

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 239
ABRIL 2018



ENTREVISTA

Antonio Francisco Peripato
Filho fala sobre Enfermagem:
a profissão do incansável saber

ARTIGOS

Conhecimento de cuidadores
sobre um serviço de assistência
domiciliar

Sistematização da assistência
de enfermagem: o conhecimento
de enfermeiros do município
de Ji-Paraná, Rondonia, Brasil

Caracterização dos usuários
hipertensos atendidos em Unidade
de Pronto Atendimento 24 horas

Avaliação da dor frente à técnica
de eletroacupuntura em crianças
com disfunções miccionais

ARTIGO

Intenção de doar
órgãos em estudantes de
enfermagem: influência do
conhecimento na decisão



Lesão por pressão na Unidade
de Terapia Intensiva: incidência
e fatores de riscos



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

Revista Científica de Enfermagem

EDITORA MPM COMUNICAÇÃO

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Letícia Leivas Munir - MTB 064181/SP
artigo@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



www.facebook.com/revistanursingbrasil



www.instagram.com/revistanursing

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 Gerck

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 Anhangauera de São Paulo e Nove de Julho (UNINOVE) nos cursos de graduação e pós-graduação.

Prof. Dr. Sérgio Henrique Simonetti

Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Inter unidades de Doutorado em Enfermagem EEUSP-EERP-USP. MBA Executivo em Administração: Gestão de Saúde - Fundação Getúlio Vargas - FGV. Especialização em andamento em Educação e Tecnologia. Especialização em Gestão Pública. Especialização em Informática em Saúde. Residência em Enfermagem Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Coordenador da Unidade Várzea do Carmo - Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, em ambulatório de exames cardiológicos não invasivos.

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:

Imagens ilustrativas: CanStockPhoto

Propriedades e direitos

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



Editorial	2091
Notícias	2092
Entrevista	2094
Agenda	2098

Artigos Científicos

Conhecimento de cuidadores sobre um serviço de assistência domiciliar

The helper's satisfaction from a home assistance service

Satisfacción de cuidadores sobre un servicio de asistencia domiciliar

Maristela Maraschin, Michele Barbosa Pereira, Nelsi Salete Tonini, Elizabeth Aparecida de Souza e Sebastião Caldeira..... **2099**

Intenção de doar órgãos em estudantes de enfermagem: influência do conhecimento na decisão

Intention for donate organs in nursing students: influence of knowlegde in the decision making

Intención de donar órganos en estudiantes de enfermería: influencia de lo conocimiento na decisión

Joice Requião Costa, Clarissa Gomes Angelim, Gerlene Grudka Lira, Christielle Lidiane Alencar Marinho

e Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes..... **2104**

Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento de enfermeiros do município de Ji-Paraná, Rondonia, Brasil

Systematization of nursing assistance: the nurses' knowledge of the Ji-Paraná municipality, Rondonia, Brazil

Sistematización de la asistencia de enfermería: el conocimiento de enfermeros del municipio de Ji-Paraná, Rondonia, Brasil

Lucélia Ferreira Xavier, Silviani Bromatti Mateus da Silva, Orlete Donato Oliveira, Yane Cleo de Oliveira Silva Nazario

e Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior..... **2110**

Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

Characterization of the hypertensive users attended in Urgency Care Unit 24 hours

Caracterización de los usuarios hipertensos atendidos en Unidad de Pronto Atención 24 horas

Iago Vieira Gomes, Larissa dos Santos Sousa, Aísha Stéfany Silva de Meneses, Jogilmira Macêdo Silva Mendes, Xênia Sheila Barbosa

Aguiar Almeida e Taciana da Costa Farias Almeida **2114**

Avaliação da dor frente à técnica de eletroacupuntura em crianças com disfunções miccionais

Evaluation of pain faced with the electrotacupuncture technique in children with miccional dysfunctions

Evaluación del dolor frente a la técnica de electroacupuntura en niños con disfunciones miccionales

Alice de Andrade Santos, Emanuela Santos Oliveira, Raniele Araújo de Freitas, Larissa Chaves Pedreira, Maria Thais de Andrade Calasans,

Louise Lisboa de Oliveira Villa, Cristina Nunes Vitor de Araujo, Clímene Laura de Camargo e Samylla Maira Siqueira..... **2119**

Lesão por pressão na Unidade de Terapia Intensiva: incidência e fatores de riscos

Pressure injury in the Intensive Therapy Unit: incidence and risk factors

Lesión por presión en la Unidad de Terapia Intensiva: incidencia y factores de riesgos

Gláucia de Souza Abreu Alencar, Nívia Maria da Silva, Elisângela Vila de Assis, Milena Nunes Alves de Sousa, Jessika Lopes Figueiredo Pereira,

Wilma Barbosa de Oliveira e Edvânio Fernandes de Souza..... **2124**

A Segurança do Paciente e a Enfermagem

Um dos grandes desafios da atualidade está relacionado às questões associadas à segurança do paciente assistido nas instituições de saúde, constituindo mundialmente, um problema de saúde pública. Os riscos e a ocorrência de eventos adversos ao paciente têm aumentado em diversos ambientes, especialmente hospitalares. A segurança é compreendida como ação destinada a evitar ou prevenir resultados adversos decorrentes do processo assistencial em saúde. É reconhecida como uma dimensão da qualidade com ênfase em ações direcionadas a melhorias contínuas, na responsabilização pelo acesso e efetividade da assistência agregados ao cuidado centrado no paciente e no respeito ao seu direito de ter o risco de um dano desnecessário associado ao cuidado mitigável.

Embora o cuidado em saúde traga enormes benefícios a todos os envolvidos, a ocorrência de erros é possível, e os pacientes podem sofrer graves consequências. Em 1859, Florence Nightingale enfermeira visionária já dizia: “Talvez pareça estranho enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. Em 2000 a publicação do relatório *To err is human: building a safer health care system*, confirmou que o postulado de Florence faz parte da realidade atual, sendo reconhecida como a pioneira na busca da qualidade e na prevenção de erros decorrentes do cuidado.

Considerando a complexidade das instituições de saúde, a ocorrência de erros é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias da organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da perspectiva de riscos e da capacidade de aprendizagem a

partir dos erros. Embora, não se possa mudar a condição humana, é possível atuar naquelas sobre as quais os seres humanos trabalham, criando defesas no sistema e junto às pessoas. A elaboração de ações para redução do risco, como o fortalecimento da liderança, controle da qualidade dos insumos e equipamentos, sensibilização para notificação, conscientização de usos de ferramentas da qualidade e capacitação da equipe aumenta a segurança do paciente.

A equipe de enfermagem tem grande influência na promoção da segurança do paciente pelo maior contingente de profissionais da área de saúde no Brasil e no mundo e por atuar em cenários elevada complexidade e exposição a riscos, composto de contínuas interações entre pessoas, instalações, equipamentos e medicamentos. No entanto, o modelo de atenção à saúde exige um processo de trabalho cooperativo em que o enfermeiro deve ser ativo, líder e voltado para os cuidados de saúde, assumindo atitudes, dentre as quais está a motiva-

ção pela busca do conhecimento com vistas a melhorar o cuidado seguro ao paciente e à população.

Nessa perspectiva, estudos indicam que uma instituição que não tem dimensionamento de pessoal e condições adequadas de trabalho para a enfermagem possuem indicadores assistenciais negativos, aumentando os incidentes assim como os custos em saúde.

Iniciativas nacionais e internacionais relacionadas às questões da segurança do paciente tem sido implementadas fazendo com que as instituições de saúde e os serviços de enfermagem estejam em constantes modificações por meio de investimentos em saúde que priorizem pessoas que são cuidadas e que cuidam com foco no processo educativo, inspirados em análises constantes das necessidades para evolução dos processos de trabalho centrados nas necessidades individuais e integrais do paciente e de sua família, onde ao participar da estrutura dos cuidados experimentem satisfação por uma assistência eficaz e segura. 🐦

“A equipe de enfermagem tem grande influência na promoção da segurança do paciente pelo maior contingente de profissionais da área de saúde no Brasil e no mundo (...)”



Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Professora Associada da
Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás

Venosan Brasil e Lohmann & Rauscher (L&R)

Empresa de terapia de compressão VENOSAN Brasil sob o mesmo teto da L&R assegura vantagens competitivas e um portfólio mais vasto em produtos de marcas especializadas para clientes e pacientes.



Como já noticiamos anteriormente o grupo Salzmann AG St. Gallen vendeu sua divisão de compressão ao consórcio internacional de empresas Lohmann & Rauscher (L&R). O negócio envolve o controle acionário da empresa Suíça SWISSLASTIC AG ST. GALLEN e participações majoritárias nas empresas Venosan Brasil Ltda, Venosan China Ltd e Venosan Canada Inc que passam agora a fazer parte do Grupo Austro-Germânico Lohmann & Rauscher (L&R), especializado na fabricação e distribuição de dispositivos médicos e produtos hospitalares.

Segundo Kaiser a fusão é uma forma de somar esforços e competências das empresas, e ainda poder compartilhar as plataformas de distribuição na América Latina. Podendo ainda ter acesso a novos mercados e segmentos médico-hospitalares.

O presidente da Venosan Brasil deixa claro que seus clientes terão novidades diante dessa nova fase da empresa. Inicialmente será através das ataduras inelásticas Rosidal da L&R e posteriormente curativos. Mas ainda tem muito mais a surgir, a Venosan Brasil acentua o compromisso com a qualidade, serviços e geração de valor para clientes, médicos e consumidores em geral.

Sobre essa nova estruturação empresarial o presidente Kaiser afirma que esse é o caminho correto para

o sucesso, já que cada área de atuação ou segmento é muito específica e exige uma expertise própria de planejamento, marketing e execução. Com as fusões essas etapas são suprimidas e aproveita-se o que cada empresa tem de melhor.

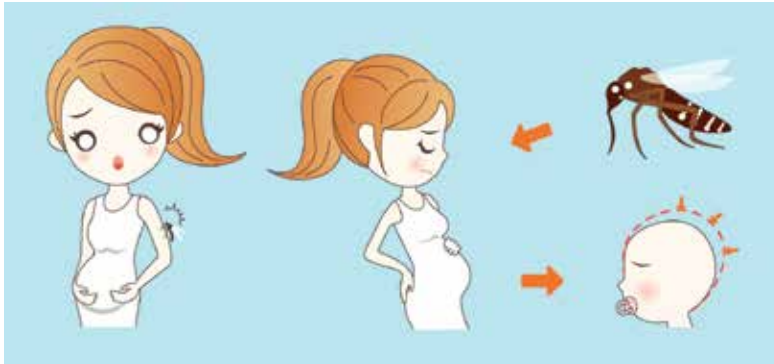
VENOSAN BRASIL

Presente no Brasil desde 1995, a Venosan Brasil trouxe para o nosso mercado, a qualidade Suíça e o que há de mais moderno na fabricação de meias compressivas medicinais. Com a linha de meias mais completa do segmento, a Venosan Brasil alia tecnologia, sofisticação, e inovação aos seus produtos, mantendo o mais alto padrão de qualidade, com seus produtos registrados e certificados pela norma ISO 9001:2008. Hoje a VENOSAN BRASIL Ltda é a fábrica mais moderna das Américas, investindo constantemente em tecnologia, treinamentos e em máquinas de última geração como teares alemães e tinturaria italiana.

Por: Letícia Leivas Munir

Feita em tempo recorde, pesquisa que associou Zika vírus e microcefalia é premiada

Atualmente, existem mais de um milhão de casos de Zika vírus no mundo, sendo 210 mil no Brasil



Levantamento inédito que comprovou a associação do surto de Zika vírus com os bebês nascidos com microcefalia na região nordeste do Brasil é o vencedor da 17ª edição do Prêmio Péter Murányi, conforme decisão do júri. O trabalho, coordenado pela doutora Celina Turchi e indicado pela Fundação Oswaldo Cruz, apontou, ainda, a relação do vírus com o aumento da mortalidade de fetos.

O estudo epidemiológico, o primeiro que estabeleceu a associação entre microcefalia e infecção pelo vírus da Zika, acompanhou, de janeiro a novembro de 2016, a gestação de mulheres atendidas em oito maternidades públicas do Recife. Durante o período, 32 recém-nascidos foram diagnosticados com microcefalia. Testes laboratoriais apontaram a presença de infecção por Zika vírus em 13 deles.

Os resultados apontados pelo grupo de estudos chefiado pela doutora Celina permitiram que fossem criadas medidas de combate ao mosquito transmissor do Zika vírus

por parte do poder público, como a distribuição de repelentes para grávidas moradoras de áreas de risco para a doença e o acompanhamento das crianças portadoras de microcefalia. Bem como, auxiliou na análise clínica das infecções.

Reconhecimento internacional

O trabalho resultou na inclusão de sua coordenadora, a médica epidemiologista Celina Turchi, entre as 100 pessoas mais influentes do mundo eleitas em 2017 pela revista norte-americana Time. A cientista brasileira foi a responsável por formar uma rede internacional, com cerca de 30 profissionais de diversas especialidades e instituições, reunidos no Microcephaly Epidemic Research Group (Grupo de Pesquisa da Epidemia de Microcefalia), que conseguiu, em apenas três meses, identificar como o vírus Zika e a microcefalia estavam associados - os estudos começaram em janeiro de 2016, e, em abril, já havia fortes indícios dessa relação.

Fonte: Fundação Péter Murányi

calçado profissional
antiderrapante



Cores
- Branco
- Preto
- Marinho



LÁTEX
FREE
CABEDAL

Soft Works

PROFESSIONAL SHOES



WEDGE SOFT WORKS EPI CALÇADOS

AMIGO DA FLORESTA

(16) 3703 3240

www.softworksepi.com.br

Enfermagem a profissão do incansável saber

Por Letícia Leivas Munir



Prof. Me. Antonio Francisco Peripato Filho

Mestre em Ciências Biomédicas (2011), pós-graduado em Atendimento Pré-Hospitalar (2007) Bacharel e Licenciatura em Enfermagem pelo Centro Universitário Hermínio Ometto - Uniararas (2005), cursando MBA em Gestão Empresarial. Atualmente é Coordenador do curso de graduação em Enfermagem e coordenador dos cursos de pós-graduação em Terapia Intensiva: Cardiologia e Cardiologia: Hemodinâmica. Ministra aulas na graduação e pós-graduação da FHO - Fundação Hermínio Ometto nas áreas de Urgência e Emergência e Cardiologia. Consultor de cursos e treinamentos empresariais na área de segurança e primeiros socorros. Diretor e fundador da Liga de Traumatologia e Emergência/GEFE da FHO.

O profissional de saúde está a todo o momento cercado de novas técnicas e novos estudos. O contemporâneo está em constante transformação, através de palestras, cursos e até mesmo um bate papo com o colega de profissão. Logo, aproveitar todo esse mundo de possibilidades é imprescindível para o profissional da saúde, que além de se atualizar com as novidades, ganhasse ainda mais espaço em um mercado tão competitivo.

Sabemos que a enfermagem de ontem se difere por completo com a atual, essa transformação foi o resultado de inúmeros estudos e pesquisas desenvolvidos por profissionais que buscam sempre uma melhor qualificação. Atualmente é nítida a busca desse aperfeiçoamento do profissional, já que o número de pessoas que acompanham congressos, feiras e cursos vêm aumentando gradualmente.

Nessa edição entrevistamos o Coordenador do curso de graduação em Enfermagem Prof. Me. Antonio Francisco Peripato Filho que fala da necessidade em se atualizar, por meio da pós graduação entre outros cursos, destacando-se no mercado de trabalho e ainda, passar mais tranquilidade ao paciente, por meio da sua qualificação profissional.

Revista Nursing: De acordo com pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz em 2015), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), 80% dos profissionais desta área possui formação técnica, enquanto 20% são enfermeiros graduados em curso superior. O Sr. acredita que algo mudou? Que os profissionais estão à procura de mais qualificação?

Antonio Francisco Peripato Filho: No Brasil, mais de 3,5 milhões de profissionais atuam na área da saúde, sendo a Enfermagem responsável por mais da metade desse número, com 1,8 milhões de profissionais, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares. Diante de um cenário como este, o profissional precisa buscar cada vez mais a qualificação profissional que o diferencie no mercado de trabalho. O atual panorama político e socioeconômico do país e a necessidade de impulsionar o desenvolvimento científico e tecnológico tornam indispensável a formação de profissionais de Enfermagem capazes de se adaptarem aos novos ambientes, onde o impacto de sua atuação é imprescindível. Existe então, um anseio muito grande por se aprimorar e buscar, através dos estudos, uma melhor colocação de mercado de trabalho.

Nursing: A região Sudeste é a que concentra o maior número de empregadores de enfermeiros no país. Porém, é também a região com o maior número de profissionais desta área. Como se destacar em um mercado competitivo?

Peripato Filho: O profissional de Enfermagem precisa, cada dia mais, se desenvolver e aprimorar seus conhecimentos e buscar diferenciais competitivos para garantir o sucesso na área da saúde. Tanto no âmbito assistencial, como administrativo e gerencial, é fundamental a determinação de um plano de carreira individual, que o impulsiona a buscar uma posição que o satisfaça em termos de condições de trabalho, salário e possibilidades de crescimento. Com um planejamento de carreira eficiente, o profissional percebe um norte no caminho a trilhar no desenvolvimento de sua carreira. Traçado isso, alguns atributos e características são fundamentais para o destaque na profissão. Destaco entre eles: a capacidade de se inter-relacionar com paciente/cliente, família, equipe de enfermagem e multiprofissional; comunicar-se de forma eficaz com as pessoas e a Instituição de trabalho; saber liderar e ser liderado com ética e respeito; ser empático no cuidado e assistência, colocando-se sempre no lugar do outro. Por último e talvez mais delicado, possuir habilidade com

22-25 maio | 8

11h-20h

Expo Center Norte | São Paulo

O encontro da cadeia da saúde acontece em Maio!

Visite o único evento multissetorial do setor e conheça os principais lançamentos e tecnologias da indústria!

- + de 1.200 marcas** expositoras
- + de 70 países** participantes
- + de 40 congressos**

Faça seu credenciamento
on-line gratuito!

hospitalar.com

Será cobrada uma taxa de R\$ 50 para credenciamento no local

Participe!

Patrocínio Institucional








Apoio Oficial



Em cooperação



Apoio Institucional










Mídia Oficial











emoções, sendo capaz de agir gerenciando conflitos e situações. Essas habilidades e competências podem ser desenvolvidas e aprimoradas em cursos de extensão, aprimoramento, aperfeiçoamento e pós-graduação reconhecidos pelos seus resultados educacionais e empregabilidade.

Nursing: Falando ainda sobre qualificação profissional, o conhecimento de cada especialidade é um diferencial para o enfermeiro ou uma necessidade para manter a qualidade em seu trabalho?

Peripato Filho: Eu diria que ambos estão relacionados. Para manter a qualidade em seu trabalho, o enfermeiro precisa conhecer profundamente sua área de especialidade. Na era da informação e da tecnologia, com a facilidade de disseminação do conhecimento científico, a educação continuada e permanente não é mais facultada ao enfermeiro. Aquele que não se atualiza constantemente fica à margem de uma atuação comprometida em relação a qualidade da assistência. O trabalho do enfermeiro baseia-se nas práticas e na teoria e, portanto, exige um esforço de superar novos desafios gerados por mudanças relativas ao desenvolvimento profissional.

Nursing: Trabalhar em hospitais e clínicas médicas é o caminho mais natural para o profissional, mas quais são os campos que o enfermeiro pode atuar?

