

# Nursing

edição brasileira

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



[www.revistanursing.com.br](http://www.revistanursing.com.br)

ANO 21 • EDIÇÃO 240  
MAIO 2018

## ENTREVISTA

Renata Pietro conta sobre sua missão na presidência do Coren SP

## ARTIGOS

Quedas em idosos: avaliação dos fatores de risco

Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência

Características sociodemográficas e opiniões sobre a instituição de pacientes com hanseníase residentes em um hospital

Caracterização das vítimas de emergências clínicas atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência

Educação em saúde a portadores de hipertensão e diabetes na atenção primária

Análise da permanência em maternidade hospitalar



ESPECIAL MAIO:

*Mês da Enfermagem*  
A Enfermagem de ontem e seu futuro

# NÃO SE FAZ SAÚDE SEM ENFERMAGEM.

PARABÉNS AO PROFISSIONAL QUE FAZ DA SUA VIDA A ARTE DE CUIDAR DE OUTRAS VIDAS.

## 12 DE MAIO

### DIA DO ENFERMEIRO!

#### ÚNICA ENZIMA

Kollagenase contém a única enzima que promove a degradação seletiva do colágeno. <sup>1, 2</sup>

Não agride o tecido saudável mesmo o tecido de granulação recentemente formado. <sup>1, 3, 4, 5, 6</sup>

**Referências Bibliográficas:** 1. Torra i Bou JE, Paggi B. La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación del lecho de la herida. Revista ROL Enf 2013;36(2):109-14. 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. Varma AO, Bugatch E, German FM. Debridement of dermal ulcers with collagenase. Surg Gynecol Obstet. 1973;136(2):281-2. 5. McCallon SK, Weir D, Lantis JC 2nd. Optimizing wound bed preparation with collagenase enzymatic debridement. J Am Coll Clin Wound Spec. 2015;6(1-2):14-23. 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 ANTISSÉPTICOS. **Kollagenase** collagenase – 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- Lindóia, 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 Bisnaga/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.**

**NAS FERIDAS**, um produto desenvolvido para atuar nas 3 fases da cicatrização<sup>1</sup>: age na **fase inflamatória**, acelerando o processo cicatricial; atua na **fase proliferativa**, estimulando a formação de tecido de granulação e diferenciação de fibroblastos em miofibroblastos; age na **fase remodeladora** prevenindo a formação de quelóide, acelerando o processo de reparação tecidual em feridas complexas.

Não é antimicrobiano.

Não é desbridante.

Não é AGE.



## Acelerando a cicatrização

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

**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](http://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](http://www.revistanursing.com.br)



[www.facebook.com/revistanursingbrasil](http://www.facebook.com/revistanursingbrasil)



[www.instagram.com/revistanursing](http://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.





# Aos heróis do cuidado, nosso muito obrigado.

Semana da  
Enfermagem

12 a 20  
de maio

Todos queremos fazer do mundo um lugar melhor. Os profissionais de enfermagem são os principais fornecedores de cuidado para a saúde da comunidade, mesmo com todos os problemas, dedicam suas vidas a ajudar os outros. Mas eles não podem lutar sozinhos. Sem a valorização e o investimento na categoria não é possível ter sucesso nessa missão.

**Apoie.**

[www.heroisdocuidado.com.br](http://www.heroisdocuidado.com.br)

[/eucurtoaenfermagem](https://www.facebook.com/eucurtoaenfermagem)

[/somoSenfermagemTV](https://www.youtube.com/channel/UCsomoSenfermagemTV)

[www.cofen.gov.br](http://www.cofen.gov.br)



**#heroisdocuidado**





<b>Editorial</b> .....	<b>2142</b>
<b>Notícias</b> .....	<b>2144</b>
<b>Especial Enfermagem</b> .....	<b>2146</b>
<b>Agenda</b> .....	<b>2156</b>
<b>Entrevista</b> .....	<b>2158</b>

## Artigos Científicos

### Quedas em idosos: avaliação dos fatores de risco

*Falls in elderly: evaluation of risk factors*

*Quedas en idosos: evaluación de los factores de riesgo*

Ana Hélia de Lima Sardinha e Nadja de Lourdes Costa Cantanhêde..... **2160**

### Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência

*Nurse Family Health Strategy: approach to women in situations of violence*

*Enfermera de la Estrategia de Salud de la Familia: enfoque hacia la mujer en situación de violencia*

Bruna Lais Alcará de Morais, Maria Auxiliadora de Souza Gerck e Cristina Brandt Nunes..... **2164**

### Características sociodemográficas e opiniões sobre a instituição de pacientes com hanseníase residentes em um hospital

*Sociodemographic characteristics and opinions on the institution of patients with hanseníase residents in a hospital*

*Características sociodemográficas y opiniones sobre la institución de pacientes con hanseniasis residentes en un hospital*

Avanilde Paes Miranda, Maria Imaculada Salustiano Rocha e Heloiza Helena Gomes do Nascimento..... **2168**

### Caracterização das vítimas de emergências clínicas atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência

*Characterization of the victims of clinical emergencies attended by an emergency mobile prehospital emergency care service*

*Caracterización de las víctimas de emergencias clínicas atendidas por un servicio móvil de atendimento pre-hospitalaria de urgencia*

Glória Catarina Beserra Rodriguez, Rodrigo Assis Neves Dantas, Daniele Vieira Dantas, Karen Rayara Bezerra Lima, Maria Solange Moreira de Lima, Sabrina Daiane Gurgel Sarmento e Louise Constança de Melo Alves..... **2173**

### Educação em saúde a portadores de hipertensão e diabetes na atenção primária

*Health education for people with hypertension and diabetes in primary care*

*Educación sanitaria para personas con hipertensión y diabetes en atención primaria*

Elisângela Souza, Cristiane Helena Gallasch, Mercedes Neto, Sonia Acioli, Fernanda Sant'Ana Tristão e Magda Guimarães de Araujo Faria .... **2178**

### Análise da permanência em maternidade hospitalar

*Analysis of staying in hospital maternity*

*Análisis de la permanencia en maternidad hospitalaria*

Camila Girardi, Letícia da Silva Schran, Mayara Aparecida Passaura da Luz, Vanessa Bordin, Márcia Regina Silvério S. Barbosa Mendes, Nelsi Salete Tonini, João Lucas Campos de Oliveira ..... **2184**



**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](http://hospitalar.com)

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

## Participe!

Patrocínio Institucional

**ABIMO**

**CNS**



Apoio Oficial



Em cooperação



Apoio Institucional



Mídia Oficial





O Centro Universitário São Camilo realiza atividades educacionais na área da saúde há mais de 50 anos e é uma das principais referências nessa área no Brasil.

- **CURSO TÉCNICO**
- **GRADUAÇÃO**
- **PÓS-GRADUAÇÃO**  
**LATO SENSU**  
**STRICTO SENSU**

# SÃO CAMILO ENFERMAGEM

INSCRIÇÕES ABERTAS

Confira a lista completa de cursos no site:  
**saocamilo-sp.br** ou pelo **0300 017 8585**



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
SÃO CAMILO



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

editorial

## Enfermagem: profissão social, regulamentada e autônoma

A Enfermagem brasileira, desde 1955, com a publicação da Lei 2.604, tem a garantia ao enfermeiro do livre exercício profissional em todo território nacional, situação que ascendeu em 1973 com a criação do Sistema Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselhos Regionais de Enfermagem por meio da Lei 5.905 como órgãos normatizadores e fiscalizadores do trabalho da enfermagem.

O enfermeiro tem suas atividades regulamentadas pela Lei 7.498/86 e resoluções complementares do Cofen, autarquia pública federal que estabelece o que é privativo ao enfermeiro e o que este profissional desenvolve como integrante da equipe de saúde.

Com base teórico-filosófica própria, a Enfermagem se consolidou como Ciência (saber-saber) na área da saúde, dando ao enfermeiro (saber-ser) sustentabilidade técnica e científica para o exercício profissional (saber-fazer). Nessa perspectiva, e evolução da Enfermagem tem exigido novos fazeres e, por conseguinte, novas regulamentações para o desenvolvimento de prática autônoma para tomada de decisão independente.

Em meio às transformações que permeiam a sociedade, tem observado que práticas inovadoras são exigidas para atenderem as necessidades de saúde das pessoas que urgem por cuidados. Norteados pela conjuntura atual, o Cofen e os Conselhos Regionais de Enfermagem têm se utilizados de legislações complementares, notadamente, resoluções, para fazerem cumprir o papel social da Enfermagem, de forma regulamentada, da atenção primária à saúde aos



**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; Pró-Reitor de Ensino de Graduação Universidade Federal do Amazonas.

ambientes hospitalares especializados. Assim sendo, afirmamos que a exemplo da regulamentação do funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem, que estes atos normativos contribuem para o avanço da Enfermagem brasileira no cenário nacional e internacional, fornecendo-lhe empoderamento para a autogovernança, tornando-a uma profissão livre de influências subjungentes como já foi no passado.

Por fim, a Enfermagem tem a responsabilidade social de, por meio do cuidar ético, promover saúde para melhoria da qualidade de vida de seus clientes – indivíduo-família-grupos-sociedade. 🐦

29 E 30 DE AGOSTO DE 2018

10<sup>o</sup>  
congresso **Nursing**  
BRASILEIRO

1º Congresso Internacional Saúde Coletiva  
1º Congresso Internacional Feridas

SÃO PAULO  
HOTEL TRANSAMÉRICA

**Multidisciplinaridade em Saúde**  
**INTEGRANDO SABERES**

[www.revistanursing.com.br/congresso](http://www.revistanursing.com.br/congresso)

PATROCÍNIO



APOIO



REALIZAÇÃO



## Medicamentos terão reajustes abaixo da inflação

Pelo segundo ano consecutivo, a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) aprovou um reajuste menor que a inflação do ano passado.

A população que procurou as farmácias privadas desde do dia 1º de abril observou um reajuste médio de 2,38%. Índice é menor que o da inflação registrada entre março de 2017 e fevereiro deste ano, que foi 2,84%, e também do registrado no ano passado, quando o índice ficou em 2,63%. Também é um dos menores reajustes da série histórica da CMED. A tabela com os reajustes nos medicamentos foi publicada, no Diário Oficial da União (DOU).

Com base na concorrência de mercado, os cerca de 13 mil medicamentos comercializados no Brasil foram divididos em três grupos de reajuste. O primeiro, onde ficam produtos de maior concorrência; como o Losec, indicado para gastrite, o Benalet para irritações para garganta e o Rivotril para tratamento da ansiedade; poderão ser aumentados até 2,84%. Já o segundo grupo,



onde estão localizados os antibióticos, o Viagra para disfunção erétil, o Tylex, que é um analgésico não narcótico, e o Yasmin, que é um anticoncepcional, e que apresentam concorrência moderada, terão crescimento de até 2,47%.

Já o terceiro conta com produtos de maior custo, como medicamentos para AVC Isquêmico, como o Actily-

se, medicamentos indicados para câncer de próstata, como o Casodex, e medicamentos Antitrombóticos, como o Clexane baixa concorrência e alta tecnologia e, por conta disso, terá o menor percentual de variação de preços, de 2,09%.

**Fonte: Ministério da Saúde**

## 05 de Maio – Dia Mundial de higienização das mãos

O simples ato de lavar as mãos pode evitar a contaminação por superbactérias

O Dia Mundial de Higienização das mãos foi criado para lembrar que a higiene correta das mãos deve se tornar um hábito. Embora pareça simples, a lavagem das mãos ainda costuma ser ignorada no dia a dia, tanto por pessoas comuns como por profissionais de saúde.

A prática é tão importante que foi adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma bandeira de combate à infecção hospitalar.

Devido ao alto potencial de propagação de doenças virais e bacterianas, em que as mãos são as principais vias de transmissão, placas com lembretes para a higienização das mãos nas proximidades de banheiros e pias é lei desde 2014 na cidade de São Paulo.

Segundo a OMS, lavar as mãos significa reduzir em aproximadamente 40% doenças como gripe, conjuntivite e outras viroses[1]. A recomendação de especialistas é fazer a higienização com água e sabão, além

de, sempre que possível, carregar álcool em gel para se precaver quando não houver outros meios à disposição. “A higiene das mãos, com água e sabão ou com álcool gel é uma medida que deve ser utilizada”, afirma Dr. Evaldo Stanislau Affonso de Araújo, médico da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas e Responsável pelo Programa de Stewardship da Fundação São Francisco Xavier.

**Fonte: MSD**



## Saúde anuncia contratação de profissionais temporários nos hospitais federais do Rio de Janeiro

**Portaria autoriza a contratação de 3.592 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais**

**P**ublicada em abril portaria que autoriza a contratação de 3.592 profissionais para os seis hospitais e dois institutos federais localizados no Rio de Janeiro. Serão beneficiados os hospitais federais do Andaraí, Bonsucesso, Ipanema, Lagoa, Servidores do Estado e Cardoso Fontes, além dos institutos nacionais de Cardiologia (INC) e de Traumatologia e Ortopedia (Into), todos de administração direta do Ministério da Saúde.

É prevista a contratação de 1.340 médicos especializados, 831 enfermeiros, 230 técnicos em enfermagem, 832 profissionais para atividades de gestão e manutenção hospitalar em nível superior, 359 profissionais para atividades de gestão e manutenção hospitalar em nível intermediário (nível médio).

**Fonte: Ministério da Saúde**

## Coren – SP realiza Seminário com fiscais de todo o estado

**Com o objetivo de projetar uma imagem positiva da fiscalização, o Coren –SP reuniu os fiscais de todo o estado para um projeto piloto.**



**D**urante os dias 26 e 28 de março, foi realizado um seminário com mais de 100 fiscais de todo o estado de São Paulo. O intuito do evento foi apresentar a nova gestão do Coren-SP aos fiscais, integrar a equipe da Gerência de Fiscalização (GEFIS) e prover informações sobre o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen nº 564/2017) bem como orientações do Cofen sobre a atuação dos enfermeiros fiscais.

A programação oficial do Seminário contou com palestras sobre a estrutura e organização do Coren-SP, o papel do enfermeiro, bem como diretrizes do Cofen e orientações sobre o Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

**Fonte: Coren- SP**

## Entidades discutem a criação do quadro de Enfermagem na PM-SP

**O** Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), a Comissão Nacional de Profissionais de Enfermagem Militares (Conpem/Cofen) e o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP) reuniram-se com o deputado estadual Caio França (PSB-SP) para discutir a criação do Quadro de Enfermagem para Oficiais e Praças na Polícia Militar do Estado de São Paulo.

A criação do cargo visa corrigir uma desigualdade na lei de criação dos quadros de saúde da corporação, que não contemplou a Enfermagem. As atividades de Enfermagem já são desenvolvidas no dia a dia de trabalho, porém sem uma adequada regulação dessas atividades.

“A criação do quadro contribuiria para a qualificação das ações de Saúde da PM-SP”, afirma o deputado Caio França, que se mostrou sensível à demanda e prometeu defender o pleito na Assembleia Legislativa de São Paulo. A reunião contou, ainda, com a participação do conselheiro regional Eduardo Fernando, e tenente coronel enf. Gilson Hanszman, do capitão enf. Wilton Patrício e do capitão enf. Ronaldo Beserra, integrantes da Conpem.

**Fonte: Ascom - Cofen**

# A Enfermagem de ontem e seu futuro

Conhecendo a Enfermagem de ontem e seu provável futuro com especialistas

Por **Leticia Leivas Munir**



O profissional da enfermagem é aquele que busca melhorar a qualidade de vida do paciente, independente do seu estágio. Desde um simples curativo, até para aqueles em que a vida está por um fio. Sempre com o mesmo cuidado e dedicação. Isso prova o quanto o profissional precisa estar atento com o aspecto físico e mental do paciente, para assim melhor atendê-lo.

Vivemos no mundo onde a saúde passa por rápidas mudanças e inovações. Dessa forma o desenvolvimento de pesquisas, a qualificação dos profissionais da enfermagem é permanente para a segurança e empenho do profissional. Mas fica a questão. Sempre foi

assim? A enfermagem sempre teve esse espaço para o seu desenvolvimento? E o futuro da profissão? O que esperar para a enfermagem de amanhã.

Segundo a Enfermeira Doutora em Enfermagem pela USP Marluce Maria Araújo Assis essas questões abrangem vários cenários da história da enfermagem. Podendo analisar a profissão nos últimos 20 anos, por meio de discussões teóricas e experiências práticas do coletivo de enfermeiras docentes e atuantes nos serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Já o professor Doutor em Enfermagem Genival Fernandes de Freitas afirma o quanto é imprescindível que os profissionais da Enfermagem engajem nas questões políticas com

vistas ao progresso das categorias pertencentes à referida profissão e o bem da coletividade, entre outros assuntos com a mesma urgência e importância para os Enfermeiros. Thaís Araújo da Silva Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e a Doutora em Ciências do Departamento de Orientação Profissional USP, Bárbara Barrionuevo Bonini falam ainda sobre tendências e o futuro da Enfermagem. Contamos ainda com o olhar experiente da Profa Dra Maria Angela Boccara de Paula, presidente da Sobest - Associação Brasileira de Estomatologia: estomias, feridas e incontinências que fala sobre o futuro dessa incrível profissão.

# Enfermagem de Ontem



A primeira Escola de Enfermagem foi criada em 1923, a Escola Ana Néri, arquitetada dentro dos moldes nightingalianos, daí ser considerada a primeira Escola de enfermagem moderna do país. O ensino de enfermagem, institucionalizado desde então, é parte de um contexto da sociedade e do Estado. Assim, em 1968, com a Reforma Universitária inicia-se a modernização do ensino superior, além da consequente necessidade de revisão dos currículos mínimos dos cursos.



A expansão da educação superior se deu a partir da década de 90, do século 20, através do quantitativo do número de instituições de ensino e, dos cursos e vagas por elas oferecidos, incluindo os Cursos de Graduação em Enfermagem. Essa expansão relaciona-se ao desenvolvimento econômico e social do país, uma vez que o Brasil apresentava baixa proporção de alunos matriculados no ensino superior, não só em relação aos países mais desenvolvidos, mas também em relação aos países da América Latina, resultando na aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que passou a adotar como estratégia a interiorização do ensino superior (criação de instituições fora dos grandes centros) e de aumento de vagas nos grandes centros. É fato que o sistema educativo no país expandiu com a abertura de novos cursos, em sua maioria em instituições privadas, que por sua vez atendia a demanda de cada região do país.

Segundo a profa. Marluce a formação da enfermeira é parte dessa engrenagem, que por sua vez, não parece garantir a formação de sujeitos críticos e reflexivos no atendimento à saúde integral do ser humano, conforme explicitado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. A enfermeira Marluce Assis informa ainda que, a ampliação do número de enfermeiras formadas no país, nem sempre foi traduzida em qualidade técnica, política e de gestão.

Segundo o Professor Genival Fernandes de Freitas a Enfermagem passou por diversas reestruturações curriculares durante vários anos. Graças a sanção da lei n. 9.394/968 que estabeleceram as diretrizes e bases da educação nacional, tais como mudanças nas competências do enfermeiro, no número de dias letivos, nas características, duração e funcionamento dos cursos, lembrando que a vigente LDB foi recentemente atualizada.

No contexto atual da Enfermagem e da saúde, Prof. Genival observar que a globalização, a alta tecnologia e as constantes reformulações no ensino, são desafios contemporâneos que impactam nas questões ético-legais e profissionais da Enfermagem. Nesse sentido, avista-se que o desenvolvimento científico na área da biossegurança e da biotecnologia trouxe inúmeros dilemas. Desta forma, os trabalhadores da saúde vêm repensando e readaptando condutas profissionais pautadas na responsabilidade social, no cuidado ao paciente e no aumento da qualidade de vida.



É importante ressaltar a recente promulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução

“ Os trabalhadores da saúde vêm repensando e readaptando condutas profissionais pautadas na responsabilidade social, no cuidado ao paciente e no aumento da qualidade de vida ”

COFEN n. 564/2017), o qual menciona, em seus princípios fundamentais, que o profissional de Enfermagem necessita atuar com autonomia e “em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; além de que deve exercer suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética.” Outro ponto de destaque sobre o olhar do professor Freitas é lembrar que os profissionais da Enfermagem necessitam engajar-se nas questões políticas com vistas ao progresso das categorias pertencentes à referida profissão e o bem da coletividade. Para tanto, as entidades de classe e o envolvimento dos profissionais com as mesmas é de extrema importância, uma vez que permite desenvolver uma capacidade crítica e oportuniza o despertar de ímpar sensibilidade profissional.



Em relação ao desafio profissional na assistência, enfermeiros de diversos



países, cada vez mais, exercem funções de alta responsabilidade nas mais variadas complexidades, o que impacta, inclusive, o fator custo.

Segundo Bárbara Barrionuevo Bonini, Doutora em Ciências, é nesse ponto que grandes repercussões alavancam novos ideais para a profissão da Enfermagem. Nesse sentido, é indispensável compreender as con-

figurações dessa área nos países do Mercosul, principalmente a respeito da prática profissional em saúde, uma vez que tal comparação entre tais países podem inferir que a Enfermagem passa por diversos desafios de condição mundial. Essa premissa não é verdadeira, uma vez que a profissão possui características distintas ao redor do mundo. Sabe-se que no Brasil

o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os respectivos Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) são os órgãos reguladores da profissão. A Lei n. 7.498/86 regulamenta o exercício da profissão no país, estabelecendo quais são as categorias profissionais e suas atribuições, a saber: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e a parteira.

## Futura da Enfermagem



Com olhos para o futuro Professor Genival afirma que um dos principais desafios para o futuro é combater a precarização e flexibilização que somam o cenário da Enfermagem brasileira, uma vez que inúmeros fenômenos sociais impactam nesse campo. E isso é uma tendência no mercado de trabalho na Enfermagem por conta das discussões em torno da remuneração, dos contratos temporários, da terceirização e da ineficiência da segurança laboral, visto que esses acontecimentos estão intrinsecamente ligados ao cenário pós-moderno imbricado à globalização e ao neoliberalismo. Além do contexto do desemprego e oferta de trabalho (o que, de certa forma, sujeita os trabalhadores a permanecerem em condições precárias/desfavoráveis), e da indicação de profissionais para a inserção no emprego (o que foge dos critérios de igualdade e direitos de seleção pormérito). Embora o cenário apresentado anteriormente esteja em grande evidência e seja um enorme desafio, estudos mostram outras facetas para o futuro

da Enfermagem no que diz respeito ao empreendedorismo, na busca pela autorrealização, além do desejo de projetar, criar e realizar coisas novas.

