

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 8

Número 1

Agosto 2019

ISSN: 2358-8691

ESPAÇO TEMÁTICO

PERFIL NUTRICIONAL E METABOLICO DE MULHERES COM OBESIDADE CENTRAL

Izabela Aparecida Rodrigues Ferraz, Izabela Gelisk Pereira, Manuela Lima Monteiro, Maria de Lourdes Silva, Ana Marice Ladeia, Armênio Guimaraes

ARTIGOS ORIGINAIS

HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

Débora Santa Mônica Santos, Lisane da Silva Oliveira e Camila Graziela Oliveira da Paixão

BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DE COMIDA DE RUA: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO COM MANIPULADORES DE UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO

Leila Magda Rodrigues Almeida, Paula Silva Santos, Cinthia Soares Lisboa e Sarah dos Santos Conceição

O CUIDADO INTEGRADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL: UMA DISCUSSÃO ATRAVÉS DA METODOLOGIA DELPHI

Anelise Fonseca e Walter Mendes

PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

Renata Marques Reis Silva, Lorena de Santana Ribeiro, Maurício dos Santos Barbosa, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Márcia Maria Carneiro Oliveira e Josely Bruce dos Santos

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS COM SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Luna Vitória Cajé Moura, Rhalliete Souza Cruz, Laryssa Ramos De Santana Fraga Pedreira e Aline Henri Motta Coifman

FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SULFATO FERROSO POR GESTANTES: COORTE NISAMI

Adailton Alves da Costa Filho, Cinthia Soares Lisboa, Andressa Santos Viana, Michele de Jesus Cavalcante e Djanilson Barbosa dos Santos

TEMPO DE TELA E FREQUÊNCIA DE SENTIMENTOS NEGATIVOS EM SERVIDORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR NO INTERIOR DE SÃO PAULO

Matheus Martins de Andrade, Claudia Aparecida Stefane e Tatiana de Oliveira Sato

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL E O CONHECIMENTO DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Suiane Costa Ferreira e Michele dos Santos Ferreira

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO ENSINO DE SAÚDE NO BRASIL

Maria Fernanda Neves Silveira de Souza, Samuel de Paiva Oliveira, Daniel Antunes Freitas, Divanise Suruagy Correia e Maria das Graças Monte Mello Taveira

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE SAÚDE E RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Kellen Bruna de Sousa Leite, Isadora Martins Naves Alves, Divanise Suruagy Correia, Maria das Graças Monte Mello Taveira e Daniel Antunes Freitas

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SEPSE, TERAPIA INTENSIVA E ENFERMAGEM: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PERÍODO DE 2003-2018

Luna Vitória Cajé Moura, Laryssa Ramos de Santana Fraga Pedreira, Rhalliete Souza Cruz e Aniele Carqueija Moraes

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Ohana Cunha do Nascimento, Brendo Vitor Nogueira Sousa, Brenda do Socorro Gomes da Cunha e Morgana Santana Mascarenhas

MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS E COMPORTAMENTAIS APRESENTADAS POR ENFERMEIROS COM SÍNDROME DE BURNOUT

Clivesson Rodrigues do Rosário, Tatiane Melo Soares, Josineide Figueiredo Lobo Dias, Cristina Andrade Lima e Helen do Espírito Santo de Brito

FACULDADE ADVENTISTA DA BAHIA

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 8

Número 1

Agosto 2019

EQUIPE EDITORIAL

EDITORA-CHEFE

Dra. Elenilda Farias de Oliveira

Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Fabiano Leichsenring Silva - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Wilma Raquel Barbosa Ribeiro - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Dr^a. Djeyne Silveira Wagemacker - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Me. Luna Vitória Cajé Moura - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Editor administrativo Esp. - Emerson Kiekow de Britto Rodrigues Alves - Núcleo de Tecnologias Educacionais - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

Bibliotecário - Uariton Boaventura - Faculdade Adventista da Bahia- FADBA, Brasil

CORPO EDITORIAL

Dr. Daniel Antunes Freitas

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Minas Gerais, Brasil

Me. Dayse Mota Rosa Pinto

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Me. Izabela Ferraz

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP, Brasil

Dr^a Karla Ferraz dos Anjos

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Ohana Cunha Nascimento

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Brasil

Dr^a. Quessia Paz Rodrigues

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Samylla Maira Costa Siqueira

Escola de Enfermagem / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Vanessa Cruz Santos

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

Me. Viviane Silva de Jesus

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil

REVISORES DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Me. Luciana H. C. Mazzutti, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Me. Samylla Maira Costa Siqueira, EEUFBA, Brasil

Carolina Larrosa Almeida, Faculdade Adventista da Bahia

DIAGRAMAÇÃO

Naassom Azevedo - Equipe de Comunicação da Faculdade Adventista da Bahia

Website

www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 8

Número 1

Agosto 2019

SUMÁRIO

ESPAÇO TEMÁTICO PERFIL NUTRICIONAL E METABOLICO DE MULHERES COM OBESIDADE CENTRAL	5
ARTIGOS ORIGINAIS HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA	9
BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DE COMIDA DE RUA: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO COM MANIPULADORES DE UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO	17
O CUIDADO INTEGRADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL: UMA DISCUSSÃO ATRAVÉS DA METODOLOGIA DELPHI	27
PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES PEDIÁTRICAS	37
PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS COM SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	46
FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SULFATO FERROSO POR GESTANTES: COORTE NISAMI	63
TEMPO DE TELA E FREQUÊNCIA DE SENTIMENTOS NEGATIVOS EM SERVIDORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR NO INTERIOR DE SÃO PAULO	77
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL E O CONHECIMENTO DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM	87
ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO ENSINO DE SAÚDE NO BRASIL	99

Revista Brasileira de Saúde Funcional

Volume 8

Número 1

Agosto 2019

SUMÁRIO

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE SAÚDE E RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

109

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SÉPSE, TERAPIA INTENSIVA E ENFERMAGEM:
ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PERÍODO DE 2003-2018**

119

**APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NOS SERVIÇOS
DA ATENÇÃO BÁSICA**

131

**MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS E COMPORTAMENTAIS APRESENTADAS POR
ENFERMEIROS COM SÍNDROME DE BURNOUT**

145

DIRETRIZES PARA AUTORES

155

Izabela Aparecida Rodrigues Ferraz

Nutricionista do Ambulatório Multidisciplinar de Pacientes com Excesso de Peso/Obesos da EBMSF, Mestre e Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSF

Izabela Gelisk Pereira

Nutricionista. Aluna especial do Mestrado da Universidade Federal da Bahia – UFBA

Manuela Lima Monteiro

Nutricionista e Mestre em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSF

Maria de Lourdes Silva

Médica Endocrinologista Coordenadora do Ambulatório Multidisciplinar de Pacientes com Excesso de Peso/Obesos da EBMSF

Ana Marice Ladeia

Médica Cardiologista do Ambulatório Multidisciplinar de Pacientes com Excesso de Peso/Obesos da EBMSF. Coordenadora do Curso de Pós Graduação (Mestrado e Doutorado) da EBMSF

Armênio Guimarães

Médico Cardiologista. Professor Titular do Curso de Pós Graduação (Mestrado e Doutorado) da EBMSF

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PERFIL NUTRICIONAL E METABOLICO DE MULHERES COM OBESIDADE CENTRAL

*NUTRITIONAL AND METABOLIC PROFILE OF WOMEN
WITH CENTRAL OBESITY*

INTRODUÇÃO

A elevada prevalência global de Obesidade Central (OC) tem características epidêmicas mesmo em países com graus diversos de desenvolvimento sócio econômico. Analisando a história da humanidade no último século, é possível constatar que o desnutrido do passado, de baixo peso associado à atrofia do tecido adiposo e muscular foi substituído pelo indivíduo com excesso de tecido adiposo com localização preferencial no abdômen.[1,2]

Evidências na literatura indicam associação causal desse excesso de tecido adiposo, especialmente na região abdominal com o elevado consumo de gordura animal saturada e carboidratos simples, associado a baixo consumo de fibras, aliados a fatores genéticos e comportamentais, a exemplo do sedentarismo, o que representa risco para o desenvolvimento de patologias como a diabetes tipo II, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensão, condições responsáveis pelo aumento da prevalência e da incidência de doenças crônicas.[3]

Alguns aspectos desses problemas nutricionais foram estudados numa população de mulheres de baixa renda acompanhadas no Ambulatório de Obesidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como parte do Projeto de Estudo da Obesidade[3]. O conhecimento adquirido levou à ampliação da pesquisa visando comparar as características metabólicas e clínicas do mesmo tipo de obesidade em mulheres das classes socioeconômicas A/B, com vista a uma melhor compreensão desse aparente paradoxo da coexistência de obesidade central também

associada a dietas hipocalóricas, visando também a sua mais adequada prevenção e tratamento. [1]

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi descrever as características do consumo alimentar e ingestão energética de mulheres com obesidade central de classe socioeconômica A/B x C/D/E.

METODOLOGIA

Participaram do estudo mulheres obesas centrais atendidas no Projeto de Pesquisa com Pessoas em Excesso de Peso (PEPE), no Ambulatório Docente Assistencial da Escola Bahiana de Medicina (EBMSP), e em uma clínica Particular de Salvador, BA.

Como critério de inclusão consideramos as mulheres com circunferência da cintura (CC), superior a 84cm[4], com idade superior a 18 anos. Como critério de divisão dos grupos utilizamos a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).[5] Foram excluídas mulheres com dificuldade de expressão, grávidas ou lactentes, em regime de hemodiálise, uso de quimioterápicos, anorexígenos/ modeladores de apetite e com distúrbios psiquiátricos.

Avaliou-se a ingestão alimentar através de Recordatórios 24 horas (R24h), além de exames bioquímicos e atividade física com questionário aplicado por profissionais habilitados e previamente treinados. As participantes foram divididas em dois grupos de acordo com a classificação socioeconômica. As medidas qualitativas da amostra foram descritas em frequência absoluta e porcentagem, os resultados foram expressos em média±DP ou mediana com intervalo interquartil.

RESULTADOS

S.Foram avaliadas 178 mulheres (89 de classe C/D/E e 89 de classe A/B) atendidas em clínica particular em Salvador -BA. Não foi observada diferença significativa para a idade e o sedentarismo²⁰, foi predominante na classe C/D/E. A obesidade central, utilizada como critério de inclusão, esteve presente em 100,0% da amostra, com mediana de 100,26 cm (IIQ: 100-110,75), no grupo C/D/E vs 98,2 (IIQ: 98-103) cm, no grupo A/B, (p=0,33). Em relação às variáveis metabólicas, observamos para o colesterol total no grupo de classe socioeconômica C/D/E, mediana de 207,8 mg/dL (IIQ: 171-231,75). Com hipercolesterolemia (colesterol total > 200mg/dl), 28 (31,46%), hipertrigliceridemia (Tg > 150 mg/dl), 21 (23,59%) e HDL-c (> 60 mg/dl) em 39 (43,22%). Por sua vez, na classe socioeconômica A/B, observamos colesterol total com mediana de 176 mg/dl (IIQ: 115-210), apresentaram hipercolesterolemia (colesterol total > 200mg/dl), 28 (31,46%), hipertrigliceridemia (Tg > 150 mg/dl), 7 (8,3%) e HDL-c (> 60mg/dl) em 63 (73,3%). Foram observadas diferenças significativas entre os grupos para as variáveis de hipertrigliceridemia (p<0,001), predominantes no grupo de classe socioeconômica C/D/E e HDL-C (p<0,001), predominante no grupo de classe socioeconômica A/B. Em relação aos macronutrientes houve diferença significativa no consumo dos macronutrientes carboidratos e lipídios e fibras entre os grupos.