Peripato Filho: O caminho mais natural realmente é a assistência, porém esta realidade está mudando expressivamente nos últimos anos. O COFEN, em 2011, na resolução 389, já definia mais de 40 áreas de abrangência, entre especialidades e residências de enfermagem e, recentemente, novas áreas foram reconhecidas e incorporadas a esta lista. A enfermagem do futuro reserva um cenário promissor para os seus profissionais, com oportunidades em diferentes funções e suporte de tecnologia para o cuidado com pacientes. A busca por qualificação aumentou o número de cursos e especializações no país e hoje, áreas antes desconhecidas, ganham relevância na Enfermagem. Além

de cursos de pós-graduação consagrados, como UTI, Urgência e Emergência, Saúde Pública e Gestão em Enfermagem, novas áreas ganham destaque. É o caso da Enfermagem Dermatológica, Aeroespacial, Hemodinâmica, Perfusionista, Estética e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Ao mesmo tempo, algumas áreas têm um recente e substancial crescimento relacionado ao empreendedorismo na Enfermagem. O que acontece, principalmente na área de Home Care e Saúde da Mulher e Obstetrícia. Com a possibilidade dos consultórios e clínicas de Enfermagem, o profissional busca como alternativa, abrir seu próprio negócio, investindo em MEI (Microempreendedor Individual) e nas consultorias e cursos presenciais e online de Enfermagem.

Nursing: Existe um perfil indicado para o profissional da enfermagem?

Peripato Filho: Durante o exercício de suas funções, o enfermeiro está em constante contato com o ser humano e o cuidado. Talvez este seja o ponto determinante no perfil da profissão escolhida. Ter paciência, calma e tranquilidade, além de ser atencioso com aquele que está em situação de vulnerabilidade física e emocional é primordial. É preciso ter foco e atenção naquilo que está preparando e executando, garantindo a segurança do atendimento prestado. A pró-atividade e motivação para o trabalho, além da disponibilidade de atualização constante, se demonstram também como qualidades fundamentais à prática da profissão. Saber conversar e, principalmente, ouvir o próximo, é imprescindível para uma relação humanizada de assistência.

Nursing: Imagina-se que o enfermeiro vai se deparar, na sua vida profissional, com momentos delicados e de extremo sofrimento, tanto para o paciente quanto para a família. Durante a vida acadêmica, existe alguma preparação para momentos como os descritos?

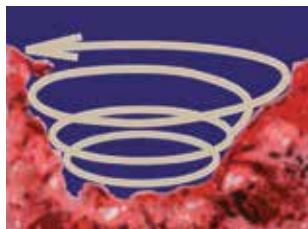
Peripato Filho: Este é o grande desafio das Instituições de Ensino Superior preocupadas com a qualidade da forma-

ção do enfermeiro. Hoje não se pode conceber um currículo que não desenvolva, além do conhecimento técnico-científico, habilidades e competências para o futuro profissional. É o saber fazer, mas, acima de tudo, o saber ser e agir nas inúmeras situações que a profissão exige. Um ensino pautado em aprendizagem ativa, com metodologias que estimulem o auto aprendizado e o desenvolvimento da tomada de decisão auxiliam muito na formação do enfermeiro. Outra ferramenta bastante utilizada é a tecnologia aliada ao ensino aprendizagem, fazendo uso do ambiente de simulação realística, com manequins de média e alta fidelidade e, sobretudo, alunos atores e pacientes simulados. Provocar situações, nas quais os discentes precisem gerenciar emoções e conflitos, aplicar seus conhecimentos, desenvolver suas habilidades e competências, tem demonstrado excelentes resultados evidenciados, inclusive, em pesquisas.

Nursing: Qual a sua visão sobre o conhecimento nas universidades e a vivência dos novos enfermeiros?

Peripato Filho: Estamos em meio a uma nova revolução tecnológica, a terceira revolução industrial, e como muitos autores definem, vivemos numa sociedade do conhecimento. Somos cercados o tempo todo por dados, pesquisas e informações. As redes sociais e os sites de busca divulgam informação e “conhecimento” em velocidade impossível de acompanhar, e mesmo assim carecemos de cultura e educação. Assim, o papel das Instituições de Ensino Superior, no Ensino, na Extensão e na Pesquisa é trazer a luz, o conhecimento científico com credibilidade aos estudantes, diferenciando-o de notícias e meras informações. O conhecimento está em constante movimento e as verdades de ontem não configuram as verdades de amanhã. O conhecimento por si só não garante a inteligência, é preciso saber aplicar, desenvolver e compreender. Ao profissional de Enfermagem não se pode incorrer no erro de se limitar a conhecer, é preciso incansavelmente saber. 🐦

NAS FERIDAS



Acelerando a cicatrização



Desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização¹ (inflamatória, proliferativa e remodeladora), acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

HYALUDERMIN® - ácido hialurônico - Creme. **INDICAÇÕES:** Hyaludermín® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: úlceras de decúbito (escaras), úlceras de origem vascular (associada a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. **CONTRAINDICAÇÕES:** o produto é contraindicado em pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco "B" na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g.

Reg. MS nº 1.0341.0053 - VENDA SEMPRESCRIÇÃO MÉDICA

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

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



trb pharma
Ciência e Saúde como Princípio

Referência Bibliográfica: 1. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J*, 11(2): 159-163, 2012.

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

SAC SERVIÇO DE
ATENDIMENTO
AO CONSUMIDOR
0800-105588
SAC@TRBPHARMA.COM.BR

EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
Congresso de Desenvolvimento Profissional em Enfermagem	03 a 04 de abril	Av. Dr. Mário Vilas Boas Rodrigues 387 – Santo Amaro/SP	Organização: CONDEPE E-mail: condepe@transamerica.com.br Telefone: (11) 5643-303
I Simpósio de Abordagem Integrada Obstétrica e Neonatal	13 a 14 de abril	Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo/SP	Telefone: (11) 2151-1001
III Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança do Paciente	25 a 27 de abril	São Paulo/SP	Organização: IBSP Telefone: (11) 3392-5169
XI Congresso Brasileiro de Queimaduras	09 a 12 e maio	Foz do Iguaçu/PR	E-mail: contato@cbqueimaduras.com.br

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

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

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

Conhecimento de cuidadores sobre um serviço de assistência domiciliar

RESUMO | Introdução: O Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) presta cuidado domiciliar, ambulatorial aos necessitam de cuidados especiais, visando à redução da demanda por atendimentos e internações hospitalares. Objetivo: Conhecer como os familiares e/ou cuidadores de pacientes assistidos percebem o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) no Município de Palotina/PR. Método: Estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa, com 20 cuidadores de pacientes assistidos. Houve entrevista semiestruturada, a primeira parte abordou dados dos cuidadores e a segunda, temas do estudo. Resultados: Os resultados mostraram que 50% dos cuidadores estão satisfeitos com a assistência prestada. Relataram que a equipe do Serviço de Assistência Domiciliar está atendendo as necessidades requeridas pelos usuários. Conclusão: Espera-se que outros estudos possam ser desenvolvidos, com novos olhares e em outras regiões do Estado ou do País, sobre este mesmo fenômeno.

Palavras-chaves: serviços de assistência domiciliar; cuidadores; pacientes domiciliares.

ABSTRACT | The Home Assistance Service (SAD, in Portuguese) provides home and outpatient care to people who need especial attention, aiming to reduce the demand for medical care and hospitalization. Objective: To be aware of how the family and/or the caregivers of assisted patients evaluate the Home Assistance Service in Palotina Town – Paraná State. Method: It is an exploratory and descriptive research with a quantitative approach, with 20 caregivers of assisted patients. A semi-structured interview have been made, the first part of it addressed the caregivers' data and the second one, the study's themes. Results: the results have shown that 50% of the caregivers are satisfied with the provided assistance. They reported that the Home Assistance Service group is attending the needs required by the users. Conclusion: It is aimed that other studies about this very phenomenon, with new insights, may be developed in other regions of the State or the Country.

Keywords: home assistance service; caregivers; home patients.

RESUMEN | Introducción: El Servicio de Asistencia Domiciliar (SAD) presta cuidados domiciliar, de ambulatorio a los que necesitan de cuidados especiales, teniendo en vista la reducción de la demanda por atendimentos de internaciones hospitalarias. Objetivo: Conocer como los familiares y/o cuidadores de pacientes asistidos perciben el Servicio de Asistencia Domiciliar (SAD) en la ciudad de Palotina/PR. Método: Estudio exploratorio y descriptivo con abordaje cuantitativo, con 20 cuidadores de pacientes asistidos. Hubo entrevista semi-estructurada, la primera parte abordó los datos de los cuidadores y la segunda los temas del estudio. Resultados: Los resultados mostraron que el 50% de los cuidadores están satisfechos con la asistencia prestada. Relataron que el equipo de Servicio de Asistencia Domiciliar atiende a las necesidades requeridas por los usuarios. Conclusión: Se espera que otros estudios puedan desarrollarse con nuevas percepciones y en otras regiones del Estado o del país, sobre este mismo fenómeno.

Palabras claves: servicio de asistencia domiciliar; cuidadores; pacientes domiciliares.

Maristela Maraschin

Enfermeira. Mestre. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Elizabeth Aparecida de Souza

Enfermeira. Mestre. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná/SESA. Cascavel/PR.

Michele Barbosa Pareira

Aluna do curso de graduação em enfermagem da Universidade Paranaense/UNIPAR, campus Cascavel/PR.

Sebastião Caldeira

Enfermeiro. Doutor em Ciências. Docente em Enfermagem na Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Nelsi Salete Tonini

Enfermeira. Doutora. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, campus Cascavel/PR.

Recebido em: 20/07/2017

Aprovado em: 14/03/2017

Introdução

O Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, para pacientes que necessitam de cuidados especiais, visando à melhoria na qualidade de vida do enfermo, e à redução da demanda por atendimentos e internações hospitalares. Abrange ações de promoção à saúde, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. As equipes do SAD têm o papel de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a

fazer a gestão do cuidado, realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado^{1,2}.

Ela possibilita a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias, apoiar às equipes de atenção básica no cuidado aqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, acesso, acolhimento e humanização³.

Diante do crescente aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas e suas complicações, a atenção domiciliar em suas diversas formas de organização, surge como importante alternativa do serviço de atenção à saúde⁴.

Com a progressiva evolução da tecnologia, crescimento da demanda de alta complexidade e envelhecimento populacional, faz-se necessário que os profissionais da saúde obtenham inúmeros conhecimentos e constante atualização de saberes para o aperfeiçoamento da assistência⁵.

Dessa forma, o cuidado a um paciente domiciliado é, sem dúvida, um fator de estresse e desgaste para o cuidador, a equipe de atenção domiciliar deve estimular no cuidador o autocuidado, sempre que possível⁶.

Assim sendo, cabe a equipe do SAD respeitar o espaço familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde, essa assistência prestada no ambiente domiciliar, contribui para a humanização da atenção à saúde, pois envolve pessoas no processo do cuidado³. Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e promover a complementariedade das atividades exercidas por cada profissional⁷.

No SAD a equipe tem o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do cui-

dados dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado⁸. A equipe que presta cuidados domiciliares tem como atribuições respeitar os princípios da assistência domiciliar, compreender o

"O Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, para pacientes que necessitam de cuidados especiais, visando à melhoria na qualidade de vida do enfermo, e à redução da demanda por atendimentos e internações hospitalares."

indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, esclarecimentos de dúvidas e orientações à família, monitorar o estado de saúde do usuário facilitando a comunicação entre família e equipe,

desenvolver grupos de suporte com os cuidadores, realizar reuniões com usuário e família para o planejamento e avaliação da assistência domiciliar⁸.

Os usuários sentem-se respeitados e valorizados diante desse tipo de atitude, e isso faz com que eles colaborem facilmente com a equipe no desenvolvimento das ações na atenção domiciliar⁹.

As dificuldades enfrentadas pelos cuidadores são muitas, pois eles necessitam muitas vezes, assumir simultaneamente o cuidado do doente e o sustento da família¹⁰. A experiência de assumir a responsabilidade de cuidar pacientes dependentes tem sido colocada pelos cuidadores/familiares, como uma tarefa exaustiva e estressante, no domicílio afeta todos os componentes do grupo de diversas maneiras. Sendo assim, existe a necessidade de os profissionais da área da saúde levar em consideração a estrutura e as particularidades de cada família ao estabelecerem suas condutas e orientações, pois ela representa a ligação entre a equipe multiprofissional e a pessoa idosa dependente¹¹.

O processo de conviver e cuidar de um paciente em internação domiciliar é uma incumbência árdua. Além disso, pode gerar aos cuidadores informais uma sobrecarga que é potencialmente promovedora de estresse, ansiedade, medo e sofrimento¹².

A mudança na rotina dos cuidadores domiciliares acarreta sobrecarga de tarefas, despertando sentimentos, como raiva, medo, preocupação e tristeza. Quanto à falta de orientação, este é um problema que os cuidadores enfrentam, e as principais dificuldades relacionam-se ao cuidado com o paciente, ao seu emocional e à situação financeira¹².

As questões pautadas neste estudo foram fundamentadas no referencial do Ministério da Saúde sobre serviço de Atenção Domiciliar¹.

Para tanto, emerge a questão central desse estudo como os familiares e/ou cuidadores de pacientes assistidos

pelo Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) percebem este serviço?

Assim, o presente estudo teve como objetivo conhecer como os familiares e/ou cuidadores, de pacientes assistidos percebem o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) no Município de Palotina/PR.

Métodos

Estudo de campo, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa.

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista, composta por duas partes, a primeira, com dados dos cuidadores e a segunda, foram nove questões abertas pertinentes ao tema do estudo. A coleta de dados aconteceu no domicílio do indivíduo atendido pelo Serviço de atenção domiciliar, no período de 16 a 26 de agosto de 2016. A entrevista foi realizada ao cuidador, foi marcado dia e horário previamente, conforme disponibilidade do entrevistado. Desse modo, os critérios de inclusão foram todos os indivíduos que estavam cadastrados no sistema eletrônico do município, no período da coleta de dados.

Os participantes cuidadores, foram selecionados por meio do prontuário eletrônico Win saúde, disponibilizado no SAD. Estavam cadastrados no sistema eletrônico do município, no período em que ocorreu a coleta de dados 20 pacientes que recebiam Assistência Domiciliar, sendo este o total da amostra do estudo.

O Serviço de Assistência Domiciliar foi implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de Palotina/PR por meio do convênio com o Ministério da Saúde, em março de 2014. A equipe era formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e fisioterapeuta, que atuam para complementar os serviços já existentes no município, dando apoio para as equipes de Saúde da Família do referido município¹³.

A análise dos dados foi quantitativa utilizando a estatística descritiva, calculando a frequência relativa e absoluta.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa que envolve Seres Humanos, da Universidade Paranaense/UNIPAR, conforme parecer número 1.650.722/2016, CAAE: 56871716.5.0000.0109. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o anonimato foi preservado, respeitando-se os princípios da Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos¹⁴.

"(...) o cuidado a um paciente domiciliado é, sem dúvida, um fator de estresse e desgaste para o cuidador"

Resultados e discussões

Quanto as idades dos cuidadores, ficou assim distribuída: entre 16 a 20 anos 2 cuidadores (10%); seguindo 20 a 24 anos 1 cuidador (5%); de 28 a 32 anos 1 cuidador (5%); 36 a 40 anos 2 cuidadores (10%); 40 a 44 anos 1 cuidador (5%); 44 a 48 anos 1 cuidador (5%); 48 a 52 anos 2 cuidadores (10%); 52 a 56 anos 1 cuidador (5%); 56 a 60 anos 1 cuidador (5%); 60 a 64 anos 2 cuidadores (10%); 64 a 68 anos 2 cuidadores (10%); 68 a 72 anos 1 cuidador (5%); 72 a 76 anos 1 cuidador (5%); 76 a 80 anos 2 cuidadores (10%).

Percebeu-se que 60% da amostra encontra-se na faixa etária de 16 a 20

anos, 36 a 40 anos, 48 a 52 anos, 60 a 64 anos, 64 a 68 anos e 76 a 80 anos o que caracteriza uma população de cuidadores na idade produtiva e de idosos que exercem o trabalho de cuidador.

Em um estudo realizado no Centro de Saúde da Família situado em um bairro de Fortaleza/Ceará destaca-se que a faixa etária dos cuidadores varia de 18 a 65 anos, sendo a maioria dos cuidadores revelaram idade superior a 35 anos¹⁵.

Quanto ao gênero dos cuidadores, predominou o feminino. Um estudo realizado na disciplina de Geriatria da UNIFESP/EPM, no estado de São Paulo, aponta que a maioria dos cuidadores são mulheres, com média de 72,4%¹⁶.

Do total da amostra, 13 foram mulheres (65%) e 7 homens (35%). Quanto ao grau de parentesco dos cuidadores, foram encontradas 5 esposas (25%); 2 irmãs (10%); 1 irmão (5%); 2 noras (10%); 2 filhas (10%); 1 filho (5%); 3 mães (15%); 1 pai (5%) e 3 maridos (15%). Observa-se que a maioria dos cuidadores são as esposas, cabendo a elas a responsabilidade do cuidado.

Pertinente a escolaridade temos 2 (10%) participantes analfabetos; 6 (30%) possuíam ensino médio completo; 12 (60%) o ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade dos cuidadores pode prejudicar o entendimento da doença, bem como o auxílio do cuidado. Em outro estudo realizado pelo Programa de Saúde da Família/Associação Congregação Santa Catarina, a escolaridade é predominantemente baixa, o baixo nível pode ser atribuído a esses cuidadores na medida em que eles são inseridos no mercado de trabalho, sendo assim mais provável que esses cuidadores se dediquem a tarefa de cuidar do familiar dependente¹⁷.

Em relação ao local de residência, a totalidade dos participantes é residente na área urbana. Segundo o IBGE a região urbana do município pesquisado é aonde se encontra o maior número de habitantes totalizando de

24.646 pessoas¹⁸.

Quanto à renda do cuidador ou do doente, foi encontrado que a maioria dos sujeitos da pesquisa eram aposentados ou pensionistas, representando 13 (65%) indivíduos; 4 (20%) não tinham renda e 3 (15%) variava entre dois e três salários mínimo. Conforme um estudo realizado em Jandaia do Sul/RS, a renda dos cuidadores estudados era em média de 3 salários mínimos, dificultando o cuidado¹⁹.

A religião predominante neste estudo foi a católica. Importante ressaltar que a religião do paciente era a mesma do cuidador participante do estudo. Ficou evidente que a busca pelo equilíbrio consigo mesmo ou com os outros, e até para o enfrentamento da situação da doença do familiar, as pessoas procuram auxílio e apoio na religião. Em um estudo realizado em Jandaia do Sul/RS, quanto a religião, todos os cuidadores estavam ligados a uma denominação religiosa, sendo que a religião católica era a mais predominante¹⁹.

Em relação ao número de horas diárias dedicadas ao cuidado, dos 20 cuidadores participantes, 17 (85%) refere cuidar o dia todo, 3 (15%) cuidam em torno de 12 horas diárias. Evidenciando que a tarefa de cuidar exige muita dedicação e disponibilidade do cuidador. Em um estudo foi possível verificar que 67,5% dos cuidadores dedicam-se integralmente ao cuidado de 18 a 24 horas por dia, seguido por 12,5% que dedicam de 6 a 12 horas por dia²⁰. Quanto à moradia dos cuidadores, todos residem na mesma casa que o paciente.

A segunda parte do Instrumento de Coleta de Dados, foi composta de nove questões abertas pertinentes ao tema do estudo. Sobre a opinião do atendimento prestado pela equipe do SAD, obteve-se que 10 cuidadores (50%) acham que o atendimento é bom, 3 (15%) que é excelente, 1 (5%) não gosta do atendimento prestado, 3 (15%) não souberam responder e 3 (15%) consideram ótimo.

Em nosso estudo encontramos que 80% dos participantes consideram o atendimento recebido como bom, excelente e ótimo. Segundo um estudo realizado em Bagé/RS o atendimento prestado pela equipe da assistência domiciliar, foi considerado muito bom por 53% e bom por 42% dos entrevistados²¹.