Já a enfermeira Marluce fala sobre as linhas de cuidado, na realidade atual, e que será aprofundada futuramente,

“  
é de vital  
importância atentar  
para o passado,  
o momento presente  
e, principalmente,  
para o futuro da  
Enfermagem, para  
compreender quais são  
as tendências dessa  
área do saber que são  
oriundas das lutas,  
dificuldades  
e vitórias”

te, trazendo à práticas da Enfermagem conectadas a arranjos institucionais e modos de operar a gestão da micropolítica do trabalho de determinado serviço ou instituição, de forma a resultar em uma atuação solidária e resolutiva, por parte de todos os trabalhadores de saúde, para atender as necessidades dos usuários.

Dito de outra maneira, a Enfermagem teria que adotar um trabalho integrado, não fragmentado, articulando as diferentes tecnologias do cuidado em elenco de serviços e ações voltadas para linhas temáticas como atenção ao idoso, portadores de agravos como anemia falciforme, entre outros, coordenando os encaminhamentos para consultas especializadas (nível médio), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários.



Observam-se tendências de compartilhamento de responsabilização para enfrentar os desafios complexos do

processo saúde-doença, incorporando práticas de Enfermagem mais horizontais, situando o usuário e famílias no centro do processo, de forma corresponsável, cúmplices das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos processos de saúde e adoecimentos.

Contudo, na visão da Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem Thaís Araújo é preocupante o futuro, em especial devido ao expressivo aumento do número de escolas. Assim, a ABEn tem focado esforços em discutir essa formação, uma vez que acredita que as transformações necessárias provêm da raiz, ou seja, do período de formação. Mediante o contexto, é de vital importância atentar para o passado, o momento presente e, principalmente, para o futuro da Enfermagem, para compreender quais são as tendências dessa área do saber que são oriundas das lutas, dificuldades e vitórias. Sabe-se que muito se tem discutido acerca desses estados (passado, presente e futuro), porém, é necessário que essas discussões estejam cada vez mais presentes no dia-a-dia dos profissionais, para que se fortaleça a profissão e seu status social.



As mudanças futuras exigem novas modalidades de organização do trabalho no mundo moderno e competitivo. A Enfermagem precisa potencializar um cuidado mais criativo e inovador, buscando interfaces com outros profissionais e com outras práticas para reconstruir seu papel social, buscando equilíbrio entre o técnico, o político e o organizativo.

Segundo a profa. Marluce o grande desafio para a Enfermagem futura é se reinventar, sem prescindir dos acúmulos de conhecimento que foram sendo incorporados ao longo da sua história. Pensar e fazer de forma integral, interprofissional e humanizada. Para tanto, as Escolas formadoras na graduação e pós-graduação teriam que repensar as práticas pedagógicas e o modo como tem se articulado com as práticas de saúde. Formar enfermeiras que tenham capacidade de gerir as instituições de maneira horizontal e participativa; desenvolver trabalho técnico criativo como parte do trabalho em equipe, com competência técnica e sensibilidade para compreender o outro e estabelecer encontros com qualidade afetiva e profissional; realizar processos educativos com valorização do aprendizado mútuo e corresponsável; e fazer pesquisas voltadas para a transformação das práticas e da sociedade.



E para enfatizar a profissão A Profa Dra Maria Angela Boccara de Paula, presidente da Sobest - Associação Brasileira de Estomaterapia: estomias, feridas e incontinências deixa uma mensagem em prol de todos os enfermeiros e suas metas perante um futuro com grandes novidades.

“O futuro da Enfermagem pode ser bastante promissor. Isso vai depender muito de como os profissionais vão conduzir a sua trajetória profissional. Infelizmente, vivenciamos um processo de formação bastante fragilizado, o que pode influenciar negativamente neste percurso.

Por outro lado, acredito que existam muitos profissionais altamente capacitados, que estão evoluindo e



**A Enfermagem terá sempre um espaço amplo no campo da Saúde, e dependerá de nós o aprimoramento da prática profissional, para mostrarmos o quanto essenciais somos, como profissionais únicos e necessários na saúde da população**



desenvolvendo, cada vez mais, novos conhecimentos, pesquisas e gerando produção científica de alto nível na Enfermagem brasileira.

Assim, no Brasil, nosso caminho pode ter bastante potencial. Acredito que a enfermagem sempre irá existir, pois os enfermeiros atuam diretamente no cuidado, o que é essencial para que as pessoas se sintam aparadas e devidamente assistidas nos seus processos de saúde e doença”. Afirma a presidente da Sobest.



A Enfermagem terá sempre um espaço amplo no campo da Saúde, e dependerá de nós o aprimoramento da prática profissional, para mostrarmos o quanto essenciais somos, como profissionais únicos e necessários na saúde da população”.

# A Enfermagem e sua definição

Florence Nightingale deixou o seu conhecimento descrito em inúmeras frases, palavras essas atuais. A enfermagem é assim, rica em diversos aspectos entre eles o poder e a sabedoria do dia a dia conquistado



*"Saúde é um direito humano universal que a Enfermagem promove por meio do cuidar com prática científica e social."*

**David Lopes Neto**

Professor associado da Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM).  
Doutor em Enfermagem pela UFC.  
Pós - Doutor em Enfermagem pela UFS;  
Pró-Reitor de Ensino de Graduação Universidade Federal do Amazonas.



*"Enfermagem é essa profissão maravilhosa que, com competência, pode auxiliar quem não está firme (enfermo), a lembrar que a vida é um presente e lutar por ela, agradecendo pelas pequenas (grandes) coisas que podemos aproveitar todos os dias: andar, comer, respirar, demonstrar amor, sentir... entre tantas outras."*

**Maria Júlia Paes da Silva**

Enfermeira e escritora de vários livros.



*"Como enfermeiro e professor não sei tudo, mas ensino tudo o que sei!"*

**Domingos de Oliveira**

Professor da Universidade Federal do Tocantins na disciplina de saúde mental e internato hospitalar;  
Mestre em assistência de enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.



*"Enfermagem é profissão que exerce políticas públicas a tempo todo. Seja na beira do leito, nos portões das comunidades, ou em um asfalto quente com um acidentado."*

**Cristiane Bernardo Freires da Silva**

Conselheira do Coren RJ e Enfermeira Socorrista do Rede Cegonha.



*"A Enfermagem é especializada em cuidar da ser humano em seu sentido holístico, desde a concepção até a morte, sem esquecer que o seu cliente necessita estar bem com seu corpo, alma e espírito."*

**Prof. Dr. Rodrigo Assis Neves Dantas**

Professor do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico e Doutorado) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).



*"O cuidar da enfermagem vai muito além da profissão, é preciso amar ao próximo."*

**Avanilde Paes Miranda**

Mestre em Hebiatria - Determinante Saúde na Adolescência, Especialista Gestão Emergência no SUS, Enfermeira Assistencial no PROCAPE.



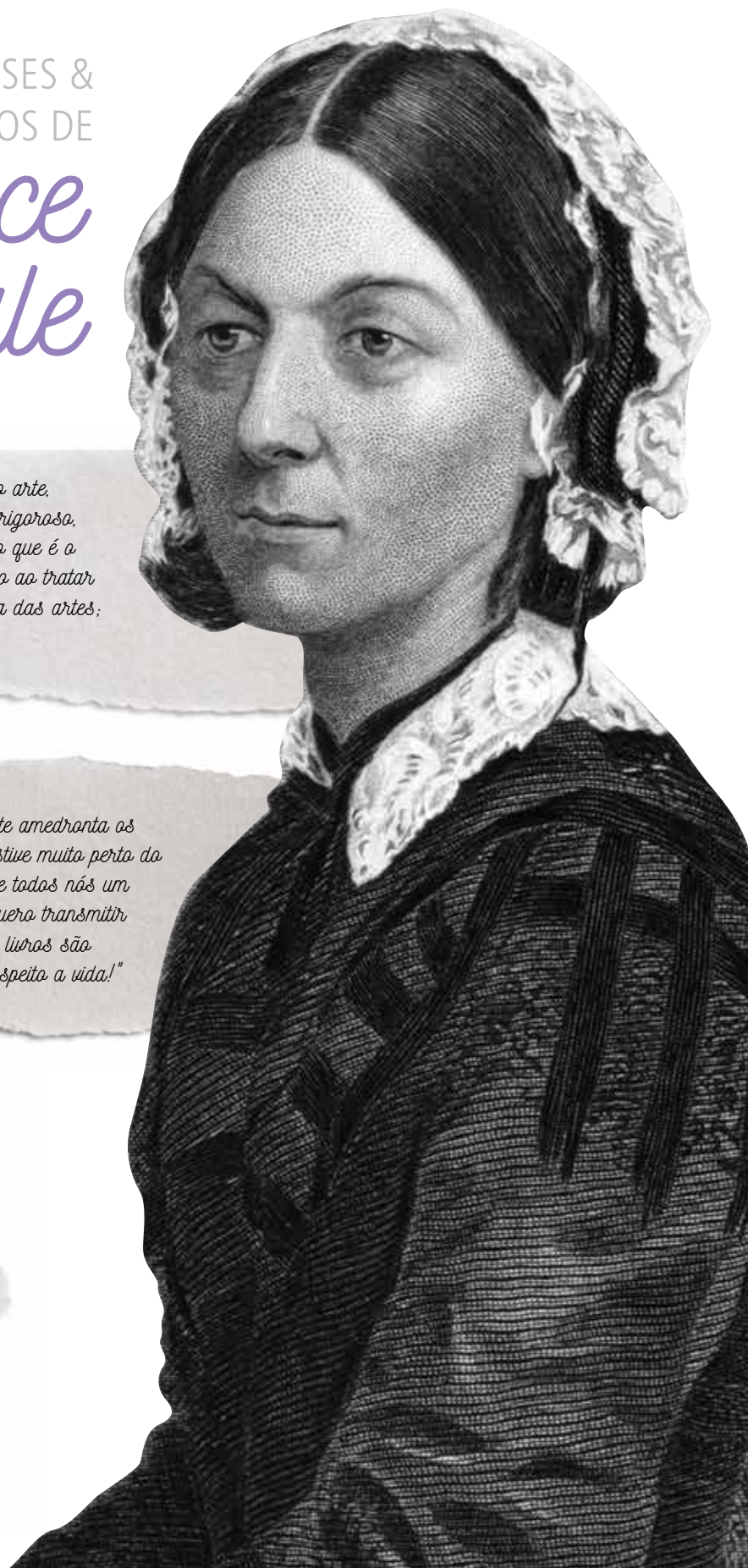
FRASES &  
PENSAMENTOS DE

# Florence Nightingale

*"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; Pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes."*

*"Escolhi as plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber. Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!"*

*"Eu uso a palavra enfermagem na falta de uma melhor. Ela tem sido limitada para significar pouca mais do que a administração de medicamentos e a aplicação de emplastros. Ela deve significar o uso adequado de ar fresco, luz, calor, limpeza, tranquilidade, a seleção adequada e a administração de uma dieta - tudo à menor despesa de energia vital para o paciente."*



# Momentos que fizeram a diferença

**A** enfermagem não possui roteiros e a cada dia seus profissionais passam por diferentes ocasiões. E por meio desse sentimento acolhedor o profissional é tomado por atitudes que servem para salvar a vidas dos pacientes, e até transmitir paz aos seus familiares.

Neste espaço recebemos relatos que fizeram a diferença em diversos momentos. Em alguns, pessoas que contaram com a experiência de profissionais qualificados, em outro momento o profissional frente a um atendimento onde o bom senso e o conhecimento técnico foi testado. Conheça algumas histórias que o carinho e a atenção dos enfermeiros salvaram o dia.

*"O cuidado e o tratamento que recebi foram essenciais para dar segurança na realização do procedimento"*

## *Aconteceu comigo*

*Fui diagnosticada com esclerose múltipla em fevereiro de 2011. Minhas pernas adormeceram, a dormência subiu para cintura e então para as mãos. O clínico que me atendeu no pronto socorro depois de várias idas e vindas passou meu caso ao neurologista que fez exames detalhados. Apesar de todo aparato tecnológico, nada substituiu a relação humana. E quando se trata de saúde, essa relação é representada pela relação enfermagem – paciente. Os profissionais de enfermagem que atuaram no meu tratamento sempre identificaram e avaliaram minhas necessidades como paciente e indivíduo, intervindo em aspectos biopsicossociais e humanísticos na intenção de atingir um equilíbrio e bem estar dos limites impostos pela doença. Sempre existiu uma escuta atenta e diferenciada, com a presença de um olhar sensível para todas as questões humanas. Todas as equipes de enfermagem que cuidaram de mim conheciam as reais necessidades clínicas da minha doença estruturando uma assistência sistemática, acolhedora e humanizada. Na minha incapacidade física, a equipe de enfermagem sempre me encorajou a atividades laborais informando os benefícios. Nos problemas psicológicos como a ansiedade, procuravam de forma humanizada, me auxiliar e me confortar da melhor maneira possível. Nos momentos de dor aguda, a medicação necessária sempre foi administrada prontamente e sempre foi controlada com questionamento da escala de faces. Sempre se preocupavam com a integridade da minha pele, pois o fato de estar acamada podia gerar sérios problemas. A mudança de decúbito e a hidratação da pele também foram essenciais. Fiz uso de vários medicamentos o que poderia causar falhas na administração, mas as equipes de enfermagem sempre foram competentes para conferir todos os medicamentos com o meu cuidador antes da administração. Devido não poder deambular havia um grande risco de queda, mas as equipes de enfermagem deixavam as guardas da cama sempre levantadas e a campainha próxima para qualquer necessidade. Fui atendida prontamente em todas as intercorrências. Quando eu internava em andar diferente algumas colaboradoras faziam questão de fazer visita na intenção de me deixar confortável e levar alegria nos momentos difíceis. A fase mais crítica ao meu tratamento foi quando os médicos decidiram realizar o transplante autólogo de células hematopoéticas. O risco do procedimento era alto, mas a competência da equipe médica e a equipe de enfermagem fizeram o diferencial. O cuidado e o tratamento que recebi foram essenciais para dar segurança na realização do procedimento. O tratamento com altas doses de quimioterapia gerou muito desconforto devido aos efeitos colaterais, mas sempre que a equipe era requisitada, eu era atendida prontamente seguindo os protocolos de cuidados com contaminação devida minha baixa imunidade. Todas as infusões foram acompanhadas por enfermeira especializada individualmente e toda a equipe amplamente treinada e capacitada no que diz respeito ao aspecto humano. O dia mais importante para quem passa por esse procedimento é a pega da medula. Quando isso aconteceu, todos os envolvidos fizeram uma festa como de aniversário, afinal eu nascia novamente. Não houve uma pessoa em especial no meu tratamento. Foi uma grande equipe que me ajudou de forma humanizada que tenho pra mim como exemplo de profissionais da saúde. Cada paciente é único e deve receber tratamento diferenciado!*

**Milena Antunes Alvarez – Farmacêutica (São Paulo)**

## Acalento

Em 2011, minha sogra foi diagnosticada com câncer de pulmão. Quando descobrimos já estava em estágio terminal com metástase. Foi apenas um intervalo de 30 dias entre a primeira internação com suspeita de AVC (a metástase no cérebro paralisou seu lado esquerdo) até o seu falecimento. Meu marido é filho único. Então eu me desdobrava com ele para acompanhá-la. Seu último dia de vida foi em um sábado, e ela já estava sedada. Eu a acompanhei durante o dia. Por dentro eu tinha um sentimento de tristeza e inconformidade porque minha sogra antes exalava vida. Saí do hospital para almoçar e quando retornei havia um enfermeiro sentado ao lado da cama dela e ele olhava para ela e parecia estar em prece. Me aproximei e ele perguntou: Você a conhece? Respondi que sim. E ele me falou tão jovem, tão bonita. E habilmente foi conversando comigo, falando a respeito da doença, me explicando sobre o que estava acontecendo com o corpo dela e aquele momento acalmou meu coração. Foi cerca de uma hora de conversa, mas me trouxe tanta paz e compreensão de que ela estava sofrendo e que breve isso iria acabar. Quatro horas depois minha sogra veio a falecer.

**Vanessa Caetano – Contadora (São Paulo)**

*"Foi cerca de uma hora de conversa, mas me trouxe tanta paz e compreensão"*

## Do outro lado:

*Vivência profissional experienciada com paciente estrangeira em uma Unidade Emergencial*

Sou Adriana, 41 anos, Enfermeira Especialista em Cardiologia, Mestranda em Nefrologia, atuante nas áreas de Terapia Intensiva e Emergência, unidade esta onde vivenciei experiências de trabalho e vida.

Há quatro anos, em uma Instituição Pública, situada na Zona Leste, na sala de Emergência (Choque) adentrou a sala uma Paciente estrangeira, proveniente da África, faziam menos de 24 horas que havia chegado no Brasil. Desidratada, icterica, apresentando prostração, e, como agravante sem muito conhecimento de nossa língua, falando um pouco o inglês e sua língua nativa, sem familiares ou parentes próximos, com o pouco conhecimento do inglês conseguimos compreendê-la e ajudá-la em sua recuperação.

A mesma ficou alguns dias hospitalizada, e, sua simplicidade, educação e cortesia foi agraciada aos olhos da equipe, onde, durante sua estadia hospitalizada, a barreira linguística não foi impedimento para um bom relacionamento equipe e paciente.

Esta história foi impactante, pois os relatos da própria Paciente, de onde veio e as dificuldades e condições tristes que se encontrava seu local de origem nos fez refletir que, mesmo com todas as dificuldades que temos em nosso País, conseguimos driblar e nos reinventar todos os dias enquanto profissionais, priorizando a humanização como contexto primordial à nossa cultura profissional.

**Adriana Aparecida Carvalho – Enfermeira, Cardiologia (São Paulo)**

*"mesma com todas as dificuldades que temos em nosso País, conseguimos driblar e nos reinventar todos os dias enquanto profissionais"*



# Maio mês da enfermagem!

Chegou o mês de ovacionar aqueles que estão diariamente ao lado dos pacientes, garantindo a recuperação e salvando a vidas de milhares de pessoas, o Enfermeiro (a).

O profissional da enfermagem é aquele que busca melhorar a qualidade de vida do paciente, independente do seu estágio. Desde um simples curativo, até para aqueles em que a vida está por um fio. Sempre com o mesmo cuidado e dedicação. Isso prova o quanto o profissional precisa estar atento com o aspecto físico e mental do paciente, para assim melhor atendê-lo.

Sobre a capacitação do enfermeiro é notável que a busca do conhecimento é algo rotineiro na profissão. Atualmente o profissional está cada vez mais preparado para encarar as diversas situações em seu campo de trabalho. É visível a competência técnica-científica e social desse profissional, buscando melhorias e condições de saúde da população e valorizando a integralidade do paciente.

Com toda essa preparação, o trabalho da enfermagem deixou de ser apenas em hospitais e clínicas, e hoje vemos o profissional em diversos campos como creches, atendimento domiciliar, enfermagem do trabalho e até consultorias. Um universo de possibilidades bem a frente do profissional que se dedica a oferecer assistência às pessoas.

Observamos que independente do campo de atuação, a enfermagem deve sempre seguir alguns protocolos já estabelecidos pela profissão, tais como:

- O profissional deve ser ético e competente, capaz de contribuir para o bem-estar e qualidade de vida de seus cidadãos;
- Possuir responsabilidade social, na busca da compreensão das reais necessidades.
- Desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo nas instâncias do sistema de saúde;
- Ter a capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas eficazes que priorizam custo/benefício;
- Manter a confidencialidade das informações a ele confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- Estar apto a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade;
- Estar habilitado a fazer o gerenciamento e a administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e da informação, da mesma forma que deve estar apto a ser gestor, empregador e líder nas equipes de saúde;
- Ser capaz de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática profissional.



## Recordando...

O **Dia Internacional da Enfermagem** é celebrado mundialmente desde 1965. No Brasil a data foi reconhecida em 1938, instituída pelo então presidente Getúlio Vargas.

O dia **12 de maio** foi escolhido como **homenagem ao nascimento de Florence Nightingale**, considerada a "mãe" da enfermagem moderna, por ter realizado um grande trabalho em prol do próximo. Foi na guerra da Crimeia, em que seu trabalho se tornou mais conhecido e ela foi chamada de "Dama da Lâmpada", instrumento que usava durante a noite para ajudar melhor os feridos.

No Brasil é comum a celebração da **Semana da Enfermagem**, que começa em 12 de maio (com o Dia Internacional da Enfermagem) e termina em 20 de maio (com a comemoração do Dia do Auxiliar e Técnico de Enfermagem).

*Enfermeiros e Enfermeiras de todo o Brasil*

nós da **Revista Nursing** parabenizamos a todos heróis e heroínas e agradecemos pela dedicação e carinho ao qual desenvolve o seu trabalho!



10<sup>o</sup>

# congresso **Nursing** BRASILEIRO

1º Congresso Internacional Saúde Coletiva  
1º Congresso Internacional Feridas

**SÃO PAULO**  
HOTEL TRANSAMÉRICA

INSCREVA-SE!

[www.revistanursing.com.br/congresso](http://www.revistanursing.com.br/congresso)

*Envie seu trabalho e concorra*

trabalhos@revistanursing.com.br

Prêmio de **R\$1.000,00** para o melhor trabalho apresentado

PATROCÍNIO



APOIO



REALIZAÇÃO



EVENTO	DATA	LOCAL	INFORMAÇÕES
IV Simpósio Nordeste de Estomaterapia	24 a 26 de maio	Teresina / PI	Telefone: (11) 3081-0659 Organização: Sobest
13º Congresso Internacional da Rede Unida	30 de maio a 02 de junho	Manaus / AM	Telefone: (51) 3391-1252 Organização: Aben
XV Fórum Internacional SEPSE	31 de maio a 01 de junho	São Paulo / SP	E-mail: melyssa@planoapp.com.br Telefone: (11) 3472-2020
2º Congresso Alagoano de Saúde Mental	07 a 09 de junho	Maceió / AL	E-mail: casme2018@gmail.com Organização: Enfermagem Uncisal

## 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](mailto: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](mailto: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.



29 E 30 DE AGOSTO DE 2018

Hotel Transamérica  
SÃO PAULO

Conheça  
os palestrantes

10<sup>o</sup>  
congresso Brasileiro Nursing

1º Congresso Internacional Saúde Coletiva  
1º Congresso Internacional Feridas



Maria Julia Paes



Renato Kfour



Laércio Neves



Marcelo Chanes



Tamara Cianciarullo



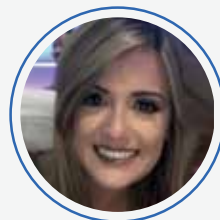
Fabricio Rech



Ana Elia Petrone



Luiza Dal Ben



Caroliny Guimarães



Mara Blanck

Multidisciplinaridade em Saúde  
INTEGRANDO SABERES

[www.revistanursing.com.br/congresso](http://www.revistanursing.com.br/congresso)

PATROCÍNIO



APOIO



REALIZAÇÃO



# Renata Pietro conta sobre sua missão na presidência do Coren SP

Buscando a valorização da enfermagem e o reconhecimento do profissional da saúde, essa é a nova fase do Coren SP presidido por Renata Pietro.