No que se refere à renda e escolaridade, observamos a heterogeneidades dos resultados

e destacamos o marcante contraste entre a baixa e elevada renda o que poderia influenciar a escolha dos alimentos, contribuindo na menor renda para a monotonia alimentar, menor consumo energético e, além disso, baixa qualidade dos alimentos ingeridos.[6]

DISCUSSÃO

Este estudo é pioneiro na investigação e comparação do perfil clínico, metabólico e alimentar de mulheres com OC que apresentam como fator de distinção principal os aspectos socioeconômicos, o que contribui para elucidar o aparente paradoxo da OC coexistir em faixas sociais antagônicas no que se refere ao nível socioeconômica e educacional.

A atividade física regular foi característica do grupo com elevada renda. Contudo, devemos considerar que, no grupo de baixa renda esse tipo de atividade física ainda não está inserido nesse nível cultural, além disto, a prática pode ser dificultada pelas condições topográficas e, outros fatores limitantes que justificariam menor adesão às práticas de atividade física voltadas para a manutenção da saúde.[7]

A CC é atualmente considerada a medida mais específica e sensível, no que se refere ao depósito de gordura na região abdominal (gordura visceral), utilizada para o diagnóstico de OC.[4] Em relação às variáveis metabólicas, como hiperglicemia e hipertrigliceridemia observamos que são cerca de três a quatro vezes maiores no grupo de baixa renda, sugerindo que um ou mais fatores de risco característicos do grupo de baixa renda sejam responsáveis.

Referente ao consumo energético diário, o VET do grupo de baixa renda é inferior ao grupo de alta renda, o que caracteriza uma ingestão hipocalórica considerada inferior ao recomendado diário e, portanto, somente a ingestão energética não deve ser considerada de maneira isolada como a causa direta e exclusiva de obesidade, devido a complexidade dos mecanismos envolvidos.

Analisando a comparação do consumo dos macronutrientes houve similaridades entre os grupos para o consumo de proteínas (18% vs 15,7%), por outro lado, diferenças significativas de carboidratos (60,2% vs 55%) e lipídios (21,2% vs 27,8%). As mulheres da classe C/D/E, por exemplo, em sua maioria referiram consumo de carboidrato acima do recomendado e constatamos consumo distinto de lipídios entre em grupos, sendo que o consumo mais elevado foi observado na classe socioeconômica A/B. Além disso, no grupo de baixa renda, o consumo de ácido graxo poliinsaturado foi significativamente inferior e o de ácido graxo monoinsaturado inexistente, contrastando com a classe socioeconômica A/B sendo este ponto um poder aterogênico menor da alimentação dessa classe de obesos.

Com relação às fibras, os grupos se comportaram de maneira distintas ($p < 0,001$), sendo que na classe socioeconômica C/D/E o consumo em sua totalidade foi insuficiente, contrapondo a classe socioeconômica A/B. No Brasil, o número de pesquisas relacionadas ao consumo de fibras tem crescido, dada a importância da sua ingestão adequada de fibras como papel preventivo em relação a redução do colesterol plasmático e no controle do sobrepeso e obesidade, devido à sensação de saciedade na qual promovem.[8]

Faz-se necessário reforçar que, neste estudo, todas apresentaram perfis metabólicos de maneiras distintas entre os grupos e ainda, as mulheres da classe C/D/E, que apresentaram consumo insuficiente de fibras, o que certamente contribuiu para o quadro de obesidade

encontrado, paralelamente apresentam pior perfil lipídico (colesterol total e triglicerídeos) e glicêmico. Neste estudo, a comparação das características alimentares entre os grupos que apresentam como distinção a renda, torna os achados singulares e relevantes para elucidar a complexidade do problema e permear futuras investigações.

REFERÊNCIAS

1. Almeida ATCD, Netto Júnior JLDS. Measures of intergenerational transmission of obesity in Brazil. *C & S coletiva*, 2015; 20(5): 1401-13.
2. Pei L, Cheng Y, Kang Y, Yuan S, Yan H. Association of obesity with socioeconomic status among adults of ages 18 to 80 years in rural Northwest China. *BMC public health*, 2015; 15(1): 160.
3. Ferraz IAR, Lima ML, Ladeia AM, Guimarães AC. et al. Perfil alimentar de mulheres de baixa renda com excesso de peso/obesidade. Dissertação de mestrado. Programa de Pós Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana. 2013.
4. Barbosa PJ, Lessa I, de Almeida Filho N, Magalhães LB, Araújo J. Critério de obesidade central em população brasileira: impacto sobre síndrome metabólica. *Arquivo Brasileiro Cardiologia* 2006; 87(4): 407-14.
5. ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016.
6. De Irala-Esteves J, Groth M, Johansson L, Oltersdorf V, Prattala R, Martinez-Gonzalez MA. A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal Clinical Nutrition* 2000; 54:706-714.
7. Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *C & S Coletiva*, 2011; 16(4): 2279-228.
8. Rique ABR, Soares EDA, Meirelles CDM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte*, 2002; 8(6): 244-54.

Débora Santa Mônica Santos

debi_nut@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva (UEFS).

Lisane da Silva Oliveira

lisane.oliver@gmail.com

Bacharel em Nutrição (UNIFACS).

Camila Graziela Oliveira da Paixão

camilaoliveirapaixão@gmail.com

Bacharel em Nutrição (UNIFACS).

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

HÁBITOS ALIMENTARES DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS COM ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

*EATING HABITS OF CHILDREN UNDER TWO YEARS OF
AGE WITH ALLERGY TO COW'S MILK PROTEIN*

RESUMO

Introdução: A Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV) é um problema de saúde pública. A principal estratégia para sua prevenção consiste na manutenção de aleitamento materno exclusivo (AME), sendo continuado até dois anos ou mais. Objetivo: Descrever os hábitos alimentares de crianças menores de dois anos com APLV em um Ambulatório Infantil de Alergia Alimentar, situado no município de Salvador-BA. Métodos: Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de corte transversal. Foi aplicado um formulário aos responsáveis das crianças e investigadas variáveis maternas e infantis. Resultados: 22,5% das crianças estavam em aleitamento materno e 7,5% estiveram em AME até os seis meses. A introdução da alimentação complementar de forma precoce ocorreu com o chá, suco e o mingau. Nota-se que 52,5% dos recém-nascidos receberam fórmula infantil antes dos 30 dias, sendo que 42,5% ainda na maternidade. Quanto ao leite de vaca integral, a exposição se deu antes de um ano de idade em 10% da amostra avaliada. Discussão: Estudos mostram que a exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida através de fórmulas de partida e/ou seguimento podem sensibilizar o aparecimento da APLV. Conclusão: É preciso fortalecer as políticas públicas cujas estratégias estimulam e apoiam o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar de forma adequada, principalmente em crianças com alto risco de alergia alimentar.

PALAVRAS-CHAVE:

Hipersensibilidade alimentar, proteínas do leite, aleitamento materno.

ABSTRACT

Intoduction: The allergy to cow's milk proteins (ACMP) is a public health problem. The main strategy to prevent this problem is the maintenance of exclusive breastfeeding, being continued for two years or more. **Objective:** To describe the eating habits of children under two years of age with ACMP in a Food Allergy of Childlike Ambulatory from Salvador, Bahia, Brazil. **Methods:** Descriptive and quantitative research cross-sectional. Was used a form to responsible for children and investigate the maternal and children variables. **Results:** 22,5% of children were in breastfeeding and 7,5% of them were in exclusive breastfeeding until the sixth month of age. The introduction of complementary feeding in an early form happened with the use of tea, juice and porridge. 52,5% of newborns received infant formula before thirty days, being that 42,5% still in the maternity. About the cow's milk, the intake occurred before one year old in 10% of the evaluated sample. **Discussion:** Studies show that the exhibition to small doses of cow's milk in the very first days of life through starting formulas and/or follow-up formulas can sensitize the appearance of the ACMP. **Conclusion:** It is necessary to strengthen the public policies that stimulate and protect the breastfeeding and the introduction of complementary feeding properly, mainly in children with high aliment allergy risk

Keywords: Food Hypersensitivity, milk proteins, breastfeeding.

INTRODUÇÃO

A alergia alimentar (AA) é um importante problema de saúde pública⁽¹⁾. A sua prevalência tem aumentado no mundo todo, especialmente em crianças (0 a 10 anos), variando de 6 a 10% neste ciclo de vida^(2,3). A AA pode ser definida como uma patologia consequente a uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a ingestão e/ou contato com determinado(s) alimento(s). De acordo com os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, podem ser classificadas em imunológicas ou não imunológicas⁽³⁾.

Dentre as hipersensibilidades alimentares, a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é mais frequente em crianças, com prevalência de 1,8% a 7,5%⁽⁴⁾. No Brasil, um estudo realizado por gastroenterologistas pediátricos, mostrou uma incidência de 2,2% e uma prevalência de 5,4% de APLV em crianças entre os serviços avaliados⁽³⁾. Uma vez que há tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca, torna-se raro o seu diagnóstico em crianças maiores que dois anos⁽⁵⁾.

A APLV consiste em uma reação do sistema imunológico às proteínas do leite de vaca, principalmente à caseína e às proteínas do soro (alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina), podendo ser classificada em três categorias: mediadas por imunoglobulina E, não mediadas e mistas⁽⁴⁾.

Constituem os principais fatores de risco para o desenvolvimento da alergia alimentar: o gênero (lactentes do sexo masculino), a etnia asiática e africana, presença de comorbidades alérgicas (dermatite atópica), a história familiar com presença de atopia (condição de predisposição genética para produção excessiva de IgE), desmame precoce, disbiose intestinal induzida pelo uso de fórmula láctea, introdução precoce (antes do quarto mês) ou tardia (após o sétimo mês) da alimentação complementar, tabagismo e etilismo durante a gestação e o parto

cesáreo^(3,6).

A principal estratégia para a prevenção da APLV segue a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que consiste na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e continuado até os dois anos ou mais. A introdução da alimentação complementar deve ocorrer a partir do sexto mês, pois há falta de evidências de benefícios para introduzir precocemente⁽³⁾.

Portanto, os hábitos alimentares podem estar interligados com o desenvolvimento da APLV, sendo a sua avaliação de suma importância. O objetivo da pesquisa é descrever os hábitos alimentares de crianças menores de dois anos com o diagnóstico de APLV.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de corte transversal. A população do estudo foi constituída por 40 responsáveis de crianças menores de dois anos de idade com APLV atendidas em um ambulatório infantil. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2017, após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa UNIFACS – Universidade Salvador (Número do parecer: 2.280.658, CAAE: 75391417.0.0000.5033).

Foram incluídos os responsáveis de crianças com idade inferior a dois anos com o diagnóstico de APLV cadastradas no ambulatório, que voluntariamente aceitaram participar da pesquisa mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e que realizassem acompanhamento nutricional. Foram excluídos os pais ou responsáveis de crianças adotivas e crianças com idade superior a dois anos, que não possuíssem o diagnóstico de APLV, não realizassem o acompanhamento nutricional e que não aceitassem participar da pesquisa. O Termo de Assentimento Livre Esclarecido não foi utilizado na pesquisa devido ao estágio de desenvolvimento físico, social e cognitivo das crianças do estudo. Não houve recusa das participantes, no entanto, uma criança não pôde participar por não atender aos critérios de inclusão.

O formulário para coleta de dados foi composto por 26 questões de respostas objetivas, mutuamente excludentes e, na grande maioria, com seis alternativas. As variáveis maternas foram: escolaridade, tipo de parto, renda familiar e da criança: idade gestacional ao nascimento, histórico de alergia alimentar, uso de chupeta e/ou mamadeira, história de aleitamento materno (exclusivo, complementado, misto e parcial), história da introdução da alimentação complementar (chá, suco, mingau, papa de frutas, papa de legumes, leite de vaca integral) e uso de fórmula infantil. Para análise descritiva dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS (*Statisic Package for Social Science*) versão 20.0.

RESULTADOS

Todos as responsáveis que participaram do estudo eram genitoras das crianças. Quanto às características maternas avaliadas, 35% informaram possuir renda familiar superior a quatro salários mínimos. No que diz respeito à escolaridade, 45% das genitoras possuíam o nível

superior completo e 35% o ensino médio completo. Quanto ao tipo de parto, 30% tiveram o filho por parto normal e 70% de parto cirúrgico.