Quanto a melhora do quadro de saúde do familiar depois que começou a receber assistência pela equipe do SAD, a totalidade dos participantes relatou que o quadro de saúde melho-

"A mudança na rotina dos cuidadores domiciliares acarreta sobrecarga de tarefas, despertando sentimentos, como raiva, medo, preocupação e tristeza."

rou bastante. Na questão se a equipe consegue atender as necessidades da patologia do doente, 14 (20%) consideram que sim, que a equipe atende todas as necessidades, 4 (20%) disseram que mais ou menos, 2 (10%) relatam que não. Relativo se gostaria que o doente estivesse recebendo os cuidados na unidade hospitalar, 19 (95%) dos participantes relatam que não, 1 (5%) gostaria que o paciente estivesse na unidade hospitalar.

No estudo realizado em um hospi-

tal universitário no sul do Brasil destaca que a possibilidade de receber a equipe em casa, em uma situação e emergência pode tranquilizar os cuidadores e familiares, visto que o acesso ao atendimento é rápido nessas situações, bem como a redução da longa espera em um serviço de pronto atendimento¹².

Em relação ao contato com a equipe quando o doente necessita de cuidados, pode-se observar que 19 (95%) dos participantes relataram que a equipe é facilmente contatada e 1 (5%) relata bem difícil o contato com a equipe. Foi possível observar que a maioria dos participantes consegue entrar em contato com a equipe quando o doente necessita de cuidado facilmente, vale ressaltar que não tem horário para entrar em contato, qualquer momento que precisou o cuidador pode estar ligando para equipe.

Quanto a definição pelo cuidador sobre a definição do ato de cuidar, a totalidade dos cuidadores definiram como sendo um ato de amor ao próximo que requer atenção, carinho e desgaste por parte de quem realiza o cuidado.

Referente à mudança da rotina/dificuldades depois que começou a executar os cuidados, 18 (90%) dos participantes estudados relatam que a vida mudou completamente, tiveram que abandonar o serviço, mudar de casa, e até mesmo deixar de cuidar de si mesmo para cuidar do doente, 2 (10%) relatam que alterou pouca coisa. No que se refere sobre como é cuidar do seu familiar dependente, 3 (15%) relataram que é uma satisfação, 1 (5%) é uma missão, 2 (10%) ser sofrido e 14 (70%) que é bom cuidar do familiar.

De acordo com os cuidadores participantes, sobre sentirem alguma dificuldade enquanto cuidador, 14 (70%) não ter dificuldade nenhuma, 1 (5%) tem muita dificuldade na hora do banho, 1 (5%) tem dificuldade pois o paciente é muito teimoso, 1 (5%) tem dificuldade na hora de movimentar o doente e 3 (15%) sentem muita dificuldade.

Conclusão

Neste estudo foi possível conhecer como os cuidadores e ou familiares percebem o cuidado ou assistência recebidos pelo SAD. Evidenciou-se que a maioria aprova os serviços prestados pela equipe do SAD.

O estudo evidenciou que, para al-

guns cuidadores o SAD facilitou suas vidas, as dificuldades foram aliviadas com os atendimentos da equipe, 50% dos entrevistados caracterizou o atendimento da equipe como bom. Neste estudo houve predominância de cuidadoras do sexo feminino, quase a totalidade dos cuidadores tem preferência

no cuidado domiciliar, preferem que o paciente esteja em casa e não no âmbito hospitalar.

Dessa forma, espera-se que outros estudos possam ser desenvolvidos, com novos olhares e em outras regiões do Estado ou do País, sobre este mesmo fenômeno. 🐦

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: Serviço de Atenção Domiciliar. Setembro. 2013. Disponível <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>> Acesso em 10/05/2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso em 10/04/2016.
3. Oliviera SG, Kruse MHL. Melhor em casa: dispositivo de segurança. Rev. Texto Contexto Enferm, 2017; 26(1): 2660015.
4. Nazareth JB. Ser-aí-cuidador-e-familiar na vivência da internação domiciliar: contribuições para o cuidado em saúde e enfermagem. Dissertação Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora/MG, 2016.
5. Rigue AC, Dalmolin GL, Speroni KS, Bresolin JZ, Rigue, AA. Satisfação profissional: percepção de enfermeiros de um hospital universitário. Rev. Cogitare Enferm. 2016 Jul/set; 21(3): 01-09.
6. Villa BCLM. Programa de internação domiciliar do Distrito Federal: avanços e desafios. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18592/1/2014_MariaLeopoldinadeCastroVillasBoas.pdf> Acesso 27/04/2016.
7. Campos AG, Oliveira AGB, Oliveira JRT. O Acolhimento na estratégia saúde da família: transformando o processo de trabalho. Rev. Nursing, 2017; 20 (228): 1708-1711.
8. Lacerda JT, Colussi CF, Calderón DBL, Silveira ERS. Implantação e gerenciamento do SAD. UFSC. Florianópolis/SC. UFSC 2015.
9. Lima TJV. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.866-877, 2010.
10. Gomes WD, Resck ZMR. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):496-501.
11. Oliveira MC, Boaretto ML, Vieira L, Tavares KO. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. Semina: Rev.Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 35, n. 2, p. 81-90, jul/dez. 2014.
12. Nogueira AS, Souza RAAR, Casarin RG. O estresse nos cuidadores de pacientes em internação domiciliar. Rev. Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 5(2): 50-64, jul-dez, 2014.
13. Jornal Folha de Palotina. Serviço de Atenção Domiciliar. Completa três meses com resultados positivos em Palotina. Palotina. 2014. Disponível <<http://www.folhadepalotina.com.br/palotina/2693-sad-completa-tres-meses-com-resultados-positivos-em-palotina.html>> Acesso em 05/05/2016.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
15. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2014 disponível <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411790>> Acesso em 05/05/2016.
16. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. Rev. Saúde e Sociedade. São Paulo. 2006. Disponível em <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/3388/S0104-12902006000300014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 15/09/2016.
17. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Rev. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2008. Disponível em <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/3804/art_AMENDOLA_Qualidade_de_vida_dos_cuidadores_de_pacientes_2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 15/09/2016.
18. Brasil. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2014 disponível <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411790>> Acesso em 05/05/2016.
19. Nardi EFR, Oliveira MLF. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. Rev. Cienc Cuid Saude. 2009. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9025/5011>> Acesso em 15/09/2016.
20. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. Rev. Saúde Soc. São Paulo. 2011. Disponível em <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDOI/13038/art_ALEXANDRE_Fatores_associados_a_qualidade_de_vida_de_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 15/09/2016.
21. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev. Saúde Pública. Bagé/RS.2010. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n6/1961.pdf>> acesso em 20/09/2016.

Intenção de doar órgãos em estudantes de enfermagem: influência do conhecimento na decisão

RESUMO | Objetivo: verificar o conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca do processo da doação de órgãos e fatores associados. Método: estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, realizado em duas universidades públicas de Petrolina, Pernambuco de fevereiro a março de 2016. Resultados: a amostra foi composta por 203 alunos dos quais 85,2% tem intenção de ser doador de órgãos, 48,8% avaliam seu conhecimento como regular, porém 74,4% acertaram o conceito de morte encefálica e 79,3% conhecem o critério adequado para se tornar um doador. Quanto à segurança para dar informações sobre doação de órgãos 51,7% afirmam não a ter. Conclusão: os discentes possuem conhecimento adequado sobre o tema, mas consideram sua autoavaliação regular. Estes manifestam a intenção de ser doador de órgãos, bem como de doar órgãos de parentes e o fator principal para essa decisão está na compreensão do conceito de morte encefálica.

Palavras-chaves: estudantes de enfermagem, obtenção de tecidos e órgãos, conhecimento.

ABSTRACT | Objective: Verify the knowledge of nursing students from Petrolina-PE about organ donation. Method: descriptive-exploratory study of quantitative approach, conducted in two public universities in Petrolina Pernambuco, from February to March of 2016. Results: The sample was composed of 203 students of whom 85,2% expressed their intent to be organ donors. 48,8% rated their knowledge about the topic as regular, although 74,4% indicated the necessary condition of brain death in order to make a donation. Furthermore, 79,3% knew the necessary criterion to become a donor. Regarding the security to give information about organ donation 51,7% allege not secure. Conclusion: The students have adequate knowledge about organ donation, but assess their knowledge as insufficient; the majority has the intention to be a organ donator, as well as donate their relatives' organs and the main factor for this decision is the comprehension of the concept of brain death.

Keywords: nursing student, obtaining tissues and organs, knowledge.

RESUMEN | Objetivo: comprobar el conocimiento de los estudiantes de enfermería de Petrolina -PE sobre la donación de órganos. Método: estudio exploratorio descriptivo con enfoque cuantitativo, realizado en universidades públicas. Resultados: la muestra fue compuesta por 203 participantes; de los cuales, 85,2% tienen la intención de ser donantes, 48,8% evaluaron los conocimientos como regulares, sin embargo, 74,4% acertaron el concepto de muerte cerebral y el 79,3% conocen los criterios adecuados para convertirse en donantes. En cuanto a la seguridad para proporcionar información sobre la donación, el 51,7% dijeron que no la tienen. Conclusión: los estudiantes tienen los conocimientos adecuados, pero consideran su auto evaluación regular, expresan la intención de ser donantes de órganos, así como donar los órganos de familiares y el principal factor de esa decisión es comprender el concepto de muerte cerebral.

Palabras claves: estudiante de enfermería; obtención de tejidos y órganos, conocimiento.

Joice Requião Costa

Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas – UNIVASF, Especialista em Nefrologia- UNINTER, Professora Substituta da Universidade do Estado da Bahia- UNEB Campus XII.

Clarissa Gomes Angelim

Acadêmica do 10º período de Enfermagem da Universidade de Pernambuco.

Gerlene Grudka Lira

Mestre em Ciências da Saúde pela UFPE. Professora assistente da Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina.

Christielle Lidiane Alencar Marinho

Mestre em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco. Professora auxiliar da Universidade do Estado da Bahia.

Flávia Emília C. Valença Fernandes

Doutoranda em Inovação Terapêutica pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Gestão e Economia da saúde- UFPE. Professora Assistente da Universidade de Pernambuco Campus Petrolina

Recebido em: 17/05/2017

Aprovado em: 05/03/2018

Introdução

Brasil é o segundo país do mundo em número de transplantes. Em 2017, a taxa de doadores efetivos por milhão de população (pmp) foi de 16,6 (pmp) tendo um aumento em relação ao ano de 2016 (14,6 pmp). A região Sul obteve o melhor resultado com 34,1 pmp, já a região Nordeste obteve 10,8 pmp e no estado de Pernambuco 20,0 pmp. A despeito do alto índice de doações esses números ainda não atendem a necessidade das pessoas que esperam um órgão para transplante^{1,2}.

Grande parte da população Brasileira manifesta a intenção de doar órgãos, po-

rém a maioria não sabe as medidas adequadas que devem tomar e desconhecem o verdadeiro conceito de morte encefálica (ME). De acordo com os princípios da bioética, devido à falta de informação, a população não é capaz de decidir conscientemente sobre a doação de órgãos de um parente falecido. Os meios de comunicação ainda não trazem informações suficientes a ponto de reverter esse quadro, e por vezes, reforçam os mitos e crenças criados pela população³.

Morte encefálica no Brasil é definida pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução 1.480/97, que a descreve como perda progressiva e irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco encefálico e deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida. Após este diagnóstico a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNDO) deve ser notificada compulsoriamente, independente da condição clínica do potencial doador ou desejo do familiar³.

O profissional de saúde tem papel fundamental no incentivo à doação de órgãos, pois o mesmo é formador de opinião da população sobre os aspectos de saúde. Os problemas mais evidenciados no processo de doação de órgãos estão relacionados à subnotificação e a falta de conhecimento sobre os critérios de doação, em especial dos profissionais e acadêmicos de medicina e enfermagem⁴. A dificuldade de entrevistar os familiares sobre a possibilidade de doação, o distanciamento e a descontinuidade do cuidado estão relacionados à qualificação do profissional³.

É necessário um melhor entendimento sobre o processo de doação de órgãos, pois as dúvidas geram uma tomada de decisão desfavorável por parte da população. O transplante de órgãos retrata um dos maiores avanços da medicina, podendo ser, muitas vezes, a última alternativa terapêutica. Entretanto, esse assunto desperta muita discussão que instiga debate nos diversos segmentos da sociedade.⁴

Deste modo a capacitação dos acadêmicos de saúde pode ser uma aliada para

o processo de doação de órgãos, contribuindo para a redução da perda de potenciais doadores e aumentando o número de doações. O enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar, além de prover o cuidado de qualidade aos pacientes transplantados, aos doadores e seus familiares, necessita de conhecimentos, habilidades e adequada comunicação com a família e outros profissionais, o que pode ser reforçado através da educação permanente sobre o assunto e este processo deve ser iniciado durante sua graduação.⁶ Assim, Qual o conhecimento dos estudantes de enfermagem a cerca do processo de doação de órgãos e como este conhecimento foi adquirido?

**"Mesmo com
o conhecimento
adequado, mais da
metade dos alunos não
se sentem seguros como
futuros profissionais
de saúde para dar
orientação sobre
o tema."**

O presente trabalho teve como objetivo verificar o conhecimento dos estudantes de enfermagem de Petrolina – PE acerca do processo de doação de órgãos e fatores associados.

Metódos

Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, realizado com 203 alunos do curso de enfermagem de duas universidades públicas localizadas no Vale do São Francisco, no estado de Pernambuco: A Universidade de Pernambuco (UPE), Campus Petrolina e a Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

Como critério de inclusão participaram os alunos devidamente matriculados no primeiro e último período do curso de enfermagem nas instituições supracitadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram excluídos os alunos não matriculados ou de períodos diferentes do interesse do estudo, além daqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, autoaplicável, adaptado de outros estudos^{7,8}, composto por 17 questões, o qual foi respondido durante os dez minutos finais de aula cedidos pelo professor.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de fevereiro a março de 2016, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, sob o nº 1.279.158. As variáveis analisadas foram sexo, idade, período do curso de graduação, renda familiar, religião, conhecimento sobre doação de órgãos, intenção de ser doador, intenção de doar órgãos de parentes e a forma como o aluno teve contato com a temática.

Após a coleta, os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2010 e em seguida transportados para o programa Stata® 12.0 para tratamento estatístico dos dados. No intuito de verificar as características sócio demográficas e o conhecimento dos estudantes sobre o tema foi aplicada estatística descritiva lançando-se mão da distribuição de frequência para as variáveis qualitativas e medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão – DP) para as variáveis quantitativas.

Para avaliação do conhecimento do estudante foram entendidas a necessidade de estes conhecerem o conceito de ME assim como conhecer os critérios necessários para ser doador, o que foi denominado de conhecimento pleno. Para verificar a associação entre o conhecimento dos estudantes e a intenção de doar, a segurança em orientar a temática, doar os órgãos de parentes e o período do curso, foi aplicado o teste de Qui-quadrado de Pearson. O teste Exato de Fisher expandido foi utilizado quando as frequências observadas se apre-

sentaram menores que 5 ao nível de significância de 5%.

Para avaliar os preditores da intenção de doar órgãos por parte dos estudantes foi realizada análise bivariada inicial, apresentada pelo Odds Ratio bruto (ORbruto), por meio da regressão logística binária utilizando-se valor crítico de $p < 0,20$ como critério de inclusão das variáveis no modelo logístico multivariado. As variáveis independentes utilizadas foram: a renda (até três salários mínimos e três ou mais), conceito de ME (correto e incorreto), período do curso (1º ao 5º e 6º ao 10º), segurança para orientar (sim ou não), ter religião (sim ou não), teve informação na universidade (sim ou não). Após análise bivariada foi realizado o modelo de regressão logística multivariado identificando-se a razão de chance por meio do Odds Ratio ajustado (ORajustado) considerando-se significante os valores de $p < 0,05$. Foram apresentados os respectivos intervalos de confiança de 95% para essa análise.

Resultados

Em decorrência das perdas e recusas (30%, $n=87$), a amostra foi constituída por 203 alunos das duas Universidades, sendo 127 alunos da UPE e 76 da UNIVASF, destes 88,2% eram do sexo feminino, 51,2% estavam na segunda metade do curso, 62,1% tinham renda entre um e três salários mínimos e 56,2% eram católicos. A média de idade dos universitários entrevistados foi de 22,5 anos com intervalo de confiança de 22,0- 23,1 anos e desvio padrão de 3,9.

Com relação as respostas dos discentes quanto à autoavaliação do conhecimento, opinião e informações recebidas sobre doação de órgãos 48,8% avaliaram seu conhecimento como regular. Quando questionados sobre conceito de morte encefálica 74,4% responderam de forma correta, 79,3% conhecem o critério adequado para se tornar um doador. Já com relação à segurança para dar informações sobre o processo de doação 51,7% afirmaram não a ter.

O percentual de alunos que não manifestou a intenção de ser doador de órgãos foi de 13,8%, destes 53,6% refere apenas

Tabela 1. Conhecimento e opinião dos estudantes de enfermagem sobre doação de órgãos. Petrolina, PE, Brasil, 2016.

Variáveis	Número	%
Auto-avaliação do conhecimento (n= 203)		
Bom	92	45,3
Regular	99	48,8
Ruim	10	4,9
Não informado	2	1,0
Conceito de morte encefálica (n= 203)		
Correto	151	74,4
Incorreto	51	25,1
Não informado	1	0,5
Critério para tornar-se doador de órgãos (n= 203)		
Correto	161	79,3
Incorreto	42	20,7
Segurança na orientação da temática (n= 203)		
Sim	98	48,3
Não	105	51,7
Intenção de ser doador (n= 203)		
Sim	173	85,2
Não	28	13,8
Não informado	2	1,0
Motivo de não doação (n=28)		
Medo	6	21,4
Desinformação	3	10,7
Sem causa especificada	15	53,6
Outros	4	4,3

não querer, sem nenhuma causa específica e 21,4% referem não ser doadores por medo. Quando questionados sobre a intenção de doar órgãos de parentes 82,3% dos participantes têm intenção em doar.

No que se refere a obtenção da informação sobre a temática em estudo, 75,9% afirmaram ter recebido dentro da Universidade, destes 32,5% através

de seminários, 30,5% através de aula expositiva e 79,2% avaliaram a informação transmitida como boa. Aqueles que não tiveram informação na Universidade (23,6%) afirmaram ter acesso a mesma através da internet, por meio de jornais e revistas, campanhas na TV, livros ou por mais de uma dessas formas.

Na autoavaliação sobre o conheci-

Variáveis	Número	%
Intenção de doar órgãos de parente (n= 203)		
Sim	167	82,3
Não	36	17,7
Informação sobre doação na Universidade (n= 203)		
Sim	154	75,9
Não	48	23,6
Não informado	1	0,5
Meios de informação na Universidade (n=154)		
Palestra	16	10,4
Roda de conversa	10	6,5
Seminário	50	32,5
Aula expositiva	47	30,5
Outros	6	3,9
Mais de um meio	25	16,2
Avaliação da informação (n=154)		
Boa	122	79,2
Regular	28	18,2
Ruim	3	1,9
Não informado	1	0,7

Fonte: Elaboração própria.

mento de morte encefálica mostrado na maioria daqueles com boa autoavaliação do conhecimento relata ter segurança para orientar sobre o assunto (56,8%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Quando comparado a autoavaliação do conhecimento e a intenção de doar órgãos de parentes e ser doador, foi percebido que 87,2% têm intenção de doar órgãos dos seus familiares e 90,4% se consideram doadores, apresentando diferenças estatísticas ($p < 0,05$). No tocante ao período em curso da Universidade, foi percebido que 87,5% dos que autoavaliaram seu conhecimento como ruim, estavam na primeira metade

do curso ($p = 0,002$).

A associação entre as variáveis do estudo e a intenção de ser doador de órgãos, verificada por meio da regressão logística, evidenciou associação significativa entre a intenção de ser doador e o correto conceito de ME. Os discentes que conhecem o conceito correto de morte encefálica tem duas vezes maior chance ($OR_{aj} = 2,80$, $IC_{95\%} 1,16 - 6,75$, $p = 0,022$) de manifestar a intenção de ser doador de órgãos. A segurança em orientar sobre a temática aumentando a chance em manifestar a intenção de ser doador ($OR_{bruto} = 2,65$; $IC 95\% 1,10 - 6,35$; $p = 0,029$) contudo, quando incluída na análise multivariada, não apre-

sentou significância estatística ($OR_{aj} = 2,39$, $IC_{95\%} 0,95 - 6,03$, $p = 0,064$). Já a renda de até três SM diminui a chance desta intenção ($OR_{bruto} = 0,34$, $OR_{aj} = 0,39$, $IC_{95\%} 0,14 - 1,09$, $p = 0,073$) (Tabela 2).