Por Letícia Leivas Munir



Renata Andréa Pietro Pereira Viana

Enfermeira, doutora em ciências pela Unifesp. Chefe licenciada do serviço de terapia intensiva do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE-SP). Fundadora da Abenti – Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva; atual Presidente do Coren São Paulo.

No início do ano Renata Pietro assumiu o cargo de presidente do Coren SP, desde então ela vem fazendo um trabalho de valorização do profissional, além de estreitar o relacionamento com os enfermeiros. Dessa forma o Coren-SP já conta com uma nova fase e as transformações estão apenas começando, o trabalho da presidente vai além dos cuidados costumeiros e sempre acompanhada de muita força e diálogo. Renata afirma ainda a sua proximidade com os profissionais e sua obrigação em tornar a sua gestão mais transparente e aberta para auxiliares, técnicos e enfermeiros

Para saber mais sobre esse novo triênio entrevistamos a Enfermeira, Presidente Dra. Renata Pietro, Acompanhe!

**Revista Nursing: Como é representar mais de 500mil enfermeiros, técnicos e auxiliares em todo o estado?**

**Renata Andréa Pietro P. Viana:** É uma satisfação, por se tratar de uma meta alcançada, a representação da en-

fermagem de São Paulo. Essa nova gestão vem com uma missão muito grande, que é de trabalhar a valorização do profissional da enfermagem.

Nesses 5 meses que estamos a frente dessa gestão já notamos o diferencial, as pessoas estão mais próximas do conselho e assim estão se sentindo mais valorizadas e representadas pelo Coren SP. Já conversamos com uma equipe de Home Care que vieram mostrar as suas perspectivas e dificuldades no trabalho, conversamos também com um grupo de estética, isso mostra o quanto o conselho está aberto aos profissionais da enfermagem, para conhecer de perto os problemas que eles passam diariamente e ajudar da melhor forma possível.

Além de estarmos abertos para visitas estamos também indo até os profissionais, por meio de subseções, e conhecendo as dificuldades e as necessidades desses enfermeiros. É notório que os enfermeiros percebem esse interesse e respondem da melhor maneira, já que se sentem acolhidos e representados.

**Revista Nursing: Quais são as suas principais ações para esse triênio?**

**Pietro:** No primeiro momento é trabalhar a questão da valorização e mostrar para a sociedade quem é o nosso profissional, quem são os profissionais que conduzem a saúde. Se aproximar dos enfermeiros e abrir as portas para receber novas sugestões de trabalho.

Outra preocupação é com a questão do desgaste, como foi o caso da febre amarela, o profissional teve que trabalhar sem estrutura, passando por momentos difíceis. Sem criar estratégia, assunto esse já discutido com o município de São Paulo, para trabalhar um fluxo correto e dar continuidade do trabalho.

Outro ponto a ser abordado é a Educação e fiscalização. Colocando a fiscalização em foco, onde realmente o profissional sinta-se presente e acolhido com um respaldo.

Para criar esse canal precisamos dos conselheiros e de uma estrutura, onde tem o conselho de classe, os conselheiros e a diretoria. E assim atrelar a nossa

comunidade com a fiscalização e juntar a questão dos conselheiros. Fazer com que essa tríade possa atender melhor os nossos profissionais.

**Revista Nursing: Existe algum sonho maior para a categoria alcançar?**

**Pietro:** A enfermagem hoje é uma profissão muito massacrada, a gente não tem uma representatividade política, então muito das nossas questões é sobre a falta de uma lei, uma regulamentação. Os profissionais querem uma resolução sobre a regulamentação das 30hrs, mas é um projeto de lei que está parado há muito tempo, a última deliberação foi em 21/11/2017 e ninguém se interessa por essa pauta. Percebesse que 500mil profissionais não tem uma representatividade política.

Gostaria de empoderar mais esses profissionais para conseguirmos uma representação política. Basicamente quando conversamos com os enfermeiros esse é o primeiro assunto abordado por eles, às 30hrs, mas infelizmente isso não compete ao conselho, o sindicato teria que estar brigando por esse direito, mesmo assim o Coren SP busca criar regulamentos para ajudar as instituições, por meio de movimentos, trabalhando por municípios e assim ganhando força para ir em frente com esses projetos. Atualmente criamos uma comissão para tentar criar regulamentações. Sabemos que isso é apenas o começo para uma nova fase, mas é necessário esse trabalho para alcançarmos as nossas metas.

**Revista Nursing: Como vê a participação e o empoderamento da enfermagem para alcançar novos espaços?**

**Pietro:** Quando olhamos o caso das 30hrs é um bom exemplo. A organização Mundial da Saúde coloca que se nós conseguíssemos regulamentar uma jornada de 30hrs, o profissional da saúde trabalharia melhor, evitando doenças ocupacionais e trabalhando a questão do Bournut. Atualmente diferentes classes já conseguiram, como por exemplo

os farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais. Só que a grande massa de impacto atual que é a enfermagem não tem ainda esse direito adquirido.

Na ideia do administrador essa medida pode causar um impacto gigantesco para a instituição, já que as pessoas acabam visando o lucro, que terão que contratar mais. Só que na verdade a ideia é trabalhar melhor.

**“É preciso mostrar à população a importância desse profissional, que é ele que faz todo o processo andar e mostrar quem é a enfermagem, quem é o enfermeiro que estará ao lado para verdadeiramente atender a população”**

**Revista Nursing: A senhora acredita que a enfermagem já alcançou o espaço de poder ou ainda está a caminho?**

**Pietro:** Ainda não. O que nós precisamos é fazer com que a enfermagem entenda essa questão. Precisamos de pessoas politizadas para da importância de todo esse trabalho. Que a sociedade nos reconheça como um profissional importante e nos ajudam com a representatividade política, para que quando as leis em prol do enfermeiro chegar ao senado tenhamos pessoas engajadas a este assunto. E dessa forma ganharmos espaço.

**Revista Nursing: O assunto “violência contra os profissionais de Saúde” ainda é algo do cotidiano desse profissional? Sendo uma população majoritariamente composta por mulheres, que representam 87% dos quadros da Enfermagem.**

**Pietro:** Esse é um cenário que a gente nunca pode deixar de trabalhar, até mesmo porque é necessário trabalhar a educação. Acredito que essa seja apenas a ponta do Icebergue quem está na ponta é quem sofre. Tivemos o exemplo da vacinação, onde não havia vacina suficiente e as pessoas agrediam os profissionais. O cenário da saúde está muito desgastado e quem está na ponta é quem leva toda a culpa. A campanha da valorização, a qual a gente tem trabalhado muito é a saída para esse problema. É preciso mostrar à população a importância desse profissional, que é ele que faz todo o processo andar e mostrar quem é a enfermagem, quem é o enfermeiro que estará ao lado para verdadeiramente atender a população.

**Revista Nursing: Li sobre a sua reunião em Brasília com a comissão científica do 21º Congresso Brasileiro dos Conselheiros de enfermagem (CBCENF) evento que ocorrerá em SP, Como a senhora vê esse evento, existe algum diferencial por ser em SP justamente no seu mandato de presidência no Coren – SP?**

**Pietro:** Sinto uma satisfação gigantesca acolher o maior evento de enfermagem, existe uma comissão que foi nomeada para esse trabalho composta por professores e doutores, por pessoas renomadas e a ideia dessa construção é fazermos um modelo totalmente diferente de congresso, onde tenha cursos pré congresso que trabalhe a questão da prática do profissional, onde nós possamos atrelar o conhecimento técnico ao conhecimento científico. Fico imensamente feliz por sediar um evento desse tamanho e assim mostrar a força do Coren SP. 🐣



# Quedas em idosos: avaliação dos fatores de risco

**RESUMO** | Avaliar os fatores do risco de queda em idosos. Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Desenvolvido no Centro de Saúde da Liberdade (CSL), uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Luís, Maranhão. Participaram desta pesquisa 228 idosos. A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos: ficha de caracterização sociodemográfica e de saúde, e escala de risco de queda de Downton. O estudo contou com idosos de idades entre 60 a 93 anos. Destes, 136 (59,7%) são sexo feminino e 92 (40,3%) do sexo masculino. Predominaram neste estudo: Idosos hipertensos (55,7%) e diabéticos (33,8%), com histórico de quedas nos últimos doze meses, que faz uso de pelo menos um medicamento, com déficits sensoriais e sem alterações na marcha. Esta pesquisa atingiu seu objetivo na medida em que conseguiu ilustrar a realidade dos idosos sobre os fatores de risco de queda. Cabe conscientizar a sociedade para que a queda seja tratada não somente após a ocorrência desta e, sim, pensar em modos de prevenção da mesma proporcionando aos idosos melhores condições de vida.

**Palavras-chaves:** saúde do idoso; acidentes por quedas; prevenção de acidentes.

**ABSTRACT** | To evaluate the risk factors for falls in the elderly. Descriptive, cross-sectional study with quantitative approach. Developed at the Centro de Saúde da Liberdade (CSL), a Basic Health Unit (BHU) in the city of São Luís, Maranhão. 228 elderly people participated in this study. Data collection was performed through two instruments: socio-demographic and health characterization form, and downtown risk scale. The study included elderly people aged 60 to 93 years. Of these, 136 (59.7%) were female and 92 (40.3%) were male. Prevalence in this study was: Hypertensive (55.7%) and diabetic (33.8%) elderly, with a history of falls in the last twelve months, who use at least one medication, with sensory deficits and no gait changes. This research reached its goal in that it was able to illustrate the reality of the elderly about the fall risk factors. It is important to make society aware so that the fall is treated not only after its occurrence, but rather to think of ways to prevent it, giving older people better living conditions.

**Keywords:** elderly health; accidents by falls; accidents prevention.

**RESUMEN** | Evaluar los factores del riesgo de caída en los ancianos. Estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo. Desarrollado en el Centro de Salud de la Libertad (CSL), una Unidad Básica de Salud (UBS) de la ciudad de São Luís, Maranhão. Participaron en esta investigación 228 ancianos. La recolección de datos fue realizada por medio de dos instrumentos: ficha de caracterización sociodemográfica y de salud, y escala de riesgo de caída de Downton. El estudio contó con ancianos de edades entre 60 y 93 años. De ellos, 136 (59,7%) son sexo femenino y 92 (40,3%) del sexo masculino. En el presente estudio se analizaron los resultados obtenidos en el estudio de los resultados obtenidos en el estudio. Esta investigación alcanzó su objetivo en la medida en que logró ilustrar la realidad de los ancianos sobre los factores de riesgo de caída. Cabe concienciar a la sociedad para que la caída sea tratada no sólo después de la ocurrencia de ésta y, sí, pensar en modos de prevención de la misma proporcionando a los ancianos mejores condiciones de vida.

**Palabras claves:** salud de los ancianos; accidentes por caídas; prevención de accidentes.

## Ana Hélia de Lima Sardinha

Enfermeira. Doutora em Ciências Pedagógicas. Docente do Departamento de Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão.

## Nadja de Lourdes Costa Cantanhêde

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Bolsista do PIBIC.

**Recebido em:** 20/06/2017

**Aprovado em:** 29/01/2018

## Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que se caracteriza pelo aumento rápido e abrupto da população idosa<sup>1</sup>. A realidade do envelhecimento populacional é caracterizada pelo aumento de idosos, correspondendo a 7,3% da população total, com perspectiva de 15% em 2025<sup>2</sup>.

No Brasil este cenário de envelhecimento é ainda mais evidente. Nos últimos 20 anos pode-se verificar que a população idosa aumentou notoriamente, algo próximo de 17,2%. Além desse aumento nos últimos anos, as projeções

futuras apontam para a intensificação desse fenômeno nas próximas décadas<sup>3</sup>.

Além da transição demográfica, o Brasil passa também por uma transição epidemiológica: substituição das doenças transmissíveis pelas condições crônicas não transmissíveis, uma vez que essas condições tendem a se manifestar de forma mais expressiva na idade mais avançada e frequentemente estão associadas a outros agravos<sup>4</sup>.

O processo de envelhecer acarreta alterações fisiológicas importantes, como a diminuição da força muscular, alterações na massa óssea, déficit de equilíbrio, au-

mento do balanço do corpo, declínio dos reflexos, redução do controle postural, da coordenação motora, da flexibilidade e do sistema vestibular<sup>5</sup>. Essas alterações são decorrentes da senescência.

Quando essa perda é exacerbada, seja por um fator genético ou por exposição ambiental, há o advento de um quadro clínico que na maioria das vezes é expressa pela insuficiência de um órgão ou sistema biológico que caracteriza a condição crônica, classificada como a senilidade<sup>6</sup>. Dessa forma, envelhecimento populacional evidencia também a mudança do perfil de morbimortalidade, com o aumento das condições crônicas<sup>7</sup>. A alta prevalência de condições crônicas exacerba a perda da capacidade funcional dos idosos<sup>8</sup>.

O efeito cumulativo de alterações relacionadas à idade, doenças e meio ambiente inadequado predispõem a queda<sup>9</sup>. As quedas são responsáveis por 20% a 30% das causas de ferimentos leves nos idosos em todo o mundo, e são causas de 10 a 15% de todas as consultas aos serviços de emergência<sup>10</sup>. Além disso, cerca de metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril não recuperam a mobilidade prévia ao evento<sup>11</sup>. Portanto, o evento da queda em idosos representa um sério problema de saúde pública, merecendo, assim, atenção especial, por se tratar de um evento que pode ser prevenido.

Contudo, o fato de ser multifatorial faz com que a queda seja um evento complexo de avaliar. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família possui um importante papel na prevenção de quedas nas Unidades de Básicas de Saúde, onde os idosos devem ser cadastrados, receber visitas domiciliares, serem identificados quanto ao risco para sofrer quedas com o objetivo de orientá-los a se prevenir destas.

Dessa forma, a avaliação do risco é uma das estratégias mais eficazes de prevenção de quedas, pois, a partir dessa análise, medidas podem ser criadas e instituídas<sup>12</sup>. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar os fatores do risco de queda em idosos.

## Método

Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Saúde da Liberdade (CSL), uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Luís, Maranhão. O processo de amostragem foi do tipo probabilística simples. Para o cálculo amostral foi considerada a população de idosos cadastrados na UBS em 2015, constando em 554 idosos, e foi utilizado o nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% chegando-se assim a uma amostra de 228 idosos.

**"No Brasil  
este cenário de  
envelhecimento é  
ainda mais evidente.  
Nos últimos 20 anos  
pode-se verificar  
que a população  
idosa aumentou  
notoriamente, algo  
próximo de 17,2%"**

Foram incluídos os idosos de idade igual ou superior a 60 anos e que apresentam condição crônica que não comprometa o estado mental. Foram excluídos os idosos sem condições de responder a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro a julho de 2016, por meio de dois instrumentos: caracterização sociodemográfica e saúde e escala de risco de queda de Downton.

A escala de risco de queda de Downton possui validação no Brasil e foi selecionada para o estudo devido à sua eficácia comprovada<sup>13</sup>. A pontuação do instrumento varia de 0 a 11, e a nota de corte para esse instrumento é dois (2), todo entrevistado que apresentar nota maior ou igual a três ( $\geq 3$ ) é considerado com alto risco de queda.

Os dados foram organizados no programa Microsoft Excel 2010 e importados para o software STATA 10 para análise. Utilizou-se o teste t de Student para variáveis independentes. Os resultados obtidos foram descritos na frequência absoluta e relativa e estão apresentados sob a forma de tabelas e na linguagem descritiva.

A pesquisa faz parte do projeto "Condições Crônicas em Idosos Atendidos na Estratégia Saúde da Família em São Luís-MA", foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA - HUUFMA, a fim de atender aos aspectos recomendados na resolução 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando-se os princípios éticos, a confidencialidade e o anonimato, sendo aprovada com o parecer de número 949.100.

## Resultados

O estudo contou com idosos de idades entre 60 a 93 anos. Destes, 136 (59,7%) são sexo feminino e 92 (40,3%) do sexo masculino. No que tange aos aspectos sociodemográficos, predominaram os idosos de cor parda, baixa escolaridade, religião católica e que moram somente com o cônjuge.

Evidenciou-se também que a maioria dos participantes eram hipertensos (55,7%) ou diabéticos (33,8%). Além disso, o sedentarismo foi um fator comum entre os entrevistados (63,6%).

Com relação ao risco de quedas, 145 idosos apresentaram alto risco de queda e 83 apresentaram baixo de queda. O sexo feminino apresentou maior índice de alto risco de queda, com 64,7% das mulheres.

**Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo risco de quedas, por sexo. CSL, 2016.**

Variáveis	Sim (%)	Sim (%)	Não (%)
<b>Risco de quedas</b>			
Alto risco	57 (61,9%)	88 (64,7%)	145 (63,5%)
Baixo risco	35 (38,1%)	48 (35,3%)	83 (36,5%)

Conforme dados obtidos na tabela 2, que consta a Escala de risco de queda de Downton, 48 (52,2%) idosos do sexo masculino apresentam história de quedas nos últimos doze meses enquanto o sexo feminino constou 74 (54,4%) idosos.

No que concerne o uso de medicamentos é possível perceber que a maioria dos idosos fazia uso de pelo

menos um medicamento, configurando 68% (n=155) dos participantes. O medicamento de uso mais comum entre os idosos entrevistados são os hipotensores não diuréticos, evidenciado pela alta prevalência de hipertensos neste estudo. Quanto aos déficits sensoriais, os participantes de ambos os sexos referiram ter pelo menos alguma alteração sensorial,

**Tabela 2. Distribuição dos idosos de acordo com as pontuações encontradas segundo sexo e a "Escala de risco de quedas de Downton". São Luís, 2016.**

Classificação	PAS (mmHg)	Masculino	Feminino
<b>Quedas Anteriores</b>	Não	44 (47,8%)	62 (45,6%)
	Sim	48 (52,2%)	74 (54,4%)
<b>Medicamentos</b>	Nenhum	26 (28,3%)	47 (34,5%)
	Tranquilizantes/ Sedativos	5 (2,2%)	7 (5,1%)
	Hipotensores (não diuréticos)	43 (46,7%)	51 (37,5%)
	Antiparkinsonianos	1 (1,1%)	1 (0,7%)
	Antidepressivos	0 (0%)	10 (7,4)
	Outros	39 (42,3%)	51 (37,5%)
	Nenhum	28 (30,4%)	39 (28,7%)
<b>Déficits Sensoriais</b>	Alterações Visuais	43 (46,7)	58 (42,6%)
	Alterações Auditivas	23 (25%)	26 (19,1%)
	Extremidades	20 (21,7%)	52 (38,2%)
<b>Estado Mental</b>	Orientado	69 (75%)	119 (87,5%)
	Confuso	23 (25%)	17 (12,5%)
<b>Deambulação</b>	Normal	74 (80,4%)	105 (77,2%)
	Segura com ajuda	11 (12%)	19 (14%)
	Insegura com/sem ajuda	7 (7,6%)	8 (5,9%)
	Impossível	0 (0%)	4 (2,9%)

correspondendo a 75,1% do total dos participantes. A mais comum entre os idosos foram as alterações visuais.

Quanto ao critério de deambulação, maior parte dos idosos não tinham alteração na marcha, correspondendo a 80,4% dos homens e 77,2% em mulheres.

## Discussão

Observou-se no estudo que 59,7% são do sexo feminino. É oportuno destacar que isso pode inferir-se a dois fatores: as mulheres possuem maior expectativa de vida e o fato de que ainda é cultural que o sexo feminino recorra aos serviços de saúde com maior frequência, o que pode configurar-se como um viés da amostragem<sup>14,15</sup>.

A maioria dos idosos entrevistados são hipertensos (55,7%) ou diabéticos (33,8%), concordando com diversas pesquisas brasileiras, que destacam essas condições crônicas como as mais comuns na velhice<sup>16,17</sup>. Ainda segundo esses estudos, HAS e o DM, juntos, são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes principalmente das complicações que a acompanham.

O sedentarismo foi outro fator que prevaleceu neste trabalho, concorda com diversos autores que avaliaram quedas em idosos e a influência de hábitos de vida na síndrome da fragilidade no idoso<sup>18,14</sup>.

Verificou-se que as mulheres apresentam maior índice de alto de risco de quedas. Em nível fisiológico, é esperado que a massa óssea da mulher diminua mais rapidamente do que a dos homens, constituindo assim como um fator para as mulheres idosas serem mais propensas às quedas<sup>19</sup>. Outro aspecto que pode estar relacionado a este resultado é o fato das mulheres constituírem o seguimento populacional mais acometido por condições crônicas. Isso implica que, apesar das mulheres apresentarem maior expec-



tativa de vida, não significa que necessariamente as mulheres são mais saudáveis do que homens<sup>20</sup>.

Neste estudo homens e mulheres apresentaram índices de histórico de quedas semelhantes, concordando com estudo realizado com idosos atendidos na estratégia saúde da família<sup>15</sup>.

A presente pesquisa corrobora também com evidências de outros trabalhos que revelam que os idosos fazem uso regular de pelo menos um medicamento, especialmente os anti-hipertensivos<sup>21,22,16</sup>.

As alterações visuais foram os déficits mais referidos pelos idosos, resultado semelhante foi encontrado em estudo que analisou fatores relacionados a quedas

em idosos residentes em comunidade<sup>17</sup>. Desse modo, infere-se que mesmo com estado mental orientado e a maioria sem alteração na marcha, os idosos sofreram quedas, o que mostra que o ambiente no qual estão inseridos, aliado aos seus hábitos de vida, são fatores de risco predominantes neste estudo.

### Conclusão

Esta pesquisa atingiu seu objetivo na medida em que conseguiu ilustrar a realidade dos idosos sobre os fatores de risco de queda. Cabe conscientizar a sociedade para que a queda seja tratada não somente após a ocorrência desta e, sim, pensar em modos de prevenção da mesma pro-

porcionando aos idosos melhores condições de vida.