Dentre as crianças analisadas, 42,5% eram menores de 6 (seis) meses, 25% tinham de 6 (seis) a 12 (doze) meses e 32,5% possuíam de 12 (doze) a 24 meses de idade. Com relação ao nascimento, 52,5% nasceram a termo, 45% pré-termo e 2,5% pós-termo, assim percebe-se um grande índice de crianças nascidas de forma prematura. A prevalência de atopia familiar foi de 32%, sendo que destas, 84,6% estavam presentes entre os parentes de 1ª grau das crianças. Quanto ao uso de produtos que interferem na prática do aleitamento, 65% faziam uso de chupeta e 95% uso de mamadeira.

Considerando os hábitos alimentares das crianças, 22,5% (n=9) estavam em aleitamento materno, 47,5% (n=19) sem aleitamento e 30% (n=12) nunca esteve em aleitamento. Somente 7,5% (n=3) das crianças estiveram em aleitamento materno exclusivo até os 6 (seis) meses, sendo que 42,5% (n=17) nunca estiveram em AME e 50% (n=20) estiveram em AME por períodos variáveis.

Quanto à avaliação da influência da escolaridade materna na duração do AME, observou-se que dentre as genitoras que nunca amamentaram, 65% possuíam nível superior e 35% nível médio. Já entre as que amamentaram de 4 (quatro) a 6 (seis) meses, 43% possuíam nível superior, 43% possuíam nível médio e 14% possuíam nível fundamental.

Analisou-se também quando ocorreu a introdução da alimentação complementar nestas crianças. Quando questionadas sobre o período em que foi realizada a introdução de chá, suco, mingau, papa de frutas e legumes, a maioria das genitoras responderam que nunca haviam oferecido à criança. Entretanto, esta resposta ocorreu com maior frequência em relação ao mingau, com 72,5% (n=29). Até o primeiro mês de vida da criança, nenhum destes alimentos foram introduzidos. A introdução da alimentação complementar de forma precoce ocorreu com chá, suco e mingau. Já as papas de frutas e a principal foram inseridas a partir do 4ª mês entre as crianças avaliadas.

Assim como analisar a maneira que ocorreu a introdução da alimentação complementar, a idade em que a criança teve o primeiro contato com o leite de vaca integral e fórmulas infantis também é de grande relevância. Pode-se notar que 52,5% (n=21) dos recém-nascidos receberam fórmula infantil antes dos 30 dias, sendo que 42,5% (n=17) ainda na maternidade. Quanto ao leite de vaca integral, a exposição se deu antes dos 6 (seis) meses de idade em 7,5% (n=3) da amostra avaliada, 2,5% (n=1) após os 6 (seis) meses e 90% (n=36) das genitoras responderam que nunca ofereceram este tipo de alimento à criança.

DISCUSSÃO

São vários os fatores de risco que influenciam no desenvolvimento da APLV. Além dos fatores genéticos, existem os fatores ambientais, como o tipo de parto, prematuridade, desmame precoce, idade da introdução da alimentação complementar, dentre outros^(3,6).

No que diz respeito ao tipo de parto, foi encontrada uma maior prevalência do parto cesáreo, que por sua vez é um dos indicadores que impacta negativamente na microbiota intestinal, aumentando o risco de APLV em lactentes⁽⁷⁾. Além disso, uma grande parte do

estudo foi realizado com crianças prematuras, que possuem o trato gastrintestinal imaturo, com redução da capacidade digestiva, absorptiva e maior permeabilidade para macromoléculas. Contudo, um estudo de coorte (n = 13.000) não encontrou associação entre prematuridade e elevação no risco de alergia alimentar na infância⁽⁸⁾.

A permeabilidade da barreira intestinal a antígenos, devido a uma imaturidade do aparelho digestivo e do sistema imune, inerentes nos dois primeiros anos de vida, também são fatores que estão relacionados ao aparecimento da APLV. A introdução precoce de alimentos, sobretudo de fórmulas infantis, pode levar a uma sensibilização no primeiro contato⁽³⁾, desta forma os hábitos alimentares podem influenciar na função imunológica, independentemente do caráter genético⁽⁹⁾.

Desta forma, o Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e continuado até os dois anos ou mais, sendo considerado o padrão ouro na prevenção primária da APLV^(10,11). Uma vez que já foram comprovados seus inúmeros benefícios e estudos mostram que a amamentação exclusiva diminui o risco de APLV⁽¹¹⁾.

Os benefícios do leite materno na prevenção da APLV advêm principalmente da sua composição, sendo composto por imunoglobulinas, oligossacarídeos, nucleotídeos, leucócitos e ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, que podem modular processos imunológicos da mucosa intestinal e auxiliam na maturação do sistema gastrintestinal⁽⁸⁾. Todavia, é também responsável pela instalação de maior quantidade de bifidobactérias no cólon, contribuindo assim na prevenção da alergia alimentar⁽⁶⁾.

Na amostra avaliada, foi identificado um baixo índice de criança em aleitamento materno (22,5%). Este dado contraria as recomendações atuais, sobretudo quando são praticados atos que não estimulam o aleitamento materno, como a oferta de fórmulas infantis nas primeiras horas do nascimento e na forma de abordagem deste tema pelos profissionais de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, no município de Salvador 36,5% das crianças menores de seis meses estavam AME. Já em relação ao recebimento do leite materno em crianças de entre 9-12 meses, a taxa foi de 59,10%. Os resultados da pesquisa demonstram um índice inferior ao encontrado no tocante a nível municipal⁽¹²⁾.

Diversos estudos têm demonstrado que a exposição a pequenas doses de leite de vaca nos primeiros dias de vida, através de fórmulas de partida para lactentes, parece estimular o aparecimento da APLV. Portanto, é importante evitar a utilização desnecessária de fórmulas infantis nas maternidades⁽¹¹⁾. Uma vez que a APLV é a alergia alimentar mais frequente nos dois primeiros anos de idade em crianças que recebem fórmula infantil ou leite de vaca integral. O primeiro sinal é geralmente observado após a introdução de fórmulas infantis à base de leite de vaca, por ser normalmente o primeiro alimento introduzido na dieta de um lactente^(10,15).

Na amostra avaliada, 90% das crianças não tiveram contato com o leite de vaca integral, conclui-se que a exposição ao antígeno ocorreu através das fórmulas infantis de partida ou de seguimento. De acordo com uma revisão sistemática da Cochrane, crianças expostas ao leite de vaca antes dos seis meses de idade, apresentam maior risco de desenvolverem alergia ou intolerância a alimentos⁽¹⁾. No estudo, apenas 7,5% das crianças receberam o leite de vaca neste período. É consenso que o leite de vaca integral só deve ser ofertado à criança partir de um ano de idade⁽¹¹⁾.

Na amostra avaliada, foi possível identificar a prevalência considerável de desmame

precoce. São vários os fatores que podem influenciá-lo, como: o uso de mamadeira, chupetas, escolaridade materna, paridade, a introdução de água e/ou chá, frutas e fórmula infantil⁽¹³⁾.

Neste contexto, nota-se no presente estudo o índice significativo de crianças em uso de mamadeiras (95%) e chupetas (65%), práticas que estão constantemente associados ao desmame precoce e/ou diminuição no tempo de aleitamento materno, de forma que a nona sugestão dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno é a não oferta de chupetas às crianças amamentadas⁽¹⁴⁾. Em um estudo realizado por Salustiano, encontrou-se uma forte correlação entre o uso chupetas e a interrupção do AME⁽¹³⁾.

Com relação à influência da escolaridade materna na amamentação, observou-se que a maioria das mães apresentava nível médio e/ou superior completo. Essa tendência, provavelmente, é devida à maior valorização dos benefícios da prática do aleitamento materno nas classes mais favorecidas economicamente⁽¹¹⁾. No entanto, na presente pesquisa, uma maior escolaridade materna não influenciou no tempo prolongado do aleitamento materno, pelo contrário. No estudo realizado por Salustiano, a variável escolaridade materna não se mostrou associada à interrupção precoce do aleitamento materno⁽¹³⁾.

Quanto à introdução da alimentação complementar, há poucos estudos na literatura avaliando a relação entre a introdução da alimentação complementar e doenças alérgicas. A introdução da alimentação complementar não é recomendada antes dos seis meses de idade pela OMS, porém, em posicionamento recente, a Academia Americana de Pediatria (AAP) e a Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica (EACCI) recomendam a introdução de alimentos sólidos entre os quatro e os seis meses de idade para prevenção de alergias, seguindo a introdução de um alimento por vez para permitir a detecção de reações a ingredientes individuais^(9, 10).

Nesse período, haveria uma janela imunológica em que o contato com o alimento promoveria imunomodulação da resposta das células T, o que induziria tolerância a este alimento. A introdução alimentar após este período poderia acarretar o risco de alergia alimentar, não sendo recomendada restrições alimentares especiais em crianças com alto risco de doença alérgica^(4,6).

É importante ressaltar que evidências científicas demonstram que a introdução de alimentos sólidos antes do quarto mês de vida pode aumentar o risco de sensibilização alérgica⁽¹⁰⁾. Denota-se no presente estudo, uma inserção de chá, suco, mingau, papa de frutas e de legumes antes do sexto mês.

Um estudo de coorte, realizado por com 3.675⁽⁸⁾ crianças adquiriu dados por meio de um questionário, sobre aleitamento materno e introdução de alimentos complementares, com a finalidade de verificar a associação entre a época e variedade de introdução de alimentos e a sensibilização alérgica em crianças aos 5 (cinco) anos de idade. Os autores verificaram que a introdução de alimentos ocorreu de maneira consecutiva e que a exposição precoce a cereais (< 5,5 meses), peixe (< 9 meses) e ovo (< 11 meses) pode ser protetora contra a sensibilização atópica. A menor diversidade de alimentos já aos três meses pode aumentar o risco de sensibilização. Entretanto, a causalidade reversa pode ter influenciado os resultados.

CONCLUSÃO

A alimentação nos dois primeiros anos de vida desempenha importante função na modulação do sistema imunológico e na prevenção de alergias alimentares. O aleitamento materno exclusivo por seis meses é o padrão ouro do tratamento da APLV. No presente estudo, pode-se concluir que a exposição à proteína do leite de vaca se deu através do uso de fórmulas infantis de partida e/ou de seguimento. Além disso, destaca-se um baixo índice de crianças em aleitamento materno exclusivo até o 6^a mês e continuado até os dois anos de idade.

Torna-se, então, necessário fortalecer as políticas públicas cuja estratégias estimulam e apoiam o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, principalmente em crianças com alto risco de alergia alimentar. No entanto, mais estudos são necessários para que se possa correlacionar os hábitos alimentares com a ocorrência da APLV, uma vez que a amostra analisada foi pequena e não foi possível fazer análises multivariadas. A limitação do estudo foi a possibilidade de ocorrência de viés de memória, na coleta das informações sobre o tipo e idade que foi introduzido em cada modalidade de aleitamento materno, alimentos complementares e fórmula infantil, por serem obtidas de maneira retrospectiva.