Discussão

Boa parte dos estudantes entrevistados consideraram como regular seus conhecimentos sobre doação de órgãos, no entanto a maioria definiu corretamente tanto o conceito de ME, como os critérios adequados para se tornar doador. Mesmo com o conhecimento adequado, mais da metade dos alunos não se sentem seguros como futuros profissionais de saúde para dar orientação sobre o tema.

A Universidade, através de seus docentes tem papel de mediador do conhecimento, promovendo o ensino de qualidade, permitindo o desenvolvimento de habilidades e construindo profissionais conscientes para o exercício da profissão. No tocante a temática da doação de órgãos, estudos^{9,10,12,13} vêm confirmando os achados de pouco conhecimento dos estudantes de enfermagem e sugerindo como minimização dessa lacuna a inserção da temática nos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem.

Um estudo sobre a percepção da equipe de enfermagem acerca do cuidado ao potencial doador de órgãos e tecidos identificou que o conhecimento sobre o diagnóstico de ME e o reconhecimento das alterações no corpo do potencial doador influenciam no modo como a equipe de enfermagem presta seus cuidados⁶. A principal dificuldade encontrada no cuidado a esses pacientes está relacionada à família, sendo fundamental o preparo para o acolhimento bem como a informação sobre todo o processo, pois a compreensão vai facilitar o consentimento da doação^{11,14}.

O déficit de conhecimento teórico-prático da equipe de enfermagem demonstra a necessidade do investimento em práticas educacionais. Uma vez que o conhecimento sobre o processo de doação de órgãos e tecidos e das alterações do paciente em ME possibilitarão melhor manutenção

Tabela 2. Correlação entre variáveis e intenção de ser doador de órgãos em estudantes de enfermagem. Petrolina, PE, Brasil, 2016.

Intenção de ser doador	OR Bruto		OR Ajustado	
	ORBruto (IC 95%)	P Bruto	OR Ajustado (IC 95%)	P Ajustado
Renda				
Até 3 salários	0,34 (0,12 – 0,95)	0,041	0,39 (0,14 – 1,09)	0,073
3 ou mais salários	1,00		1,00	
Conceito de ME				
Correto	2,73 (1,19 – 6,30)	0,018	2,80 (1,16 – 6,75)	0,022
Incorreto	1,00		1,00	
Período do curso				
6º ao 10º	1,75 (0,77 – 3,97)	0,177	1,32 (0,55 – 3,18)	0,528
1º ao 5º	1,00		1,00	
Segurança para orientar				
Sim	2,65 (1,10 – 6,35)	0,029	2,39 (0,95 – 6,03)	0,064
Não	1,00		1,00	
Ter religião				
Não	1,82 (0,51 – 6,43)	0,353	-	-
Sim	1,00		-	
Teve informação na universidade				
Sim	0,73 (0,29 – 1,78)	0,487	-	-
Não	1,00		-	

Fonte: Elaboração própria.

para transplante e a efetivação das doações, sendo o conhecimento um dos principais fatores para o sucesso dos transplantes¹⁵.

Foi possível observar que muitos dos estudantes que participaram dessa pesquisa tiveram informação sobre o tema dentro da Universidade. A maioria deles através de seminários, seguido de aula expositiva, outros por meio de palestras e uma minoria participou de rodas de conversa. Na avaliação dos alunos, a informação foi transmitida de forma satisfatória.

O acesso a informação é necessário para se obter resultados positivos no processo de doação, uma vez que as pessoas precisam conhecer sobre o assunto para

ter sua opinião formada criticamente. Após uma campanha de mobilização em prol da doação de órgãos realizada em Goiás no ano de 2012, o Estado obteve um aumento no número de transplantes realizados naquele ano, as ações visavam comunicação espontânea da mídia através de televisão, rádios, jornais impressos, internet e mídias sociais¹⁶.

A maioria dos estudantes desta pesquisa manifesta a intenção de ser doador, apenas uma pequena parte dos alunos não doariam seus órgãos e/ou órgãos de seus parentes. Dentre os que não doariam seus órgãos, a maior parte não tinha uma razão específica, seguido do medo e da falta de

informação. Entretanto, nenhum aluno referiu a não doação por motivos religiosos. Ressalta-se que a intenção de doar seus órgãos é maior quando comparada a intenção da doação do parente, a inferência se deve a população discutir pouco no ambiente familiar sobre a morte e consequentemente sobre a doação.

Um estudo mostra que existem vários fatores que dificultam à entrevista quanto à doação de órgãos e tecidos, um aspecto importante é a falta do conhecimento do desejo manifestado em vida pelo potencial doador em relação à doação de órgãos. Conhecer o desejo da pessoa falecida vai facilitar a entrevista e consequentemente uma decisão favorável¹⁷. Reforçando a ideia de que é necessária a discussão da temática da morte e sobre doação ainda em vida com sua família.

Corroborando com os achados desta pesquisa, acadêmicos de enfermagem de Teresina-PI também eram favoráveis à doação de órgãos e tecidos, fato fundamentado pela profissão trabalhar com propósito de salvar vidas¹³. Esses profissionais são formadores de opinião e têm papel fundamental na educação em saúde com aspecto de uma educação crítica e transformadora, tendo o poder de conscientizar as pessoas a respeito da situação em que vivem e das consequências de suas escolhas para sua saúde¹⁷.

Como razões apontadas para não doação de órgãos, em uma pesquisa com 136 pacientes usuários de um centro de saúde, estes referiram a não compreensão do significado da ME e a crença que o potencial doador falecido ainda teria possibilidade de estar vivo. Verificaram que o grau de confiança no processo de diagnóstico de ME e na capacidade do médico em verificar tal situação é baixo, podendo influenciar negativamente a decisão sobre a doação de órgãos¹⁴.

Outro estudo aponta que as representações sociais que orientam a decisão familiar de recusar a doação de órgãos estão amparadas na forma como a assistência foi prestada ao parente, na cultura da conservação do corpo íntegro após a morte e

da falta de entendimento da morte encefálica como morte¹⁷.

Um aspecto relevante nos achados da pesquisa foi a associação entre o conhecimento correto do conceito de morte encefálica, a segurança para orientar sobre a temática com o aumento da chance de manifestar a intenção de doar seus órgãos, além disso, estes se encontravam na segunda metade do curso. Os resultados reforçam a ideia de que os alunos com maior avanço de conhecimentos ao longo da graduação têm uma maior aquisição de informações para a tomada de uma decisão consciente, bem como para prestar orientações à população.

Quando questionados sobre conceito de morte encefálica 74,4% responderam de forma correta, 79,3% conhecem o cri-

tério adequado para se tornar um doador. Já com relação à segurança para dar informações sobre o processo de doação 51,7% afirmaram não a ter.

Conclusões

Os discentes apresentaram conhecimento adequado sobre o processo de doação de órgãos, embora na sua autoavaliação o conhecimento é considerado regular.

A maioria dos estudantes manifesta a intenção de ser doador de órgãos, bem como de doar órgãos de parentes. Os fatores que contribuem para essa manifestação estão no fato da compreensão adequada do conceito de morte encefálica, ter segurança para orientar a população e estar na segunda metade do curso, ou seja, o conhecimento adequado influencia na

decisão a favor da doação de órgãos. Dentro das universidades pesquisadas a doação de órgãos foi exposta na maioria das vezes através de seminários e aula expositiva, com avaliação satisfatória por maior parte dos discentes.

Como limitação do estudo aponta-se o fato do questionário ser autoaplicável, o que pode gerar interpretação equivocada de algum participante, além do preenchimento incompleto do mesmo.

Vale ressaltar a importância da ampliação de discussão do tema nas universidades, bem como campanhas educativas para mobilização da discussão familiar, com foco na compreensão do conceito correto de morte encefálica, a fim de aumentar o número de pessoas favoráveis a doação de órgãos no país. 🐦

Referências

1. Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado. São Paulo; 2017. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtoV03/Upload/file/RBT/2017/rbt-imprensa-leitura-compressed.pdf>
2. Pernambuco C de T. Notificações, doações em Pernambuco. 2015. Disponível em: <http://www.transplantes.pe.gov.br>
3. Morais TR, Morais MR. Doação de órgãos: é preciso educar para avançar. Saúde em Debate. 2012;36(95):633–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400015&lng=en&nrm=iso&tling=pt
4. Barreto BS; Santana SJB; Nogueira EF; Fernandez BO; Brito FPG. Fatores relacionados à não doação de órgãos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2016, 18(3): 40-48
5. Mattia AL, Rocha ADM, Filho JPA de F, Barbosa MH, Rodrigues MB, Oliveira MG. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. Rev - Cent Univ São Camilo. 2010;4(1):66–74. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/novo/publicacoes/publicacoesSumario.php?ID=73&rev=b&sum=1363&idioma=pt>
6. Almeida AM De, Carvalho ES de S, Cordeiro GM. Cuidado ao potencial doador: percepções de uma equipe de enfermagem. Rev Baiana Enfermagem. 2015 Dec 17;29(4):328–38. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13641>
7. Mendes KDS, Roza B de A, Barbosa S de FF, Schirmer J, Galvão CM. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. Texto Context Enferm. 2012;21(4):945–53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400027&lng=en&tling=en
8. Galvão, Flavio H.F et al 2007. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplantes de órgãos. Rev Assoc Med Bras. 2007;5(53):401–6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000500015
9. Schirmer J, Leite RF, Roza BDA, Silva AS, Fujinami TI, Lemos MC De, et al. Doação de órgãos e tecidos : o que sabem os estudantes do ensino médio? einstein. 2007;5(3):213–9.
10. Cardoso GMP, Figueredo WN. Universidade e sociedade : o papel do professor na (re) construção do conhecimento. Rev Intersaberes. 2013;8(15):36–49.
11. Soares LMD, Leite RG, Rocha FCV. Conhecimento dos graduandos de uma instituição de ensino superior sobre a doação de órgãos. R Interd. 2015;8(2):158–68.
12. Lima CSP, Batista AC de O, Barbosa S de FF. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. Rev eletrônica enferm. 2013;15(3):780–9. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-717964>.
13. Freire ILS, Oliveira de Mendonça AE, Bessa de Freitas M, Melo G de SM, Costa IKF, Torres G de V. Compreensão da equipe de enfermagem sobre a morte encefálica e a doação de órgãos. Rev eletrônica Trimest Enfermería. 2014;(36):179–93. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/pt_administracion1.pdf
14. Becker DV, Rosenzweig PQ. A importância da comunicação estratégica para a promoção de ações de saúde pública. Rev Panor. 2015;5(1):117–29.
15. Santos MJ dos, Massarollo MCKB. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. ACTA Paul Enferm. 2011;24(4):472–8.
16. Sousa LB de, Torres CA, Pinheiro PN da C, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: A atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2010;18(1):55–60. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a10.pdf>
17. Teixeira RKC, Gonçalves TB, Silva JAC da. A intenção de doar órgãos é influenciada pelo conhecimento populacional sobre morte encefálica? Rev Bras Ter Intensiva. 2012 Set;24(3):258–62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2012000300009&lang=pt
18. Lira GG, Pontes CM, Schirmer J, Lima LS de. Ponderações de familiares sobre a decisão de recusar a doação de órgãos*. Acta Paul Enferm. 2012; 25(2):140–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000900022&script=sci_arttext&tling=pt.

Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento de enfermeiros do município de Ji-Paraná, Rondônia, Brasil

RESUMO | Objetiva-se analisar o conhecimento de enfermeiros em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizada com 39 enfermeiros do município de Ji-Paraná, Rondônia, por meio de questionários autoaplicáveis, entre os meses de janeiro e julho de 2015. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples. Os resultados da pesquisa revelaram que 38 entrevistados (97%) declararam-se conhecedores, contudo, apenas 28 deles (72%), souberam identificar corretamente todas as fases, 19 (49%) já vivenciaram a SAE, e 33 (85%) mostraram-se interessados em realizar a SAE. Os resultados sugerem que são necessárias ações que fortaleçam a promoção da sistematização dentro das instituições de saúde, visando revelar o protagonismo do enfermeiro como agente cuidador, necessário para melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

Palavras-chaves: conhecimento; enfermeiros; processo de enfermagem.

ABSTRACT | The present study aims to analyze the nurses' knowledge about the Systematization of Nursing Care (SNC). A descriptive, exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, performed with 39 nurses from the city of Ji-Paraná, Rondônia, using self-administered questionnaires, between January and July 2015. An analysis of the data was performed using simple descriptive statistics. The results of the survey revealed that 38 respondents (97%) declared themselves to be knowledgeable, however, only 28 of them (72%) were able to correctly identify all phases, 19 (49%) have already experienced the SNC, and 33 (85%) were interested in performing SNC. The results suggest that actions are needed to strengthen the promotion of systematization within health institutions, aiming to reveal the role of nurses as caregivers, necessary to improve the quality of care provided to patients.

Keywords: knowledge; nurses; nursing process.

RESUMEN | Se objetiva analizar el conocimiento de enfermeros en relación a Sistemática de Asistencia de Enfermagem (SAE). Un estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal, con abordaje cuantitativa, realizada con 39 enfermeros del municipio de Ji-Paraná por medio des cuestionario auto aplicativo, entre los meses de enero y julio de 2015. Sus analices de los datos fue realizados por medio de estadísticas descriptivas simples. Los resultados de la pesquisa revelan que 38 entrevistados (97%) declaran conocedores, todavía, apenas con 28 de ellos (72%) supuran identificar todas las fases, 19 (49%) ya vivenciaran a SAE, y 33 (85%) mostraran interesadas en realizar a SAE. Los resultados sugieren que son necesarias acciones que fortalezcan la promoción de la sistematización dentro de las instituciones de salud, buscando revelar el protagonismo del enfermero como agente cuidador, necesario para mejorar la calidad de la asistencia prestada al paciente.

Palabras claves: conocimiento; enfermeros; processo de enfermería.

Lucélia Ferreira Xavier

Enfermeira da UTI Móvel da Unimed Ji-Paraná. Especialista em Urgência Emergência e UTI, pela UNIJIPA. Graduada pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná.

Silviani Bromatti Mateus da Silva

Enfermeira - Graduada pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná. Especialização = MBA em Auditoria em Saúde - Uninter.

Yane Cleo de Oliveira Silva Nazario

Enfermeira. Professora na universidade Nove de Julho - UNINOVE. Especialista em saúde coletiva.

Orlete Donato Oliveira

Enfermeira- Graduada pelo Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná. Especialista em Administração Hospitalar-pela UNIP; Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo IEP_HSL.

Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

Professor universitário nas Universidades Nove de Julho (UNINOVE) e Anhanguera de São Paulo. Enfermeiro especialista em Urgência e Emergência, UTI e em Saúde Pública Mestrado em Reabilitação. Doutorado em Biotecnologia em Saúde.

Recebido em: 10/01/2018

Aprovado em: 22/02/2018

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada uma metodologia de trabalho que propicia ao enfermeiro ferramentas para aplicação de conhecimentos técnicos, científicos e humanos ao cuidado humano, nos diversos níveis de atenção à saúde⁽¹⁾.

Este método foi introduzido como Disciplina nos cursos de Enfermagem entre as décadas de 1920 e 1930, voltado à prática dos estudos de caso e também ao planejamento dos cuidados. Entretanto, sua implantação de forma enfática nos serviços de saúde brasileiros, ocorreu

apenas por volta das décadas de 1970 e 1980, influenciada pela "Teoria das Necessidades Humanas Básicas", de Vanda de Aguiar Horta⁽²⁾.

Na atualidade, a SAE é amparada pela Resolução nº. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que estabelece a implantação do processo de enfermagem em todas as unidades de assistência à saúde, públicas ou privadas, nas quais ocorram cuidados de enfermagem, competindo ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação deste processo, sendo consideradas etapas privativas o diagnóstico e a prescrição de enfermagem⁽³⁾.

A enfermagem atual desenha-se como ciência e vem buscando construir seus valores e estabelecer suas teorias por intermédio da implementação da SAE, objetivando romper com os mitos e empirismos envoltos ao processo de cuidar sem embasamento científico⁽⁴⁾.

Observa-se que nem sempre o enfermeiro apropria-se do cuidar com ciência, muitas vezes sendo privado de suas ações assistências e assumindo, cada vez mais, atividades burocráticas e administrativas. A presente pesquisa justifica-se devido à grande necessidade de implantação da SAE nas Unidades da região. Além disso, acredita-se ser fundamental evidenciar os problemas relacionados à prática profissional, possibilitando o planejamento de estratégias voltadas para o fortalecimento da enfermagem e da sistematização da assistência como metodologia essencial ao processo de cuidar.

Considerando os argumentos supramencionados, apresenta-se a seguinte pergunta norteadora: qual o conhecimento dos enfermeiros do Município de Ji-Paraná acerca da SAE?

Tentando elucidar o questionamento acima, o objetivo deste artigo foi analisar o conhecimento dos enfermeiros de Rondônia, acerca da SAE.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, transversal, com abordagem quantitativa, realizada entre os meses de

janeiro e julho de 2015, com 39 enfermeiros de duas instituições (uma pública e uma privada) do município de Ji-Paraná, Rondônia. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro e estar atuando nas instituições pesquisadas. Os critérios de exclusão: profissionais em licença ou férias.

A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética do CEULJI/ULBRA, conforme parecer positivo sob o CAAE nº. 38988314.0.0000.5297. Antes da coleta de dados, os profissionais foram esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa e

"A enfermagem atual desenha-se como ciência e vem buscando construir seus valores e estabelecer suas teorias por intermédio da implementação da SAE, objetivando romper com os mitos e empirismos envoltos ao processo de cuidar sem embasamento científico⁽⁴⁾."

manifestaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado pela Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizou-se, para coleta de dados, um questionário de Oliveira et al⁽⁵⁾, contendo três questões abertas e doze questões com alternativas de múltipla escolha. As informações coletadas foram armazenadas e tabuladas no Software Microsoft Office Excel® 2010 e analisadas por meio de estatística descritiva simples.

Resultados e discussão

A população somando os dois serviços era de 53 enfermeiros em todos os plantões, a amostra de profissionais entrevistados totalizou 39 enfermeiros, sendo eles 30 mulheres e 9 homens, com tempo médio de experiência de 8 a 9 anos, e renda média mensal de dois mil e quinhentos reais. O estudo avaliou diversos aspectos relacionados ao conhecimento do enfermeiro na SAE, tais como: conhecimento e compreensão das fases, bem como existência da SAE em seu local de trabalho, vivência da SAE em algum momento da vida profissional e aspiração em aplicar a SAE em sua rotina diária de trabalho. Os valores percentuais correspondentes são expressos pela Tabela 1.

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram que os enfermeiros pesquisados denominaram-se conhecedores da SAE, contudo, ao serem abordados em relação às fases do processo, principalmente no momento de assinalar a ordem das respectivas fases da sistematização. Observa-se que houve uma redução do número de pesquisados afirmando compreendê-las, também uma diminuição expressiva de pesquisados assinalando a ordem correta das fases componentes da sistematização, em cerca de vinte cinco pontos percentuais.

O conhecimento do enfermeiro acerca da SAE é considerado de extrema importância, pois este sistema de trabalho possibilita-lhe realizar uma assistência adequada ao paciente, prevenindo o problema, avaliando suas consequências e tomando decisões precisas para solucioná-lo. Além disso, o conhecimento sobre este método é importante para o direcionamento das atividades a serem desempenhadas pelo enfermeiro e sua equipe, conforme as necessidades de saúde levantadas a partir dos problemas de cada cliente⁽⁶⁾.

