In.: *Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem*. 16º SENPE — Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2011 Jun.. 19-22; Campo Grande, MS.
11. Martins MPSC, Gomes ALM, Martins MCC, Mattos MA, Filho MDS, Mello DB, Dantas EHM. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. *Revista Brasileira de Cardiologia*. 2010;23(3):162-70 maio-jun..
12. Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 2008;17(1):141-49 jan./mar..
13. Martins LCG, Lopes MVO, Guedes NG, Teixeira IX, Sousa VEC, Montoril MH. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial: uma análise de acurácia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(5):804-810.
14. Moura PC, Braga LM, Domingos CS, Rodrigues NV, Lopes Correia MDL, Oliveira LVA. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em indivíduos hipertensos e diabéticos à luz de Orem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2014;15(6):1039-46 nov./dez..
15. Silva MV, Monteiro CFS, Landim CAP, Melo TMTC, Rocha FCV. Assistência de enfermagem ao portador de hipertensão na atenção básica: revisão integrativa da literatura. *Revista Interdisciplinar*. 2014;7(2):156-64 abr./jun..
16. Fava SMCL, Figueiredo AS, Franceli AB, Nogueira MS, Cavalari E. Diagnóstico de enfermagem e proposta de intervenções para clientes com hipertensão arterial. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio de Janeiro. 2010;18(4):536-540 out./dez..
17. Bertolotti AR, Costa AGS, Costa FBC, Oliveira ARS, Oliveira CJ, Araújo TL. Diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pacientes acompanhados pelo programa de hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2012;13(3):623-31.
18. Oliveira CJ, Araújo TM, Costa FBC, Costa AGS. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "Falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial. *Escola Anna Nery*. 2013;17(4):611-19 out./dez..
19. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64(4):759-65.
20. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007;41(esp):793-98.
21. Alves KYA, Dantas CN, Salvador PTCO, Dantas RAN. Vivenciando a classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva: relato de experiência. *Escola Anna Nery*. 2013;17(2):381-88.



Alta eficácia no tratamento de compressão para doenças venosas!

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



Kollagenase

colagenase 0,6 U/g

Seletividade que auxilia para uma cicatrização uniforme, rápida e eficaz¹⁻³

Kollagenase contém a única enzima que promove a Degradação Seletiva do Colágeno³⁻⁵

<p>1 Colagenase é a única enzima com ação seletiva no colágeno desvitalizado⁴</p> 	<p>2 O colágeno desvitalizado é rompido em pequenos fragmentos⁴</p> 	<p>3 Promove migração de queratinócitos e fibroblastos, essenciais para a cicatrização⁴</p> 	<p>4 A lesão, agora livre de tecido desvitalizado, apresenta tecido de granulação de qualidade e progride para a cicatrização⁵</p> 
---	--	--	---

30g Nova embalagem



Referências bibliográficas: 1. Waycaster CR, Gilligan AM, Milne CT. Pressure ulcer treatment in a long-term care setting: wound bed healing with clostridial collagenase ointment versus hydrogel dressing. *Chronic W Care Manag Res.* 2014;1:49-56. 2. Ramundo J, Gray M. Collagenase for enzymatic debridement: a systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(6):S4-11. 3. Bula Kollagenase. Reg. MS, nº 1.0298.0431. 4. Torra i Bou JE, Paggi B. La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación del lecho de la herida. *Revista ROL Enf* 2013;36(2):109-14. 5. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *Wounds* 2002;14(2):47-57.

KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

Kollagenase colagenase - pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Desbridante enzimático para tratamento de lesões da pele; queimaduras; previamente ao transplante de pele. Reg. MS nº 1.0298.0431. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - CNPJ 44.734.671/0001-51 - Rodovia Itapira-Lindóia, km14, Itapira-SP - Indústria Brasileira - SAC: 0800 7011918. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**