REFERÊNCIAS

1. Pinasco GC, Cola E, Silva VR, Manhabusque KV, Abreu LC. Alergia à proteína do leite de vaca: estado da arte. *Salus J Health Sci.*, 2015, 1(1); 37-46.
2. Ferreira S, Pinto M, Carvalho P, Gonçalves J, Lima R, Pereira F. Alergia às proteínas do leite de vaca com manifestações gastrointestinais. *Rev. Nascer e crescer*, 2014, 23(2); 72-79.
3. Solé D, et al. Consenso Brasileiro sobre alergia alimentar. 2018 - Parte 1-Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia – Arquivos de Asma Alergia e Imunologia, 2018, 2(1):7-38.
4. Luyt D et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy. *Clin Exp Allergy*, 2014, 44(5): 642-72.
5. Brasil. Caderno de referência sobre alimentação escolar para estudantes com necessidades alimentares especiais / Programa Nacional de Alimentação Escolar. – Brasília: FNDE, 2017. 65 p.
6. Pomiecinski F, et al. Estamos vivendo uma epidemia de alergia alimentar? *Rev bras. promoç. saúde*, 2010, 30(3).
7. Walker A. Intestinal colonization and programming of intestinal immune response. *J. clin. Gastroenterol.*, 2014, 48 Suppl 1:S8-S11.
8. Solé D. et al. Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina E. *Rev bras. Alerg. imunopatol*, 2012, 35(6).
9. Rafael MN, Esteves HCT, Yonamine GH. Alimentação no primeiro ano de vida e prevenção de doenças alérgicas: evidências atuais. *Brazilian Journal of Allergy and Immunology*, 2014, 2(2); 50-55.
10. Muraro A et al., EAACI Food Allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. *Allergy*, 2014, 69(5); 590-60.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
13. Salustiano LPQ, Diniz ALD; Abdallah VOS. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Uberlândia*, 2012, 34(1); 28–33.
14. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento, MDSB. Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno. *J Health & Biol.Sci.*, 2017, 5(2); 184-191.

Leila Magda Rodrigues Almeida
leilayliu@hotmail.com

Graduada em Nutrição - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Mestre em Ciência de Alimentos - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Paula Silva Santos
paulasilva.s@hotmail.com

Graduada em Nutrição- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Especialização em Nutrição Clínica Funcional- VP/UNICSUL. Especialização em Políticas Públicas- Faculdade Batista Brasileira, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

Cinthia Soares Lisboa
cinthiaslisboa@gmail.com

Graduada em Nutrição- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Mestre em Saúde Coletiva- Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Sarah dos Santos Conceição
sarahs.conceicao@gmail.com

Graduada em Odontologia- Universidade Estadual de Feira de Santana. Especialista em Saúde Coletiva- Universidade Federal da Bahia. Mestre em Saúde Coletiva- Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DE COMIDA DE RUA: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO COM MANIPULADORES DE UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO

GOOD HANDLING PRACTICES OF STREET FOOD: STRATEGIES OF INTERVENTION WITH MANIPULATORS OF A MUNICIPALITY OF RECÔNCAVO BAIANO

RESUMO

Introdução: O consumo dos alimentos vendidos nas ruas é uma prática apreciada por uma ampla parcela da população mundial, sendo necessário abordar estratégias de intervenção e educação para o segmento de comidas de rua. As estratégias devem incluir a necessidade de regulação da atividade, o estabelecimento de normas, diretrizes ou códigos sanitários para a atividade e treinamento para manipuladores e vendedores. **Objetivo:** Relatar uma experiência vivenciada durante uma intervenção educativa para vendedores ambulantes do comércio de alimentos da cidade de Santo Antônio de Jesus-BA. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, sobre o desenvolvimento de uma ação de capacitação em boas práticas de manipulação de alimentos para vendedores ambulantes do ramo de alimentação, desenvolvido por discentes e orientado por um docente do curso de nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. **Resultados:** Em relação aos cuidados com a lavagem das mãos de forma correta e segura, verificou-se que havia inadequação desse procedimento em 82% dos indivíduos estudados. O uso de Equipamento Individual de Proteção foi inadequado em 47%. Enquanto que 76% relataram trabalhar quando adoecem por gripe, infecção de garganta e diarreia e 41% afirmaram realizar exames de rotina (sangue, fezes e urina) anualmente. **Conclusão:** Tendo em vista a expansão do comércio de comida de rua,

PALAVRAS-CHAVE:

a falta de capacitação continuada e o potencial de risco sanitário inerente, a realização desta atividade mostrou-se de suma importância, sendo necessária a adoção de programas eficazes e permanentes de treinamento em segurança alimentar para os manipuladores de alimentos.

ABSTRACT

Introduction: The consumption of food sold on the streets is a practice appreciated by a large part of the world population, and it is necessary to approach intervention and education strategies for the street food segment. Strategies must include the need for activity regulation, the establishment of standards, guidelines or sanitary codes for activity and training for handlers and vendors. **Objective:** To report a lived experience during an educational intervention for street vendors of food trade of the city of Santo Antônio de Jesus-BA. **Methodology:** It is about a report of experiences about the development of a training course on good food handling practices for street food vendors, developed by students and guided by a professor from nutrition course of Federal University of Recôncavo da Bahia. **Results:** Regarding hand washing care in a correct and safe way, it was verified that there was inadequacy of this procedure in 82% of the individuals studied. The use of Individual Protection Equipment was inadequate in 47%. While 76% reported that working when they are affected by influenza, throat infection and diarrhea, and 41% reported having routine exams (blood, faeces and urine) annually. **Conclusion:** In view of the expansion of the street food trade, the lack of continuous training and the inherent and potential sanitary risk, this activity proved to be indispensable and of great importance, and it is necessary to adopt effective and permanent training programs in food security for food handlers.

Keywords: Street Food. Food and Nutrition Security. Food Hygiene.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a comida de rua como “os alimentos e bebidas preparados e/ou vendidos nas ruas e outros locais públicos, para consumo imediato ou posterior, sem apresentarem, entretanto, etapas adicionais de processamento ou preparo”^[1].

O consumo dos alimentos vendidos nas ruas, em todo o mundo, é uma prática apreciada por uma ampla parcela da população, devido principalmente aos seus sabores únicos e pela sua conveniência para a alimentação diária em áreas urbanas e de valor acessível para populações de menor renda. Somado a isso, a comida de rua ainda se configura como um meio de subsistência para muitos trabalhadores que não são inseridos no mercado formal, e que encontram na atividade uma oportunidade de negócio com rápido retorno financeiro. Deste modo, a comida de rua, é de suma importância para a garantia de acesso aos alimentos e à renda, em especial, nos países em desenvolvimento^[1-2].

Diversos estudos sobre a qualidade sanitária de alimentos comercializados em vias públicas, realizados em diversos países, têm evidenciado que estes produtos são veiculadores

de patógenos^[3-4-5]. Essa mesma constatação foi obtida em estudos realizados no Brasil, em diversas regiões, demonstrando que estes alimentos podem representar riscos para a saúde pública^[6-7-8].

Entretanto, apesar de sua importância socioeconômica, os alimentos vendidos nas ruas podem representar um problema de saúde pública, posto que são preparados e vendidos sem condições mínimas de higiene. Por isso, podem apresentar contaminantes patogênicos, o que representa um risco à saúde dos consumidores^[9].

Os riscos oferecidos pela elevada contaminação microbiana, nos alimentos servidos por ambulantes nas ruas, principalmente com a presença de microrganismos causadores de doenças de origem alimentar, como *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens* e *Salmonella* spp^[10], é um desafio à Vigilância Sanitária dos municípios. Nesse sentido, considera-se que estes microrganismos se disseminam rapidamente, e, muitas vezes, o setor público de fiscalização não consegue acompanhar esta demanda^[11].

Estudos realizados no Recôncavo Baiano já demonstram inadequações que favorecem a contaminação dos alimentos por microrganismos envolvidos na ocorrência de doenças de origem alimentar. Os sintomas mais frequentes são dor de estômago, vômitos, náuseas, febre e diarreia^[12-13].

Em face à extensão e à estabilidade que o comércio de comida de rua vem ocupando, o Fundo nas Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) em articulação com a OMS, tem recomendado o fortalecimento do controle de qualidade destes alimentos. Deste modo, foram estabelecidas diretrizes internacionais, visando à operacionalização do segmento com práticas que garantam a inocuidade dos alimentos comercializados^[2].

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 216, de 15 de setembro de 2004, dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, incluindo os vendedores ambulantes de alimentos. Um dos pontos importantes dessa normatização é a obrigatoriedade de capacitação dos proprietários e manipuladores desses serviços^[14].

As Boas Práticas de higiene e manipulação e a educação continuada dos manipuladores de alimentos contribuem para a redução da incidência de doenças veiculadas por alimentos. Por isso, a importância de orientar e treinar os manipuladores sobre os cuidados na aquisição, acondicionamento, manipulação, conservação e exposição ao consumo dos alimentos, bem como a estrutura física do local de manipulação. Considerando que os manipuladores ambulantes fornecem rotineiramente alimentos para a população, urge buscar meios que garantam o seu acesso à informação, assegurando efetiva intervenção nos riscos inerentes ao consumo de alimentos de baixa qualidade higiênico-sanitária^[12].

A cidade de Santo Antônio de Jesus, localizada no Recôncavo da Bahia, possui cerca de 100 mil habitantes^[16] e tem o comércio local, que é referência na região, como atrativo para pessoas dos municípios circunvizinhos diariamente. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o PIB per capita do município para 2016 foi de R\$ 20.442,10 e a estrutura setorial está distribuída com 73,08% para serviços e comércio^[16]. O comércio é a principal forma de economia e a feira livre é considerada como a feira livre mais barata da Bahia, com grande fluxo de consumidores.

A comercialização informal de alimentos de rua é um segmento intenso, evidenciado no

grande número de vendedores ambulantes com variados tipos de alimentos e bebidas e de consumidores, ávidos pela comensalidade, apesar de serem observadas condições adversas à comercialização de alimentos seguros.

Diante disso, e dada a importância do comércio de comida de rua, bem como a insuficiência de capacitações para este público, o presente estudo tem como objetivo relatar uma experiência vivenciada durante uma intervenção educativa para vendedores ambulantes do comércio de alimentos da cidade de Santo Antônio de Jesus-BA.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva, sobre o desenvolvimento de uma ação de capacitação em Boas Práticas de Manipulação de Alimentos para vendedores ambulantes, desenvolvido por discentes do curso de nutrição da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, orientados pela docente da disciplina de Educação Alimentar e Nutricional, durante o período de setembro a outubro de 2013.

Segundo Cavalcante e Lima^[17], o relato de experiência é de relevância para a comunidade científica, uma vez que objetiva apresentar uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional.

O público-alvo foram os vendedores ambulantes do ramo de alimentação localizados nas duas principais praças da cidade. Para identificar o número máximo de vendedores de comida de rua com disponibilidade para participar do estudo, os pesquisadores permaneceram em campo, conversaram com todos os vendedores esclarecendo a importância de participar da capacitação. Visto que se trata de comércio informal sem registro de seu quantitativo total no município, optou-se por uma amostra não probabilística. Assim, visitou-se todos os pontos de comércio ambulante de alimentos durante o período noturno (das 18:00h às 20:00h) das respectivas praças, totalizando dezessete pontos. Durante essa visita foi realizado o convite aos manipuladores de alimentos para participarem da intervenção. Nesse momento foi realizada a caracterização dos 17 pontos informais que aceitaram participar da intervenção, por meio da aplicação de um *checklist* elaborado com base na RDC nº 275/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)^[18].

Os vendedores ambulantes que participaram deste estudo tinham idade entre 17 – 48 anos, 76% eram do sexo feminino e 59% tinham grau de escolaridade até o ensino fundamental. Os alimentos comercializados incluíam: hot-dog, hambúrguer, pasteis e crepes, dispostos em trailers, carrinhos e barracas.

Por se tratar de um estudo pontual, realizado a partir de discussões dentro de um componente curricular de uma Universidade, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Intervenção educativa

A intervenção educativa ocorreu no ponto de comercialização de cada ambulante, foram

realizados quatro encontros, tendo uma duração média de trinta minutos cada. O conteúdo abordado foi baseado nas Boas Práticas de Fabricação (BPF), de acordo com o diagnóstico de cada ponto informal. Os temas trabalhados foram: utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); lavagem adequada das mãos, higiene pessoal e saúde do manipulador; higienização dos utensílios; organização do ambiente e procedimentos higiênico-sanitários para o preparo, acondicionamento e armazenamento dos alimentos. A intervenção ocorreu por meio de diálogos, respeitando os saberes e fazeres acerca da produção do alimento seguro, além das particularidades relacionadas à produção e comercialização do alimento. Após cada encontro da intervenção foi aplicado um questionário avaliativo composto de itens que foram abordados no respectivo encontro. Este questionário foi respondido por cada participante para avaliar o conhecimento adquirido após a intervenção, em seguida todos os itens do questionário foram discutidos com os manipuladores.