Este processo requer do profissional conhecimentos teórico e prático necessários para a elaboração das ações a serem desempenhadas pela equipe de enfermagem, a fim de suprir as necessidades de saúde do paciente, família e

Tabela 1. Conhecimento dos enfermeiros sobre SAE. Ji-Paraná, Rondônia, Brasil, 2017.

Variáveis	Sim (%)	Não (%)
Referiram conhecer a SAE	97	3
Referiram compreender as fases da SAE	90	10
Assinalaram a ordem correta da SAE	72	28
Vivenciaram a SAE	49	51
Existe SAE nesta unidade	13	87
Acreditam que a instituição onde trabalham oferece condições para sistematização da assistência	36	64
Gostariam de Sistematizar	85	15
A instituição oferece condições para sistematização	36	64

Nota: dados da pesquisa, 2017.

comunidade em determinado momento do processo saúde-doença⁽⁷⁾.

Levando em conta a importância do conhecimento do enfermeiro acerca da sistematização, pode-se inferir que faz-se necessário ao enfermeiro o domínio do processo. Entretanto, nem sempre estes profissionais, em suas funções diárias de trabalho, têm contato direto com a sistematização, o que acaba contribuindo para equívocos em relação ao domínio de suas fases. Este fato resulta na depreciação do processo de evolução do profissional enfermeiro como agente protagonista no desenvolvimento da sistematização e, consequentemente, transmitindo seus reflexos negativos sobre os usuários⁽⁷⁾.

Autores⁽⁷⁻⁸⁾ asseguram que a não utilização da sistematização está relacionada ao afastamento entre o pensar e o realizar, especialmente pela falta de preocupação com a qualidade da assistência, pois, muitas vezes, o enfermeiro acaba atendo-se apenas as demandas do serviço.

O estudo evidenciou que quase metade dos pesquisados já aplicaram a SAE em algum momento de sua vida profissional, ou durante a graduação, o que contribui para formação do conceito de sistematização.

É evidente que quando vivenciam a prática, os enfermeiros reconhecem a importância do conhecimento e do pro-

"O estudo evidenciou que quase metade dos pesquisados já aplicaram a SAE em algum momento de sua vida profissional, ou durante a graduação, o que contribui para formação do conceito de sistematização."

cesso de capacitação, apresentando mudanças positivas em relação à implementação da SAE⁽⁹⁾.

Observa-se na prática que, muitas vezes, apesar de terem experiência em sistematização, os enfermeiros acabam por não adotá-la como instrumento de trabalho, em razão dos inúmeros problemas presentes em suas rotinas diárias, como demanda aumentada de clientes, falta de recursos humanos treinados, falta de recursos materiais adequados para realiza-

ção de procedimentos, falta de um instrumento adequado, sobrecarga de trabalho, entre outros.

Ao analisar as respostas dos profissionais referentes à prática de sistematização nas instituições pesquisadas, foram observadas divergências, pois a maioria dos enfermeiros entrevistados afirmou não existir a sistematização, contudo uma minoria afirmou existir. Esta divergência de respostas pode ser explicada pelo fato dos pesquisados interpretarem fases do processo como sistematização, pois não foi constatada, em nenhuma das Unidades, a sistematização da assistência, conforme estabelecido pela Resolução n.º. 358/2009 do COFEN⁽³⁾.

É sabido que a implantação da SAE em instituições de Saúde no Brasil não atende a demanda necessária para a assistência adequada ao paciente. Isto pode acontecer em decorrência: da falta de infraestrutura das instituições⁽¹⁰⁾; falta de interesse por parte das chefias⁽¹¹⁾; associado ao déficit no número de profissionais de enfermagem destinados a atender as unidades, principalmente nos finais de semana (12); sobrecarga de trabalho; incipiência de conhecimentos sobre a SAE; ausência de educação permanente; dimensionamento inadequado das equipes; falta de conhecimento dos diagnósticos de enfermagem e seu raciocínio clínico; além de resistência às mudanças, devido a dificuldades de aceitação por parte dos demais membros da equipe multiprofissional⁽¹³⁾.

Apesar dos problemas relacionados aos processos de trabalhos e as estruturas organizacionais, a pesquisa revelou que a grande maioria dos entrevistados, de ambas as instituições, ainda assim, gostaria de sistematizar a assistência, todavia, quase dois terços dos pesquisados acreditam que a instituição não oferece condições para sua operacionalização.

Por este motivo, apesar da propensão à sistematização evidenciada pelos resultados da pesquisa, estudos demonstram que a mera vontade da equipe de enfermagem em sistematizar não é suficiente para que SAE ocorra⁽¹⁴⁾. Além disso, existe

necessidade de implantação de normas, rotinas, fluxos e processos voltados para implementação das ações necessárias ao processo de sistematização.

Contudo, apesar da SAE ser considerada um importante instrumento para a equipe de enfermagem, pois assegura a qualidade e continuidade da assistência prestada⁽¹⁵⁾, é imprescindível aos enfermeiros a capacidade e competência para levantar as necessidades do cliente e propor soluções inovadoras aos seus cuidados⁽¹⁶⁾.

É notório que um profissional que compreende a importância da SAE, conhece o processo, mostre-se interessado e receptivo à ideia de aplicá-la diariamente, porém observa-se que o modelo administrativo atual e as condições de trabalho, não contribuem para que a mesma torne-se uma realidade.

Não diferente do contexto das demais unidades brasileiras, as instituições pesquisadas também possuem problemas relacionados a pessoas, processos e serviços, que necessitam do planejamento de estratégias

voltadas para gestão de riscos e qualidade da assistência, aperfeiçoamento dos recursos humanos, visando à segurança do paciente e crescimento profissional.

Neste contexto, tendo em vista o assunto apresentado e discutido ao longo deste trabalho, acredita-se que o presente estudo provoca no mundo acadêmico uma reflexão profunda acerca da realidade das instituições de saúde brasileiras, o que possibilitará na prática clínica, bases para um possível aperfeiçoamento dos modelos assistenciais atualmente estabelecidos e socialmente uma mudança de paradigmas visando o bem-estar social coletivo.

Conclusão

Confrontando o objetivo proposto, os resultados do estudo mostram que os profissionais têm conhecimento e compreensão sobre o tema, gostariam de sistematizar a assistência, porém, afirmam que as instituições de trabalho não oferecem condições para implantação do processo. As dificuldades citadas estão relacionadas à

sobrecarga de trabalho, número reduzido de profissionais, falta de estrutura e organização dos processos.

Constatou-se a inexistência de um instrumento para aplicação da SAE, sendo que, apenas na Unidade Pública fora verificada a presença de um instrumento de visita diária, bastante compacto, contendo campos para levantamento de dados parciais de sinais e sintomas, queixas e exame físico.

Diante do exposto, faz-se necessária a adoção de medidas de fortalecimento da enfermagem e valorização da SAE nas instituições de Saúde, como ferramenta de trabalho essencial ao processo do cuidar.

Portanto, mostra-se urgente o investimento em mais estudos acerca da temática atual, visando cada vez mais o conhecimento do cenário das instituições de saúde brasileiras, objetivando o aperfeiçoamento dos processos assistenciais visando a qualidade da assistência e consequentemente o bem-estar físico, mental e social da coletividade. 🐦

Referências

1. Fernandes GCM, Becker SG, Ramos DJS, Prado RA, Sasso GMD, Martins CR. As expressões da arte em enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico. *Texto contexto enferm.* 2011; 20(1):167-74.
2. Neves RS, Shimizu HE. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: implementação e avaliação. 1ª ed. Curitiba (PR): CRV; 2015.
3. COFEN. Resolução Cofen nº 358/2009 [Internet]. 2009 [acesso em __ (23) __ (ago) __ (2017)]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
4. Andrade JS. Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de urgência e emergência: autonomia e visibilidade da equipe de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2016; 58(3):261-65.
5. Oliveira LM, Evangelista, RA. Sistematização da assistência de enfermagem (SAE): excelência no cuidado. *Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM.* 2010; 7(1):83-88.
6. Botelho J, Veloso GBL, Favero L. Sistematização da assistência de enfermagem: o conhecimento da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. *Enferm Foco.* 2013; 4(3,4):191-201.
7. Malucelli A, Otemaier KR, Bonnet M, Cubas MR, Garcia TR. Sistema de informação para apoio à Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4):629-36.
8. Oliveira LMS, Paulino SRR, Santos DPMA. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades de implantação da SAE em instituições hospitalares do município de Goiânia-GO e Trindade-GO. Apresentação no III seminário de pesquisa e TCC da Faculdade União de Goyazes. 2012; 37-52.
9. Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Canever BP. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2015; 19(2):252-58.
10. Luiz FF, Mello SMM, Neves ET, Ribeiro AC, Tronco CS. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2010 [acesso em __ (23) __ (ago) __ (2017)]; 12(4):655-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8642>.
11. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(5):675-79.
12. Silva MM, Moreira MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2):172-80.
13. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(2):297-03.
14. Vasconcelos CP, Boaventura PP, Lima LR de et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Rev enferm UFPE on-line.* 2011; 5(1):10-9.
15. Menezes SRT, Priel MR, Pereira LL. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):953-58.
16. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(2):297-03.

Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em unidade de pronto atendimento 24 horas

RESUMO | Objetivo: Este artigo objetivou traçar o perfil do usuário hipertenso atendido em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Método: Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória realizada no município de Campina Grande, Paraíba. A coleta foi realizada a partir de um banco de dados ativo, submetida a análise estatística para obtenção de resultados. Resultados: Dentre os 417 sujeitos atendidos na triagem, 87 (20,9%) hipertensos foram contemplados, com prevalência do sexo feminino 64 (73,6%), acima de 50 anos de idade 64 (73,6%). A maioria, proveniente do município de Campina Grande 71 (18,4%), se sobressaindo o turno da noite com 35 (40,2%) atendimentos, do total, 42 (48,3%) foram classificados na área verde e 36 (41,4%) na amarela. Conclusão: O Enfermeiro é responsável por conhecer o protocolo Manchester de classificação de risco de urgência, bem como o perfil dos usuários e os sinais e sintomas, de modo que haja uma classificação adequada.

Palavras-chaves: enfermagem; atendimento de urgência; hipertensão.

ABSTRACT | Objective: This article aimed trace a hypertensive user's profile attended in the 24h emergency unit. Method: It is about a quantitative, descriptive and exploratory research carried out in the city of Campina Grande, Paraíba, Brazil. The gathering was fulfilled from a active database and submitted to statistical analyses for delivery of results. Results: Among the 417 subjects attended in the triage, 87 (20,9%) hypertensive patients were contemplated, with prevalence of female sex 64 (73,6%), over 50 years old 64 (73,6%). The majority, coming from the municipality of Campina Grande 71 (18,4%), standing out the night shift with 35 (40,2%) attendances, among all, 42 (48,3%) classified in green area and 36 (41,4%) in yellow area. Conclusion: The nurse is responsible for knowing the Manchester protocol of urgency risk classification, as well the user's profile and yours sinais and symptoms, in a way that has a proper classification.

Keywords: nursing; ambulatory care; hypertension.

RESUMEN | Objetivo: Este artículo objetivo trazar el perfil del usuario hipertenso atendido en Unidad de Pronto Atención 24 horas. Método: Se trató de una investigación cuantitativa, descriptiva y exploratoria realizada em Campina Grande, Paraíba, Brasil. La recolección se realizó en una base de datos activa, sometida al análisis estadístico para obtener resultados. Resultados: De los 417 sujetos atendidos, 87 (20,9%) hipertensos fueron contemplados, con la prevalencia del sexo femenino 64 (73,6%), mayores de 50 años de edad 64 (73,6%). en su mayoría proveniente del municipio de Campina Grande 71 (18,4%), sobresaliendo el turno de la noche en atendimientos 35 (40,2%). Se clasificaron en su mayoría en el área verde 42 (48,3%) y amarilla 36 (41,4%). Conclusión: El enfermero es responsable de conocer el protocolo Manchester de clasificación de riesgo de urgencia, así como el perfil de los usuarios y los signos y síntomas, de modo que haya una clasificación adecuada.

Palabras claves: enfermería; servicio de urgência; hipertensión.

Iago Vieira Gomes

Enfermeiro Pós-graduando em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), Paraíba, Brasil. Pesquisador no Projeto UTI Visitas (Hospital Moinhos de Vento & Ministério da Saúde).

Larissa dos Santos Sousa

Enfermeira Residente em Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Regional do Agreste pela Universidade Estadual de Pernambuco (UPE), Pernambuco, Brasil.

Aísha Sthéfany Silva de Meneses

Enfermeira Residente em Saúde da Família e da Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Jogilmira Macêdo Silva Mendes

Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Paraíba, Brasil.

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Almeida

5Enfermeira. Especialista. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Paraíba, Brasil.

Taciana da Costa Farias Almeida

Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem pela UFPB. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Paraíba, Brasil.

Recebido em: 20/01/2018

Aprovado em: 22/02/2018

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica e fator de risco para doenças cardiovasculares, caracterizada pelos valores de pressão arterial aumentados e sustentados acima de 140 mmHg x 90 mmHg^(1, 12). Quando diagnosticada e tratada precocemente na atenção primária à saúde, pode evitar complicações como a Doença Arterial Coronariana (DAC), Insuficiência Cardíaca (IC), Insuficiência Renal Crônica (IRC) e Acidente Vascular Encefálico (AVE)⁽²⁾.

O descontrole dos níveis pressóricos pode levar o indivíduo ao desenvolvi-

mento de crise hipertensiva, caracterizada pelos valores de pressão arterial acima de 180 mmHg x 110 mmHg, classificadas em Urgência Hipertensiva (UH), quando não há lesão em órgãos-alvo, ou Emergência Hipertensiva (EH), quando há lesão em órgãos-alvo⁽³⁾. Estes casos são vistos comumente na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, devido ao perfil de atendimento oferecido pelo serviço.

Em virtude do descontrole dos níveis pressórico, os sujeitos recorrem à serviços de urgência como a UPA 24 horas, em busca de atendimento especializado, assim, correndo o risco de receber o diagnóstico impreciso de crise hipertensiva, e consequentemente medicações desnecessárias, comprometendo o estado atual da doença⁽⁴⁾.

No Brasil, estudo detectou que a maior parte dos hipertensos que procuram serviços de urgência são mulheres, idosos, cor branca e com os níveis pressóricos normais⁽⁵⁾. O sintoma mais frequente encontrado é a cefaleia, que pode ser de qualquer tipo em indivíduos hipertensos⁽⁶⁾.

Dentre os métodos terapêuticos de tratamento e controle da crise classificada como UH, tem-se condições de um ambiente calmo e favorável para observação desse paciente, associado ao uso de medicamentos anti-hipertensivos, prestando uma assistência à saúde adequada, visando a manutenção da pressão arterial⁽⁷⁾.

O conhecimento do perfil dos indivíduos hipertensos que são admitidos na UPA 24h é de grande relevância, no que diz respeito a avaliação das práticas em saúde, bem como a estruturação de medidas de intervenção adequadas de acordo com a classificação de risco a qual o Enfermeiro é o responsável por conhecer e aplicar. Desse modo, o estudo contribui para a elaboração de soluções e diminuição dos casos de internações por complicações da doença.

Observando a importância da Unidade de Pronto Atendimento 24h no

município, a magnitude do cuidado ao paciente hipertenso, e considerando ainda, a HAS como uma doença grave que pode gerar complicações graves e até a morte, pergunta-se: como se caracteriza o paciente hipertenso atendido na UPA 24h do município de Campina Grande?

"Em virtude do descontrole dos níveis pressórico, os sujeitos recorrem à serviços de urgência como a UPA 24 horas, em busca de atendimento especializado, assim, correndo o risco de receber o diagnóstico impreciso de crise hipertensiva, e consequentemente medicações desnecessárias, comprometendo o estado atual da doença⁽⁴⁾."

Metódos

Pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória⁸, dada a partir de um recorte do projeto intitulado: Perfil dos usuários atendidos no acolhimento da unidade de Pronto Atendimento 24h da cidade de Campina Grande-PB.

O projeto foi realizado na UPA 24 horas do município de Campina Grande, através da aplicação de um formulário

de 16 questões elaborado pelos pesquisadores. Foram respeitados os aspectos éticos, de acordo com a resolução CNS 466/2012. A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com parecer nº 872.633.

No atual estudo, a amostra foi selecionada por conveniência do banco de dados ativo previamente elaborado, incluindo os usuários que tinham diagnóstico de hipertensão arterial que passaram pela triagem; os demais indivíduos que não possuíam diagnóstico de HAS, foram excluídos da pesquisa. Por se tratar de um recorte, a coleta de dados foi realizada entre Março e Abril de 2017. Após a coleta, os dados foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 21.0. Os resultados foram interpretados, descritos e apresentados em forma de tabelas.

Resultados

Do total de 417 sujeitos atendidos na UPA 24 horas, 87 hipertensos foram contemplados neste estudo, sendo estes, entrevistados durante a avaliação para a classificação de risco e prioridade de atendimento, no setor de triagem. Entre os usuários atendidos, 64 (73,6%) eram mulheres. Foi verificado que 64 (73,6%) encontravam-se numa faixa etária maior que 50 anos de idade, considerando o somatório da faixa etária 6 e 7.

As classes 1 e 2 de faixa etária, não apresentaram amostra de sujeitos atendidos na UPA 24H com quadro de HAS.

O maior número de usuários hipertensos, buscaram o serviço no turno da noite 35 (39,78%), e o turno da manhã foi o de menor quantitativo de atendimentos 26 (29,54%). Ao realizar o cruzamento dos dados relacionados ao sexo e turno de atendimento na UPA, encontraram-se os dados da Tabela 2.

71 sujeitos (81,6%) eram do município de Campina Grande-PB, e embora todos os hipertensos dispusessem de

Tabela 1. Distribuição dos usuários hipertensos segundo a faixa etária e o sexo. n=87. Campina Grande, 2015.

Sexo	Faixa Etária n (%)					Total n(%)
	3	4	5	6	7	
Feminino	2 (2,3%)	6 (6,9%)	10 (11,5%)	12 (13,8%)	34 (39,1%)	64 (73,6%)
Masculino	0 (0,0%)	2 (2,3%)	3 (3,4%)	4 (4,6%)	14 (16,1%)	23 (26,4%)
TOTAL n(%)	2 (2,3%)	8 (9,2%)	13 (14,9%)	16 (18,4%)	48 (55,2%)	87 (100%)

Legenda: Faixa Etária - 1 (0 a 10 anos), 2 (11 a 20 anos), 3 (21 a 30 anos), 4 (31 a 40 anos), 5 (41 a 50 anos), 6 (51 a 60 anos), 7 (> 60 anos).

uma unidade básica de saúde próximo, 38 (43,7%) alegaram não procurar uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) devido a necessidade de um atendimento de maior complexidade, 22 (25,3%) afirmaram não haver médico na unidade, e 11 (12,6%) relataram o fechamento e/ou desativação da UBSF. O que pode contribuir com a prática da automedicação, auto relatada por 21 (24,1%) sujeitos.

Quanto ao uso de medicamento para HAS, 76 (87,4%) relataram fazer uso como indicado. Dentro dos valores de PA, destacam-se os valores de pressão arterial média: PAS = 144 mmHg ($\pm 28,237$) e mediana 140 mmHg, e PAD = 85 mmHg ($\pm 15,086$) com mediana de 90 mmHg. O valor de pressão arterial máxima foi de 240 mmHg para PAS e 130 mmHg para PAD, e o de pressão arterial mínima foi de 80 mmHg para PAS e 60 mmHg para PAD.

De acordo com a classificação recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2016), os hipertensos podem ser classificados em cinco categorias quanto ao diagnóstico de HAS, conforme descrito na tabela abaixo.