Diante disso, verifica-se que a atenção à saúde do idoso, principalmente diante de maior expectativa de vida e das diversas condições crônicas, exige maior investimento em estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Para a realização das medidas preventivas é importante identificar/avaliar o risco de quedas em idosos. Dessa forma é fundamental que sejam implementados protocolos específicos de fator de risco de quedas, como a “Escala de risco de queda de Downton” que pode ser facilmente aplicado nos idosos. 🍷

## Referências

1. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira, MT; Teixeira MTB, Bastos RR; Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de saúde pública*. 2012; 46(1): 138 -146
2. Silva SMCS, Mura JDP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2014.
3. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm)>
4. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, Rocha ACAL. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2011; 45(Esp. 2): 1763-1768.
5. Siqueira FV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. *Caderno de Saúde Pública*. 2011; 27(9):31-37.
6. Ramos LR. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*. São Paulo. 2009.
7. World Health Organization (WHO). US National Institute of Aging. *Global health and aging*. Bethesda: National Institutes of Health; 2011.
8. Kanso S, Romero DE, Leite IC, Marques A. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Caderno de Saúde Pública*. 2013; 29(4):735-48.
9. Rodrigues CF. Avaliação de capacidade funcional e de equilíbrio postural em idosos com e sem histórico de quedas [Dissertação de mestrado]. Bauru-SP: Universidade do Sagrado Coração. 2015.
10. Antes DL, Schineider IJC, Benedetti TRB, D'Orsi E. Medo de queda recorrente e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2013; 29(4):758-768.
11. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública [online]*. 2002, 36(6): 709-716.
12. Rubin GM, Sidney S, Black D. High blood cholesterol in elderly men and excess risk for coronary heart disease. *Annals of Internal Medicine*. 2006; 113(2):916-920.
13. Schiaveto FV. Avaliação de quedas em idosos na comunidade [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008.
14. Silva, APAC. A influência de hábitos de vida (tabagismo, consumo nocivo de álcool e sedentarismo) associados à hipertensão arterial sistêmica na síndrome da fragilidade no idoso [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. 2012.
15. Lucena, IM. Quedas em idosos assistidos na estratégia saúde da família: frequência e fatores associados [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009.
16. Reis LA, Flôres CMR. Avaliação do risco de quedas e fatores associados em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador. 2014; 28(1): 42-49.
17. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46(1): 126-134.
18. Buksman S, Vilela ALS, Lino VS. Quedas em Idosos: Prevenção. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes: quedas em idosos: prevenção [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2008.
19. Manrique-Espinoza B, Moreno-Tamayo K, Téllez-Rojo S, Martha MA, Cruz-Góngora VV, Gutiérrez-Robledo LM, Salinas-Rodríguez A. Short-Term Effect of Physical Activity and Obesity on disability in a Sample of Rural Elderly in Mexico. *Salud Publica del Mexico*. Lima-Perú. 2011.
20. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro. 2013; 12(3): 391-404.
21. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa. *Caderno de Saúde Pública*. 2013; 24(6): 1439-46.
22. Flores LZ, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 39(6): 924-9.

# Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família: abordagem frente à mulher em situação de violência

**RESUMO** | Esta pesquisa buscou compreender as concepções e a abordagem das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família (ESF), de um município do interior do estado do Mato Grosso do Sul, à mulher em situação de violência. Foi utilizada metodologia qualitativa e uso do Discurso do Sujeito Coletivo para a análise dos dados. Observou-se que, as participantes não se sentem preparadas para atender os casos de violência contra a mulher; porém, conseguem fazer a articulação com outros profissionais e serviços. Conclui-se que as enfermeiras, em sua maioria, procuram amparar as mulheres, estabelecendo um diálogo com relação de confiança, além de orientá-las para buscar ajuda.

**Palavras-chaves:** violência contra a mulher; enfermagem em saúde pública; saúde da mulher; estratégia saúde da família.

**ABSTRACT** | This research aimed to comprehend the conceptions and approach of nurses of Family Health Strategy (FHS), from an inland city of Mato Grosso do Sul, to women on violence situation. It was used a qualitative methodology and Collective Subject Discourse for the data analysis. It was noticed that the participants do not feel prepared to attend the violence cases against women; nevertheless, they can make the articulation with other professionals and services. It can be concluded that the majority of the nurses look for supporting the women, establishing a dialogue with a confidence relation and guiding them to seek help.

**Keywords:** violence against women; public health nursing; women's health; family health strategy.

**RESUMEN** | Esta investigación trató de comprender las concepciones y el enfoque dado por las enfermeras de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), de un municipio del interior del estado de Mato Grosso do Sul - Brasil, hacia la mujer en situación de violencia. Para analizar los datos, se utilizaron metodología cualitativa y el Discurso del Sujeto Colectivo. Se observó que las participantes no se sienten preparadas para atender a los casos de violencia contra la mujer; sin embargo, consiguen hacer la articulación con otros profesionales y servicios. Se llegó a la conclusión de que las enfermeras, en su gran parte, tratan de amparar a las mujeres, estableciendo una relación de confianza mediante el diálogo, además de orientarlas a buscar ayuda.

**Palabras claves:** violencia contra la mujer; enfermería en salud pública; salud de la mujer; estrategia de salud familia.

## Bruna Lais Alcará de Moraes

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

## Maria Auxiliadora de Souza Gerk

Enfermeira. Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

## Cristina Brandt Nunes

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Professora Associada da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

**Recebido em:** 22/01/2018

**Aprovado em:** 29/02/2018

## Introdução

A violência é compreendida como qualquer sofrimento que envolva danos físicos, sexuais e psicológicos e que esteja relacionada com as diferenças de gênero<sup>(1)</sup> e interfere na qualidade de vida das mulheres e de suas famílias, visto que quando uma mulher passa por esta situação pode desenvolver problemas como depressão, doenças sexualmente transmissíveis, gestações indesejadas, uso de álcool e outras drogas<sup>(2)</sup>, resultando muitas vezes em homicídios<sup>(3)</sup>.

A falta de compreensão dos profissionais de saúde com relação ao seu papel frente às situações de violência contra a mulher são um dos fatores que dificultam ações mais assertivas. As ações frente aos casos são na maioria das vezes de cunho pessoal e não pautado na responsabilidade profissional, como a crença de que

assistir uma mulher em situação de violência seja um ato de solidariedade, não necessitando de habilidades técnico-científicas para desempenho de tal atividade<sup>(4)</sup>.

Considerando que a qualidade de vida das mulheres e respectivas famílias, em situação de violência, se deterioram, as ações da Enfermagem são necessárias no processo de cuidado das pessoas envolvidas nessa situação. Assim, a violência deve ser compreendida no seu todo pelo profissional, principalmente pela enfermeira que prestará assistência à mulher em situação de violência<sup>(5)</sup>.

Portanto, este estudo visou compreender a concepção e a abordagem da enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior de Mato Grosso do Sul, à mulher em situação de violência.

Será utilizado o termo enfermeira de-

vido ao entendimento de que, nessa classe profissional, o número de mulheres é maior, assim como o número maior de participantes da pesquisa são mulheres, implicando o uso do termo feminino.

### Metódos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com 13 enfermeiras que trabalham na ESF de um município do interior do estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2013 a junho de 2014.

Para a escolha das enfermeiras participantes do estudo, optou-se por incluir aquelas que tivessem experiência na abordagem com mulheres em situação de violência, considerando que estas profissionais poderiam contribuir para o alcance do objetivo da pesquisa, assim foram incluídas aquelas que atuam em unidades de saúde que possuem alguma notificação de violência e aquelas que estavam lotadas em unidades com mulheres em acompanhamento no serviço de referência para mulheres em situação de violência.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas. Para decidir o momento do encerramento das entrevistas, foi utilizada a saturação teórica. Foi utilizado um instrumento <sup>(6)</sup> para constatar a saturação teórica em pesquisas qualitativas.

Para organizar os dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>(7)</sup> que tem como fundamento a Teoria das Representações Sociais.

A pesquisa atendeu os preceitos Éticos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS e teve sua aprovação em 24/09/2013 com o parecer nº 404.619. As entrevistas foram realizadas perante o aceite das participantes; foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após sua leitura e discussão.

### Resultados e discussão

Participaram desta pesquisa 13 pessoas, dentre as quais cinco enfermeiros e oito enfermeiras, que atuam na ESF do mu-

nicipio; as idades das participantes são de 27 a 63 anos, e o tempo de formação em Enfermagem variou entre sete a dezoito anos, a experiência na área da Enfermagem esteve entre cinco anos e meio a dezoito anos, e a experiência na ESF variou entre quatro a quatorze anos de trabalho em ESF.

Nos tópicos a seguir, serão expostos os DSC oriundos das falas das participantes, os quais foram divididos em duas categorias, que são: conceitos de violência e atenção à mulher em situação de violência.

## "A falta de compreensão dos profissionais de saúde com relação ao seu papel frente às situações de violência contra a mulher são um dos fatores que dificultam ações mais assertivas"

### CONCEITOS DE VIOLÊNCIA

#### Discurso do sujeito coletivo 1 - Concepções de violência

*Acho que tudo aquilo que vem para agredir a individualidade, seja ela verbal ou física isso é violência. Qualquer tipo de abuso que a pessoa venha sofrer, tanto físico como psicológico é um tipo de violência. Violência contra a mulher também entraria quanto a isso, a partir do momento que tira seus direitos, tanto no seu trabalho, na sua casa.*

É possível depreender que as enfermeiras participantes possuem um conceito ampliado de violência, que abrangem questões culturais, de gênero e a liberdade de direitos.

Ao relatar suas concepções de violência, as profissionais utilizaram palavras como coação, abuso, falta de liberdade para exercer direitos, algo errado e anormal. E, mediante os termos relatados, observa-se que as enfermeiras não são coniventes com a violência, não sendo observadas expressões que remetem à culpabilização da mulher. O tema provoca sentimentos variados nas enfermeiras, incluindo a revolta.

Em pesquisa que aborda as concepções dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher<sup>(8)</sup> a violência foi relatada como algo que afeta a dignidade, que inclui a não aceitação de direitos e discriminação pelo gênero. No mesmo estudo, os profissionais de saúde possuem a concepção da violência contra a mulher como um problema de saúde pública, interferindo na saúde da mulher e de sua família e, dentre os agravos relatados encontram-se os traumatismos, hipertensão, queimaduras, depressão, fobias, tentativas e tendência ao suicídio, consumo abusivo de álcool e estresse pós-traumático.

### ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ESF

#### Discurso do sujeito coletivo 2 - Impotência em lidar com a violência contra a mulher

*Apesar de ser um tema muito antigo esta abordagem ainda é difícil, talvez a gente enquanto profissional ainda tenha um pudor desnecessário para conseguir abordar esta mulher, com medo de represálias do esposo, medo de invadir a privacidade dela. É muito triste, é desolador quando você vê esta mulher completamente fragilizada e a gente fica impotente, queria tirar ela daquele lugar e colocar em um que ela tivesse segurança e reponsabilidade pela vida dela. Não tem como resolver tudo, no caso a pessoa não tem estudo, não tem emprego. A gente se sente desamparado, sozinho para agir em certas ocasiões.*

A violência contra a mulher está presente no cotidiano da ESF; porém, muitas vezes não é percebida pelos profissionais,



conforme encontrado na pesquisa. Um estudo<sup>(9)</sup> aponta a falta de reconhecimento, pelos profissionais de saúde da ESF, sobre a violência contra a mulher como um problema que deve ser abordado, principalmente pelo fato de a mulher não relatar a violência e pelo pouco tempo de atuação na unidade. Assim, esses autores referem que a violência é considerada como um problema presente no cotidiano da atenção primária. Existe, entretanto, um silenciamento devido à dificuldade dos relatos por parte das mulheres, ao medo e às relações de gênero, como já mencionadas, que se assemelham com os dados encontrados em nosso estudo.

Quanto aos sentimentos referidos pelas enfermeiras, em sua maioria, relatam frustração em lidar com a violência, principalmente pelo desfecho dos casos. As participantes mencionam que as mulheres retornam para essa situação, visto que, a violência envolve questões sociais que fogem ao alcance das ações dos serviços de saúde, como por exemplo, a escolaridade, desemprego, amparo por outras instituições e da família.

Pesquisa<sup>(10)</sup> relata que a condição social e econômica está diretamente ligada à situação de violência, também constatou que a exposição da mulher à violência no lugar onde reside aumenta a sua chance em passar por esta situação no relacionamento conjugal.

O medo de represálias também é um fator relatado. Quando a mulher expõe a violência, as enfermeiras a escutam e precisam orientá-la quanto às ações que deverá tomar e quais serviços deve buscar. Entretanto, as profissionais da ESF que atuam na comunidade têm medo de sofrer repressão pelos indivíduos que perpetuam a violência, pois os parceiros também residem na comunidade e são atendidos no serviço de saúde.

No tocante ao medo de represálias, as retaliações interferem muito na atuação dos profissionais de saúde, principalmente quando a violência faz parte do cotidiano da ESF. A violência é observada, por exemplo, em áreas que abrangem

comunidades com condições socioeconômicas desfavoráveis, em que ocorre o tráfico de drogas, confrontos com a polícia e agressões por parte dos usuários com a equipe<sup>(10)</sup>.

**"(...) a violência envolve questões sociais que fogem ao alcance das ações dos serviços de saúde, como por exemplo, a escolaridade, desemprego, amparo por outras instituições e da família"**

### Discurso do sujeito coletivo 3 - As medidas realizadas

*A gente chega, começa a conversar, a falar de alguns assuntos e vai chegando até que ela consiga falar alguma coisa. Os casos que tem sido notificados não tem resolutividade, então o que a equipe faz e o enfermeiro faz, a gente tenta dar suporte emocional, achar caminhos, vê o que pode fazer por essa pessoa. Eu já tive um caso que eu marquei uma hora com a promotora da infância e juventude, fui lá e fiz uma denúncia anônima, relatei tudo no prontuário e aí ela enviou oficial de justiça para ir lá averiguar tudo.*

As participantes relataram que, para o início do atendimento dos casos de violência, é necessário que exista um diálogo com cada mulher que se apresenta, com escuta sensibilizada permeada por uma relação de confiança, estabelecida no decorrer do tempo, e os demais

espaços e situações de atendimento podem auxiliar nesse processo.

Um dos pontos importantes na ESF é a atuação do agente comunitário de saúde (ACS). As enfermeiras afirmam que os agentes conseguem visualizar a violência por fazerem parte da comunidade e por realizarem número maior de visitas domiciliares, o que favorece a identificação da violência contra a mulher. O ACS, muitas vezes, faz um papel de confidente da mulher, a partir de uma relação de confiança que estabelece com a comunidade. A atuação do ACS foi descrita em duas perspectivas uma de forma pessoal e outra profissional, pois os ACS residem na comunidade em que trabalham e cabe a este profissional aproximar a equipe da ESF da população<sup>(11)</sup>.

A consulta de enfermagem é um espaço utilizado para reconhecer à mulher em situação de violência, tendo destaque a consulta de pré-natal. O reconhecimento da violência também pode ocorrer por meio de visitas domiciliares e em outros atendimentos que envolvem a criança, procedimentos e vacinas, por propiciarem momentos que possibilitam a identificação da violência por meio de sinais ou expressão verbal. Tais momentos podem constituir oportunidades para estabelecer uma relação de confiança, já mencionada anteriormente, que pode ser construída ao longo do tempo<sup>(12)</sup>.

Uma pesquisa expõe que a troca de conhecimentos e discussões de casos é rara entre profissionais de diferentes setores, existindo uma rede ineficiente, sem locais para discussão e planejamento dos atendimentos de cada caso. Assim, as mulheres são atendidas por várias pessoas, e cada profissional a acolhe de forma peculiar e procede de forma diferente frente à situação de violência. Tais diferenças podem interferir na confiança que a mulher deposita nos serviços em que é atendida<sup>(13)</sup>.

Os profissionais compartilham suas práticas de modo informal, com relações interpessoais e de confiança entre os mesmos. Entretanto, se ocorrem mudan-

ças de recursos humanos estes levam sua rede de contatos, assim as redes informais se dissolvem, não existindo vínculo entre os serviços<sup>(14)</sup>.

A integração entre os vários setores e serviços ocorrerá somente quando existir o conhecimento mútuo sobre as competências, atribuições, localização, fluxos e funcionamento dos diversos serviços, sendo necessária a comunicação e o fluxo de informações suficientes para acompanhar as mulheres. Além disso, a intersectorialidade é uma estratégia para enfrentar a violência contra a mulher e proporciona espaços de trocas de saberes e ações<sup>(15)</sup>.

Ficou evidente que as enfermeiras conhecem os serviços disponíveis e que podem ser aliados no atendimento às situações de violência, o que difere de uma pesquisa<sup>(16)</sup> em que os profissionais desconheciam os demais serviços da rede, realizando encaminhamentos inadequados, não sabendo lidar com os casos de violência. Os autores relatam ainda que o conhecimento adequado

da rede permite realização de ações de prevenção, registro, encaminhamento e acompanhamentos adequados, o que também contribui para a confiança nos serviços pela mulher.

Destaca-se na pesquisa relatos de medidas mais drásticas, em que a enfermeira se apresentou, por iniciativa própria, na promotoria da infância e da juventude, para denunciar o caso e pedir auxílio. Este fato demonstra que, muitas vezes, as profissionais sentem-se aflitas e com medo das consequências da violência e acabam procurando resoluções por conta própria.

A Enfermagem pode fornecer subsídios para reduzir os níveis de violência; as enfermeiras podem ser mediadoras para a construção de uma rede que possa identificar os casos, integrar e articular ações para acolher essas mulheres<sup>(16)</sup>.

### Conclusão

As mulheres em situação de violência não relatam o problema facilmente. Para

que o façam, precisam confiar nos profissionais que as acolhem, situação em que se destaca a enfermeira, que acaba por se tornar um ponto de referência para a equipe e para essas mulheres, que procuram as profissionais para pedir auxílio.

Não foi observada, entretanto, falta de vontade por parte das enfermeiras para lidar com a violência, apesar de se sentirem despreparadas. Estas profissionais, em sua maioria, procuram amparar as mulheres, estabelecendo um diálogo com relação de confiança, além de orientá-las a buscarem ajuda em outros setores da sociedade; o que desmotiva as enfermeiras é a falta de resolutividade dos casos.

Esta dificuldade em dar seguimento aos casos, a atender as mulheres de forma integral se dá, principalmente, pela falta de articulação entre os diversos setores como delegacias, setor social, jurídico e da educação que podem e devem contribuir para o enfrentamento da violência. 🐦

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência [Internet]. Genebra: OPAS/OMS; 2012 [acesso em 2016 ago. 07]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf)
2. Dahmer TS, Gabatz RIB, Vieira LB, Padoin SMM. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2012; 11 (3): 497-505.
3. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012, Atualização: homicídio de mulheres no Brasil. FLACSO; Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012.
4. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(3): 1943-1952.
5. Silva LR, Silva MDB, Meneses TMX, Borrego MAR, Santos IMM, Lemos A. El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. *Enfermería Global*. 2011; 10 (2).
6. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 388-394.
7. Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Liber Livre Editora: Brasília, 2005.
8. Nascimento EFGA, Ribeiro AP, Souza ER. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(6):1229-38. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1229.pdf>
9. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Primary healthcare and underreporting and (in) visibility of violence against women. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(9): 1805-1815.
10. Venâncio KCMP, Fonseca RMGS. Women working at university restaurants: life and work conditions and gender-based violence. *Rev Esc Enferm USP*. 2013. 45(5): 1016-24.
11. Osís MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violence among female users of healthcare units: prevalence, perspective and conduct of managers and professionals. *Rev Saúde Pública*. 2012. 46(2): 351-8.
12. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egrý EY. The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. *Rev. esc. Enferm. USP*. 2013; 47(2): 304-311.
13. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2013; 18(5): 1293-1304.
14. Hasse M, Vieira EM. How health professional assist women experiencing violence? A triangulated data analysis. *Saúde Debate*. 2014. 38(102): 482-493.
15. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Process of dealing with violence against women: intersectoral coordination and full attention. *Saude soc*. 2014; 23(3): 778-786.
16. Costa DAC, Marques JF, Moreira KAP, Gomes LFS, Henriques ACPT, Fernandes AFC. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. *Cogitare Enfermagem*. 2013; 18(2).

# Características sociodemográficas e opiniões sobre a instituição de pacientes com hanseníase residentes em um hospital

**RESUMO** | Descrever características sociodemográficas e opiniões sobre a instituição de pacientes com hanseníase residentes em um hospital. Trata-se de um estudo analítico, observacional, com corte transversal, quantitativo. A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras em um Hospital com que abriga pacientes moradores, no período de abril de 2016 a fevereiro de 2017. A amostra contemplou (n=21) pacientes, foi realizado em uma Unidade Hospitalar que mantém internamento de pacientes portadores de Hanseníase. Observa-se que 61,90% (n=13) são do sexo masculino. Para faixa etária nota-se que 28,57% (n=6) têm entre 60 e 70 anos de idade incompletos. Nota-se que 42,86% (n=9) recebem amparo social, ainda foi verificado que 19,04% (n=4) são aposentados. A variável tempo de chegada no hospital percebe-se que 38,10% (n=8) têm de 30 a 40 anos incompletos de chegada a unidade hospitalar. Percebemos que muitos pacientes residem em uma unidade hospitalar e, alguns não têm contato com seus familiares.

**Palavras-chaves:** hanseníase; qualidade de vida; hospitalização.

**ABSTRACT** | To describe sociodemographic characteristics and opinions about the institution of patients with leprosy residing in a hospital. This is an analytical, observational, cross-sectional, quantitative study. Data collection was performed by the researchers in a Hospital with housing patients residents, from April 2016 to February 2017. The sample included (n=21) patients, was performed in a Hospital Unit that maintains hospitalization of patients with leprosy. It is observed that 61.90% (n=13) are males. For the age group, it is noted that 28.57% (n = 6) are between 60 and 70 years of age incomplete. It is noted that 42.86% (n = 9) receive social protection, yet it was verified that 19.04% (n = 4) are retired. The variable arrival time in the hospital shows that 38.10% (n = 8) have 30 to 40 years of incomplete arrival at the hospital. We realize that many patients reside in a hospital unit and some do not have contact with their relatives.

**Keywords:** leprosy; quality of life; hospitalization.

**RESUMEN** | Describir características sociodemográficas y opiniones sobre la institución de pacientes con lepra residentes en un hospital. Se trata de un estudio analítico, observacional, con corte transversal, cuantitativo. La recolección de datos fue realizada por las investigadoras en un Hospital con que alberga pacientes moradores, en el período de abril de 2016 a febrero de 2017. La muestra contempló (n=21) pacientes, fue realizado en una Unidad Hospitalaria que mantiene internamiento de pacientes portadores De Hanseniasis. Se observa que 61,90% (n=13) son del sexo masculino. Para el grupo de edad se observa que 28,57% (n = 6) tienen entre 60 y 70 años de edad incompletos. Se observa que el 42,86% (n = 9) recibe amparo social, aún se ha comprobado que el 19,04% (n = 4) son jubilados. La variable tiempo de llegada en el hospital se percibe que 38,10% (n = 8) tienen de 30 a 40 años incompletos de llegada a unidad hospitalaria. Se percibe que muchos pacientes residen en una unidad hospitalaria y algunos no tienen contacto con sus familiares.