O manipulador foi corresponsável nas etapas da intervenção que buscaram desmistificar e questionar junto com os manipuladores de alimentos seus conhecimentos prévios relacionados à produção do alimento seguro. Ao finalizar os quatro encontros, foi entregue uma cartilha educativa elaborada pela equipe executora, contendo informações claras e ilustrativas das BPF, com base na realidade existente em cada ponto informal.

Os dados da ação da intervenção foram digitados e tabulados no programa Microsoft Office Excel®, versão 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Praxedes^[19], a comercialização de alimentos é uma alternativa viável em situação de desemprego, mas se caracteriza em risco devido ao baixo conhecimento sobre a manipulação higiênica dos alimentos, ignorando que estes podem servir de via de transmissão de doenças. Isso reforça a necessidade de uma fiscalização sanitária bastante ativa e de caráter mais orientador do que punitivo.

A segurança alimentar sob o ponto de vista higiênico-sanitário é de grande preocupação e por isso faz-se necessária a adoção de medidas que previnam a contaminação nas diferentes etapas do processo produtivo. Visto que as Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) se propagam com rapidez e alta patogenicidade^[20].

Sendo assim, na dinâmica realizada sobre Práticas Higiênicas, para a demonstração dos cuidados com a lavagem das mãos de forma correta e segura, verificou-se que havia inadequação (82%, n = 14), resultado semelhante aos estudos desenvolvidos por Melo^[21] e por Lagaggio^[22]. Também é importante salientar que a maioria dos estabelecimentos não possuíam água encanada e os próprios manipuladores traziam a água das suas casas para efetuar a lavagem das mãos. Quanto à frequência de higiene das mãos, verificou-se que na maioria das vezes os funcionários não as lavam para manipular os alimentos e nem quando há interrupção das operações.

A lavagem das mãos com sabão bactericida é indispensável sempre que se inicia ou reinicia o trabalho, depois da utilização do banheiro e, de um modo geral, após toda a operação susceptível de contaminá-las^[14]. Esses resultados mostram que os manipuladores podem ser veículos de toxinfecções alimentares, o que pode comprometer a saúde dos consumidores. Logo,

para que sejam servidas refeições em condições adequadas para consumo, faz-se necessário que os manipuladores apresentem boa higiene pessoal, principalmente no que se refere aos cuidados higiênicos das mãos^[23]. Porém, é preciso salientar que a higiene pessoal não deve ficar restrita apenas à lavagem de mãos, é necessário também um rigor com o uso de uniforme adequado, higiene de unhas e cabelos dos indivíduos^[24].

Ainda sobre Práticas Higiênicas, em relação ao uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) houve relatos da ausência de toucas, luvas e máscaras nos funcionários que manipulam os produtos (47%, n=8). No que diz respeito à utilização desses elementos, ao observar presencialmente os manipuladores de alimentos, ratificou-se que a maioria não fazia uso, assim como nos achados apresentados por um estudo desenvolvido em 2015^[25].

Em relação ao Estado de Saúde do manipulador, 76% (n=13) relataram trabalhar quando adoecem por gripe, infecção de garganta e diarreia. 41% (n=7) afirmaram realizar exames de rotina (sangue, fezes e urina) anualmente. Estes dados corroboram com os apresentados por Campos et al.^[26] que, ao avaliarem as práticas de higiene realizadas por manipuladores de alimentos em Natal-RN, detectaram 51,9% de inadequação no que se refere ao monitoramento anual do estado de saúde.

A Associação Brasileira De Refeições Coletivas (ABERC)^[27] ressalta que não é permitida a manipulação de alimentos por pessoas que apresentem distúrbios gastrointestinais e infecções pulmonares ou orofaríngeas, ainda que estes problemas de saúde estejam inaparentes.

Acerca da higienização de utensílios, equipamentos e carrinhos para a manipulação de alimentos, 100% (n=17) dos manipuladores relataram usar apenas o álcool para a limpeza das bancadas, sem nenhuma limpeza prévia com água e sabão ou detergente e desinfecção química. Os dados diferem dos encontrados por Souza^[8], quando a maioria dos ambulantes (80%) higienizava os utensílios e equipamentos apenas com água e detergente, 10% com água e álcool, e 10% com água, detergente e álcool 70%.

A ABERC^[27] recomenda que esta higienização seja realizada de acordo com os procedimentos convencionais de limpeza para a não proliferação de microrganismos, ou seja, com água corrente, detergente neutro e posterior desinfecção com solução clorada 200 partes por milhão (ppm) ou álcool 70%. Muitas vezes estes trabalhadores atuam de forma incorreta, não só por não terem capacitação constante, mas também por não terem acesso aos materiais e EPIs adequados.

Para avaliar se a intervenção foi efetiva, foi aplicado um questionário simples de múltipla escolha. Como resultados, foi demonstrado que 100% (n=17) das participantes gostaram do curso oferecido, e se pudesse ser adicionada uma nota qualitativa essa seria excelente para 100% (n=17) das participantes. Quando perguntado se as mesmas já tinham conhecimento prévio sobre o assunto, 100% (n=17) afirmaram que sim. Em outra questão, sobre a opinião das participantes se o curso iria ajudá-las no dia-dia no seu estabelecimento, 100% (n=17) afirmaram que sim.

Em âmbito geral, é grande a necessidade de melhorar a qualidade dos produtos e serviços, assim como capacitar os manipuladores de alimentos para que adquiram hábitos higiênico-sanitários adequados e os apliquem no cotidiano. De acordo com a RDC 216/2004^[14], os responsáveis pelas atividades de manipulação dos alimentos devem ser comprovadamente submetidos a curso de capacitação, que deve abordar, no mínimo, assuntos como: contaminantes

alimentares, doenças transmitidas por alimentos, manipulação higiênica dos alimentos e boas práticas de manipulação.

A intervenção foi satisfatória, em virtude da visão que se deve ter das mudanças de alguns comportamentos inadequados dos manipuladores participantes do estudo, frente ao seu trabalho, apesar do alto fluxo e sobrecarga de trabalho. Deve-se ressaltar, porém, que essas mudanças precisam ser apresentadas de forma contínua e planejada, pois não é possível realizar mudanças estruturais sem que haja uma conscientização constante.

CONCLUSÃO

Tendo em vista o importante papel desempenhado pelo manipulador na produção de alimentos e a falta de capacitação continuada, que muitos apontaram, a realização desta atividade mostrou-se indispensável e de suma importância, para garantir um alimento microbiologicamente seguro. A maior dificuldade encontrada foi a resistência dos manipuladores em participar do processo de intervenção, sendo necessária a continuidade deste trabalho, a fim de que sejam obtidos melhores resultados.

Espera-se que os resultados da atividade promovam efeito sobre os manipuladores e subsidiem o entendimento da importância da alimentação segura, sinalizando as mudanças que visem à melhoria do estabelecimento, para assim alcançar uma melhor produção, sem ocasionar risco à saúde dos comensais. Faz-se necessário, também, ressaltar a importância da fiscalização constante por parte dos órgãos responsáveis, para que se obtenha êxito no programa de capacitação de manipuladores e implantação das Boas Práticas de manipulação e sugere-se uma avaliação posterior destes comerciantes.

REFERÊNCIAS

- 1- World Health Organization. Division of Food and Nutrition. Essential safety requirements for street-vended foods. (Revised edition). Disponível em: <http://www.who.int/fsf/96-7.pdf>.
- 2- Food and Agriculture Organization of the United Nations- FAO. INFOSAN- Information note n.3/2010. Safety of Street vended food. Disponível em: http://www.who.int/foodsafety/fs_management/No_03_StreetFood_Jun10_sp.pdf.
- 3- Haryani Y, Tunung R, Chai LC, Lee HY, Tang SY, Son R. Characterization of Enterobacter cloacae isolated from street Foods. ASEAN Food J, 2008; 15(1): 57-64.
- 4- Mahale DP, Khade RG, Vaidya VK. Microbiological Analysis of Street Vended Fruit Juices from Mumbai City, India. J Food Saf., 2008; 10(2): 31- 34.
- 5- Abdallah MS.; Mustafa NEM. Bacteriological Quality of Street-vended Um Jinger: a traditional sudanese food. J Food Saf , 2010; 12 (4): 16-19.
- 6- Oliveira ACG, Seixas ASS, Souza CP, Souza CWO. Avaliação microbiológica de caldo de cana comercializado em ruas e condições de manuseio de manipuladores em São Carlos, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública, 2006; 22(5): 1111-1114.
- 7- Bezerra ACD, Reis RB, Bastos DHM. Qualidade microbiológica de sanduíche comercializado nas ruas de Cuiabá – MT, Brasil e a percepção dos manipuladores. Ciênc. Tecnol. Aliment., 2010; 30 (2): 520-524.
- 8- Souza GC, Santos CTB, Andrade AA, Alves L. Comida de rua: avaliação das condições higiênico-sanitárias de manipuladores de alimentos. Ciênc. saúde coletiva, 2015; 20(8): 2329–2338.
- 9- Dallari S. G. Vigilância sanitária de alimentos de consumo imediato no município de São Paulo: a importância da informação para o planejamento. Rev. Hig. Aliment., 2000; 14(76): 24-26.
- 10- Ávila MO, Santos PHS, Gois FN, Furtado MC, Reis IAO. A importância do controle das condições microbiológicas e higiênico sanitárias na prevenção de doenças transmitidas por alimentos - Uma revisão de literatura. Rev. Expressão Científica. 2016; 1(1): 1-12.
- 11- Cardoso RCV, Loureiro ES, Neves DCS, Santos HTC. Comida de rua: um espaço para estudo na Universidade Federal da Bahia. Rev. Hig. Aliment., 2003; 17(111): 12-17.
- 12- Pereira-Santos M; Freitas F; Silva RM; Santos VA; Lôbo, LN; Matos VSR; Silva IMM. Características higienicossanitárias da comida de rua e proposta de intervenção educativa. Rev

Baiana de Saú. Púb,, 2012 out/dez; 36(4): 885-898.

13- Costa MC; Damacena SS, Silva JN, Silva IMM. Condições higiênico-sanitárias de food trucks em uma cidade do Recôncavo da Bahia. MAGISTRA CRUZ DAS ALMAS-BA, 2018; 29: 328-334.

14- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº. 216 de 15 de setembro de 2004. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação [Internet]. Diário Oficial da União 16 de set de 2004. Brasília, 2004.

15- Marmetini PR, Ronqui L, Alvarenga OV. A importância das boas práticas de manipulação para os estabelecimentos que manipulam alimentos. Rev Cien Facimed, 2010; 2(1): 263-273.

16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades: Santo Antônio de Jesus – Bahia. [Internet]. 2016. [citado em 2019, 28 abr.] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/santo-antonio-de-jesus/panorama>.

17- Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health, 2002; 2(1): 94-103.

18- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução RDC n. 275, de 21 de outubro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Procedimentos Operacionais Padronizados e aplicados aos Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos e a Lista de Verificação das Boas Práticas de Fabricação em Estabelecimentos Produtores/Industrializadores de Alimentos. Diário Oficial da União. Brasília, 2002.

19- Praxedes PCG. Aspectos da qualidade higiênico-sanitária de alimentos consumidos e comercializados na cidade de São Remo. [Dissertação]. Mestrado em Epidemiologia Experimental e Aplicada ao Controle das Zoonoses. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

20- Arruda GA. Análise de perigos em pontos críticos de controle no SND. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. (Orgs.). Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu, 2000.