Durante o processo de triagem na UPA 24h, os usuários atendidos foram

"De uma amostra de 417 sujeitos atendidos na sala de triagem da UPA 24H, foram contemplados neste estudo 87 (20,9%) usuários hipertensos, com a prevalência do sexo feminino, acima de 50 anos de idade, em sua maioria proveniente do município de Campina Grande-PB, se sobressaindo o turno da noite em atendimentos."

selecionados e classificados de acordo com o protocolo de classificação de risco de Manchester nos atendimentos de urgência. Esse, considera a gravidade da doença ou o potencial de agravamento do caso, facilitando a interação da equipe frente a situação. Quanto a classificação, 42 (48,3%) receberam uma pulseira verde, enquanto 36 (41,4%) a amarela, sete (8%) a azul, e duas (2,3%) a vermelha, relacionada a área de atendimento os quais foram encaminhados.

81 sujeitos (93,1%) tiveram resolutividade do problema no serviço, quatro (4,6%) tiveram como desfecho a procura pela UBSF local e dois (2,3%) foram encaminhados para serviços especializados fora da unidade de pronto atendimento.

Discussão

De uma amostra de 417 sujeitos atendidos na sala de triagem da UPA 24H, foram contemplados neste estudo 87 (20,9%) usuários hipertensos, com a prevalência do sexo feminino, acima de 50 anos de idade, em sua maioria proveniente do município de Campina Grande-PB, se sobressaindo o turno da noite em atendimentos.

A prevalência do sexo feminino pode estar associada a maior preocupação e conscientização dessas com a própria saúde⁽⁹⁾. Estudo realizado com pacientes de um ambulatório no Rio Grande do Sul também demonstrou a prevalência de indivíduos hipertensos do sexo feminino, corroborando com os resultados da atual pesquisa⁽¹⁰⁾.

No entanto, esse achado pode também estar associado ao fato dos homens terem mais dificuldades no reconheci-

Tabela 2. Distribuição dos usuários hipertensos de acordo com o sexo e turno de atendimento. n=87. Campina Grande, 2015.

Sexo	Turno de Atendimento n(%)			Total n(%)
	Manhã	Tarde	Noite	
Feminino	17 (19,5%)	21 (24,1%)	26 (29,9%)	64 (73,6%)
Masculino	9 (10,3%)	5 (5,7%)	9 (10,3%)	23 (26,4%)
TOTAL n(%)	26 (29,9%)	26 (29,9%)	35 (40,2%)	87 (100%)

Tabela 3. Distribuição dos sujeitos de acordo com a classificação da PAS e PAD recomendada na VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) 2016. n=87. Campina Grande, 2015.

Classificação	PAS (mmHg)	n(%)	PAS (mmHg)	n(%)
Normal	≤ 120	(19) 21,9%	≤ 80	(40) 46,0%
Pré-hipertensão	121 - 139	(17) 19,5%	81 - 89	(0) 0,0%
Hipertensão estágio 1	140 - 159	(27) 31,0%	90 - 99	(24) 27,6%
Hipertensão estágio 2	160 - 179	(14) 16,1%	100 - 109	(19) 21,8%
Hipertensão estágio 3	≥ 180	(10) 11,5%	≥ 110	(4) 4,6%
TOTAL n(%)		(87) 100%		(87) 100%

mento das próprias demandas em saúde⁽¹¹⁾. Além disso, existe a preocupação com os suprimentos e manutenção familiar, a falta de tempo devido ao trabalho, e a vergonha frente ao preconceito e estigma social.

Com relação a faixa etária, foi observado o aumento gradativo da prevalência da hipertensão conforme o avançar da idade, sendo de sobremodo elevado em indivíduos com mais de 50 anos de idade. Em parte, isso se deve ao processo de envelhecimento vascular, com alterações na parede dos vasos e consequente enrijecimento, diminuição fisiológica da elastina e depósito de colágeno, o que aumenta o diâmetro do vaso, alterando a PA⁽¹²⁾.

Quanto ao turno de atendimento, houve um aumento significativo da procura pelo serviço durante o turno da noite por parte dos sujeitos do sexo feminino, o que pode indicar a indisponibilidade dessas mulheres durante o período diurno, devido ao crescimento constante da inserção no mercado de trabalho.

Todos os usuários relataram dispor de uma UBSF próxima, com boa cobertura das áreas e distribuição das unidades no município, no entanto, pode ser observado que a questão da funcionalidade do serviço está prejudicada, uma vez que parte dos sujeitos relataram a ausência do médico na UBSF ou fechamento/desativação da mesma. Esse tipo de problema está associado a gestão dos serviços de saúde, responsáveis

pela contratação de profissionais qualificados, melhoramento da infraestrutura, mapeamento das áreas, fiscalização das ações de trabalho, entre outras responsa-

"(...) é preciso compreender as necessidades do serviço, de modo que sejam elaboradas estratégias que possibilitem a precisão nos atendimentos, bem como a classificação de risco adequada e o uso de terapêuticas devidas (...)"

bilidades administrativas.

Segundo a classificação de PA estabelecida em 2016 pela SBC⁽¹³⁾, mais da metade dos sujeitos apresentaram a PAS maior igual a 140 mmHg, e PAD maior igual a 90 mmHg, apresentando-se hipertensos (estágio I, II ou III) com a PA descontrolada. Evento não esperado, uma vez que 87.4% (76) a afirmaram o

uso da medicação anti-hipertensiva de forma adequada.

Os indivíduos recorrem ao serviço de urgência (UPA 24H) muitas vezes em um estado clínico de resolatividade primária e um dos problemas associados é a deficiência de adesão terapêutica e a prática da auto medicação. Os homens comparados as mulheres, possuem taxa mais baixa de conhecimento sobre a doença e adesão ao tratamento, assim como também o maior número de faltas à consultas médicas⁽¹⁴⁾.

Como consequência do descontrole da PA, tem-se os quadros de crises hipertensivas, havendo lesões de órgãos alvo (EH) ou não (UH), podendo afetar o sistema cardiovascular, sistema nervoso e/ou o sistema urinário⁽¹²⁾. Diante dessa realidade, os usuários recorrem ao serviço de urgência (UPA 24h), onde se faz necessário a identificação da crise, bem como a classificação e tratamento adequado.

Dentro da unidade os sujeitos são alocados de acordo com o protocolo Manchester de classificação de risco dos serviços de urgência, com o objetivo de organizar e garantir o atendimento de todos. Esse processo de triagem deve ser executado pelo Enfermeiro, dando encaminhamento aos casos e promovendo a continuidade da assistência à saúde⁽¹⁵⁾.

Conclusão

A HAS é considerada um grande problema de saúde pública devido as altas taxas de prevalência e os índices de morbidade e mortalidade, bem como as complicações associadas. Os resultados da pesquisa denotam a importância do conhecimento do perfil do usuário hipertenso atendido no serviço de urgência, tendo maior prevalência para o sexo feminino, com faixa etária maior de 50 anos.

Os pacientes hipertensos que necessitam de atendimento de urgência, recorrem a UPA 24 horas, sendo necessário o reconhecimento dos sinais e sintomas relacionados ou não a HAS,

Tabela 4. Apresentação das principais queixas relacionadas a HAS e os seus respectivos valores pressóricos. n=87. Campina Grande, 2015.

Classificação	Queixas Relacionadas a HAS			Queixas não relacionadas a HAS	Total n (%)
	Cefaleia	Dor Epigástrica	Dispneia		
PAS média	148 mmHg [± 26,959]	135 mmHg [± 42,753]	133 mmHg [± 15,275]	-	-
PAD média	92 mmHg [± 11,650]	82 mmHg [± 21,667]	86 mmHg [± 15,275]	-	-
TOTAL n(%)	8 (9,2%)	9 (10,4%)	3 (3,5%)	67 (77%)	87 (100%)

bem como a classificação adequada dos sujeitos.

Diante do impacto causado pelo descontrolado da PA e os fatores associados, vale salientar a necessidade do conhecimento por parte dos serviços e os profissionais de saúde, sobre o cuidar individualizado a cada sujeito, tendo como base as características gerais desse grupo populacional e o conhecimento

sobre a classificação da doença.

Fatores como idade, sexo, procedência, turno de atendimento, adesão terapêutica, prática da automedicação, condições de moradia, acesso aos serviços, valores pressóricos, classificação de risco e da doença, e resolutividade do problema, são de extrema importância, uma vez que permitem ao profissional, desenvolver ações terapêuticas interpro-

fissionais eficazes, com objetivo de reduzir os agravos e garantir a qualidade de vida do sujeito.

Desse modo, é preciso compreender as necessidades do serviço, de modo que sejam elaboradas estratégias que possibilitem a precisão nos atendimentos, bem como a classificação de risco adequada e o uso de terapêuticas devidas, diminuindo os índices de auto medicação, e desconroles da PA, sendo o profissional Enfermeiro, o responsável pelo conhecimento do protocolo e reconhecimento dos sinais e sintomas, para que haja a classificação adequada.

Vale destacar ainda, a importância de novos estudos que permitam o conhecimento sobre as várias dimensões do cuidado aos indivíduos hipertensos dentro dos serviços de urgência, proporcionando uma assistência com excelência permeada de cuidados adequados, dentro de uma visão holística sobre o sujeito. 🐦

Referências

1. WEBER, M. A.; SCHIFFRIN, E. L.; WHITE, W. A.; MANN, S.; LINDBOLM, L. H.; VERNERSON, J. G.; et. al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J Hypertens*. v. 32, n. 1, p. 3-15, 2014.
2. SOUZA, A. O.; YAMAGUCHI, M. U. Adesão E Não Adesão Dos Idosos Ao Tratamento Anti-Hipertensivo. *Saúde e Pesquisa*, v. 8, p. 113-122, 2015.
3. PEREIRA, S. E.; AGUIAR, R. S.; VIAN, V. H.; CUNHA, E. M.; TEIXEIRA, M. A. Análise crítica do atendimento da crise hipertensiva em Unidade de Pronto Atendimento de Itaperuna – Rio de Janeiro. *Rio de Janeiro, RMB Maio 12*, v. 69, n. 5, p. 139-144, 2010.
4. SANTOS, M.; RODRIGUES, T. Hipertensão Arterial na Urgência. *Rev Port Clin Geral*. v. 24; p. 411-417, 2008.
5. CAMPANHARO, C. R. V.; OLIVEIRA, G. N.; ANDRADE, T. F. L.; OKUNO, M. F. P.; LOPES, M. C. B. T.; BATISTA, R. E. A. Hipertensão Arterial no Serviço de Emergência: Adesão medicamentosa e conhecimento da doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 23, n. 6, p. 1149-1156, 2015.
6. OIGMAN, W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. *JBM*, v. 102, n. 5, p. 13-18, Set/Out, 2014.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. v. 107, n. 3, set 2016.
8. GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
9. BORIM, F. S. A.; GUARIENTO, M. E.; ALMEIDA, E. A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 107-111, 2011.
10. CAVALHEIRO, A. S.; FONSECA, M. J.; SBRUZZI, G.; GOLDMEIER, S. Perfil de pacientes atendidos em um ambulatório de hipertensão arterial: há diferenças entre sexos? *Porto Alegre, mar*; v. 35, n. 1, p. 110-115, 2014.
11. PORTELA, P. P.; MUSSI, F. C.; GAMA, G. G. G.; SANTOS, C. A. S. T. Fatores associados ao desconrole da pressão arterial em homens. *Acta Paul Enferm*, Salvador, v. 29, n. 3, p. 307-315, 2016.
12. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, 2011.
13. Malachias, M.V.B.; Souza, W.K.S.B.; Plavnik, F.L., Rodrigues C.I.S., Brandão A.A., NEVES M.F.T., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83.
14. JIANG, B; LIU, H; RU, X; ZHANG, H; WU, S; WANG, W. Hypertension detection, management, control and associated factors among residents accessing community health services in Beijing. *Sci Rep*. v. 4, p. 4845, 2014.
15. JUNIOR, W. C.; TORRES, B. C. B.; RAUSCH, M. C. P. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. *Grupo Brasileiro de Classificação de Risco – GBCR*, Abr, 2014.

Avaliação da dor frente à técnica de eletroacupuntura em crianças com disfunções miccionais

RESUMO | Introdução: As disfunções miccionais possuem alta incidência entre as crianças, com potencial de afetar a qualidade de vida destes indivíduos. É necessária a avaliação das terapêuticas utilizadas para tratar este problema quanto a sua capacidade de gerar dor. Objetivo: Avaliar a existência de dor nas crianças com distúrbios miccionais submetidas à técnica de eletroacupuntura. Método: Estudo avaliativo de abordagem quantitativa realizado em abril e maio de 2011 com 24 crianças em tratamento com eletroacupuntura em um Centro de Distúrbios Miccionais na Infância da cidade de Salvador-BA. Resultados: Em todas as sessões foi constatada presença de dor, contudo esta foi predominantemente caracterizada como leve e sua prevalência foi maior na primeira sessão e no momento inicial desta. Conclusão: O procedimento tem potencial de gerar dor em crianças e é necessária a adoção de medidas que atenuem este sintoma, de forma a melhorar a assistência e promover maior aceitação do tratamento.

Palavras-chaves: eletroacupuntura; dor; enfermagem.

ABSTRACT | Introduction: The miccional dysfunctions have high incidence among children, with potential of affecting the quality of life of these patients. It's necessary the evaluation of therapeutic used to treat this problem regarding the ability to produce pain. Objective: To evaluate the existence of pain in children with miccional dysfunctions submitted to the technique of electroacupuncture. Method: Evaluative study with quantitative approach carried on in April and May 2011 with 24 children in treatment with electroacupuncture in a Center of Miccional Disorders in Childhood in the city of Salvador-BA. Results: In all sessions presence of pain was observed, however it was predominantly characterized as mild pain and its prevalence was higher in the first session and in the beginning of this. Conclusion: The procedure has the potential to generate pain in children and it's necessary to adopt measures that decrease the pain, improving care and the acceptance of the treatment.

Keywords: electroacupuncture; pain; nursing.

RESUMEN | Objetivo: identificar los factores que ocasionan la caída en los ancianos, considerando consecuencias, y describiendo cambios ocurridos en la vida diaria de los ancianos que son asistidos por la Estrategia Salud de la Familia. Método: se trata de una investigación descriptiva exploratoria, con abordaje cuantitativo con corte transversal. Se realizó con ancianos con 60 o más de edad. Ancianos atendidos en la Estrategia Salud de la Familia, en el período de octubre / 2017. En la mayoría de los casos, se observó que el 43,59% (n=17) tenía una edad comprendida entre 60 a 69 años incompletos, cuando se observó la variable acceso a la Unidad de Salud se observó que el 64,10% (n=25) se refiere a tener buen acceso, cuando se verifica la variable ya cayó se observó que el 84,62% (n=33) respondieron sí. Conclusión: La caída es un evento de causa multifactorial, con factores extrínsecos e intrínsecos relacionados de alta complejidad terapéutica y de difícil prevención, exigiendo de esa forma un abordaje multidisciplinario y una asistencia continúa la salud de anciano por medio de estrategia.

Palabras claves: eletroacupuntura; dolor; enfermería.

Alice de Andrade Santos

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil; Enfermeira da Secretaria de Saúde de Salvador, Bahia, Brasil

Larissa Chaves Pedreira

Enfermeira, Doutora. Docente da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Cristina Nunes Vitor de Araujo

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Enfermeira do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Salvador, Bahia, Brasil.

Emanuela Santos Oliveira

Enfermeira, Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica em Enfermagem pela EBMS, Salvador, Bahia, Brasil; Enfermeira do Hospital Santa Isabel, Salvador, Bahia, Brasil.

Maria Thais de Andrade Calasans

Mestre e Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil;

Climene Laura de Camargo

Enfermeira, Doutora. Docente da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Raniele Araújo de Freitas

Enfermeira especialista em Unidade de Terapia Intensiva, pelo programa de residência da Escola de Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Louise Lisboa de Oliveira Villa

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Enfermeira do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Salvador, Bahia, Brasil.

Samylla Maira Siqueira

Doutoranda pela EBMS. Docente da Universidade Jorge Amado, Salvador, Bahia, Brasil.

Recebido em: 15/10/2017

Aprovado em: 21/01/2018

Introdução

As disfunções miccionais possuem alta incidência entre as crianças, afetando até 20% da população pediátrica⁽¹⁾. Podem ser causadas por alterações neurológicas (bexiga neurogênica) ou funcionais, sendo que, no primeiro caso, as alterações resultam, geralmente, dos distúrbios espinhais como mielomeningocele, lipomeningocele, agenesia sacral e lesões ocultas, além da paralisia cerebral⁽²⁾.

Na atualidade, são empregadas diferentes técnicas à base de eletricidade para tratamento das disfunções miccionais. A eletricidade é uma forma de energia física que, quando utilizada, pode interferir significativamente sobre os tecidos biológicos. A eletroestimulação traz um conjunto de procedimentos no qual circula uma corrente elétrica, a fim de se obter uma resposta fisiológica significativa, tornando-se dependente da intensidade, frequência e largura dos pulsos utilizados⁽³⁾.

A eficácia da eletricidade no tratamento dos distúrbios da micção é referida em estudos⁽⁴⁻⁵⁾ que utilizaram técnicas elétricas na terapêutica do paciente. Em uma pesquisa⁽⁴⁾ que buscou determinar a efetividade da estimulação elétrica nervosa transcutânea parassacral em crianças e adolescentes com urgência/urge-incontinência urinária foi demonstrada regressão da incontinência urinária em metade dos pacientes. Neste mesmo direcionamento, outro estudo⁽⁵⁾ apontou a eletroestimulação percutânea como um tratamento eficaz para as disfunções do assoalho pélvico e da musculatura vesical após observar seus efeitos em pacientes com disfunções de eliminação submetidos à neuromodulação por esta técnica.

Um dos procedimentos à base de eletricidade consiste na eletroacupuntura (EA), que inclui a passagem de uma corrente elétrica pela agulha de acupuntura⁽⁶⁾ a partir da inserção de eletrodo e agulha na região do nervo tibial posterior, ocasionando uma estimulação elétrica. Considerando-se os efeitos positivos já comprovados pela literatura^(4-5,7-9) acerca da eletricidade no tratamento dos transtornos miccionais e do potencial

da EA neste processo, faz-se relevante investigar a existência de sensações dolorosas provenientes da EA, com o intuito de compreender o impacto desta intervenção sobre a criança e assim desenvolver ações de conforto durante a realização desta técnica.

Ademais, destaca-se que além de a literatura acerca da EA no tratamento de distúrbios miccionais na infância ainda ser escassa, nenhum dos estudos publicados no Brasil aborda especificamente a avaliação da dor na criança exposta a este procedimento, o que caracteriza o ineditismo desta proposta.

Nesta perspectiva, o presente estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: há dor em crianças com distúrbios miccionais submetidas à técnica de eletroacupuntura? Para responder a este questionamento, o objetivo deste trabalho foi avaliar a existência de dor nas crianças com distúrbios miccionais submetidas à técnica de eletroacupuntura.

Metódos

Estudo avaliativo, com abordagem quantitativa, desenvolvido no Centro de Distúrbios Miccionais na Infância (CEDIMI), localizado em Salvador-BA nos meses de abril e maio de 2011.

Os participantes 24 crianças de ambos os sexos, selecionadas pelos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a três anos durante a coleta de dados; ter capacidade de se comunicar verbalmente; ter diagnóstico médico de disfunção miccional com indicação de EA; estar em atendimento pelo CEDIMI no período

de realização deste estudo. Foram excluídas as crianças cujos pais ou responsáveis não autorizaram a participação no estudo.

As crianças foram submetidas a 12 sessões de EA, de acordo com critério médico preestabelecido, tendo sido avaliadas na 1ª, 6ª e 12ª sessões, com o objetivo de analisar a dor no início, meio e final do tratamento.