**Palabras claves:** hanseniasis. calidad de vida. hospitalización.

## Avanilde Paes Miranda

Docente do curso Graduação em Enfermagem da FUNESO. Mestre em Hebiatria - Determinante de Saúde na Adolescência

## Maria Imaculada Salustiano Rocha

Graduanda em Enfermagem da FUNESO

## Heloisa Helena Gomes do Nascimento

Graduanda em Enfermagem da FUNESO

### Introdução

A hanseníase é uma doença sistêmica, causa comprometimento da pele e nervos periféricos e, pode envolver outros órgãos e tecidos<sup>1</sup>. Em 2012, foram notificados 33.741 mil casos novos da doença no País, taxa de incidência de 17,39 por 100 mil habitantes<sup>2</sup>. Em 2015 foram notificados 29.048 casos

novos da doença no país, com taxa de incidência de 14,2 por 100 mil habitantes<sup>3</sup>. Hanseníase é um grande problema de Saúde Pública, patologia que ainda não foi erradicada. A Organização Mundial da Saúde (OMS), frente ao grande número de casos no mundo, estipulou como meta aos países a redução da prevalência de hanseníase a 1 caso para cada 10.000 habitantes até o ano de 2015<sup>4</sup>.

As pessoas acometidas pela hanseníase eram confinadas e tratadas em leprosários durante muitos anos, o que originou ao estigma da doença e ao

**Recebido em:** 18/06/2017

**Aprovado em:** 22/02/2018



preconceito contra o doente<sup>5</sup>. Em 1982, surge a Poliquimioterapia, esquema multidroga preconizado pela OMS, com eficácia superior a 99%, a hanseníase tornou-se uma doença curável e houve, na política governamental, a ênfase da atenção ambulatorial para o controle da endemia<sup>6,7,8</sup>. Leprosários, preventórios e educandários isolaram os hansenianos e seus descendentes do mundo exterior, com consequências psicossociais importantes, tais como dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, perda dos direitos civis e o preconceito de uma população leiga desinformada e de profissionais formados sob os conceitos do isolamento<sup>9,10,11</sup>. A comprovação como infectocontagioso é o que faz surgir o isolamento do enfermo como medida à

extinção do mal, incentivando a adoção de um modelo de tratamento baseado no cerceamento da liberdade em grandes instituições de isolamento<sup>12</sup>.

Tendo em vista que sua magnitude e sua transcendência representam relevante problema de saúde pública, seu controle figura entre as ações prioritárias no Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica<sup>13</sup>. Em outra vertente, a doença era vinculada a um mal enviado por Deus, como praga que recaía sobre os sujeitos infames, causando horror pelas deformações advindas da afecção<sup>14</sup>. A exclusão, o medo, o preconceito e a discriminação se encontram enraizados na construção do imaginário social da hanseníase desde o seu aparecimento<sup>15</sup>. Os que aderiam ao “modelo paulista” de

internamento seguiam à risca essa orientação “sequestrando” tanto ricos como pobres<sup>16</sup>. Este estudo teve descrever características sociodemográficas e opiniões sobre a instituição de pacientes com hanseníase residentes em um hospital.

### Metódos

Trata-se de um estudo analítico, observacional, com corte transversal, quantitativo. A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras em um Hospital com que abriga pacientes moradores, no período de setembro a outubro/2016. População N=21 pacientes moradores, a amostra contemplou 100%. Foi realizado em uma Unidade Hospitalar que mantém internamento de pacientes portadores de Hanseníase, situado na cidade de Paulista/

**Tabela 1. Características sociodemográficas de 21 pacientes com hanseníase residentes no Hospital da Mirueira, PE.**

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	16,7	-
Feminino	13	83,3
<b>Idade</b>		
20 a 30	01	4,77
30 a 40	01	4,77
40 a 50	01	4,77
50 a 60	05	23,80
60 a 70	06	28,57
70 a 80	05	23,81
80 a 90	02	9,51
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	09	42,86
Fundamental Incompleto	07	33,33
Fundamental Completo	02	9,52
Médio Incompleto	01	4,77
Médio Completo	02	9,52

Variáveis	n	%
<b>Raça/Cor</b>		
Negro	05	23,80
Branco	04	19,04
Pardo	12	57,16
<b>Benefício</b>		
Sim	19	90,48
Não	02	9,52
<b>Tipo de Benefício</b>		
Aposentado	04	19,04
Pensão do Governo	03	14,29
Pensão do Genitor	02	9,52
Benefício da Genitora	02	9,52
Amparo Social	09	42,86
Aposentadoria por tempo de Trabalho	01	4,77
<b>Chegada ao Hospital</b>		
> 20 anos	04	19,04
20 a 30	06	28,57
30 a 40	08	38,10
< 40 anos	03	14,29

PE. Como população do estudo, todos os pacientes/moradores, portadores de Hanseníase do Hospital da Mirueira.

Como critérios de inclusão: morador na instituição, ser maior de 18 anos de idade e, em tratamento de Hanseníase. Quanto aos critérios de exclusão estes deixaram de existir por ter sido contemplada amostra de 100%, atendendo a inclusão.

Este estudo foi desenvolvido obedecendo as normas técnicas e científicas e estão de acordo com a Resolução 466/2012. A análise foi realizada pelas pesquisadoras por meio de uma entrevista individual e a aplicação de um questionário semiestruturado direcionado aos objetivos da pesquisa, após submissão à Plataforma Brasil (CAAE 57584216.3.0000.5194), submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Olinda (Parecer 1.623.243).

**Resultados**

Quando analisada a variável sexo observa-se que 61,90% são do sexo masculino. Para variável faixa etária 28,57% têm entre 60 e 70 anos de idade incompletos, ainda foi visto que 23,80% têm idade entre 50 e 60 anos incompletos e 70 a 80 anos incompletos respectivamente. Quanto a variável grau de instrução observa-se que 42,86% não têm nenhuma escolaridade. Quanto a raça/cor percebe-se que 57,16% são pardas. Recebe algum benefício 90,40% responderam sim. Quanto ao tipo de benefício 42,86% recebem amparo social. Tempo de chegada no hospital percebe-se que 38,10% têm de 30 a 40 anos de chegada (Tabela 1).

Para variável quem trouxe ao hospital foi observado que 33,33% foram levados pela família. Quando avaliado se tem algum familiar no hospital foi percebido que 61,92% responderam que sim. Quanto ao tempo que foi descoberto a hanseníase e iniciou o tratamento 42,86% responderam menos de 20 anos respectivamente. Alguém próximo contraído hanseníase 33,33% responderam não saber informar (Tabela 2).

**Tabela 2. Relacionada a forma de entrada na instituição e familiares que permanecem com os 21 pacientes com hanseníase residentes no Hospital da Mirueira, PE.**

Variáveis	n	%
<b>Quem trouxe ao Hospital</b>		
Veio do Exército	01	4,77
Genitora trouxe	03	14,29
Encaminhado de outro Hospital	05	23,80
Família	09	42,85
Encaminhado do Posto	03	14,29
<b>Tem algum familiar com você no Hospital</b>		
Sim	13	61,92
Não	08	38,08
<b>Recebe visita no Hospital</b>		
Sim	12	57,16
Não	09	42,84
<b>Tem contato com a Família</b>		
Sim	12	57,16
Não	09	42,84
<b>Há quanto tempo descobriu que tinha Hanseníase</b>		
> 20 anos	09	42,86
20 a 30	07	33,33
30 a 40	01	4,77
40 a 50	02	9,52
< 50 anos	02	9,52

Quanto ao lazer que o hospital oferece foi percebido que 66,66% referiram não ter no hospital. Ao avaliar a variável você é feliz no hospital 80,96% responderam sim. O que deve melhorar no hospital 28,57% responderam pela volta dos passeios (Tabela 3).

**Discussão**

Evidenciado que o sexo masculino teve maior predomínio 61,96%, a faixa etária mais acometida foi 52,38% com idade compreendida entre 60 e 80 anos incom-

pletos. Mostra concordância com outros estudos quanto ao gênero, porém quando a faixa etária se percebe que não há evidência. Segundo Ribeiro-Júnior et al<sup>17</sup> relataram que predominou o maior número de casos de hanseníase entre os homens, com faixa etária de 31 a 45 anos, para Pinto-Neto et al<sup>18</sup> afirma que os maiores índices são também do sexo masculino, mais com idade entre 21 a 28 anos. De acordo com Duarte<sup>19</sup> a maioria dos casos portadores de hanseníase são de faixa etária 43 anos.

Variáveis	n	%
<b>Há quanto tempo iniciou o Tratamento</b>		
> 20 anos	09	42,86
20 a 30 anos	07	33,33
30 a 40 anos	01	4,77
40 a 50 anos	02	9,52
< 50 anos	02	9,52
<b>Alguém próximo a você contraiu Hanseníase</b>		
Sobrinho(a)	03	14,29
Filho(a)	05	23,80
Tio(a)	01	4,77
Irmão(ã)	04	19,04
Genitor(a)	01	4,77
Não sabe informar	08	33,33

No estudo foi percebido que 43,00% não tem nenhum estudo, que relata evidências com outros estudos quanto ao baixo nível de escolaridade. No que tan-

ge ao grau de escolaridade o maior número foi de 33% de ensino fundamental incompleto, segundo Mencaroni et al<sup>20</sup> ao realizar a análise espacial endêmica

**"A exclusão, o medo, o preconceito e a discriminação se encontram enraizados na construção do imaginário social da hanseníase desde o seu aparecimento"<sup>15</sup>**

da hanseníase no município de Pacaratu/MG, verificou que: 33,34% de chefes de família de um setor censitário de piores condições de vida possuíam menos de um ano de estudo ou nenhum. De acordo com Barbosa et al & Ribeiro-Júnior<sup>4,17</sup> foi observado que dos 100 casos observados (39%) possuíam até 4 anos de escolaridade (analfabetos ou semianalfabetos) 17% possuíam de 5 a 8 anos de escolaridades (fundamental incompleto) e 2% com mais de 12 anos de escolaridade (médio completo ou ensino superior).

Na pesquisa foi observado que 80,96% tem raça/cor negro ou pardo, mostra que há evidência com outros estudos. Segundo Barbosa et al<sup>4</sup> mostra a maior prevalência de indivíduos da raça negra. A Lei Brasileira, Brasil<sup>21</sup> refere que a maioria dos pacientes diagnosticados com hanseníase recebe benefício público por invalidez. Fala que foi concebido uma pensão especial as pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento compulsórios em hospitais – colônia, até 31 de dezembro de 1986. No requisito dos pacientes que ainda residem no antigo hospital colônia da Mirueira é de 38% onde os mes-

**Tabela 3. Características quanto as atividades de lazer oferecido aos 21 pacientes com hanseníase residentes no Hospital da Mirueira, PE.**

Variáveis	n	%
<b>Qual o lazer que tem no Hospital</b>		
Televisão	06	28,57
Internet	01	4,77
Não tem	14	66,66
<b>Você é feliz no Hospital</b>		
Sim	17	80,96
Não	04	19,04
<b>O que deve melhorar no Hospital</b>		
Voltar os passeios	06	28,57
Melhorar as residências	05	23,81
Melhorar a alimentação	03	14,29
Melhorar o atendimento hospitalar	03	14,29
Não sabe informar	04	19,04

mos chegaram a mais de quarenta anos. A chegada desses pacientes a unidade hospitalar ocorreu por conta da família com estimativa de 30%, embora Cintia e colaboradores mostrou que os serviços mais procurados para diagnosticar a hanseníase foram as unidades básicas de saúde 119(40,8%), procurada pelo próprio paciente, onde sua maioria reside com algum parente.

Segundo Barcelos & Borges<sup>22</sup>, fala que o paciente não poderia receber visitas sem o consentimento da autoridade sanitária. No modo de transmissão

houve um percentual de 33% onde os entrevistados não souberam se tinham transmitido para algum de seus familiares, mais nas evidencias de Dessunti et al<sup>23</sup> identificaram que os indivíduos mais expostos da hanseníase são os filhos em 40,6 % dos casos, acompanhados dos esposos(as), em 17,1% e dos irmãos em 10,3% dos casos. E no critério laser constatamos que 71% dos moradores sofrem com a falta de qualquer tipo de laser. Embora Claro<sup>24</sup> destaca a necessidade de enriquecer as atividades educacionais em relação à hanseníase com a

finalidade de entender os profundos significados culturais e as intensas reações sociais despertadas pela doença.

### Conclusão

Foi evidenciado que a maioria dos pacientes são do sexo masculino, com idade entre 60 a 80 anos, levados a unidade hospitalar há mais de 40 anos. A maioria não ter nenhum tipo de lazer e, ainda assim, dizem serem felizes no âmbito hospitalar mesmo não tendo contato com seus familiares e, ainda se sentindo excluídos da sociedade. 🐼

## Referências

1. Rocha MCN, Lima RB, Stevens A, Gutierrez MMU, Garcia LP. Óbitos registrados com causa básica hanseníase no Brasil: uso do relacionamento de bases de dados para melhoria da informação. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1017-1026.
2. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. 2017a;41(112):230-242.
3. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Atributos da atenção primária em saúde no controle da hanseníase: ótica do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador. 2017b;31(1):1-10.
4. Barbosa DRM, Almeida MG, Santos AG. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. *Medicina*. Ribeirão Preto. 2014;47(4):347-356.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hanseníase: Atividades de controle e manual de procedimentos/ área técnica de dermatologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
6. Segredo ABG. Lepra: uma breve síntesis del tema. *Rev Cubana Med Trop*. 1988; 40(2):67-81.
7. Cunha FMB, Melo JEA, Silva MJA. Hanseníase no município de Crato-CE 1981-1985. *Rev Méd HGF*. 1985; 2(2):67-74.
8. Fonseca C. Sexualidade, gênero e afeto nos hospitais-colônias de hanseníase. *Cadernos pagu* (41), julho-dezembro de 2013:29-40.
9. Ducatti I. A hanseníase no Brasil na Era Vargas e a profilaxia do isolamento compulsório: estudos sobre o discurso científico legitimador. Departamento de História, Programa de Pós-graduação em História Social. Universidade de São Paulo. 2008; Dissertação. 199p.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento Nacional de Saúde, Serviço Nacional de Lepra. Manual de Leprologia. BRASIL, MS, SNL: Rio de Janeiro, 1960. 171 p.
11. International Leprosy Association (ILA). The International Leprosy Association's Global Project on the History of Leprosy. Disponível em: < <http://www.leprosyhistory.org>. Acesso em: 06 de junho de 2017.
12. Matos HJ, Dupper N, Alvim MFS, Vieira LMM, Samo EM, Struchiner CJ. Epidemiologia da Hanseníase em Coorte de Contatos Intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). *Cad Saúde Pública* 1999; 15(3):533-42.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Departamento de atenção Básica. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília. 2002.
14. Bittencourt LP, Carmo ACD, Leão AMM, Clos AC. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. *Revista Enfermagem UERJ*. 2010;185-190.
15. Baialardi KS. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansenologia Internationalis*. 2007;32(1):27-36.
16. Cunha VS. Isolados como nós ou isolados entre nós? a polemica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos dentes de lepra. *Hist. Cienc Saúde Maguinhos*. 2010;993-954.
17. Ribeiro-Júnior AF, Vieira MA, Caldeira AP. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo. 2012;10(4):272-277.
18. Pinto Neto, J. M., Villa, T. C. S., Mencaroni, D. A., Gonzales, R. C., & Gazeta, C. E. (2002). Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. *Hansenologia Internationalis*. 2002;23-28p.
19. Duarte LMCP. HANSENÍASE: a implicação da educação em saúde para o autocuidado {dissertação}. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. 2014.
20. Mencaroni DA, Pinto-Neto JM, Villa TCS, Oliveira MHP. Análise espacial da endemia hanseníase na área urbana do município de Fernandópolis/SP. *Hansenologia Internationalis*. 2004;29(1):12-20.
21. Brasil. Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007. Conversão da Medida Provisória nº 373 de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que forem submetidas a isolamento e internação compulsória. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2007.
22. Barcelos AHF, Borges VT. Segregar para curar? A experiência do Hospital Colônia Itapuã Bol. da Saúde, 1999-2000;14(1).
23. Dessunti EM, Soubhia Z, Alves E, Aranda CM, Barros MPAA. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 2008;61(esp):689-693.
24. Claro LBL. Hanseníase, representações sobre a doença: estudo em população de pacientes ambulatoriais no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública. 1993;213p.



# Caracterização das vítimas de emergências clínicas atendidas por um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência

**RESUMO** | Objetivo: caracterizar as vítimas de emergências clínicas, atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência do estado do Rio Grande do Norte. Método: trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado especificamente no Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS) do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), com 158 usuários, no período de janeiro a junho de 2016. Resultados: constatou-se que a prevalência dos eventos clínicos foram neurológicos (52,9%), seguido de cardiovasculares (18,1%), do sexo masculino, acima de 67 anos, branco, em união estável, ensino incompleto, com renda entre 1 a 2 salários mínimos e aposentados. Conclusão: estudos desta natureza, que identificam o perfil e os tipos de eventos clínicos dos usuários atendidos pelo SAMU, podem colaborar para a organização e gestão eficiente deste e de outros serviços similares, além de auxiliar os profissionais de saúde no planejamento da assistência e, consequentemente, na melhoria do atendimento.

**Palavras-chaves:** assistência pré-hospitalar; urgência; emergências.

**ABSTRACT** | Objective: to characterize the victims of clinical emergencies, assisted by an emergency prehospital emergency service in the state of Rio Grande do Norte. Method: this is an exploratory-descriptive study, with a quantitative approach, performed specifically at the Clóvis Sarinho Emergency Room (PSCS) of the Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), with 158 users, from January to June 2016. Results: (52.9%), followed by cardiovascular (18.1%), males over 67 years of age, white, in stable union, incomplete education, with income between 1 to 2 minimum wages and retirees. Conclusion: studies of this nature, which identify the profile and types of clinical events of users served by SAMU, can collaborate for the efficient organization and management of this and other similar services, as well as assist health professionals in the planning of care and, consequently, in improving service.

**Keywords:** prehospital care; urgency; emergencies.

**RESUMEN** | Objetivo: caracterizar a las víctimas de emergencias clínicas, atendidas por un servicio prehospitalario móvil de urgencia del estado de Rio Grande do Norte. Método: consiste en un estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado específicamente en el Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS) del Hospital Monseñor Walfredo Gurgel (HMWG), con 158 usuarios, en el período de enero a junio de 2016. Resultados: se constató que la prevalencia de los eventos clínicos fueron neurológicos (52,9%), seguido de cardiovasculares (18,1%), del sexo masculino, por encima de 67 años, blanco, en unión estable, enseñanza incompleta, con ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos y jubilados. Conclusión: estudios de esta naturaleza, que identifican el perfil y los tipos de eventos clínicos de los usuarios atendidos por el SAMU, pueden colaborar para la organización y gestión eficiente de éste y de otros servicios similares, además de auxiliar a los profesionales de salud en la planificación de la asistencia y, en consecuencia, en la mejora de la atención.

**Palabras claves:** asistencia pre-hospitalaria; urgencia; urgencias médicas.

## Glória Catarina Beserra Rodrigues

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

## Rodrigo Assis Neves Dantas

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), bolsista CAPES de pós-doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Enfermeiro.

## Daniele Vieira Dantas

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Enfermeira.

## Karen Rayara Bezerra Lima

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

## Maria Solange Moreira de Lima

Enfermeira, especialista em cardiologia pelo Programa de residência multiprofissional do Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

## Sabrina Daiane Gurgel Sarmento

Enfermeira, residente em cardiologia pelo Programa de residência multiprofissional do Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

## Louise Constanca de Melo Alves

Acadêmica de Enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Recebido em:** 05/06/2017  
**Aprovado em:** 15/01/2018

## Introdução

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel de urgência é uma modalidade de assistência especializada, cujo atendimento tem por finalidade a manutenção da vida e/ou a minimização do sofrimento e das sequelas. Tem como objetivo chegar de maneira precoce à vítima e prestar o atendimento e transporte adequados à vítima a um hospital devidamente integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1)</sup>.

Baseado na finalidade da APH em manter e minimizar o sofrimento do paciente, e na busca por melhorias e otimização nesse tipo de serviço, em 29 de setembro de 2003, o Ministério da Saúde (MS), instituiu a Portaria GM Nº 1.864<sup>(2)</sup>, que diz respeito ao componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, juntamente com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Segundo a portaria, o SAMU deve prestar assistência direta e indireta, por meio da regulação médica, via telefone e no local do evento, visando à diminuição do número de óbitos e maiores sequelas conforme a brevidade do atendimento<sup>(2)</sup>.

Neste sentido, percebe-se que se torna relevante investigar e caracterizar o perfil e os atendimentos prestados do SAMU regularmente aos usuários. Acredita-se que estudos desta natureza possam vir a contribuir positivamente para a melhoria e criação de estratégias que visem o fortalecimento da qualidade da assistência prestada pelos serviços pré-hospitalares móveis.

Nesta perspectiva, elaborou-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: quem são as vítimas de emergências clínicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência do estado do Rio Grande do Norte?

Para responder a este questionamento, elaborou-se o seguinte objetivo: caracterizar as vítimas de emergências clínicas, atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência do estado do Rio Grande do Norte.

## Métodos

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado especificamente no Pronto Socorro Clóvis Sarinho (PSCS), no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), com os usuários trazidos pelo SAMU 192 RN.

A coleta dos dados foi realizada com 138 vítimas de emergências clínicas, após cálculo com auxílio de profissional estatístico. A amostra foi do tipo não-probabilística e por conveniência.

**"(...) a população masculina está mais exposta a diversos agravos clínicos, seja pelas atividades recreativas e econômicas, seja pela exposição a drogas e violência<sup>5</sup>"**

Os critérios de inclusão foram: ter sofrido algum tipo de evento clínico, idade igual ou superior a 18 anos; estar consciente ou no caso de coma, confusão mental, impossibilidade de comunicação verbal ou óbito, estar com seus acompanhantes legalmente responsáveis para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão foram: usuários e/ou acompanhantes que não tinham condições cognitivas para responder o questionário e/ou possuíam preenchimento incompleto dos dados. Nenhum usuário foi excluído do estudo.

A coleta dos dados foi realizada através de um instrumento do tipo formulário,

previamente estruturado, que contava com as seguintes variáveis: dados sociodemográfico (idade, sexo, cor/raça, grau de escolaridade, renda e ocupação profissional), agravo clínico sofrido e tipo de transporte que conduziu a vítima ao serviço hospitalar. A coleta da amostra foi realizada entre os meses de janeiro a junho de 2016. Utilizou-se o TCLE<sup>(4)</sup>.