21- Melo AG. Conhecimento dos manipuladores de alimentos sobre boas práticas nos restaurantes públicos populares do Estado do Rio de Janeiro. Braz. J. Food Technol., 2010; 13(1): 60-68.

22- Lagaggio VRA, Flores ML, Segabinazi SD. Avaliação microbiológica da superfície das mãos dos funcionários do restaurante universitário da Universidade Federal de Santa Maria, RS. Rev Hig. Aliment., 2002; 16(100): 107-110.

23- Cruz AG *et al.* A questão da higiene de manipuladores das lanchonetes localizadas ao

redor do campus do CEFET/Química de Nilópolis, RJ. Rev. Inst. Adolfo Lutz, Rio de Janeiro, 2003; 62(3): 245-248.

24- Castro OB. Uma leitura sobre alimentos seguros em restaurantes populares em Salvador. In: Freitas, MCS; Fontes, GAV; Oliveira, N (org.). Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. Salvador: Edufba; 2008. 149 – 176.

25- Lôbo LN, Pereira-Santos M, Freitas F, Santos VA, Silva IMM . Perfil e discurso de trabalhadores de comida de rua no Recôncavo da Bahia, Brasil. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia, 2015; 3: 82-87.

26- Campos AKC, Cardonha MAS, Pinheiro LBG, Ferreira NR, Azevedo PRM, Stamford TLM. Assessment of personal hygiene and practices of food handlers in municipal public schools of Natal, Brazil. Food Control., 2009, 20(9): 807-810.

27- Associação Brasileira de Refeições Coletivas (ABERC). Manual ABERC de Práticas de Elaboração e Serviço de Refeições para Coletividades. 9ª ed. São Paulo: ABERC; 2009.

O CUIDADO INTEGRADO NA SAÚDE SUPLEMENTAR DO BRASIL: UMA DISCUSSÃO ATRAVÉS DA METODOLOGIA DELPHI

*THE INTEGRATED CARE IN PRIVATE HEALTH IN BRAZIL:
A DISCUSSION BY DELPHI METHODOLOGY*

RESUMO

Introdução: O cuidado integrado é um modelo de atenção presente em vários sistemas de saúde. No Brasil, especificamente no setor privado, não está consolidado por vários motivos, como: incompreensão conceitual do modelo, a falta de identificação do papel do coordenador da atenção e ausência de indução da Agência Nacional de Saúde. **Objetivo:** discutir o cuidado integrado para o cuidado do idoso portador de doença crônica no sistema de saúde privado. **Método:** estudo descritivo, exploratório, qualitativo, através de uma entrevista semiestruturada com 9 (nove) especialistas. **Resultados:** todos entrevistados responderam aos questionários com respostas atreladas a distintas categorias, como conceito, elementos do modelo, a relação com operadoras e as barreiras ao desenvolvimento do modelo. **Discussão:** não houve consenso entre os entrevistados em relação ao conceito e elementos que o compõe, mas sim que a falta de pactos sociais/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos e a *judicialização* da assistência foram sugestões comuns de aspectos que impedem o desenvolvimento do modelo. **Conclusão:** há barreiras a serem transpostas para a consolidação do modelo e para isso seria necessário: (i) elaborar diretrizes para implantar uma coordenação

PALAVRAS-CHAVE:

Idoso. Doenças crônicas. Saúde suplementar. Modelos assistenciais de saúde.

de atenção à saúde nos moldes das ações da atenção primária em saúde; e (ii) reconhecer a importância de análises epidemiológicas.

ABSTRACT

Introduction: Integrated care is a model of attention present in several health systems. In Brazil, specifically in the private sector, it is not consolidated for several reasons, such as conceptual misunderstanding of the model, lack of identification about the role of the coordinator of care and absence of induction of the National Health Agency. **Aims:** to discuss the care of the elderly with chronic illness in the private health system. **Method:** descriptive, exploratory, qualitative study, through a semi structured interview with 9 specialists. **Results:** all respondents answered the questionnaires with answers linked to different categories, such as concept, elements of the model, the relationship with operators and barriers to the development of the model. **Discussion:** there was no consensus among the interviewees regarding the concept and elements that compose it, but rather that the lack of social/cultural and pacts of society/family in the shared responsibility of caring for the elderly and the judicialisation of care were common suggestions of aspects that prevent the development of the model. **Conclusion:** there are barriers to be transposed to consolidate the model and for this it would be necessary to: (i) elaborate guidelines to implement a coordination of health care in the framework of actions to primary health care and (ii) recognize the importance of epidemiological analysis.

Keywords: Elderly. Chronic diseases. Supplemental Health. Health. Healthcare Models.

INTRODUÇÃO

O Cuidado Integrado (CI) é um modelo de atenção à saúde com diversas interpretações e significados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) o considera como um processo contínuo de cuidados em que a prestação de serviços de saúde é organizada de forma a integrar diferentes processos e profissionais de saúde, facilitando os cuidados preventivos e curativos, de acordo com as necessidades e nos diferentes níveis do sistema de saúde^[1]. O CI é um modelo que agrega qualidade à atenção à saúde quando valoriza a efetividade e a eficiência do sistema de saúde. Seu objetivo é intervir na fragmentação do cuidado e oferecer uma atenção coordenada^[2].

O modelo pode ser caracterizado pelos tipos de ações da equipe de profissionais que organiza o cuidado de forma integrada ou a partir de uma sistematização do trabalho, dentro dos diferentes níveis de um sistema de saúde^[2-3]. Além disso, em função dos níveis de integração: (i) nível sistêmico, em que integrar significa uma melhor coordenação do alinhamento das políticas, regras e regulação nos sistemas de saúde; (ii) nível normativo, em que há o desenvolvimento de valores compartilhados, de cultura e da visão entre as organizações, os grupos e os profissionais; (iii) nível organizacional, em que o cuidado é coordenado nos serviços de diferentes organizações de saúde e ou de diferentes serviços numa mesma organização de saúde; (iv) nível administrativo, em função do alinhamento de processos, funções, gestão e finanças dos serviços de saúde; (v) nível clínico, em que a forma de coordenação do cuidado permite um cuidado contínuo, como uma

linha de cuidado na rede de serviços^[3].

No Brasil, características do modelo podem ser encontradas na política de redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos programas de promoção e prevenção de doenças, no sistema de saúde suplementar, privado. As políticas de redes de atenção orientam que os serviços que as compõe ofereçam cuidados de forma contínua, coordenados pela estratégia da saúde da família e em conformidade com diretrizes da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) ^[4]. A implantação das redes de atenção oferece uma mudança paradigmática no modelo de saúde pública, pois direciona as estratégias para as doenças crônicas e cita dois elementos comuns ao cuidado integrado: a tecnologia de informação e a cooperação entre as unidades dotadas de autonomia.

Na saúde suplementar no Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia federal, regula esse sistema e, dentre as suas finalidades: a promoção da defesa do interesse da população que possui seguro de saúde, a regulação das empresas que oferecem seguros e a contribuição para o desenvolvimento da saúde no Brasil^[5]. A ANS lançou, em 2011, um programa denominado Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde (PROMOPREV), que orienta e incentiva as Operadoras de Saúde (OPS) a desenvolverem programas de cuidado integrado.

O modelo de Cuidado Integrado (CI) do sistema de saúde suplementar do Brasil ainda não tem uma padronização. A ANS incentiva a organização e a prática desse modelo pelas OPS e uma das formas encontradas, entre os anos de 2009 e 2013, foi incentivar a adoção do modelo através dos incentivos fiscais. Em 2011, a ANS permitiu que as operadoras realocassem os investimentos em programas nos moldes do PROMOPREV em seus ativos contábeis^[5]. A ANS estimula, mas não direciona modelos, considerando que cada OPS assista seus pacientes, com diferentes características e perfis de doenças, de acordo com os seus propósitos específicos^[5-7].

O objetivo do artigo foi discutir como é realizado o cuidado integrado para o idoso portador de doença crônica, no sistema de saúde privado, através da ótica de especialistas no tema, através da técnica Delphi.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo, através de uma entrevista semiestruturada com 9 (nove) especialistas, realizada em 2014. Os entrevistados foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: (i) especialistas com experiência teórico-prática nessa temática; (ii) inseridos em ambos sistemas de saúde, público e privado; (iii) consultores e ou atuantes em pesquisas acadêmicas. Seus nomes foram mantidos em sigilo, tais quais suas respostas, conforme o protocolo de pesquisa acordado previamente. O método deste trabalho foi nomeado de ausculta inspirado no modelo Delphi, cujo objetivo é a formação de conceitos ou julgamentos, detectando apreciações e opiniões de especialistas e ou de informantes privilegiados^[8].

A pesquisa foi iniciada a partir do envio do convite formal representado por uma carta de apresentação do trabalho. Nesta carta constava a descrição do trabalho, objetivos e formato de realização; por seu teor, foi também considerada como termo de consentimento e garantia do

sigilo dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas através do correio eletrônico individual e a questão norteadora foi compreender os motivos relacionados ao retraído desenvolvimento do cuidado integrado no sistema de saúde suplementar, do Brasil.

Para este estudo, 9 (nove) perguntas relacionadas ao cuidado integrado foram elaboradas com base nos conhecimentos existentes na literatura científica e no resultado de uma pesquisa realizada com os pacientes de um programa de cuidados integrados de uma operadora de saúde. Essa pesquisa concluiu que os pacientes que aderiram ao programa de cuidado integrado foram menos internados^[9].

As respostas foram organizadas em nove categorias: (i) a heterogeneidade conceitual como explicação da não expansão do modelo de cuidado integrado; (ii) os elementos constituintes do modelo de cuidado integrado; (iii) os indicadores de desempenho do modelo; (iv) o papel da ANS na regulação e fiscalização; (v) os fatores contribuintes para a difusão do cuidado integrado no Brasil; (vi) a heterogeneidade das metodologias de avaliação dos resultados dos modelos de cuidado integrado como barreiras para expansão; (vii) o crescimento do cuidado integrado no sistema de saúde privado brasileiro, (viii) o idoso como foco estratégico do cuidado integrado no Brasil; (ix) o fator financeiro como um empecilho para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado integrado.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública com o número 10333512.2.0000.5240 em janeiro de 2013.

RESULTADOS

Os resultados foram apresentados de acordo com as categorias criadas.

1 - Heterogeneidade conceitual como explicação da não expansão do modelo de cuidado integrado

Divisão equilibrada nas respostas dos especialistas, com cinco respondendo que sim e quatro afirmando que não existe essa relação entre heterogeneidade conceitual e retraimento do modelo.

2 - Elementos constituintes do modelo de cuidado integrado

Houve consenso de que o papel do coordenador da atenção é fundamental e independe de sua categoria profissional. Outros elementos do modelo apontados por todos: (i) a presença de diretrizes assistenciais norteadoras das tomadas de decisão na prática clínica; (ii) a clara definição dos indicadores de inclusão de inserção dos participantes no modelo; (iii) a definição de um método de análise dos resultados. Outros dois adicionados por um entrevistado: (iv) a *judicialização* da assistência; (v) a falta de pactos/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos.

3 - Indicadores de desempenho

Consenso de que todos os indicadores apresentados faziam parte do modelo e novos foram sugeridos. Dentre eles, destacaram-se: (i) engajamento dos pacientes na mudança de hábitos, como fim do tabagismo e do sedentarismo; (ii) avaliação da capacidade funcional como indicador de independência; (iii) quantidade de consultas ao médico assistente, procedimentos e exames solicitados por este profissional e/ou por outros; (iv) número de participantes novos e o número

de evasões no programa.

4 - Papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar

Consenso de que a ANS tem um papel indutor, regulador e fiscalizador dos programas, contudo, foram feitas críticas em relação à sua atuação.

5 - Fatores contribuintes para a difusão do modelo de cuidado integrado

Nesta categoria, a premissa foi que a população idosa e a conseqüente ascensão das doenças crônicas são as principais forças-motriz do modelo. A premissa foi aceita pelos entrevistados com unanimidade. Outros fatores foram acrescentados, com destaque: a inovação e os incentivos diretos pelas OPS e pela ANS. Outra informação extraída foi de que o modelo de atenção hoje praticado deve ser mudado.