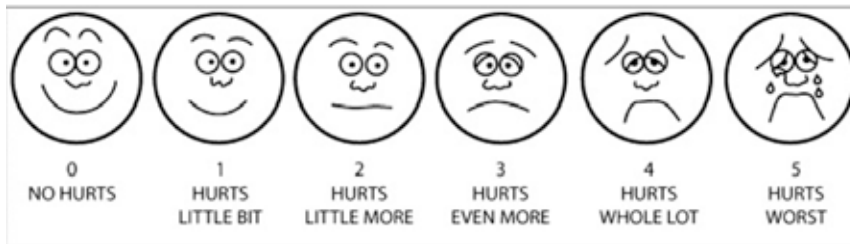
A coleta de dados foi realizada por duas graduandas do curso de Enfermagem, sob a supervisão de uma enfermeira orientadora. Para tanto, foi utilizada a Escala de Faces da Dor de Wong-Baker (Figura 1) que consiste numa escala horizontal de seis faces, pontuadas de 0 a 10, que mostra uma face sorrindo à esquerda, que corresponde a “nenhuma dor” a uma face chorando à direita, que corresponde a “muita dor”⁽⁸⁾.

Para caracterização dos participantes da pesquisa, foi utilizado um formulário contendo questões fechadas que contemplavam variáveis acerca dos dados pessoais da criança, existência de irmãos, acompanhamento pré-natal pela genitora, condições de parto e amamentação.

Os dados foram analisados e interpretados estatisticamente a partir de frequência simples por médias e percentuais e sua apresentação se deu a partir da exposição dos resultados em um gráfico e uma tabela.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e aprovado sob o protocolo nº 068/2011. Em todas as etapas, foram considerados os aspectos éticos propostos pela Resolução 466/2012⁽¹⁰⁾, do Conselho Nacional de Saúde.

Figura 1. Escala de faces da dor de Wong-Baker.



Classificação da dor: 0 – sem dor; 1 a 2 – dor leve; 3 – dor moderada; 4 – dor forte; 5 – dor insuportável

Fonte: Wong-Baker FACES Foundation, 2018⁽¹¹⁾.

Tabela 1. Características das crianças com distúrbios miccionais, pré-avaliadas pela Enfermagem para o tratamento com eletroacupuntura no CEDIMI, Salvador-BA, 2011.

Características da criança	Sexo (%)		Total % (n = 24)
	Feminino (n = 18)	Masculino (n = 6)	
Faixa etária			
3 a 4 anos	16,7	-	12,5
5 a 7 anos	22,2	83,3	37,5
8 a 10 anos	33,3	16,7	29,2
11 a 16 anos	27,8	-	20,8
Irmãos			
Nenhum	16,7	33,3	20,8
1 a 2	66,7	50,0	62,5
3 a 4	16,7	33,3	16,7
Único	16,7	33,3	20,8
Gêmeo	11,1	-	8,3
Primogênito	16,7	16,7	16,7
Meio	16,7	16,7	16,7
Mais novo	38,9	33,3	37,5

Fonte: CEDIMI.

Resultados

Conforme representado na Tabela 1, a maioria das crianças (37,5%) se situava na faixa etária de 5 a 7 anos e possuía algum irmão (79,2%).

Quando ao acompanhamento pré-natal, foi revelado que das genitoras destas crianças 33,3% tiveram tal assistência por um número de seis consultas, conforme recomendam as diretrizes do Ministério da Saúde (MS)⁽¹²⁾, tendo 79,2% nascido por meio de parto normal.

No que diz respeito à amamentação e aleitamento materno exclusivo (AME), foi identificado que grande percentual destas crianças (91,7%) foi amamentada por um tempo médio de 7,6 meses, sendo o AME observado em 41,7% dos casos, com tempo médio de 5 a 6 meses

Em se tratando da dor relacionada ao procedimento de EA, conforme pode ser visualizado no Gráfico 1, as crianças submetidas a esta técnica foram avaliadas em três momentos – início, meio e fim – por três sessões, com o intuito de conhecer o

nível de dor advinda do procedimento. Assim, estas avaliações aconteceram na 1^a, 6^a e 12^a sessões.

O Gráfico 1 mostra os resultados da aplicação da escala de faces da dor de Wong-Baker durante o procedimento de EA. Observa-se que os relatos de “ausência de dor” aumentaram de uma sessão para a outra, de forma que no início da primeira sessão 45,8% referiram não sentir dor. Este número se elevou no início da segunda sessão (79,2%), atingindo seu ápice no início da última sessão (95,8%).

Discussão

Os distúrbios miccionais são apontados na literatura⁽¹³⁾ como um problema que pode afetar crianças de qualquer idade, mesmo sendo mais evidente tal problemática no período que abrange a retirada de fraldas e a entrada na adolescência.

Embora normalmente sejam associados a distúrbios comportamentais e/ou educacionais^(1,14), o que permite inferir uma maior prevalência entre crianças de

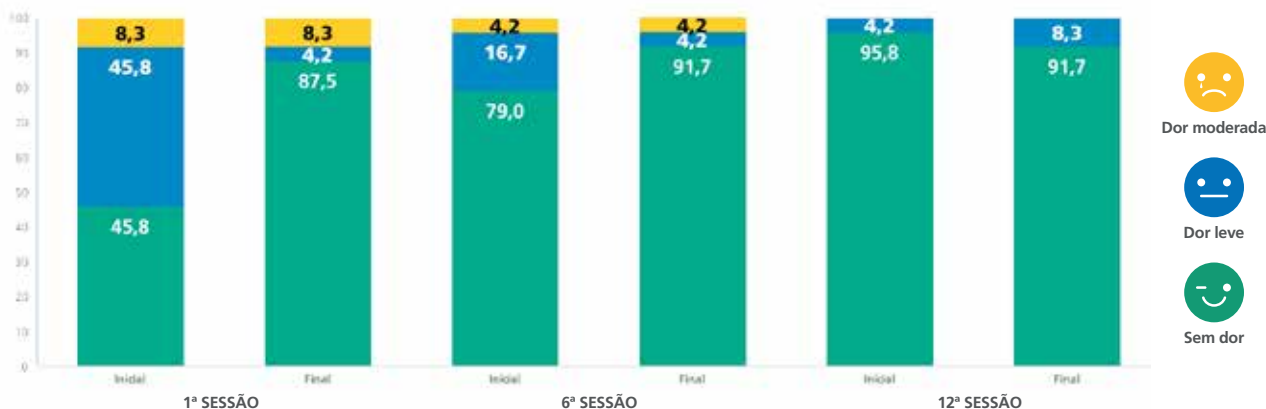
menor idade, os problemas urinários podem afetar indivíduos em qualquer momento da infância, não tendo sido a faixa etária aqui predominante particular a este estudo. Assim, tal média de idade também foi encontrada em outros trabalhos^(15,16), ao passo que em outras pesquisas foram identificadas idades adversas, como a maior prevalência entre crianças mais jovens⁽¹⁷⁾ e também naquelas maiores⁽¹⁸⁾. Neste mesmo direcionamento, em outro estudo⁽¹⁹⁾ que buscou avaliar a qualidade de vida de crianças de 4 a 12 anos com bexiga hiperativa, a autora não identificou diferença de idade entre os grupos.

Importa considerar que crianças com problemas miccionais enfrentam barreiras sociais, na vida escolar e dentro do próprio convívio familiar, de modo que o constrangimento e o estigma resultantes destes problemas podem ser suficientes para o desencadeamento de distúrbios de comportamento, autoexclusão social e problemas escolares⁽¹⁾, conforme aventado numa pesquisa⁽¹⁹⁾ que revelou que crianças com bexiga hiperativa apresentaram maior prejuízo na qualidade de vida que aquelas sem sintomas miccionais.

No que diz respeito à existência de irmãos, considera-se importante saber se a criança é filha única ou não, pois os distúrbios miccionais podem ser decorrentes de eventos estressantes na vida do indivíduo, sendo o nascimento de irmãos um destes fatores⁽²⁰⁾. Contudo, a partir dos resultados, pode-se concluir que, no caso das crianças estudadas, o nascimento de irmãos não pode necessariamente ser associado aos problemas de micção, visto que em sua maioria (37,5%) elas eram “caçulas”.

Em se tratando da assistência pré-natal, esta constitui-se como cuidados, condutas e procedimentos em favor da gestante e do conceito realizados de forma preventiva, tendo como objetivos identificar, tratar e/ou controlar patologias prévias, prevenir complicações na gestação e parto, assegurar a boa saúde materna e o bom desenvolvimento fetal e reduzir os índices de mortalidade⁽²⁰⁾. No contexto dos transtornos da micção, o pré-natal é significativo

Figura 2. Distribuição da escala em crianças de 3 a 17 anos com distúrbios miccionais submetidos ao tratamento com eletroacupuntura no CEDIMI, Salvador-BA, 2011.



Fonte: CEDIMI.

pelo potencial de a adequada assistência neste período revelar problemas do sistema urinário antes mesmo do nascimento, permitindo a intervenção precoce.

Corroborando a importância da assistência pré-natal nos distúrbios miccionais, a literatura⁽²¹⁾ refere que as malformações do trato urinário fetal representam 20% do total das anomalias estruturais diagnosticáveis durante a assistência pré-natal, sendo as uropatias obstrutivas as mais frequentes e a principal causa de falência renal entre crianças e adolescentes. Diante disso, pode-se caracterizar como significativo o fato de apenas 33,3% das crianças analisadas neste estudo terem tido tal assistência conforme recomendações do MS⁽¹²⁾.

Não foram identificados na literatura estudos que relacionassem a EA no tratamento dos distúrbios miccionais em crianças. Contudo, a expressão da redução da dor no decorrer das sessões nos leva a inferir que, de fato, pode ter ocorrido devido a uma menor ansiedade por parte das crianças nas sessões posteriores à primeira, visto que o procedimento já havia se tornado conhecido e conforme pode-se perceber, a existência de algia na primeira sessão ocorreu em pouco mais da metade das crianças (54,1%), tendo sido caracterizada como “moderada” em apenas 8,3% dos casos.

Para avaliação da dor existem alguns instrumentos, entre estes destaca-se a Escala de Faces de Wong-Baker (Figura 1)⁽²²⁾. Esta foi adotada para avaliar “dor leve” (faces 1 e

"As disfunções miccionais possuem alta incidência entre as crianças, afetando até 20% da população pediátrica⁽¹⁾. Podem ser causadas por alterações neurológicas (bexiga neurogênica) ou funcionais."

2), “dor moderada” (faces 3 e 4) e “dor intensa” (faces 5 e 6). Embora a dor seja uma experiência subjetiva, sua percepção e expressão por meio do uso desta escala funciona como um alerta para a adoção de medidas que visem à atenuação deste sintoma.

Houve relatos de dor leve em todas as sessões e de dor moderada nas duas primeiras. A dor pode ser causada pelo próprio quadro clínico, pelo tratamento, pelos procedimentos e potencializada pelo medo, ansiedade e incertezas.

Nesse contexto, estudo corrobora a necessidade de intervenção da enfermagem para auxiliar o ser humano na busca da compreensão da dor, do sofrimento, da doença e de sua existência, então deve-se entender que a criança é um corpo biológico que se está sendo construído, vulnerável, física e emocionalmente ao processo de doença, devendo ser protegida e cuidada⁽²³⁾.

A adoção de medidas para alívio da dor, de acordo com os resultados deste estudo, deve acontecer em todas as sessões. Contudo, a existência de dor é maior na primeira sessão e no início, o que sugere que nesta etapa os cuidados adotados sejam intensificados a exemplo do toque terapêutico, que pode ofertar à criança condições para restabelecer-se e aceitar melhor as sessões posteriores. O toque terapêutico é um tratamento no qual, por meio das mãos, a energia, o calor e o amor são transferidos de uma pessoa para o corpo de um receptor. Esse método orienta o paciente sobre como proceder para focar sua atenção no processo de atenuação da dor^(24,25).

Assim, este estudo elucidou a existência de dor nas crianças submetidas à EA e aponta para a necessidade de participação ativa da equipe de enfermagem, para avaliar e tratar a sensação dolorosa durante este procedimento, através do toque terapêutico, que proporciona massagem, contato físico, conforto, segurança e confiança, além de reduzir a tensão e o medo, promovendo um cuidado humanizado.

Conclusão

Conclui-se que o procedimento de EA não gerou dor na maioria das crianças em todas

as sessões. Contudo, foi observado que o seu uso para tratamento de distúrbios miccionais nas crianças deste estudo foi capaz de gerar algum tipo de dor, especialmente na primeira sessão e na fase inicial desta. De acordo com a escala de faces de dor, essa sensação dolorosa foi predominantemente caracterizada como “leve” e em poucos casos como “moderada”, não havendo associação entre o procedimento e relatos de “dor intensa”.

Salienta-se que há uma precariedade de estudos no que concerne à associação entre eletroacupuntura e distúrbios

miccionais. Desta forma, recomenda-se a realização de estudos que investiguem a participação da enfermagem e suas intervenções no tratamento destes distúrbios, principalmente tratando-se de estratégias de atenuação da dor em crianças expostas ao procedimento.

Espera-se que os resultados tragam subsídios para a prática de profissionais que trabalhem com EA no tratamento de distúrbios miccionais em pediatria, contribuindo para uma melhor assistência à criança e, com isto, maior aceitação do tratamento pela população pediátrica e sua família. 🐦

Referências

- Jesus LE. Disfunção miccional – doença funcional e social. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2012;39(2):085.
- Fonseca EMGO, Monteiro LMC. Diagnóstico clínico de disfunção miccional em crianças e adolescentes enuréticos. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80: 147-53.
- Lordelo P; Alves A. Lower urinary tract dysfunction in children: focus on overactive bladder. *Rev. Revista Pesquisa em Fisioterapia*. [Internet]. 2017 Fev [cited 2018 Jan 18];7(1):125-129. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/1264/810>.
- Alcântara ACA, Mello MJG, Silva EJC, Silva BBR, Ribeiro Neto JPM. Estimulação elétrica nervosa transcutânea para tratamento de urgência ou urge-incontinência urinária em crianças e adolescentes: ensaio clínico fase II. *J Bras Nefrol* 2015;37(3):422-426.
- Jesus LE, Nery K. O uso da neuromodulação no tratamento das disfunções de eliminações. *Rev. Col. Bras. Cir* 20017; 34(6): 392-7.
- Aranha FM, Alves MC, Berzin F, Gavião MBD. Efficacy of electroacupuncture for myofascial pain in the upper trapezius muscle: a case series. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(5):371-9.
- Barroso JCV. Estimulação elétrica transvaginal no tratamento da incontinência urinária [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
- Fischer-Sgrott FO, Manfira EF, Busato Junior WFS. Qualidade de vida de mulheres com bexiga hiperativa refratária tratadas com estimulação elétrica do nervo tibial posterior. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(6):480-6.
- Palmeira MR. Eletroestimulação transcutânea do nervo tibial posterior associado à cinesioterapia na disfunção miccional infantil [graduação]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 13 jun 2013.
- Wong-Baker FACES Foundation [homepage na internet]. Wong-Baker FACES Pain Rating Scale [acesso em 27 mar 2014]. Disponível em: <http://wongbakerfaces.org>
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000. Trata do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* jul 2000.
- Trapp C, Pires CP, Fernandes JA. Distúrbios da micção em crianças. *Boletim Científico de Pediatria* 2013; 2(2):53-58.
- Soares AHR, Moreira MCN, Monteiro LMC, Fonseca EMGO. A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 5 (3): 301-311, jul. / set., 2005.
- Cabral FB, Hirt LM, Sand ICPVD. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2):281-7.
- Rodrigues EM, Nascimento RG, Araújo A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1041-1047.
- Mota DM, Victora CG, Hallal PC. Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *Jornal de Pediatria* 2005; 81(3):225-32.
- Amaral CMCA, Carvalhaes JTA. Avaliação das disfunções do trato urinário inferior em crianças e adolescentes com paralisia cerebral. *ACTA FISIATR* 2005; 12(2): 48-53.
- Vaz MMT. Qualidade de vida em crianças com bexiga hiperativa tratadas com a eletroestimulação transcutânea parassacral. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2013. Dissertação.
- Tavares MG, Machado AP, Motta BG, Borsatto MC, Rosa AL, Xavier SP. Electroacupuncture efficacy on pain control after mandibular third molar surgery. *Braz Dent J* 2007;18(2):158-62.
- Pereira AK. Uropatias fetais: avaliação dos critérios de diagnóstico morfológico e funcional [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Medicina; 1998.
- Váldez FB, Rabi MDCR, Arteaga MH, Jacomino JCG. Acupuntura y electroacupuntura en el alivio del dolor de la osteoartritis de la región lumbar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001;17(2):143-8.
- Motta MGC. O ser doente no triplice mundo da criança, família, e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
- Krieger D. Toque terapêutico: novos caminhos da cura transpessoal. São Paulo (SP): Cultrix; 2002.
- Krieger D. Therapeutic touch: the imprimatur of nursing. *Am J Nurs*. [Internet]. 1975 May [cited 2018 Jan 18]; 75(5):784-787. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1039264>.

Lesão por pressão na unidade de terapia intensiva: incidência e fatores de riscos

RESUMO | Objetivo: Identificar a incidência de lesão por pressão (LPP) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os fatores de risco associados ao agravo. Método: trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A seleção da amostragem foi realizada a partir dos bancos de dados SCIELO, LILACS e BDEF, sendo selecionados sete artigos. Resultados: percebeu-se uma maior probabilidade de desenvolvimento de LPP após os 60 anos de idade. O Índice de Massa Corporal (IMC) aparece como fator favorecedor ao surgimento de UPP e pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos correm maior risco quanto ao desenvolvimento da mesma. Conclusão: De acordo com as publicações analisadas, infere-se que as LPP são agravos presentes em unidades hospitalares que atendem a pacientes críticos devido à restrição permanente ou temporária de motilidade presente em muitos dos casos.

Palavras-chaves: terapia intensiva; lesão por pressão; fatores de riscos.

ABSTRACT | Objective: To identify the incidence of pressure ulcers (LPP) in patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) and the risk factors associated with the disease. Method: this is an integrative literature review. The selection of the sampling was done from the databases SCIELO, LILACS and BDEF, being selected seven articles. Results: a higher probability of development of LPP was observed after 60 years of age. The Body Mass Index (BMI) appears as a factor favoring the emergence of PU and patients who are submitted to surgical procedures are at greater risk for the development of PU. Conclusion: According to the analyzed publications, it is inferred that LPP are diseases present in hospital units that attend critical patients due to the permanent or temporary restriction of motility present in many cases.

Keywords: intensive care; pressure ulcer; risk factors.

RESUMEN | Objetivo: Identificar la incidencia de úlceras por presión (LPP) en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y los factores de riesgo asociados con la lesión.

Método: Se trata de una revisión integradora de la literatura. La selección de la muestra se llevó a cabo a partir de las bases de datos SCIELO, LILACS y BDEF siendo seleccionado siete artículos. Resultados: perciben una mayor probabilidad de desarrollar UPP después de 60 años de edad. El Índice de Masa Corporal (IMC) aparece como un factor que favorece la aparición de LPP y los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos tienen un mayor riesgo para el desarrollo de los mismos. Conclusión:

De acuerdo con las publicaciones analizadas, se infiere que las LPP son agravios presentes en unidades hospitalarias que atienden a pacientes críticos debido a la restricción permanente o temporal de motilidad presente en muchos de los casos.

Palabras claves: cuidados intensivos; úlcera por presión; factores de riesgo.

Gláucia de Souza Abreu Alencar

Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública (UEPB). Especialista em Urgência e Emergência. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Especialista em Obstetrícia.

Nívia Maria da Silva

Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência (FSM). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva (FSM).

Elisângela Vila de Assis

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina do ABC. Docente dos cursos de Fisioterapia e Medicina da Faculdade Santa Maria.

Recebido em: 20/01/2018

Aprovado: 22/02/2018

Milena Nunes Alves de Sousa

Enfermeira. Doutora e pós-doutorado em Promoção de Saúde (UNIFRAN). Mestre em Ciências da Saúde (UNICSUL). Especialista em Gestão e Análise Ambiental (UEPB) e em Saúde da Família (FIP).

Jessika Lopes Figueiredo Pereira

Enfermeira. Mestranda em saúde Pública pela UEPB. Especialista em Urgência e Emergência e UTI (FSM).

Wilma Barbosa de Oliveira

Enfermeira. Pós graduanda em Urgência e Emergência pré-hospitalar e hospitalar (ESTÁCIO).