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados eletrônico em planilha do Microsoft Excel 2007 e em seguida ocorreu à correção e observação dos erros de digitação. Por fim para a análise dos dados, utilizou-se o software Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0, para análise descritiva, com cálculo da frequência absoluta (n) e relativa (%) das variáveis.

Conforme a Resolução 466/12<sup>(4)</sup>, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, foram cumpridas todas as exigências para pesquisa envolvendo seres humanos. Obtendo parecer favorável (CAAE: 0025.0.294.051-10) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), cuja data da apreciação e relatoria foi de 09 de julho de 2010.

## Resultados

Os 138 usuários selecionados e atendidos por evento clínico sofrido, foram categorizados quanto: Afecção Neurológica (AN), Cardiovascular (AC), Respiratória (ARP), Metabólica (AM), Gastrointestinal (AG), Renal (AR), Psiquiátrica (AP) e Complicação Oncológica (CO) (Tabela 1).

No que diz respeito ao tipo de veículo de suporte utilizado para o atendimento das 138 ocorrências realizadas no período estudado, destaca-se a apresentação das Unidades de Suporte Básico (USB), que atendem pacientes de menor gravidade, em 94 (68,1%) totalizando o maior percentual de atendimentos, em relação às Unidades de Suporte Avançado (USA), utilizadas para assistência de pacientes mais graves, foram 42 (30,4%). Já as Unidades de Resgate (UR) e Helicóptero foram usadas igualmente, 1 (0,7%) dos atendimentos.

**Tabela 1. Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU 192 RN por afecções clínicas. Natal (RN), Brasil, 2016.**

Eventos Clínicos	n(%)
Afecção Neurológica	73 (52,9)
Afecção Cardiovascular	25 (18,1)
Afecção Respiratória	12 (8,7)
Afecção Metabólica	11 (8,0)
Afecção Gastrointestinal	7 (5,1)
Afecção Renal	6 (4,3)
Afecção Psiquiátrica	2 (1,4)
Complicação Oncológica	2 (1,4)
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>

Referente à ocupação das pessoas atendidas pelo SAMU 192, observou-se que 72,5% dos usuários são aposentados, 13,0% trabalham em comércio e outros serviços, 3,6% estão desempregados, 2,9% são trabalhador do campo, 2,9% trabalham em construção civil, 2,2% são profissionais liberais, 2,2% possuem seu próprio negócio e apenas 0,7% tem a profissão de doméstico (a).

### Discussão

Dentre os 138 atendimentos, houve prevalência de indivíduos do sexo masculino (50,7%). Estudo realizado pelo SAMU no município de Catanduva, estado de São Paulo, afirma que a população masculina está mais exposta a diversos agravos clínicos, seja pelas atividades recreativas e econômicas, seja pela exposição a drogas e violência<sup>(5)</sup>.

No que se refere à faixa etária, houve um predomínio de atendimento da população acima de 67 anos, característica que corrobora com o perfil atual do Brasil. De acordo com os dados obtidos através do Senso do IBGE 2010<sup>(6)</sup>, a pirâmide etária do país apresentou mudanças importantes nas últimas décadas, com o estreitamento de sua base e alargamento do corpo e topo, onde este último representa as faixas

etárias mais altas. Esse envelhecimento populacional gera aumento da ocorrência de doenças crônicas, que pode refletir de maneira direta no aumento do número de atendimentos às urgências clínicas<sup>(7)</sup>.

Existem poucos estudos na literatura nacional e internacional sobre o atendimento ao idoso, com exceção dos pacientes vitimados de causas externas. A maioria versa sobre a priorização no atendimento, problemas cardiovasculares e modelos teóricos de eixos de assistência<sup>(7)</sup>.

Os aposentados representaram o maior número de atendimentos prestados pelo Serviço de atendimento pré-hospitalar Mó-

## "Os aposentados representaram o maior número de atendimentos prestados pelo Serviço de atendimento pré-hospitalar Móvel de Urgência"

vel de Urgência como é mostrado na tabela 5, totalizando 100 pessoas, o que equivale a 72,5%. É um fato que pode ser relacionado com a faixa etária mais prevalente do estudo, que foi acima de 67 anos.

Ademais, a prevalência dos atendimentos realizados foi em indivíduos de raça branca (48,6%), seguido da cor parda (40,0%). O que pode relacionar-se ao fato da população brasileira ser constituída em sua maioria por pessoas de raça branca, seguido de pessoas da cor parda. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2014, no critério de declaração de cor ou raça, 45,5% da população brasileira se autodeclarou branca,

já os pardos representaram 45,0%<sup>(8)</sup>.

Em relação ao estado conjugal, a maioria das pessoas atendidas se encontravam em uma união estável (48,6%), semelhante aos resultados de outros estudos<sup>(10)</sup>. Este resultado confere com o censo demográfico de 2010<sup>(6)</sup>, tendo evidenciado que os casamentos civis tiveram uma queda vertiginosa nas últimas décadas. Em geral, as pessoas, pelos motivos mais variados, estão unindo-se consensualmente.

No aspecto referente à renda familiar da população entrevistada, 71,7% dos usuários possuem renda entre 1 a 2 salários mínimos. Sobre o grau de instrução dos entrevistados, 34,8% apresentam ensino fundamental incompleto e apenas 0,7% pós-graduação. Em consonância com esses dados, outro estudo<sup>(10)</sup> afirma que uma menor parcela dos usuários dos serviços de urgência no interior de Pernambuco possui ensino superior completo.

Segundo a lei 8.080 de 19 setembro de 1990<sup>(12)</sup>, os fatores determinantes e condicionantes como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho e renda são importantes para a saúde. A renda familiar e o grau de escolaridade são fatores determinantes para uma melhor qualidade de vida, visto que, pessoas menos instruídas e com poucos recursos financeiros tendem a ter um menor autocuidado de sua saúde, desenvolvimento de práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Houve destaque para as unidades de suporte básico como principal forma de transporte para os atendimentos dos eventos clínicos. Estes achados são semelhantes ao estudo realizado em Catanduva/SP, em que as Unidades de Suporte Básico foram responsáveis pelo maior número dos atendimentos (90,0%)<sup>(12)</sup>.

Pesquisadores da área afirmam que, na percepção dos profissionais de saúde desses serviços de emergência, usuários frequentes apresentam queixas difusas e indevidas ao serviço, que deveriam ser resolvidas em outro nível assistencial, geralmente na atenção primária à saúde. Esses usuários são muitas vezes estigmatizados,

**Tabela 2. Distribuição dos usuários atendidos pelo SAMU 192 RN por afecções clínicas, segundo sexo, faixa etária, raça, estado conjugal, renda e grau de escolaridade. Natal (RN), Brasil, 2016.**

Variáveis	AN n°(%)	AC n°(%)	ARP n°(%)	AM n°(%)	AG n°(%)	AR n°(%)	AP n°(%)	CO n°(%)	Total n°(%)
<b>Sexo</b>									
F	35(47,1)	14(56,0)	6(50,0)	6(45,5)	2(28,6)	3(50,0)	1(50,0)	1(50,0)	68(49,3)
M	38(52,1)	11(44,0)	6(50,0)	5(45,5)	5(71,4)	3(50,0)	1(50,0)	1(50,0)	70(50,7)
<b>Idade</b>									
18 a 36	4(5,5)	2(8,0)	0(0,0)	3(27,3)	3(27,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	9(6,5)
37 a 67	26(35,6)	10(40,0)	2(16,7)	1(9,1)	1(9,1)	6(100)	2(100)	0(0,0)	48(34,8)
68 a 101	43(58,9)	13(52,0)	10(83,3)	7(63,6)	7(63,6)	0(0,0)	0(0,0)	2(100)	81(58,7)
<b>Cor/Raça</b>									
Branco	31(42,5)	11(44,0)	7(58,3)	9(81,8)	5(71,4)	1(16,7)	1(50,0)	2(100)	67(48,6)
Negro	11(15,1)	1(4,0)	0(0,0)	1(9,1)	1(14,3)	1(16,7)	0(0,0)	0(0,0)	15(10,9)
Pardo	31(42,5)	13(52,0)	5(41,7)	1(9,1)	1(14,3)	4(66,7)	1(50,0)	0(0,0)	56(40,0)
<b>Estado Conjugal</b>									
Casado	36(49,3)	12(48,0)	6(50,0)	2(18,2)	4(57,1)	3(50,0)	2(100)	2(100)	67(48,6)
Viúvo	18(24,7)	7(28,0)	5(41,7)	3(27,3)	2(28,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	35(25,4)
Solteiro	16(21,9)	5(20,0)	1(8,3)	6(54,5)	0(0,0)	3(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	31(22,5)
Separado	3(4,1)	1(4,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(14,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5(3,6)
<b>Renda</b>									
>1 SM*	17(23,3)	2(8,0)	2(16,7)	2(18,2)	2(28,6)	2(33,3)	1(50,0)	0(0,0)	28(20,3)
1 a 2 SM	53(72,6)	20(80,0)	9(75,0)	7(63,6)	5(71,4)	3(50,0)	1(50,0)	1(50,0)	99(71,7)
3 a 5 SM	3(4,1)	3(12,0)	1(8,3)	2(18,2)	0(0,0)	1(16,7)	0(0,0)	1(50,0)	11(8,0)
<b>Grau de Escolaridade</b>									
Não alfabetizado	22(30,1)	4(16,0)	2(16,7)	1(9,1)	2(28,6)	1(16,7)	0(0,0)	1(50,0)	33(23,9)
Fundamental Incompleto	21(28,8)	12(48,0)	6(50,0)	3(27,3)	4(57,2)	1(16,7)	1(50,0)	0(0,0)	48(34,8)
Fundamental Completo	14(19,2)	4(16,0)	2(16,7)	2(18,2)	1(14,3)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	24(17,3)
Médio Incompleto	2(2,7)	1(4,0)	0(0,0)	2(18,2)	0(0,0)	1(16,7)	0(0,0)	0(0,0)	6(4,3)
Médio Completo	13(17,8)	3(12,0)	2(16,7)	2(18,2)	0(0,0)	2(33,3)	1(50,0)	0(0,0)	23(16,7)
Superior Completo	0(0,0)	1(4,0)	0(0,0)	1(9,1)	0(0,0)	1(16,7)	0(0,0)	0(0,0)	3(2,2)
Pós-Graduação	1(1,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,7)
<b>TOTAL</b>	<b>73(52,9)</b>	<b>25(18,1)</b>	<b>12(8,7)</b>	<b>11(8,0)</b>	<b>7(5,1)</b>	<b>6(4,3)</b>	<b>2(1,4)</b>	<b>2(1,4)</b>	<b>138(100)</b>

\*SM=Salário Mínimo.



pois o atendimento é considerado desperdício de tempo, com utilização inadequada de recursos dos serviços de emergência<sup>(13)</sup>.

Nos eventos clínicos atendidos, observou-se prevalência nas afecções neurológicas (52,9%) e cardiovasculares (18,1%), em consonância com o estudo realizado em São José do Rio Preto/SP, em que 13,90% eram neurológicas e 13,59% cardiológicas<sup>(9)</sup>.

As doenças cardiovasculares e neurológicas constituem as principais causas de óbito no Brasil. Em estudo realizado no ano de 2014, no estado do Rio Grande

do Norte/RN, detectou-se que das 1.473 (46,2%) causas clínicas, há um predomínio de das doenças cardíacas e neurológicas, acometendo indivíduos acima de 35 anos<sup>(14-16)</sup>. A principal afecção neurológica é o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que também tem altas taxas de mortalidade no país. A incidência dobra a cada década após os 55 anos<sup>(15,17)</sup>.

### Conclusão

Conclui-se, portanto, que estudos desta natureza, identificando os tipos de eventos clínicos dos usuários atendidos pelo

SAMU, podem colaborar para a organização e gestão eficiente deste e de outros serviços similares, além de auxiliar os profissionais de saúde no planejamento da assistência e, conseqüentemente, na melhoria do atendimento.

Também é evidente a necessidade de novos estudos com o foco no usuário e na caracterização do evento clínico, para melhor compreensão de suas necessidades e demanda nos serviços de urgência, podendo ser utilizados como instrumentos para criar ações voltadas à atenção às urgências. 🐦

## Referências

- Casagrande D, Stamm B, Leite MT. Perfil dos atendimentos realizados por uma Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Rio Grande do Sul. *Scientia Medica* [internet]. 2013 [cited 2016 out 12]; 23(3): 149-155. Available from: <http://revistasaletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/13343/10204>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2003.
- Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 8. ed. Florianópolis: Editora da UFSC; 2013.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de Dezembro de 2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Gonsaga RAT, Brugugnolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFC, Fraga GP. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2016 out 03]; 22(2):317-324. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a13.pdf>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Comans TA, Currin ML, Quinn J, Tippett V, Rogers A, Haines TP. Problems with a great idea: referral by prehospital emergency services to a community-based falls-prevention service. *Inj Prev* [internet]. 2013 [cited 2016 out 12]; 19(2): 134-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22101100>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- Ribeiro RCHM, Rodrigues CC, Canova JCM, Rodrigues CDS, Cesarino CB, Silva Júnior OL. Permanência e desfecho do paciente clínico e cirúrgico no serviço de emergência. *Rev enferm UFPE on line* [internet]. 2013 [cited 2016 out 12]; 7(9):5426-32. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4886/7143>.
- Oliveira ANS, Lima KSB F, Moura LA, Mendes RNC, Gomes JO, Moura GJ. O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco. *R. pesq.: cuid. fundam.* online [internet]. 2013 [cited 2016 out 12]; 5(2):3601-07. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=672237&indexSearch=ID>
- Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; set 20.
- Gonsaga RAT, Brugugnolli ID, Zanutto TA, Gilioli JP, Silva LFC, Fraga GP. Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2013 [cited 2016 out 03]; 22(2):317-324. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a13.pdf>.
- Billings J, Raven MC. Dispelling an urban legend: frequent emergency department users have substantial burden of disease. *Health aff* [internet]. 2013 [cited 2016 out 02]; 32(12): 2099-2218. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/32/12/2099.full>
- Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arq Bras Cardiol* [internet]. 2012 [cited 2016 out 02]; 99(2):755-761. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n2/aop05812.pdf>
- Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira Júnior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [cited 2016 out 01]; 25(9):1929-1936. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000900007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S0102311X2009000900007&lng=pt).
- Dias JMC, Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL, Dantas DV. Perfil de atendimento do serviço pré-hospitalar móvel de urgência estadual. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2016 [cited 2016 out 02]; 21(1):01-09. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42470/27511>
- Sarmiento SDGS, Dantas RAN, Dantas DV, Oliveira SP, Henriques LMN, Costa IB. Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2017 [cited 2016 out 02]; 22(2): e49698. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49698/pdf>

# Educação em saúde a portadores de hipertensão e diabetes na atenção primária

**RESUMO** | Objetivo: investigar práticas de educação em saúde de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família voltadas para portadores de hipertensão e diabetes. Método: estudo de análise de conteúdo do tipo temática realizado em unidades básicas de saúde. Resultados: Participaram do estudo 12 enfermeiros com atuação na Estratégia. Evidenciou-se que a educação em saúde é realizada para hipertensos e diabéticos, porém as metodologias utilizadas podem favorecer o empoderamento dos indivíduos, ou oprimi-los por meio da transmissão unilinear de conteúdos. Destaca-se que a maioria dos profissionais não se sente devidamente preparada a incorporar práticas de Educação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Conclusões: Destaca-se a estratégia de grupos de discussão como ferramenta de participação coletiva, porém sala de espera, consulta de enfermagem e visitas domiciliares são cenários possíveis de educar em saúde. Recomenda-se o fortalecimento da educação continuada para educação sem saúde.

**Palavras-chaves:** saúde pública; educação em saúde; hipertensão; diabetes mellitus.

**ABSTRACT** | Objective: to investigate health education practices of nurses in the Family Health Strategy aimed at patients with hypertension and diabetes. Method: study of the content analysis of the thematic type carried out in primary care units. Results: Twelve nurses participated in the study. It was evidenced that health education is performed for hypertensive and diabetic patients, but the methodologies used can favor the empowerment of individuals, or oppress them through unilinear transmission of contents. It should be noted that most professionals do not feel properly prepared to incorporate Health Education practices within the Unified Health System. Conclusions: The focus of discussion groups as a tool for collective participation, but a waiting room, nursing visits and home visits are possible scenarios of health education. It is recommended to strengthen continuing education for health education.

**Keywords:** public health. health education. hypertension. diabetes mellitus.

**RESUMEN** | Objetivo: investigar las prácticas de educación sanitaria de las enfermeras en la Estrategia de Salud de la Familia dirigida a pacientes con hipertensión y diabetes. Método: estudio del análisis de contenido de tipo temático realizado en unidades de atención primaria. Resultados: Doce enfermeras participaron en el estudio. Se evidenció que la educación en salud se realiza para pacientes hipertensos y diabéticos, pero las metodologías utilizadas pueden favorecer el empoderamiento de los individuos u oprimirlos a través de la transmisión unilineal de los contenidos. Cabe señalar que la mayoría de los profesionales no se sienten preparados adecuadamente para incorporar las prácticas de Educación de Salud dentro del Sistema Único de Salud. Conclusiones: El enfoque de los grupos de discusión como una herramienta para la participación colectiva, pero una sala de espera, visitas de enfermería y visitas domiciliarias son posibles escenarios de educación para la salud. Se recomienda fortalecer la educación continua para la educación de la salud.

**Palabras claves:** salud pública. educación en salud. hipertensión. diabetes mellitus.

## Elisangela Souza

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.

## Cristiane Helena Gallash

Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

## Mercedes Neto

Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

## Sonia Acioli

Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro (ABEn-RJ). Líder do Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem.

## Fernanda Sant'Ana Tristão

Enfermeira. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas (GEPPELTC).

## Magda Guimarães de Araujo Faria

Enfermeira. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

**Recebido em:** 08/03/2018  
**Aprovado em:** 05/04/2018

## Introdução

A população brasileira e suas necessidades de saúde, desde o início da história da saúde pública no Brasil em 1808, passaram por diferentes momentos. O marco desta trajetória foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de ser um sistema de saúde para todos os brasileiros, capaz de ampliar a assistência à saúde da população<sup>(1,2)</sup>. Em 1994, Ministério da Saúde (MS) assumiu como desafio lançar, o Programa de Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) em conjunto com a estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de modo a reorganizar o modelo de atenção básica no SUS<sup>(3)</sup>.

Ao investigar o tema Educação em Saúde (ES), verifica-se que inúmeras mudanças ocorreram ao longo dos anos, incluindo ações desde a educação sanitária anterior à década de 1980, até as transformações atuais da mesma como prática social que busca promover saúde de forma compartilhada<sup>(4)</sup>.

O enfermeiro faz parte de um grupo de profissionais que desenvolve um importante papel frente às relações entre os indivíduos, sociedade, saúde, pesquisa e educação, e deve agir estimulando os indivíduos a agirem frente aos possíveis agravos de forma a promover a saúde em seu cotidiano<sup>(5)</sup>. A enfermagem tem na ação educativa um de seus eixos norteadores e base da sua prática profissional em qualquer local de atuação, principalmente na atenção básica, representada pela ESF, onde essa prática torna-se imperiosa, observada a importância da inserção de práticas educativas amplamente inseridas no contexto da atenção básica<sup>(6,7)</sup>.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são fonte de preocupação mundial, pois são as mais prevalentes nas populações, afetando a qualidade de vida de milhões de pessoas e gerando grande impacto econômico individual e coletivo. A prevenção de danos à saúde é a forma mais adequada e de baixo custo para a prevenção e o tratamento desses

agravos, incorporando práticas de ES e de reorganização da assistência<sup>(8)</sup>.

Para que a ES voltada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes mellitus (DM) seja apropriada, devem ser abordadas informações sobre as doenças, seus agravos e como detectá-las precocemente; mitos e tabus, importância da adesão ao tratamento, estímulo a atividades físicas e a hábitos de vida saudáveis, complicações agudas, autocontrole e autocuidado<sup>(8)</sup>.

## "O enfermeiro faz parte de um grupo de profissionais que desenvolve um importante papel frente às relações entre os indivíduos, sociedade, saúde, pesquisa e educação"

Para construção do processo de promoção à saúde, são necessárias mudanças sociais, culturais e comportamentais. A saúde ultrapassa um fator biológico natural apenas descrito por esquemas epidemiológicos, pois permeia o indivíduo na sociedade, englobando o acesso às redes socioeconômicas e de serviços essenciais, incluindo os de saúde onde diferentes contextos como a história pessoal e coletiva podem imprimir reflexos positivos ou negativos à saúde<sup>(9)</sup>. O adoecimento dos indivíduos por doenças crônicas deve ser pensado no contexto coletivo de saúde e doença, onde o modo de viver em sociedade determina transtornos biológicos onde a doença ocorre concomitante a questões sociais<sup>(10)</sup>, indo além de apenas

uma relação de causa e efeito, mas sendo necessário entrelaçar o cenário social e o estilo de vida que o indivíduo exerce, como ser biológico e psicológico<sup>(11)</sup>.

Tendo em vista os alarmantes dados em relação às DCNT relacionados à transição epidemiológica da carga global das doenças no Brasil, em meio à reorganização do SUS, o Governo Federal publicou o Plano de Reorganização da Atenção a HAS e ao DM com o objetivo de vincular os portadores às unidades de saúde garantindo a esses, um acompanhamento e tratamento ordenado e atendimento qualificado e organizado<sup>(8)</sup> e o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM, a fim de monitorar os pacientes captados no plano e reorganizar a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos por meio das informações geradas pelo sistema Hiperdia que por sua vez, é um sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores de HAS e DM assistidos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, gerando informações referentes a essa população para gestores e profissionais de saúde<sup>(12)</sup>.

Neste contexto, a enfermagem torna-se fundamental no desenvolvimento dessas ações, incluindo as práticas de ES, em uma perspectiva crítica e transformadora pressupõe a construção de conhecimento a partir do reconhecimento dos saberes de todos os sujeitos envolvidos. Aproxima-se dos indivíduos no desenvolvimento de práticas educativas, com possibilidade de criação de vínculo, visão abrangente em torno do sujeito e do processo de educação embasado no cuidado e processo assistencial como cerne de suas ações<sup>(12,13)</sup>.