6 -A heterogeneidade das metodologias de avaliação dos resultados dos modelos de cuidado integrado como barreira a expansão

Consenso entre os entrevistados que a heterogeneidade metodológica é um empecilho à difusão, pois dificulta a formalização de um padrão de resultados para o modelo.

7 - Crescimento do modelo no sistema de saúde suplementar

Nesta categoria houve uma divisão no grupo em que cinco entrevistados afirmaram que sim, há um crescimento sem, no entanto, ponderar com fatos; os outros, no entanto, não concordaram, com diferentes argumentações, em afirmar que há crescimento do modelo no sistema de saúde suplementar privado do Brasil. Para esses quatro, não há crescimento e sim retração, como o fim de programas existentes.

8 - O idoso como foco estratégico do cuidado integrado

Consenso de que os idosos deveriam ser o foco, mas as características do sistema privado, como a fragmentação da linha de cuidado e o direcionamento ao lucro imediato, impedem um avanço do modelo voltado ao envelhecimento. Este grupo etário, independente do quantitativo de comorbidades e doenças crônicas que apresentam, forma um conjunto populacional que mais utiliza o sistema de saúde em busca de respostas para suas queixas e descompensações clínicas, seja ao nível ambulatorial ou hospitalar.

9 - O fator financeiro como um empecilho para o desenvolvimento e aprimoramento do cuidado integrado

Consenso que sim, é um empecilho. Entretanto afirmaram que, principalmente no momento atual de recessão que o país enfrenta, o fator financeiro deveria ser um dos critérios para se investir em um modelo cujos resultados podem ser alcançados mesmo a longo prazo, dependendo da escolha do indicador.

DISCUSSÃO

As perguntas abarcaram fatores que foram considerados, em sua maioria, barreiras para o desenvolvimento do cuidado integrado do Brasil. As entrevistas apontaram que o modelo, em seu conceito, sugere mudanças paradigmáticas do vigente, incluindo a educação dos profissionais de saúde e dos pacientes e o investimento em promoção de saúde e prevenção de agravos, o que exige mais tempo para a verificação dos resultados.

A falta de consenso no próprio nome do modelo foi registrada como barreira e se confirma

na literatura^[10-11]. Contudo a falta de consenso não se restringe ao termo cuidado integrado, pois esta expressão “significa diferentes coisas para diferentes pessoas”.

Dentre os elementos que caracterizam, o destaque dado foi ao papel do coordenador que deve estar presente em qualquer nível de integração, pois é o elemento-chave do modelo e responsável pelo processo, apontado na literatura como o elemento mais relevante para garantia da continuidade das ações, uma das características do modelo^[12]. Contudo, sua presença é melhor compreendida quando se destaca o nível da gestão e assistência clínica. É através do coordenador assistencial que haverá o alinhamento entre o plano terapêutico e os diferentes profissionais, a interseção das informações e a otimização dos recursos para o alcance dos objetivos traçados. Para isso, destacam-se também a importância de um sistema de comunicação e informação, a sistematização do registro das informações e o uso de *devices* tecnológicos. O processo de integração do trabalho assistencial inclui o sistema de informação unificado e a disponibilização das informações em uma plataforma única eletrônica, por exemplo, otimiza a rotina de trabalho e evita solicitações de exames complementares desnecessários^[13-14]

A falta de pactos sociais/cultura da sociedade/família na responsabilidade compartilhada de cuidar dos idosos e a *judicialização* da assistência foram sugestões de aspectos que impedem o desenvolvimento do modelo. Atualmente, podem ser considerados como pontos complexos do sistema. No que tange à falta de pactos social e a cultura da sociedade, por vezes, as famílias imputam no sistema a responsabilidade social, ou seja, a obrigação do seu cuidado a partir do momento que custeiam uma prestação de serviços, seja através dos impostos pagos ao governo, seja através do pagamento mensal a uma empresa privada. Neste item, pôde ser verificado que a busca pela integração dos sistemas de saúde e social é uma decisão inclusive política, sendo um dos países de destaque a Holanda, onde o cuidado integrado é mais conhecido como *seamlesscare* ou *transmuralcare*. Desde a década de 90, o governo holandês tem elaborado o cuidado integrado com a busca pela interseção entre os prestadores de atendimento em saúde, como os hospitais, o atendimento domiciliar, a atenção primária e os recursos sociais que podem ser disponibilizados^[15].

No Brasil, a aproximação entre os dois sistemas, de saúde e social, é mais reconhecida no sistema público, quando se destacam os direitos sociais dos pacientes portadores de doenças como o câncer e a distribuição de medicamentos gratuitos^[16-17]. Há um documento, de 2013, do Ministério da Saúde que descreve caminhos a serem instituídos para o cuidado das doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde, nome concebido no país para o modelo de cuidado integrado na saúde pública^[17]. Já no sistema suplementar, a dificuldade advinda da falta de alinhamento entre os sistemas de saúde e social neste contexto é mais bem representada pelo quantitativo de ações judiciais. A ANS monitora a satisfação do cliente em relação aos atendimentos das operadoras de saúde (OPS) e este nível é bastante heterogêneo na medida em que há várias empresas atuando no Brasil, apesar desse índice medido em 2013 ter sido considerado elevado. Deve-se ressaltar que em alguns países as operadoras de saúde já perceberam que a integração do cuidado ao nível do sistema de saúde e do sistema social promove vantagens e passaram a desenvolver ações para este fim^[5,6,18].

Ao se discutirem os indicadores de desempenho, alguns são passíveis de simples aferição. São importantes na medida em que são utilizados para readequar o plano terapêutico proposto. Como consequência, o plano de cuidado adapta-se de acordo com as novas necessidades do paciente. Importante registrar que esta readequação poderá ocorrer em qualquer indicador,

assistencial ou gerencial e cabe, ainda, enfatizar que diante das premissas do modelo de cuidado integrado, as mudanças que podem acontecer nos indicadores devem ser analisadas com critério. A discussão sobre quais indicadores utilizar está relacionada ao contexto em que o modelo será desenvolvido e por isso carece de uma padronização. Uma diretriz básica é conhecer o perfil epidemiológico da população e este deve ser o caminho inicial possível, estimulando o serviço a desenvolver seus próprios indicadores posteriormente.

Em relação à ANS, os especialistas formularam críticas à atuação desta autarquia. A primeira delas é que o sistema suplementar não investe na atenção primária, ou seja, nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Destaca-se que no documento “laboratório de inovação na Saúde Suplementar”, a ANS discorre sobre a importância de inovar no sistema de saúde, discute o paradigma do modelo assistencial vigente com as críticas relacionadas ao sistema de saúde fragmentado e propõe o Programa de Prevenção de doenças e Promoção de saúde^[5,6,18].

Entre as respostas sobre os fatores contribuintes para a difusão do modelo, destaca-se aquela que aponta a necessidade de reflexão sobre o modelo hoje praticado, diante da postura dos profissionais da área. A formação médica foi um item apontado para que haja mudança do sistema ou mesmo para que o modelo seja implantado. Para tais ações, talvez tenham que ocorrer mudanças nas escolas médicas e, mais ainda, nas sociedades médicas^[19].

Outro ponto de destaque foi a ausência da atenção primária no sistema suplementar, focada na prevenção de doenças e promoção de saúde^[20-21]. O cuidado integrado coordenado pela atenção primária existe implantado em diferentes cidades na América Latina, dentre elas em São Paulo, no Brasil, na província de Neuquén, na Argentina; na Europa, em Barcelona, com as Organizações sanitárias Integradas, na Espanha e em algumas cidades da Alemanha^[22-24].

Como barreira à expansão do modelo foi consenso também a escassez de uma uniformidade metodológica nos trabalhos científicos. Há uma abundância de literatura na língua inglesa e uma escassez na portuguesa. Em um levantamento bibliométrico na literatura a respeito do tema foi verificado que há um grande número de publicações sobre cuidado integrado, inclusive com a definição de seis dos principais domínios envolvidos com o tema: definição conceitual, profissionais envolvidos em equipe, doenças crônicas, tipo de sistemas de saúde, sistema de informação e legislação. Entretanto, as diferentes carências que ainda existem no entendimento do modelo como os mecanismos e as estratégias de aplicação corroboram com as dificuldades na sua expansão^[25-26].

Em relação ao crescimento do modelo no Brasil, quase a metade dos entrevistados afirmou que não houve crescimento, com explicações diversas. Dentre elas, que não há interesse na implantação do modelo de atenção primária e o que rege é a fragmentação do cuidado. Um dos motivos é a livre escolha do paciente em escolher seus profissionais, que em sua maioria, são credenciados às OPS. A partir desta última afirmação, surge outra questão não abordada no trabalho, que é o uso abusivo pelos recursos da saúde. Por este ponto de vista, do excesso da utilização, o cuidado integrado poderia ser uma resposta eficiente ao modelo vigente^[27].

Entretanto, do subgrupo que concordou com a afirmação que há uma expansão do modelo, foram identificadas ressalvas no crescimento, como uma velocidade menor atualmente e dentre os motivos citados: o tipo de financiamento do sistema, a definição dos papéis exercidos pelos profissionais, a compreensão do modelo pelo paciente e a literatura científica aplicada.

Quando os entrevistados discutiram o foco nos idosos como prioridade do modelo, apesar

do consenso entre os participantes de que este grupo deveria ser privilegiado, houve uma ressalva reflexiva de um entrevistado. Este contrapôs a questão demográfica como justificativa e que o cuidado integrado deveria ser consolidado para combater a fragmentação do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se discutir sob a ótica dos gestores e pesquisadores o modelo de cuidado integrado no Brasil. Foram registrados diversos elementos acrescentados pelos entrevistados nas diferentes categorias pré-elaboradas, o que corrobora a complexidade da sua consolidação cuja normatização e regulação está sob responsabilidade da ANS. Pode-se observar que áreas sem consenso na literatura também foram apontadas pelos entrevistados como importantes, como a heterogeneidade conceitual, heterogeneidade dos artigos científicos e, como uma característica do Brasil, o amadurecimento do papel da ANS neste campo.

Cabe destacar que na estratégia política em relação ao modelo de cuidado adotado, pode-se optar no direcionamento do modelo de cuidado integrado para os idosos e para os portadores de doenças crônicas em seus diferentes arranjos, dentre eles: (i) os hospitais de reabilitação para facilitar a desospitalização e a transição para o cuidado domiciliar; (ii) as hospedarias para os pacientes em fase avançada de doença cujas famílias preferem que a morte não ocorra em casa; (iii) o cuidado domiciliar, outra opção de cuidado fora do hospital; (iv) o cuidado ambulatorial com uma equipe de gerenciadores de saúde para que os paciente possam ter sua saúde e os agravos advindos das doenças acompanhados por uma equipe de especialistas em gerontologia, normalmente capacitados em cuidar do paciente de forma holística.

A conclusão que se chega é que, para a consolidação do modelo de cuidado integrado no sistema de saúde suplementar, privado, no Brasil, é necessário reordenar o formato atual, com a elaboração de uma proposta de cuidado mais adequada para realidade do local, realinhar as ações do cuidado assistencial de acordo com as prioridades que são eleitas pelas características demográficas e epidemiológicas da população. Remodelar os critérios de acompanhamento e, por conseguinte, dos indicadores de resultado, incluindo uma revisão do tempo para análise dos mesmos, aprimorar tecnicamente os profissionais de saúde para exercer suas funções nesta proposta de cuidado, avançar nas metodologias de análise dos resultados, assim como avançar nas discussões do papel da ANS, para que possa amadurecer e capitanear o modelo no sistema de saúde suplementar privado do Brasil são algumas das sugestões.