Edvânio Fernandes de Souza

Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau.

Introdução

A lesão por pressão (LPP), é a uma complicação que vem sendo assunto de várias discussões há anos, devido ao fato da mesma se desenvolver com facilidade, principalmente em pacientes acamados, o que acarreta como consequências, certo atraso na recuperação, além de ser uma porta de entrada para infecções⁽¹⁾.

Conforme alguns autores, as LPP podem ser caracterizadas como qualquer lesão causada por uma pressão não aliviada, cisalhamento ou fricção, que podem resultar em morte tecidual, sendo frequentemente localizada na região de proeminências ósseas. Estas lesões estão relacionadas com alteração ou déficit nutricional, umidade, ventilação mecânica, alterações cir-

culatórias, perfusão tissular alterada e, principalmente, aumento da exposição à pressão, idade, sepses, período prolongado de hospitalização, como algumas doenças crônicas como diabetes, nefropatias e lesões medulares⁽²⁾.

Sabe-se que pacientes acamados e com restrição da motilidade estão propensos a desenvolver este tipo de lesão que tende a se agravar com a manutenção da imobilidade. Dessa forma, pacientes tetraplégicos e idosos com fraturas de colo de fêmur atingem as mais altas taxas de complicações, seguidos por pacientes criticamente doentes⁽³⁾.

Portanto, um dos setores hospitalares que apresenta susceptibilidade para que os pacientes internos desenvolvam essa condição são as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde são capazes de atender pacientes graves, com risco iminente de morte, oferecendo tratamento específico por período ininterrupto e a atuação de profissionais especializados e apoio diagnóstico⁽⁴⁾.

O paciente é considerado crítico quando apresenta alteração em um ou mais órgãos vitais, tem risco ou instabilidade hemodinâmica, evolui com distúrbios graves, necessita de controles rigorosos ou faz uso de terapias de maior complexidade. A UTI é a área hospitalar destinada ao atendimento destes pacientes que embora sejam graves têm possibilidades de recuperação⁽⁵⁾. A demanda da mesma é variada, porém grande parte dos pacientes passam por sedações, intubações, coma e situações em que sua motilidade seja prejudicada, favorecendo o surgimento de UPP. Neste sentido, relacionar o tema úlceras de pressão com terapia in-

tensiva pode esclarecer a incidência da patologia nesta unidade hospitalar além de elucidar os cuidados de enfermagem com respeito à prevenção e tratamento.

"O paciente é considerado crítico quando apresenta alteração em um ou mais órgãos vitais, tem risco ou instabilidade hemodinâmica, evolui com distúrbios graves, necessita de controles rigorosos ou faz uso de terapias de maior complexidade."

A temática é embasada na importância dada as UPP até mesmo como fator avaliativo no atendimento ofertado ao paciente. Na atualidade, é rotina nos serviços de saúde a exigência de uma avaliação dos resultados dos processos de implantação de protocolos de prevenção para UPP⁽⁶⁾.

Desse modo, objetiva-se identificar, mediante publicações científicas, a in-

cidência de LPP em pacientes internados em UTI e os fatores de risco associados ao agravo.

Métodos

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Este tipo de pesquisa é um método utilizado no âmbito da Prática Baseada em Evidências, que envolve a sistematização e publicação dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde para que possam ser úteis na assistência à saúde, acentuando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica. Seu principal objetivo é a integração entre a pesquisa científica e a prática profissional no âmbito de sua atuação⁽⁷⁾.

Para seguir as etapas que envolvem o respectivo método, norteou-se o estudo pelos questionamentos: Qual a incidência de UPP em pacientes internados em UTI? Quais fatores de risco estão associados à patologia? Quais os cuidados de enfermagem utilizados na prevenção desses agravos?

A seleção da amostragem foi realizada a partir dos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), utilizando os Descritores Controlados em Ciências da Saúde (DeCS): Úlceras de pressão na UTI e Escaras na terapia intensiva, resultando em 45 artigos.

Foram utilizados os descritores "úlceras por pressão" cruzado com "terapia intensiva" e depois "úlceras por pressão" cruzado com "fatores de risco" que foram integrados a partir do operador lógico booleano "and". O quadro 1 mostra a técnica de busca utilizada.

Quadro 1. Técnica de busca utilizada

Estratégias	Descritores	Estudos encontrados			Total
		LILACS	BDENF	SCIELO	
Primeira etapa	úlceras por pressão/ terapia intensiva	8	4	10	22
Segunda etapa	úlceras por pressão/ fatores de risco	8	5	10	23

Os critérios de inclusão foram: artigos completos, gratuitos, em língua portuguesa, indexados em revista na área de saúde e disponíveis online no ano de 2009-2015. Excluem-se artigos contendo apenas resumo, teses, dissertações e monografias.

Filtrando os artigos encontrados e excluindo-se os que não se enquadravam

nos critérios, restaram 07 artigos os quais foram lidos na íntegra.

Resultados

Analizando os 07 artigos selecionados, nota-se o uso variado de tipos de pesquisa. Foi realizado o detalhamento dos estudos selecionados como forma de sis-

tematizar e organizar a amostra utilizada.

O quadro 2, distribui os estudos de acordo com os resultados relacionados a incidência, fatores de riscos e cuidados de enfermagem. Mesmo com a diversidade de modelos de pesquisa foi possível extrair de cada estudo, dados importantes que serão discutidos a seguir:

Quadro 2. Distribuição dos estudos conforme incidência de LPP, fatores de riscos e cuidados de enfermagem.

Título	Ano	Incidência	Fatores de riscos e cuidados
1. Avaliação do risco de UPP em UTI e assistência preventiva de enfermagem	2014	Incidência aumentada em pacientes com idade superior a 60 anos	A relação entre a classificação de risco e as medidas preventivas não estavam condizentes com os escores encontrados, sendo a mudança de decúbito e o uso de coxins, os cuidados menos observados.
2. Avaliação do risco para UPP em UTI: uma revisão integrativa	2014	Varia de acordo com a situação clínica do paciente. Pacientes em uso de Sonda Vesical de Demora (SVD) podem apresentar prevalência de até 88% de UPP. Em caso de cirurgias extensas o índice supera os 60%.	Constataram-se vários fatores de risco: a predominância no surgimento de UPP em pacientes do sexo masculino, o IMC e a dificuldade de mobilidade no leito, a percepção sensorial alterada comprometendo a verbalização de desconforto, e o uso da SVD prevenindo o surgimento das lesões.
3. Úlceras por Pressão em UTI: Análise da Incidência e Lesões Instaladas	2013	Evidenciou-se que 22,2% dos pacientes desenvolveram a lesão, afetando igualmente os gêneros, prevalecendo a raça branca (62,5%), com idade de até 50 anos (30,8%), desenvolveram a lesão em menos de 10 dias (87,5%), na região sacral (27,3%) e classificadas no estágio II (63,6%).	Maior risco em pacientes da raça branca e idade até 50 anos.
4. Ações dos Enfermeiros na Gerência do Cuidado para Prevenção de UPP em UTI	2012		As principais estratégias preventivas relatadas pelos enfermeiros foram mudança de decúbito, exame físico diário da pele, hidratação da pele, uso de coxins, suporte nutricional, uso de colchão piramidal e realização de massagens de conforto.
5. Análise da Prevenção e Tratamento de UPP proposto por enfermeiros	2009		Concluíram que as atividades preventivas e terapêuticas para UPP estão em fase de conhecimento por enfermeiros, não sendo aplicadas devido o difícil acesso as tecnologias.
6. Incidência de UPP em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica	2015	11% dos pacientes desenvolveram UPP, a maioria do sexo masculino (80%), ferimentos em grau I somaram 40% do total, aparecendo do 2º ao 23º dia de internação, sendo o 3º dia o mais incidente.	Os fatores de risco associados ao desenvolvimento de UPP foram: tempo de permanência na UTI maior ou igual há 9,5 dias, idade igual ou superior a 42, 5 anos e raça branca.
7. Prática do enfermeiro intensivista no tratamento de UPP	2014		A atuação do enfermeiro foi considerada restrita, descrita como: avaliação inicial; a escolha da cobertura, conforme avaliação individual; e a realização de debridamento mecânico.

Fonte: Autoria Própria, 2016.

Discussão

Deu-se preferência por estudos mais recentes para que fosse possível obter resultados atuais. A pouca quantidade de artigos posteriores ao ano de 2009 confronta-se com uma gama de publicações anteriores a este ano, fato que justifica a seleção de apenas sete artigos para discussão.

Em um estudo realizado que objetivou identificar os pacientes que apresentam risco de desenvolver LPP em UTI, observaram 190 pacientes, com idade média de 54 a 75 anos e prevalência de sexo masculino em três UTIs de uma mesma instituição. Concluíram que existe grande prevalência de ações preventivas como limpeza, mudança de decúbito e utilização de colchões piramidais. O uso de coxins (30,53%) e a hidratação da pele (65,23%) aparecem menos frequentemente entre os cuidados dispensados. Embora os autores não tenham quantificado percentualmente valores referentes à incidência e prevalência, verificou-se um aumento de risco em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos⁽⁸⁾.

Na literatura encontra-se divergência quanto aos pacientes mais acometidos, porém o índice de Massa Corporal (IMC) aumentado é citado como fator favorecedor ao surgimento de LPP devido à dificuldade de mobilização no leito, da mesma forma, pacientes que são submetidos a procedimentos cirúrgicos com tempo superior a duas horas. Pacientes em uso de Sonda Vesical de Demora podem apresentar prevalência de até 88% de LPP. Em caso de cirurgias extensas o índice supera os 60%⁽⁹⁾.

Representando a Paraíba, os números encontrados mostram a realidade de João Pessoa, em que um hospital público de médio porte é avaliado, visando analisar a incidência de LPP e descrever suas características. Ao analisar 36 pacientes previamente sem lesões que caracterizassem LPP, encontraram uma incidência de 22,2%. Entre os pacientes acometidos pelo agravo, não foi constatado predomínio de sexo,

porém a raça branca, com faixa etária maior que 50 anos e tempo de internação superior a 10 dias por disfunções respiratórias são mais presentes. A região sacral e dorsal foram as áreas mais afetadas, em estágio II e foi correlacionado um número de óbitos supe-

"Em uma pesquisa foi quantificada uma incidência de 11% dos pacientes que desenvolvem LPP na UTI. A maioria do sexo masculino (80%), apresentando ferimentos em grau I que aparecem do 2º ao 23º dia de internação, sendo o 3º dia o mais incidente."

rior a 75% nestes pacientes diferentemente dos que não desenvolveram LPP, desta forma reforçando a importância da prevenção na melhora do prognóstico dos mesmos⁽¹⁰⁾.

Em uma pesquisa foi quantificada uma incidência de 11% dos pacientes que desenvolvem LPP na UTI. A maioria do sexo masculino (80%), apresentando ferimentos em grau I que aparecem do 2º ao 23º dia de internação,

sendo o 3º dia o mais incidente. Como fatores de riscos associados ao aparecimento do agravo, relaciona-se tempo de permanência na UTI maior ou igual a 9,5 dias, idade igual ou superior a 42, 5 anos e raça branca. Entretanto, a adoção de medidas preventivas pela enfermagem retarda ou até mesmo impede o aparecimento desses ferimentos⁽⁶⁾.

Tendo em vista a importância deste quantitativo, e afim de identificar as estratégias de prevenção de LPP utilizadas pelos enfermeiros na gerência do cuidado em UTI, foi realizado uma pesquisa direta entre os enfermeiros sobre quais as ações importantes à prevenção de LPP, os mesmos constataram que a supervisão da equipe técnica aparece como função gerencial, assim como ações de mudança de decúbito, exame físico diário da pele, hidratação da pele, uso de coxins, suporte nutricional, uso de colchão piramidal e massagens de conforto. A mudança de decúbito foi relatada na fala de todos os participantes, porém a frequência preconizada (2/2h) nem sempre mostra ser seguida⁽¹¹⁾.

Ainda sobre as ações de enfermagem frente à prevenção de UPP, é exposta a importância de a enfermagem realizar e implementar as medidas de prevenção de LPP. Ações como avaliação de grau de risco, utilização de escalas, utilização de colchões específicos, mobilização no leito e proteção de saliências ósseas, registro de alterações de pele, tratamento precoce, identificação de áreas vulneráveis, fornecimento de programa de educação a longo prazo são citados no decorrer do estudo. Os autores concluíram que muitas atividades de tratamento deixam de ser oferecidas devido à necessidade de adoção de tecnologias não disponíveis nas unidades hospitalares⁽¹²⁾.

Portanto, ao analisar a atuação dos enfermeiros de UTI no tratamento de LPP, o tratamento descrito pelos enfermeiros corresponde a avaliação, curativo e debridamento, porém não existe padronização das técnicas utilizadas,

desta forma, tornando uma atuação restrita. Logo, torna-se evidente a necessidade de um treinamento e investimento em capacitação para que a prevenção terciária possa ser realizada efetivamente⁽⁵⁾.

Desse modo, evidencia-se em todos os estudos abordados a adoção de medidas de prevenção, tratamento adequado e avaliação como medidas dispensadas ao paciente crítico como forma de melhoria da qualidade de vida dos pacientes acometidos por LPP.

Conclusão

De acordo com os estudos analisados, pode-se inferir que as LPP são agravos muito presentes em UTI que atendem a pacientes críticos devido à restrição permanente ou temporária de motilidade presente em muitos dos casos. Percebe-se que estas lesões levam a complicações do quadro clínico e constituem fator de mal prognóstico.

Verificou-se que pacientes idosos são mais propensos ao surgimento de LPP. Pacientes em uso de SVD, com dé-

ficit nutricional, internados a mais de 9,5 dias em UTI, sexo masculino tam-

"Ainda sobre as ações de enfermagem frente à prevenção de UPP, é exposta a importância de a enfermagem realizar e implementar as medidas de prevenção de LPP."

bém se enquadram na categoria de risco para desenvolvimento de LPP.

O cuidado de enfermagem destinado ao paciente crítico portador de LPP é

substantial para a reabilitação do mesmo. Com a realização do estudo percebe-se que os profissionais de enfermagem, apesar de terem conhecimento da temática, são muitas vezes impedidos de aplicar opções de tratamentos específicos pela não disponibilização de materiais e novas tecnologias pelas unidades hospitalares.

A prevenção primária, secundária e terciária ainda continua sendo primordial neste caso. A utilização rígida e criteriosa das medidas de prevenção exaustivamente citadas nos estudos certamente culminaria em uma menor incidência de lesões relacionados à pressão.

Em suma, embora se tenha uma grande quantidade de estudos relacionados ao tema LPP na UTI, percebe-se que esse número vem diminuindo com o passar dos anos o que nos dá uma bibliografia atual restrita, por este motivo, merece o investimento em novas pesquisas gerando novas estratégias de enfrentamento e melhoria da qualidade da assistência. 🐦

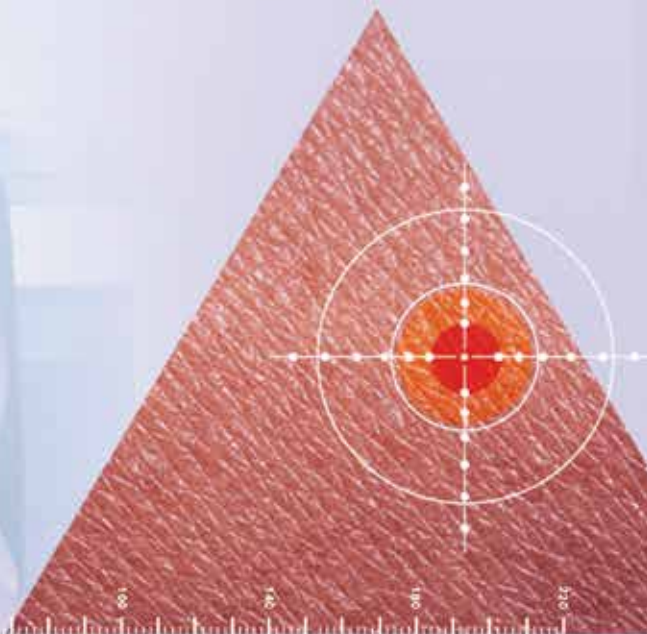
Referências

1. Siqueira AS, Santos NA, Melo JM. Importância da cobertura ideal e técnicas assépticas no tratamento da úlcera por pressão. *Cienc. Biol. Agrar. Saúde*. 2015; 19(3): 124-129.
2. Serpa LF, Santos VLGC, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(1): 1-8.
3. Sanders LSC, Pinto FJM. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza-CE. *Rev. Mineira de Enfermagem*. 2012; 16(2): 166-170, abr./jun.
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva: São Paulo; 2012.
5. Dantas ALM, Ferreira PC, Diniz KD, Medeiros ABA, Lira ALBC. Prática do enfermeiro intensivista no tratamento de úlceras por pressão. *J. res.: fundam. care*. Online. 2014; 6(2): 716-24, abr./jun.
6. Campanili TCGF, Santos VLGC, Strazzeri-Pulido KC, Mendes Thomaz PB, Nogueira PC. Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015; 49: 7-14.
7. Mendes KS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enferm*. 2008; 17(4), dec.
8. Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti NAA. Avaliação do risco de úlcera por pressão em UTI e Assistência Preventiva de Enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*. 2014; 22(3): 353-8, mai./jun.
9. Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. Avaliação do risco para úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *J. res. fundam. care*. online. 2014; 6(2): 793-804, abr./jun.
10. Palhares VC, Palhares Neto AA. Prevalência e Incidência de Úlceras por Pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Enferm. UFPE*. 2014; 8(2):3647-53, out.
11. Stein EA, Santos JLG, Pestana AL, Guerra ST, Prochnow AG, Erdmann AL. Ações do Enfermeiro na Gerência do Cuidado da Prevenção de Úlceras por Pressão em Unidade de Terapia Intensiva. *R. pesq. cuid. fundam*.online. 2012; 4(3): 2605-12, jul./set.
12. Lu YF, Yang Y, Wang Y, Gao LQ, Qiu Q, Li C, Jin J. Predicting pressure ulcer risk with the Braden Q Scale in Chinese pediatric patients in ICU. *Chinese Nursing Research*. 2015; 2: 1-5.



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.



Única enzima

Kollagenase contém a única enzima que promove a degradação seletiva do colágeno.^{1,2}

Não agride o tecido saudável

Mesmo o tecido de granulação recentemente formado.^{1,3,4,5,6}

Referências Bibliográficas: 1. Torre I, Bou JE, Faggi 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. 2. Falanga V. Wound bed preparation and the role of enzymes: a case for multiple actions of therapeutic agents. *Wounds* 2002;14(2):47-57. 3. Alipour H, Raz A, Zakeri S, Djadid ND. Therapeutic applications of collagenase (metalloproteases): A review. *Asian Pac J Trop Biomed* 2016;6(11):975-81. 4. Vairma AO, Bugatch E, German FM. Debridement of dermal ulcers with collagenase. *Surg Gynecol Obstet*. 1973;136(2):281-2. 5. McCallan SK, Weir D, Lantis JC 2nd. Optimizing wound bed preparation with collagenase enzymatic debridement. *J Am Coll Clin Wound Spec*. 2015;6(1-2):14-25. 6. 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.

CONTRAINDICAÇÃO: HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DA FORMULAÇÃO. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** KOLLAGENASE NÃO DEVE SER UTILIZADA COM ANTISSEPTICOS. **Kollagenase** colagenase - pomada dermatológica 0,6 U/g, USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Como desbridante enzimático para o tratamento de lesões da pele em que é indicado o desbridamento em feridas, úlceras e lesões necróticas em geral; gangrenas de extremidade; lesões por congelamento; condições associadas à difícil cicatrização; queimaduras; previamente ao transplante de pele. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade à colagenase ou a qualquer outro componente da formulação. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Se não houver melhora após 14 dias, consultar seu médico. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira- Lindóio, km14, Itapira-SP - CNPJ Nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 7011918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bisnoga/Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA LIVRE** - Reg. MS nº 1.0298.0431. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

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