Essas práticas devem ter o intuito de instituir no indivíduo maior conhecimento e poder sobre sua saúde, sobre suas escolhas. O oprimido precisa se reconhecer como homem, com poder de ser "alguém mais", com mais valor, por meio do estímulo para reflexão do indivíduo em relação as suas condições reais de vida e, através dessa reflexão, tem-se a prática, a ação. Neste contexto, o objetivo deste es-

tudo é descrever as práticas de Educação em Saúde voltadas aos usuários hipertensos e diabéticos desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

## Materiais e método

Este estudo é do tipo exploratório com abordagem qualitativa e investigou as práticas de Educação em Saúde voltadas para HAS e DM desenvolvidas por enfermeiros das Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Gravataí/RS. Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, ou seja, investigar, por meio de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, estimula a compreensão de uma prática social<sup>(15)</sup>. A escolha da localidade deve-se ao fato de que o Rio Grande do Sul (RS) ser um dos estados com maior prevalência e mortalidade por DCNT, dentre elas as doenças cardiovasculares, muitas vezes agravadas pela HAS e pelo DM<sup>(16)</sup>.

Para coleta de dados foi realizada entrevista semi-estruturada. Foram utilizados dois meios digitais para gravação sendo o principal um aparelho de MP3. A amostra foi composta por doze enfermeiros que atuam em seis unidades de Estratégia de Saúde da Família da área urbana, que obedeceram aos critérios de inclusão: trabalhar em ESF há pelo menos um ano e concordar em participar espontaneamente do estudo. Nenhum enfermeiro foi excluído do estudo, porém, houve negativa de participação por parte de apenas um indivíduo.

O delineamento foi de Análise de Conteúdo do tipo temática<sup>(17)</sup>, sendo considerados relevantes três temas: Atividades de Educação em Saúde; metodologias de Educação em Saúde e preparo profissional perante a Educação em Saúde no âmbito do SUS.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública/Secretaria de Saúde ESP/SES/RS, sob o parecer 385.296 emitido em 04/09/2013. Todos

os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados sobre os propósitos do estudo.

## Resultados e discussão

Foram entrevistados doze enfermeiros, com idade entre de 31 a 47 anos, sendo nove entrevistados do sexo feminino e três do sexo masculino. A religião autodenominada mais frequente foi a Espírita, seguida pela Evangélica, Católica e, apenas um autodenominou-se protestante. O tempo de formação variou de sete a dezoto anos e o de atuação em ESF variou de dois a dez anos. Dez enfermeiros possuem curso de Pós-Graduação nas áreas de Saúde Pública, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Auditoria em Saúde e Intervenções Psicossociais. Um entrevistado referiu ter cursado residência em Saúde Coletiva e outro em Saúde da Família e Comunidade.

## Atividades de Educação em Saúde realizadas pelos enfermeiros das ESF

Neste tema, identificaram-se outros subtemas, abaixo descritos. O mais frequente deles é o de realizar ES em grupos, citado pela maioria dos enfermeiros. A **atividade de grupo** como ferramenta de educação em saúde é a primeira a ser lembrada e, ao longo das entrevistas percebeu-se que a maioria dos enfermeiros compreende a ES vinculada às atividades educativas desenvolvidas em grupos, sendo que na maioria das vezes os enfermeiros só citaram outras formas de desenvolvimento de ES quando questionados se, fora destes, havia outra forma de realizá-la.

A prática educativa desenvolvida em grupos como fonte predominante de ES é corroborada pela literatura que relata que grupos são as ações prevalentes quando se pensa em promoção da saúde e são, muitas vezes, arraigados em alguma patologia principal também servindo como uma alternativa para atender a grande demanda pelas consultas médicas e de enfermagem<sup>(18)</sup>. Estudo realizado em Uberaba/MG também vincula a ES à realização de grupos<sup>(19)</sup>. Autores que fazem uma crítica ao paradigma do grupo focalizado na do-

ença como base da ES, citam que na ESF essas atividades deveriam estar voltadas ao atendimento a família e a comunidade por meio do favorecimento ao raciocínio crítico, participação da comunidade, empoderamento dos sujeitos, entre outros aspectos<sup>(20)</sup>. Porém, as atividades educativas embasadas nas doenças já instaladas, como ocorre no grupo do Hiperdia, sob forma de orientação e transmissão de orientação, favorecem o modelo medico centrado e sem a valorização do papel dos sujeitos no processo de saúde-doença.

A **sala de espera** foi citada como forma de desenvolver Educação em Saúde sendo esse, o segundo subtema da ES. Outros autores destacam que a sala de espera como importante espaço para realizar práticas de ES por meio do atendimento humanizado e próximo a população pois se pode observar as necessidades prioritárias e buscar soluções para essas buscando qualificação dos serviços de saúde<sup>(18)</sup>.

Já a **consulta de enfermagem**, na perspectiva dos pacientes portadores de DM e de enfermeiros, auxilia no controle da doença, pois torna a doença mais natural ao convívio dos pacientes à medida em que estes dispõem de qualidade na assistência. É citado pela literatura que a consulta de enfermagem favorece a adesão à terapêutica proposta<sup>(21)</sup>.

Outro subtema levantado, como possibilidade de abordagem, foi a **visita domiciliar**, principalmente quando destaca-se as orientações aos usuários. Em relação à visita domiciliar, outro estudo sobre ES mostrou que 39,9% dos enfermeiros entrevistados confirmaram ligação entre a visita domiciliar, as consultas de enfermagem, às práticas de Educação em Saúde nas ESF no estado de Minas Gerais<sup>(19)</sup>. O papel do enfermeiro volta-se para a ES de modo mais aprofundado, para a investigação das necessidades de saúde das famílias, além da realização de atividades assistenciais da enfermagem<sup>(22)</sup>. Sobre ES para portadores de DM, a visita domiciliar e as práticas de educação favoreceram o planejamento da dieta, e aderência ao tratamento, do



regime alimentar e da atividade física na população estudada<sup>(23)</sup>.

Apenas dois enfermeiros citaram que a ES é realizada em **todos os momentos** dentro das unidades de ESF, destacando o acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupo, e educação individual. Nessas falas pode-se observar que alguns enfermeiros entendem que a ES deve fazer parte de seu cotidiano e deve ser a base das relações estabelecidas com os pacientes em sua atuação dentro da unidade básica de saúde.

A Educação em Saúde vista de modo mais amplo deve estar presente em todas as práticas por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças favorecendo o empoderamento dessas práticas pelos indivíduos em seu cotidiano<sup>(20)</sup>. Sobre o mesmo tema a ES para hipertensos deve ser contínua e de linguagem compreensível e não apenas realizada em ações singulares<sup>(24)</sup>. Por fim, falando-se em atividades de ES, a literatura nos mostra que esta deve ser realizada através da promoção da saúde, para a macro população e deve buscar superar o sistema biocurativista<sup>(25)</sup>.

### Metodologias de Educação em Saúde

Sobre esta temática, prevaleceu nos relatos dos enfermeiros a proposta de utilização do diálogo e roda de conversa, ainda muito associado ao grupo como forma de prática educativa como demonstrado nas falas:

*[...] na verdade é mais uma conversa, uma roda de conversa onde elas podem trocar experiências [...] podem fazer perguntas abertas [...] a gente vai conversando sobre o assunto e as/ as dúvidas vão surgindo e a gente vai esclarecendo [...].* (1C)

*[...] mais método de roda: assim aquele método de sentar e de conversar e de trazer/ levantar o que as pessoas tem interesse de conhecer... e aí trabalhar nesse sentido de aprendizagem significativa que é ir ao encontro do que as pessoas querem... conhecer [...].* (2A)

Pode-se observar que os participantes do grupo do Hipertensão podem opinar quanto aos conteúdos discutidos, escolher os temas a serem abordados e par-

ticiparem ativamente da construção do grupo o que pode favorecer o seu aprendizado, e entendimento a respeito dos assuntos discutidos. Também, essa atuação no processo de educação, pode estimular o sentimento de fazer “parte”, destacando-se sua importância social.

O fortalecimento do cuidado nas rodas de conversa acontece à medida que se desenvolve a escuta, a participação dos indivíduos e estreitamento de relações, sendo espaço solidário e dialógico.

## "Sobre esta temática, prevaleceu nos relatos dos enfermeiros a proposta de utilização do diálogo e roda de conversa, ainda muito associado ao grupo como forma de prática educativa"

O contato direto, a troca de saberes e valores, as participações espontâneas e a liberdade obtida nas rodas de conversa são fatores importantes a promoção individual e coletiva da saúde<sup>(26)</sup>. A discussão também foi citada como metodologia de Educação em Saúde como pode ser observado nos relatos:

*[...] aí eles (os pacientes) discutem: contam os casos...* (1A)

*[...] não dá para dizer que faz uma palestra ... é uma troca com o paciente [...].* (1B)

Entre os indivíduos, o diálogo não deve transformar-se em simples troca de ideias e/ou depósito de ideias de uns para

os outros, mas agregar reflexão e ação<sup>(14)</sup>. Trazê-los para a discussão das adversidades favorece a ES, pois emergindo de seus problemas, seus anseios e de seu conhecimento próprio, serão elaborados conhecimentos de modo, compartilhado entre os indivíduos<sup>(24)</sup>. Os princípios da construção compartilhada do conhecimento abrangem a metodologia dialética, valorizando a realidade local, o uso de múltiplas linguagens, enfatiza a construção/reconstrução de conceitos, valores e posturas, o planejamento coletivo das práticas educativas e a avaliação processual<sup>(27)</sup>.

Observa-se nas falas, a participação de diferentes sujeitos como, usuário versus profissional de saúde e, usuário versus usuário. É importante a troca de conhecimentos entre pares e não pares, ou seja, entre iguais e diferentes, uma vez que ampliam as possibilidades de construção de conhecimentos ao incorporar diferentes contextos e experiências<sup>(25)</sup>. Alguns enfermeiros entrevistados citam ainda a presença de atividades lúdicas como forma de realizar ES.

*[...] a gente usa dinâmicas com material pedagógico [...] a gente tem a maleta [...] que tem aquele material [...].* (2A)

*[...] fazem alguma atividade lúdica sempre [...] às vezes até artística [...] de recorte de revista, de fazer cartaz [...] de alimentação saudável [...].* (3A)

Considera-se importante o uso de atividades lúdicas quando estas mediam a aprendizagem através do entendimento individual e coletivo por meio de atividades alegres agregando o lúdico à realidade<sup>(28)</sup>. O uso de materiais diversificados também foi citado como metodologia para educar em saúde como visto a seguir:

*[...] e depois a gente apresenta o material pra eles... a gente fala do material que é fornecido pela: nutricionista [...].* (1A)

*[...]depois que o município adquiriu o datashow então a gente usa bastante [...] a gente já usou a mala de Educação em Saúde que a gente recebeu [...].* (5B)

O uso de impressos na ES foi considerado uma metodologia nem sempre adequada, pois sua utilização propõe uma

comunicação unilinear, dos profissionais de saúde para a clientela onde essa é vista como receptora, ouvinte passiva, e não como participante do processo. Os materiais impressos reforçam o modelo médico centrado, à medida que há a separação entre o saber científico e o saber popular, sendo este desvalorizado<sup>(29)</sup>. As orientações e prescrições de enfermagem após consultas foram citadas como forma de ES por dois dos doze entrevistados.

*[...] na verdade é na base da conversa: da orientação [...]. (1C)*

*[...] a prescrição também que eu não tinha te falado [...] geralmente tu prescreve no papel: coloca no papel assim: alguns lembretes alguns tópicos assim do [...] cuidados... prescrição de enfermagem. (4A)*

Essa frequência demonstra a preocupação dos enfermeiros em deixar os indivíduos instrumentalizados em relação ao manejo da HAS e do DM para seu cotidiano. Eles entendem que, ao estarem devidamente orientados, os pacientes podem melhor intervir em sua condição de saúde. Em relação às orientações de enfermagem, destaca-se que a enfermeira deve investigar os anseios dos indivíduos e proporcionar uma educação bilateral por meio da discussão com o usuário devendo-se ainda respeitar as questões culturais orientando-o de acordo com sua compreensão particular<sup>(21)</sup>.

Os enfermeiros citaram a confraternização com lanche como forma de educar em relação a questão nutricional, pelo fato de, trabalharem a questão da alimentação de forma prática com os hipertensos e diabéticos. Citam:

*[...] tem sempre um lanche [...] e fazem também: em sí: ela/elas gostam de ensinar fazer... sucos natura::is alguma coisa assim. (3A)*

*[...] às vezes a gente toma um lanche coletivo [...] até a gente trabalha muito com parte de alimentos saudáveis [...] bolos diferentes [...]. (6B)*

Podemos trazer a questão das confraternizações para a óptica freireana e a perspectiva educação popular. "Entre os professores e alunos existem não apenas

temas e programas, existem símbolos, códigos e movimentos da vida política"<sup>(30)</sup>. Esses símbolos e códigos devem ser explorados quando se fala em Educação em Saúde e a educação popular por meio da troca de experiências, saberes científicos e populares.

O uso de práticas para se exemplificar técnicas nutricionais junto ao saber científico em torno da alimentação adequada para hipertensos e diabéticos capacita os indivíduos em torno de uma problemática relevante a sua situação de saúde. O método de palestra/ transmissão de conhecimento ainda é aplicado quando se questiona as metodologias de ES, e foi mencionado pelos entrevistados.

O campo da ES deve afastar-se das práticas estritamente higienistas e biologicistas, à medida que, na contemporaneidade, busca-se o rompimento da verticalidade de relação entre usuário e profissional<sup>(19)</sup>. Ensinar não é a simples transmissão do conhecimento em torno do objeto ou do conteúdo como apresentado anteriormente pelo modelo tradicional. Só é válido quando o sujeito aprende a assimilar, quando se apropria do conteúdo, foco do ensinamento, tomando consciência de seu motivo, constrói e assume o conhecimento através da orientação competente e responsável do professor que atua com estímulo e autoridade na condução da disciplina/formação de conhecimento<sup>(14)</sup>.

## Preparo profissional perante a educação em saúde no âmbito do SUS

Os enfermeiros apresentaram diversas opiniões e, alguns se sentindo despreparados, alguns parcialmente preparados e outros bem preparados como observado nas falas diretas a este sentimento, seja pelas intensões dos discursos ou pelas sugestões quanto ao tempo de profissão ser favorável ou não à prática da educação permanente.

Nesta análise podem-se evocar as importantes transições pelas quais a ES passou ao longo dos anos. Desde a educação sanitária até a substituição da nomenclatura de educação para a saúde que passou a ser chamada de Educação em

Saúde. Essas mudanças buscaram romper com o antigo modelo onde o indivíduo era o receptor do saber e a educação prescritiva era aplicada pelos detentores do saber, os profissionais da saúde<sup>(4)</sup>.

Em torno dessas mudanças, observa-se que ainda existe insegurança relativa ao preparo profissional no desenvolvimento da prática de ES no âmbito do SUS. Enquanto alguns enfermeiros sentem-se preparados associando o fato de desenvolverem uma atividade profissional que lhes confira satisfação, outros demonstram preocupação, em um sentido mais amplo, o de realmente realizar uma prática educativa que transforme o cotidiano e a situação de saúde dos indivíduos e sua comunidade. Os enfermeiros são responsáveis por promover essa ES e este estudo pode demonstrar que os mesmos não se sentem aptos para realizar uma prática educativa problematizadora e pautada na perspectiva da transformação social.

## Conclusão

A partir dos resultados pôde-se evidenciar que os enfermeiros desenvolvem práticas de Educação em Saúde para hipertensos e diabéticos em suas atividades relacionadas ao Hiperdia na ESF. Entre as práticas de Educação em Saúde destacam-se grupos de discussão que abordam temas relacionados à HAS e ao DM e assuntos de saúde levantados a partir dos anseios dos pacientes, favorecendo a participação dos mesmos desde a escolha do conteúdo a ser abordado. Porém, algumas entrevistas demonstraram que alguns enfermeiros reconhecem os grupos como única forma de educar em saúde.

Em relação às metodologias de Educação em Saúde, pode-se observar que, apesar da maioria dos enfermeiros utilizarem metodologias que favoreçam a educação significativa com a participação dos indivíduos, ainda são aplicadas estratégias de transmissão de conhecimentos que não estimulam a manifestação crítica e a construção de saberes. Salienta-se que apenas dois entrevistados entendem a Educação em Saúde como uma constante

em suas ações ao citarem que a realizam em todos os momentos na ESF. Há preocupação legítima de muitos dos entrevistados em adequar as abordagens a cada população e suas especificidades.

Por fim, percebe-se que alguns enfermeiros ainda não se sentem preparados para atuar frente à Educação em Saúde no SUS. Sugere-se que sejam fortalecidas

as atividades de educação permanente em saúde com os enfermeiros a fim de aprimorar as atividades já realizadas e alinhar um perfil de Educação em Saúde para hipertensos e diabéticos no município de Gravataí a fim de atender de forma igualitária a todos. Essa sugestão alinha-se à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que propõe

uma quebra no paradigma de capacitação, inserindo-se em um contexto de aprendizado associado à vida cotidiana das organizações e, à práxis sociais e laborais no cenário em que ocorrem. Assim, problematiza-se o próprio saber e ampliam-se os espaços educativos fora da aula como na comunidade, clubes e em ações comunitárias. 🐦

## Referências

1. Santos JS, Teixeira CF. Política de saúde no Brasil: produção científica 1998-2014. *Saúde debate*. 2016; 40(108):219-30.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil: o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011 [cited 2012 Nov 23]; 11-31. Disponível em: URL: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>
3. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz: 2014.
4. Renovato RD, Bagnato MHS. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. *Rev eletrônica enferm*. 2012;14(1):77-85.
5. Oliveira E, Andrade IM, Ribeiro RS. Educação em Saúde: Uma Estratégia da Enfermagem para Mudanças de Comportamento, Conceitos e Reflexões. Goiás: Universidade Católica De Goiás/CEEN, Coordenação de Pós-Graduação e Pesquisa; 2009. [cited 2012 Nov. 20] Disponível em: URL: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estrategia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudanas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes.pdf>
6. Acioli S. Novos olhares sobre a saúde: sentidos e valores de práticas populares. (Thesis). Rio de Janeiro: Instituto de medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003
7. Silva ALQC, Araújo LS, Silva CSS, Mercês PL. Práticas educativas mais utilizadas pelos enfermeiros na atenção básica: uma revisão bibliográfica. *Revista Científica do ITPAC*. 2013;6(4).
8. Souza GP, Silva AN, Silva JR, Lima Junior AA, Lira RC, Santana RCF. O impacto do plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Revista Saúde*. 2017; 10(1):136.
9. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev esc enferm USP*. 2015;49(1):129-35.
10. Teixeira ETN, Boss ECF. Desafios para a valorização das representações sociais e da linguagem dos sujeitos na atividades de educação em saúde. *Interagir*. 2007; 11:37-44.
11. Teixeira ER, Lamas AR, Silva JC, Matos RM. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. *Esc Anna Nery*. 2006;10(3):378-84.
12. Negreiros RV, Camêlo ELS, Sabino TC, Santos MAS, Aguiar DC. Importância do programa HIPERDIA na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (ESF). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2016; 14(2):403-11.
13. Acioli S, David HMSL, Faria MGA. Educação em saúde e a enfermagem em saúde coletiva: reflexões sobre a prática. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20(4):533-6.
14. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
15. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2007.
16. Brasil. DATASUS. Sishiperdia. Relatórios. [cited 2012 Jan. 10] Disponível em: URL: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>
17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
18. Horta NC, Sena RR, Silva EO, Tavares TS, Caldeira IM. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Revista APS*. 2009;12(3):293-301.
19. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Rev Ciencia Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1547-54.
20. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a praxis dos enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):701-09.
21. Bezerra NMC, Moreira TMM, Therrien SMN, Almeida MI. Consulta de enfermagem ao diabético no Programa de saúde da Família: percepção do enfermeiro e do usuário. *RENE*. 2008;9(1):86-95.
22. Kebian LV, Acioli S. Visita Domiciliar: Espaço de Práticas de Cuidado do Enfermeiro e do Agente Comunitário de Saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19:403-409.
23. Torres HC, Roque C, Nunes C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. *Rev Enferm da UERJ*. 2011;19(1):89-93.
24. Menezes Junior JE, Queiroz JC, Fernandes SCA, Oliveira LC, Coelho SQF. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. *RENE*. 2011;12(n. esp.):1045-51.
25. Figueiredo JF, Neto JFR, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2012;16(41):315-29.
26. Uchôa AC. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(29):299-311.
27. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado na saúde pública. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):117-21.
28. Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enfermagem*. 2010;23(2):257-63.
29. Freitas FV, Rezende Filho LA. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2011;15(36):243-55.
30. Freire P; Nogueira A. *Que fazer: teoria e prática em educação popular*. Petrópolis: Vozes; 1993.

# Análise da permanência em maternidade hospitalar

**RESUMO** | Pesquisa documental, descritiva e quantitativa que objetivou identificar a permanência de pacientes hospitalizadas na maternidade de um hospital universitário público. Foi realizada com uso de planilhas preenchidas pela equipe de enfermagem do serviço, em recorte temporal que compreendeu seis meses de análise entre 2015 e 2016. As variáveis relacionadas à permanência no setor foram coletadas e tabuladas eletronicamente. Aos dados tabulados procedeu-se análise estatística descritiva. No total, foram internados 1868 pacientes na maternidade, sendo que destes (n=1636) eram puérperas, (n=143) eram recém-nascidos e (n=89) eram pacientes ginecológicas. A média de permanência geral foi de 3,1 dias. Os recém-nascidos foram os que apresentaram mais frequência de maior média de permanência. Concluiu-se que a permanência é superior às recomendações vigentes, e o que a realidade bem delimitada favorece a tomada de decisão de gestores rumo à melhoria do indicador.

**Descritores:** Tempo de permanência; Maternidades; Gestão em saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Enfermagem.

**ABSTRACT** | Documentary, descriptive and quantitative research that aimed to identify the permanence of hospitalized patients in the maternity hospital of a public university hospital. It was performed using spreadsheets filled out by the nursing team of the service, in a temporal cut that comprised six months of analysis between 2015 and 2016. The variables related to permanence in the sector were collected and tabulated electronically. Data were tabulated and descriptive statistical analysis was performed. In total, 1868 patients were admitted to the maternity hospital, of whom (n=1636) were puerperae, (n=143) were newborns and (n=89) were gynecological patients. The mean overall length of stay was 3.1 days. The newborns were the ones that presented the most frequency with the highest mean of permanence. It was concluded that the permanence is superior to the current recommendations, and that the reality well delimited favors the decision-making of managers towards the improvement of the indicator.

**Keywords:** Residence time; Hospitals, maternity; Health management; Quality indicators, health care; Nursing.

**RESUMEN** | Investigación documental, descriptiva y cuantitativa que objetivó identificar la permanencia de pacientes hospitalizados en la maternidad de un hospital universitario público. Se realizó con el uso de planillas completadas por el equipo de enfermería del servicio, en recorte temporal que comprendió seis meses de análisis entre 2015 y 2016. Las variables relacionadas a la permanencia en el sector fueron recolectadas y tabuladas electrónicamente. A los datos tabulados se procedió a un análisis estadístico descriptivo. En total, fueron internados 1868 pacientes en la maternidad, siendo que de estos (n=1636) eran puérperas, (n=143) eran recién nacidos y (n=89) eran pacientes ginecológicos. La media de permanencia general fue de 3,1 días. Los recién nacidos fueron los que presentaron más frecuencia de mayor promedio de permanencia. Se concluyó que la permanencia es superior a las recomendaciones vigentes, y lo que la realidad bien delimitada favorece la toma de decisión de gestores hacia la mejora del indicador.

**Descriptores:** Tiempo de permanencia; Maternidades; Gestión en salud; Indicadores de calidad de la atención de salud; Enfermería.

## Camila Girardi

Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência em Enfermagem na Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica

## Vanessa Bordin

Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência em Enfermagem na Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica

## João Lucas Campos de Oliveira

Enfermeiro. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Docente colaborador dos cursos de Graduação em Enfermagem e Residência em Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica

## Letícia da Silva Schran

Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência em Enfermagem na Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica

## Márcia Regina Silvério S. Barbosa Mendes

Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora adjunta ao Colegiado de Enfermagem

## Mayara Aparecida Passaura da Luz

Enfermeira. Residente pelo Programa de Residência em Enfermagem na Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica

## Nelsi Salete Tonini

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada ao Colegiado de Enfermagem

Recebido em: 02/06/2017

Aprovado em: 17/04/2018



## Introdução

A qualidade de serviço em saúde deve ser um tema discutido entre organizações que buscam aprimorar cada vez mais o atendimento de seus usuários. Assim, buscando a qualidade na saúde e objetivando aprimorar as práticas assistenciais, uma das ferramentas que se deve lançar mão é o emprego de indicadores, os quais quantificam e avaliam o desempenho de processos de trabalho, produtos e da organização como um todo<sup>1</sup>.

Nas diferentes esferas da área da saúde, busca-se novos conceitos e parâmetros para se atingir a qualidade que proporcione ao usuário em sua plenitude o atendimento de suas necessidades e expectativas. Desde modo, o conceito de qualidade na saúde está atrelado ao nível de excelência profissional, o uso eficiente dos recursos, um mínimo risco e alto grau de satisfação por parte dos usuários considerando-se os valores sociais existentes<sup>2</sup>.

Definir a qualidade não é uma tarefa fácil, isto porque esta não diz respeito apenas a um aspecto isolado, ou seja, para defini-la se faz necessário considerar elementos ou atributos que compõem o serviço ou produto. Desta forma, uma definição que pode-se considerar é que a qualidade envolve muitos aspectos simultaneamente, ou seja, uma multiplicidade de itens e sofre alterações ao longo do tempo, isto é, trata-se de um processo evolutivo, que se transforma e se adapta de acordo com a demanda<sup>3</sup>.

A qualidade se torna cada vez mais presente nos hospitais, os quais devem comprometer-se com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes, fazendo com que estes recebam uma assistência efetiva e segura com qualidade técnica dos processos assistenciais e em condições estruturais e éticas adequadas<sup>4</sup>.

A equipe de enfermagem tem papel importante no processo de qualidade na saúde, por prestarem os serviços

aos clientes bem como criar indicadores para inferir acerca da assistência. É necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvam ações de saúde com conhecimento, habilidade e competência, objetivando atender as expectativas dos clientes, e consequentemente alcançando a almejada qualidade assistencial<sup>5</sup>.

**"A qualidade se torna cada vez mais presente nos hospitais, os quais devem comprometer-se com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes, fazendo com que estes recebam uma assistência efetiva e segura com qualidade técnica dos processos assistenciais e em condições estruturais e éticas adequadas<sup>4</sup>"**

Os indicadores aparecem como um modo de gerar informações que subsidiem a criação de diretrizes ou dispositivos para a elaboração de políticas públicas de saúde e assim melhorar a gestão e assistência oferecida<sup>5</sup>. Assim, os indicadores são medidas quantitativas que podem ser usadas para monitorar e avaliar a qualidade dos serviços providos

ao usuário e as atividades dos serviços, necessitando-se de revisão periódica<sup>1</sup>.

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho de um serviço/programa de saúde<sup>6</sup>. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença ou situação, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer<sup>7</sup>.

A escolha dos indicadores deve auxiliar a identificação e a condução da atenção dos profissionais para assuntos específicos em uma organização de saúde, apontar problemas de qualidade e aprimorar a avaliação e o planejamento, com vistas à organização e à coordenação dos serviços<sup>8-9</sup>.

A avaliação permite averiguar se os objetivos inicialmente propostos, durante o planejamento, estão sendo alcançados ou não, e se os resultados permitiram alguma mudança na situação desejada<sup>10</sup>. Dessa forma, pode ser reconhecida como uma estratégia técnico-administrativa, uma vez que objetiva auxiliar na tomada de decisão aos gestores dos serviços de saúde<sup>11</sup>.

Para que os enfermeiros possam elaborar instrumentos que avaliem o processo de cuidado, necessitam estar embasados em informações que traduzam a realidade da assistência de forma direta ou indireta. Nessa ótica, cabe ressaltar a importância de trabalhar com avaliação dos resultados do cuidado ao paciente, objetivando aferir a qualidade da assistência de maneira precisa, consistente e abrangente, possibilitando análises nos âmbitos intra e extrainstitucional e reflexões sobre os diferentes contextos de sua prática profissional<sup>12</sup>.

Considerando que os indicadores devem representar com fidelidade a realidade avaliada, pontua-se que a permanência hospitalar é um indicador relevante para o conhecimento dos

gestores<sup>13</sup>, pois sabe-se que reduzir a permanência pode ser positivo na redução de riscos associados ao cuidado<sup>14</sup>, e também, possivelmente interfira na melhor satisfação do paciente. No contexto das maternidades hospitalares isso é também muito relevante, uma vez que as pacientes internadas neste ambiente, normalmente, anseiam pela convivência social fora do ambiente hospitalar, já que usualmente acompanha-se do nascimento de um novo membro da família.

Diante do exposto, questionou-se: Qual a permanência de pacientes hospitalizados em uma maternidade de um hospital universitário público? Com isso, este estudo objetivou identificar a permanência de pacientes hospitalizadas na maternidade de um hospital universitário público.

#### Método

Trata-se de pesquisa transversal, descritiva com abordagem quantitativa dos dados. O local de estudo foi o setor de Maternidade de um hospital universitário público do interior do Paraná, que conta com 210 leitos ativos exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). O setor investigado possui 27 leitos.

A coleta de dados foi realizada na Maternidade, no período de março a julho de 2016. Os dados para elaboração do indicador “permanência” foram extraídos das planilhas diárias de atividades, preenchidas pela equipe de enfermagem, bem como nos prontuários dos pacientes internados nos meses de setembro a dezembro de 2015 e janeiro a fevereiro de 2016.

As variáveis de coleta manual foram: “categoria” de paciente (puérpera, recém-nascido ou paciente ginecológica) e total de dias de internação, por categoria. Os dados coletados na maternidade referentes à permanência foram tabulados no software Microsoft Office Excel®, versão 2010 e posteriormente analisados por estatística descritiva simples. A média de permanência representou o resultado da divisão entre

dias de internação e pacientes hospitalizados em cada período, conforme estudo sobre indicadores<sup>15</sup>.

A presente pesquisa é contemplada em um projeto guarda-chuva intitulado “Construção de indicadores assistenciais e gerenciais do serviço de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP”, que foi aprovado pelo

**"O tempo de permanência hospitalar vem decrescendo em vários países nas últimas décadas e essa tendência tem sido incorporada no Brasil, particularmente após o parto, sempre que a puérpera e o seu RN estiverem saudáveis<sup>16</sup>"**

comitê de ética em pesquisa com seres humanos sob parecer nº 1.696.925/2016, bem como está nacionalmente cadastrada por CAAE: 58636916.5.0000.0107.

#### Resultados

No período da pesquisa houve um total de 1868 pacientes internados na unidade, sendo eles, (n=1636) puérperas, (n=143)

recém-nascidos e (n=89) pacientes ginecológicas. O tempo médio de permanência dos pacientes geral dos seis meses foi de 3,1 dias, variando entre 2 e 45 dias nas puérperas, 1 e 19 dias dos recém-nascidos e 1 e 11 dias para as pacientes ginecológicas. A Tabela 1 demonstra os resultados da permanência pelas categorias de pacientes e meses de análise.

#### Discussão

O tempo de permanência hospitalar vem decrescendo em vários países nas últimas décadas e essa tendência tem sido incorporada no Brasil, particularmente após o parto, sempre que a puérpera e o seu RN estiverem saudáveis<sup>16</sup>. O tempo médio de permanência dos pacientes geral dos seis meses foi de 3,1 dias, variando entre 2 e 45 dias nas puérperas, 1 e 19 dias dos recém-nascidos e 1 e 11 dias para as pacientes ginecológicas. O mês de fevereiro como demonstrado acima apresentou o maior número referente de tempo de permanência.

No que tange a média de permanência descrita pode-se observar que esta foi superior às recomendações que regem a Portaria 1016 do Ministério da Saúde, do ano de 1993, no qual destaca que as altas não deverão ser dadas antes de 48 horas pós-parto, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de Alojamento Conjunto e, ser este período importante na detecção de patologias neonatais, porém não se estenderem após esse período pelo risco de infecções hospitalares tanto para a puérpera, quanto para o RN<sup>16</sup>.

Alguns fatores podem contribuir para alta tardia dos pacientes internados na maternidade, como por exemplo, RNs que apresentam icterícia neonatal e necessitam de tratamento por fototerapia, RNs que necessitam de tratamento para toxoplasmose, sífilis congênita e também por hipoglicemia causada por déficit na amamentação ou raras vezes por doença metabólica. Esses casos podem elevar o tempo de internação para até 10 dias<sup>16</sup>.

**Tabela 1. Dias de internação e média de permanência por categoria de pacientes (n=1868) internados na Maternidade, por mês. Cascavel, 2015-2016.**

Mês	Pacientes	N	Dias de internação	Média de Permanência
<b>Setembro</b>	Puérperas	283	817	2,8
	Recém-nascidos	11	22	2,0
	Ginecológicas	10	24	2,4
<b>Outubro</b>	Puérperas	270	740	2,7
	Recém-nascidos	18	51	2,8
	Ginecológicas	17	52	3,0
<b>Novembro</b>	Puérperas	271	790	2,9
	Recém-nascidos	9	33	3,6
	Ginecológicas	19	49	2,5
<b>Dezembro</b>	Puérperas	261	881	3,3
	Recém-nascidos	41	224	5,4
	Ginecológicas	14	40	2,8
<b>Janeiro</b>	Puérperas	14	983	3,4
	Recém-nascidos	288	28	6,5
	Ginecológicas	43	54	3,1
<b>Fevereiro</b>	Puérperas	17	867	3,2
	Recém-nascidos	263	106	5,0
	Ginecológicas	21	48	4,0

Com relação às puérperas o que pode causar tempo elevação de permanência, principalmente, são alterações pressóricas, infecções em cesarianas<sup>17</sup> e no caso de pacientes ginecológicas, internadas para cirurgias, o que muitas vezes tem um período elevado de internação.

Também há uma relação direta entre o tempo de permanência e o estado de saúde do paciente. Após o parto podem ocorrer complicações infecciosas, como: infecção de ferida cirúrgica, endometrites e outras infecções graves, principalmente relacionadas ao parto cesáreo, sendo, portanto, uma das cau-

sas de morbidade materna e aumento no tempo de internação da puérpera<sup>18</sup>.

No SUS observou-se para o período de 2008 a 2012, uma média de permanência para partos normais de 2,0 dias e para partos cesáreos de 2,6 dias. As médias de permanência para as gestações de alto risco foram mais elevadas, situando-se em 3,2 dias para partos normais e 4,2 dias para partos cesáreos. O tempo médio de permanência considerando ambos os partos, em gestações de baixo e alto risco, foi de 2,3 dias nesse período<sup>19</sup>.

O Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)<sup>20</sup> relatou

no segundo trimestre de 2011, para 65 hospitais gerais notificantes, uma mediana para o tempo médio de permanência na obstetrícia de 2,3 dias, coincidente com a média relatada pelo SUS. A variação foi de 1,4 a 4,2 dias. Por sua vez, para 11 hospitais com selo de qualidade do programa, a mediana para o tempo médio de permanência na obstetrícia foi de 2,5 dias, com uma variação de 1,4 dias a 3,5 dias<sup>20</sup>.

A Associação Nacional de Hospitais Privados<sup>21</sup>, para um universo de 37 hospitais notificantes, encontrou no ano de 2011, uma média de permanên-

cia de 2,8 dias para as internações. Esta assertiva também aponta que a média geral na maternidade do hospital estudado talvez possa ser melhorada.

A permanência pode ser afetada por problemas administrativos, econômicos ou até sociais. A permanência hospitalar acima do tempo necessário contribui para redução da qualidade da assistência e de atendimento ao paciente e aumento dos custos hospitalares. O paciente fica longe do convívio familiar e da comunidade, além de ser exposto a riscos evitáveis, como infecção hospitalar. O tempo de permanência elevado de paciente

também gera custo maior a instituição e não permite a rotatividade no leito<sup>22</sup>. Dito isso, os resultados da pesquisa contribuem para ações racionais de melhoria do indicador de permanência, ainda que as médias sejam próximas às recomendações por órgãos competentes.

### Conclusão

Conclui-se que a permanência identificada na maternidade é aproximada das recomendações vigentes, mas ainda é superior. Os recém-nascidos foram os que apresentaram mais frequência de maior média de permanência. Com

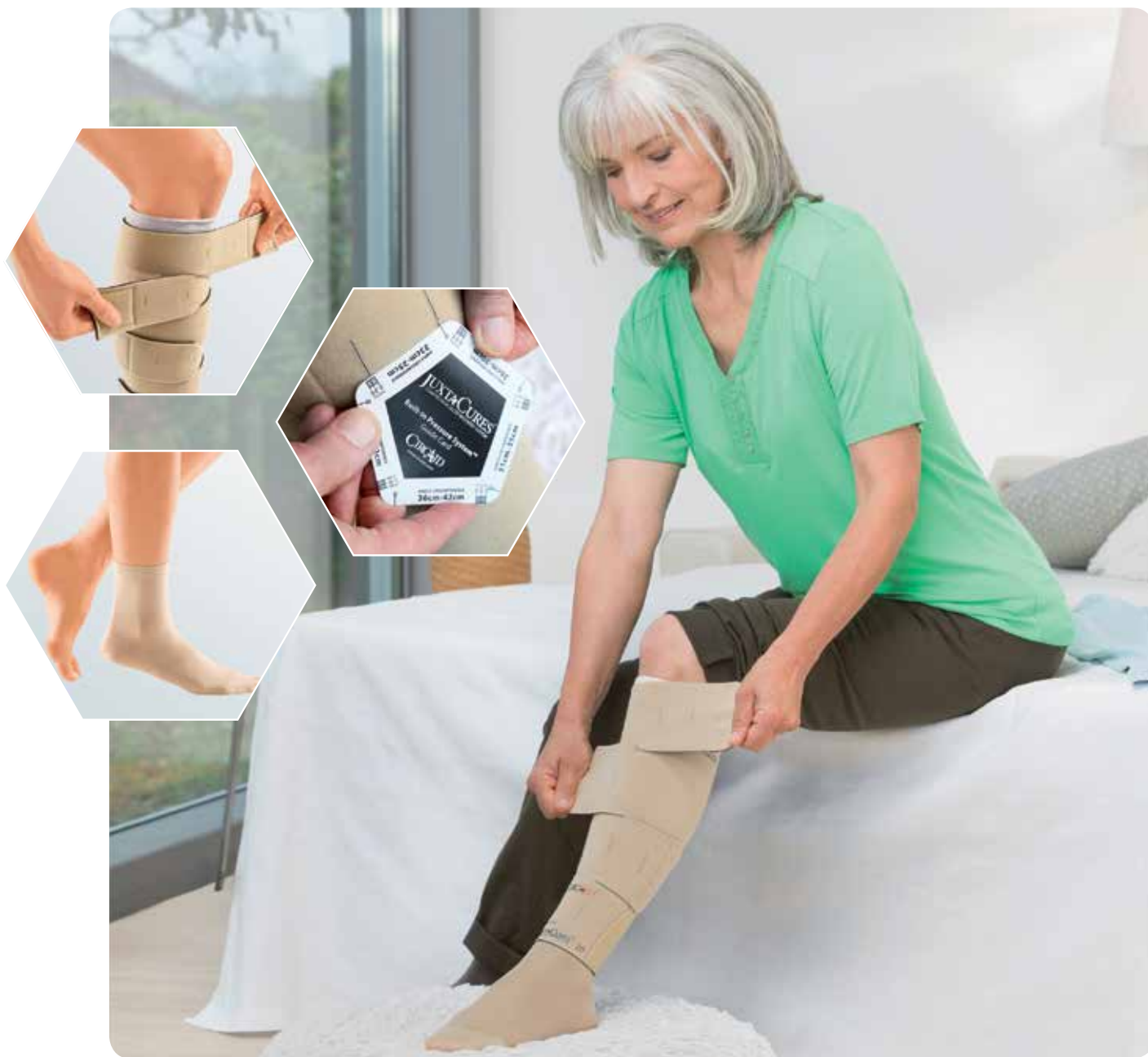
base nisso, os resultados da pesquisa revelam uma realidade bem delimitada que fortalece a tomada de decisão de gestores rumo à melhoria (redução) no indicador de permanência hospitalar.

A ausência de análise estatística inferencial e a restrição geográfica são limitações desta pesquisa. Porém, acredita-se que há contribuição do estudo pela possibilidade de utilização dos resultados como benchmarking (comparação) do indicador de permanência interna e externamente à realidade investigada, o que incita que ações de melhoria sejam fomentadas. 🐦

## Referências

1. Tronchin DMR, Melleiro MM, Kurcgart P, Garcia NA, Garzin ACA. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(1): 542-546.
2. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*. 2011; 35(5): 319-33.
3. Paladini EP. *Gestão da Qualidade: teoria e prática*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
4. Simões E Silva C, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(2): 263-271.
5. Moura GMSS, Juchem BC, Falk MLR, Magalhaes AMM, Suzuki LM. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30(1): 136-140.
6. Silva CPR, Nora AM. Indicadores de qualidade. In: Leão ER. et al (org). *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. Yendis Editora, 2008. p.1-13.
7. Lima KWS, Antunes JLF, Silva ZP. Percepção dos gestores sobre o uso dos indicadores nos serviços de saúde. *Saúde Soc*. 2015; 21(1): 61-71.
8. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). *Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública*. Brasília (DF): Ministério do Planejamento; 2012. [Internet]. [acesso 2016 out 22]. Disponível em: [http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/indicadores\\_orientacoes\\_basicas\\_aplicadas\\_a\\_gestao\\_publica.pdf](http://www.gespublica.gov.br/sites/default/files/documentos/indicadores_orientacoes_basicas_aplicadas_a_gestao_publica.pdf)
9. Bittar OJNV. Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde. *Rev adm saúde*. 2001; 3(12): 21-8.
10. Gil CRR, Cordoní Jr L, Radigonda B, Carvalho BG, Sakai MH, Petris AJ. A Avaliação das práticas em saúde. In: Andrade SM, Cordoní Jr L, González AD, Silva AMR. *Bases da Saúde Coletiva*. 2ed. EDUEL; 2017. p. 261-75.
11. Furtado JP. Avaliação de Programas e Serviços. In: Campos GWS, Bomfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, Organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 715-37.
12. Kurcgart P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(1): 88-91.
13. Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(43): 1-9.
14. Alves DFS, Guirardello EB. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(2): 1-7.
15. Oliveira CAS, Pinto FCC, Vasconcelos FB, Bastos VPD. Análise de indicadores assistenciais em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica na cidade de Fortaleza/CE. *Cad Saúde Colet*. 2017; 25(1): 99-105.
16. Costa HPF. Tempo de permanência hospitalar do recém-nascido a termo saudável. Departamento de neonatologia – Sociedade Brasileira de Pediatria. 2012.
17. Santana APN, Santana CEN, Tavares MJ. Estudo da prevalência da infecção puerperal no hospital maternidade de referência do município de Juazeiro do Norte - CE. *Principia*. 2013; 23(1): 11-18.
18. Machado-Alba JE, Morales-Plaza CD, Ossa-Aguirre DF. Adherencia a la antibioterapia prequirúrgica en intervenciones ginecoobstétricas en el Hospital Universitario San Jorge, Pereira, Colombia, 2010. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013; 64(1): 38-45.
19. Brasil. *TabNet Win 32 3.0: Internações hospitalares do SUS- por local de internação-Brasil*. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. 2012.
20. CQH- Compromisso com a Qualidade Hospitalar. *Indicadores 2011- Segundo Trimestre- Hospitais Gerais*. São Paulo: Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar. 2011.
21. ANAHP- Associação Nacional de Hospitais Privados. *Observatório ANAHP*. 4ª ed. São Paulo: ANAHP. 2012; 148p.
22. Silva AS, Valácio AR, Botelho CF, Amaral SFC. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48 (2): 314-321.





## 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.



/medioficial



medibrasil

www.medibrasil.com

SAP 0800 777 1155

sap@medibrasil.com

Feridas Crônicas e Lesões por Pressão necessitam de uma nutrição especializada<sup>1-3</sup> e **INOVADÓRA.**

CHEGOU  
**NOVASOURCE<sup>®</sup>**  
proline

A CICATRIZAÇÃO SE CONSTRÓI  
COM INOVAÇÃO.



NÃO CONTÉM GLÚTEN

- Com prolina e arginina
- Alto teor de zinco, selênio, vitaminas A, C e E
- Com amido de tapioca
- Sem adição de sacarose
- Fórmula hiperproteica: 20g/200mL

**Referência:** 1. Soriano JV, Perez EP. Nutrição e feridas crônicas. Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas. Documento Técnico GNEAUPP nºXII 2011. 2. Correia MITD, Rencio J, Serpa L, et al. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional para Portadores de Úlceras por Pressão. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina - Projeto Diretrizes (DITEN), 2011. 3. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan-Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media, Osborne Park, Western Australia; 2014.

 **NUTRIÇÃO**  
até **VOCE**

Onde comprar:  
[www.nutricaoatevoce.com.br](http://www.nutricaoatevoce.com.br)

Para mais informações, acesse: [www.nestlehealthscience.com.br](http://www.nestlehealthscience.com.br)  
Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-7702461 - SMS 25770  
Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.

 **Nestlé**  
HealthScience