Caso haja interesse nos questionários, escrever para o autor principal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Integrated health services – What and Why? Technical Brief No.1, [Internet] 2008. [citado em 2015, 10 janeiro]. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf.
2. Kodner DL; Spreenwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002 Oct-Dec; 2: e12.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. [Internet] 2013. [citado em 2014, 31 dez.]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf.
4. Organização Pan Americana de Saúde. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=343&Itemid=0. Acesso em 11 de janeiro de 2015.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Por que estimular as inovações assistenciais em promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar? In: Laboratório de inovação na Saúde Suplementar. 2012.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa 264. http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=1795. Acesso em 28 de março de 2015.
7. Veras RP. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev Saúde Pública*, 2012;46(6): 929-34.
8. Munaretto LF; Correa HL; Cunha JAC. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Rev. Adm. UFSM*, Santa Maria, 2013 jan/mar; 6(1): 09-24.
9. Fonseca AC; Fonseca MJM; Mendes Júnior WV. O cuidado integrado e a qualidade de vida dos idosos portadores de doenças crônicas: revisão sistemática. *Enferm. Rev.* 2014 jan/abr; 17(01).
10. Minkman M; Ahaus K; Fabbriotti I; Nabitz U; Huijsman R. A quality management model for integrated care: results of a Delphi and Concept Mapping study. *Int J Qual Health Care*. 2009 fev; 21(1):66-75.
11. Coleman K; Austin BT; Brach C; Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health affairs*. Vol 28, Number 1.
12. Goodwin N; Dixon A; Anderson G; Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. The Kings Fund. [Internet] 2014 jan; [citado em 2014, 17 jan.] Disponível em: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>.
13. Agência Americana de Qualidade e Pesquisa na Saúde. Agency for healthcare research and quality. Health Information Technology Integration. In <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/health-it/>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.
14. NHS Technology Funds: Strategic Investment to support Integrated Care. <http://healthinsights.co.uk/static/presentations/pdf/Health%20Insights%20-%20Tech%20Fund%20%20Strategic%20Investment%20to%20support%20integrated%20care%2029042014%20>

FINAL.pdf. Acesso em 24 de janeiro de 2015.

15. Vliet K, Oudenampsen D. Integrated care in the Netherlands. Verwey-Jonker Instituut. 2004. <http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/D3551878.pdf>. Acesso em 24 de janeiro de 2015

16. Instituto Nacional do Câncer. Direito dos pacientes portadores de câncer. http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/orientacoes/site/home/direitos_sociais_cancer. Acesso em 24 de janeiro de 2015.

17. Ministério da saúde. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/dst.php>. Acesso em 24 de janeiro de 2015.

18. Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS avalia pela 1ª vez a satisfação do consumidor com sua operadora. [Internet]. 2013, 02 out; [citado em: 2015, 24 jan.]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2250-ans-avalia-pela-primeira-vez-a-satisfacao-do-consumidor-com-sua-operadora-de-planos-de-saude?highlight=WyJzYXRpc2ZhXHUwMGU3XHUwMGUzbyJd>.

19. Oliveira JED; Carrilo SV; Almeida CAN. O papel de novas escolas de medicina no ensino médico do Brasil. *Pediatria Moderna*, 2003 mai.; XXXIX(5).

20. Organização Pan Americana de Saúde. Relatório mundial. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

21. Santos AS; Karsch UM; Montanés CM. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona e na Cidade de São Paulo. *Serv. Soc. São Paulo*, 2010 abr/jun; 102: 365-386.

22. Navarrete MLV; Lorenzo IV. Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de casos. www.consorci.org/.../organizaciones-sanitarias-integradas...estudio-de-ca. Acesso em 15 de janeiro de 2015.

23. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciêns Saúde Colet*, 2011; 16(Supl.1):1081-1096.

24. Rosen R, Mountford J, Lewis G, Lewis R, Shand J, Shaw S. Integration in action: four international case studies. Research report. [Internet]. July 2011. [citado em: 2014, 31 dez]. Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/integration-in-action-research-report-jul11.pdf>.

25. Sun X, Tang W, Ye T, Zhang Y, Wen B, Zhang L. Integrated care: a comprehensive bibliometric analysis and literature review. *Int J Integr Care*. 2014 Jun 12; 14:e017. E Collection 2014.

26. Curry N; Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. The king's fund 2010. Acesso em 10 de janeiro de 2015.

27. Entrevista com Edward Wagner. <http://www.kingsfund.org.uk/audio-video/edward-wagner-chronic-care-model-and-integrated-care>. Acesso em 25 de janeiro de 2015.

Renata Marques Reis Silva

renata.mrs92@gmail.com

Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa CRESCER da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-Salvador-BA-Brasil.

Lorena de Santana Ribeiro

Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa CRESCER da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-Salvador-BA-Brasil.

Maurício dos Santos Barbosa

Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa CRESCER da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-Salvador-BA-Brasil.

Maria Carolina Ortiz Whitaker

Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Marcia Caneiro Oliveira

Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Josely Bruce dos Santos

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PERFIL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

PROFILE OF NURSING DIAGNOSES IN PEDIATRIC UNITS

RESUMO

Introdução: O processo do cuidar de uma criança é considerado complexo e requer do profissional conhecimento teórico que baseie esse cuidar, visando às particularidades de cada ser. Aos enfermeiros que atuam em pediatria compete o desafio de realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) à sua prática, unindo as necessidades das crianças e suas famílias, na qual algumas particularidades devem ser consideradas no desenvolvimento de cada uma dessas etapas. **Objetivos:** Identificar os perfis dos diagnósticos de enfermagem em enfermarias pediátricas. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado com dados sobre os diagnósticos de enfermagem nos prontuários de crianças que estiveram hospitalizadas de janeiro de 2015 a janeiro de 2016, em três enfermarias pediátricas de um hospital escola. **Resultados:** Amostra composta por análise de 365 prontuários distribuídos pelas três enfermarias, nos quais predominaram crianças do sexo masculino, a maioria era considerada parda. Foram registrados 83 diagnósticos de enfermagem, com maior prevalência de: Risco de Quedas, Risco de infecção e Manutenção ineficaz da saúde. **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem permitiram o reconhecimento do perfil da clientela e puderam auxiliar no planejamento das ações de enfermagem para estabelecer o cuidado às crianças. Os diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência, risco de queda e de infecção, orientam para o

PALAVRAS-CHAVE:

Diagnósticos de enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Pediatria.

cuidado específico voltados para características da faixa etária e exposição a fatores que podem desencadear um processo infeccioso. Reconhecer como tem sido o processo de enfermagem ao cuidado da criança hospitalizada auxilia os enfermeiros a planejarem e a aprimorarem os cuidados.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The care process for a child is considered complex, and requires the professional theoretical knowledge that bases this care, aiming at the particularities of each being. Nurses who work in pediatrics units compete with the challenge of performing Nursing Care Systematization (SAE) with their practice, uniting the needs of children and their families, in which some particularities must be considered in the development of each of these stages. **OBJECTIVES:** To identify the profiles of nursing diagnoses in pediatric wards. **METHOD:** This is a descriptive, quantitative study with data on nursing diagnoses in the charts of children hospitalized from January 2015 to January 2016 in three pediatric wards of a school hospital. **RESULTS:** A sample composed by analysis of 365 charts distributed by the three wards, in which male children predominated, the majority were considered brown. There were 83 nursing diagnoses registered, with prevalence of: Falls risk, Infection risk and Ineffective health Maintenance. **CONCLUSION:** The nursing diagnoses allowed the recognition of the profile of the clientele and could assist in the planning of nursing actions to establish care for the children. Nursing diagnoses of higher occurrence, risk of falls and infection, guide the specific care of these children focused on characteristics of the age group and exposure to factors that can trigger an infectious process. Recognizing how the nursing process has been caring for the hospitalized child helps nurses plan and improve care.

Keywords: Nursing diagnoses. Nursing Care. Pediatrics.

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização é um fato na vida de grande parte da população infantil, pois, a cada ano, mais de um milhão de crianças são hospitalizadas por distintas causas^[1]. Atualmente é conhecido que aproximadamente 11 milhões de crianças menores de cinco anos adoecem e morrem todos os anos. Entres os agravos de saúde que acometem as crianças, as infecções, em geral, caracterizam de 20 a 30% das mortes em crianças menores de cinco anos, em todo mundo, e causam cerca de 50% das internações de crianças na mesma faixa etária. Essas consequências poderiam ser evitadas se todas as crianças tivessem acesso ao serviço de saúde, de forma integral e adequada^[2].

O perfil de morbidade infantil é um importante parâmetro para políticas de saúde, pois permite reconhecer o motivo pelo qual as crianças adoecem. Porém, ao observarmos a literatura atual, encontramos que os estudos de mortalidade são mais numerosos do que os de morbidade, sobretudo no que se refere às internações hospitalares^[3].

As doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho digestivo motivaram a maioria das internações de crianças baianas na faixa etária de 1 (um) a 9 (nove) anos para o ano de 2012. Entretanto, para os pacientes de 5 (cinco) a 9 (nove) anos,

lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas configuraram importantes causas de internação, sendo responsáveis por um quantitativo semelhante ao das doenças do aparelho digestivo^[4]. Entre os adolescentes (10 a 19 anos) do sexo masculino, as principais causas de internação foram causas externas, doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e doenças respiratórias.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), revelam um total de quase 80 milhões de crianças, adolescentes e jovens até 24 anos, cerca de 42% do total da população brasileira, reforçando a necessidade de planejar cuidados para essa população específica^[5]. Diversas ações políticas no Brasil têm sido elaboradas para direcionar programas e estratégias que busquem ampliar a rede de cobertura assistencial no âmbito preventivo, curativo e protetor para esta clientela, fundamentadas nos princípios básicos do SUS – Sistema Único de Saúde e agregam conhecimentos específicos da área fomentando maior envolvimento entre os níveis assistenciais de saúde e melhores resultados para os problemas identificados^[6].

Partindo-se do princípio de que, para minimizar o período de hospitalização e agilizar o processo de reabilitação, o planejamento do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada, e suas ações no processo de enfermagem, são indicadores de resolutividade e de qualidade da assistência, o objetivo desse trabalho é identificar os perfis dos diagnósticos de enfermagem em três enfermarias pediátricas de um hospital escola. Reconhecer o processo do cuidar em crianças hospitalizadas é primordial para avaliar as ações de enfermagem e sua influência no processo de reabilitação de saúde de crianças hospitalizadas.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, realizado com os dados sobre o processo de enfermagem nos prontuários de crianças, em três unidades (A, B e C) de atendimento pediátrico de um hospital escola.

A Unidade A é destinada a internamentos de pacientes de 0 a 2 meses e 29 dias de vida. Projetada para dezesseis leitos com a proposta de ser semelhante à Unidade de Cuidados Intensivos. A equipe de enfermeiros da unidade é composta por sete profissionais.

A Unidade B é referência para tratamentos de diversas doenças metabólicas e investigação diagnóstica. Principais patologias vistas são obesidade, fibrose cística, epidermólise bolhosa, desordens metabólicas em geral, alergia à proteína do leite e intolerância à lactose, além de investigação de desnutrição e diarreia. Possui 13 leitos, sendo: 05 leitos berço na enfermaria – 01 destinada para pacientes com desnutrição; 05 leitos berço na enfermaria, 02 destinados a pacientes com diarreia; 03 leitos cama. A equipe de enfermeiros da unidade é composta por oito profissionais.

A Unidade C possui 26 leitos distribuídos em 07 enfermarias, das quais são 08 leitos berço clínica médica, 06 leitos cama clínica médica, 03 leitos cama cirúrgica, 03 leitos berço cirúrgico, 04 leitos osteogênese imperfeita, além de 02 quartos com leitos individuais para isolamento – um cirúrgico e um clínico. A equipe de enfermeiros da unidade é composta por onze profissionais.

As variáveis estudadas foram: causa de internação segundo a classificação do CID-10, idade, sexo, raça/cor, tempo de internação e diagnósticos de enfermagem. Foi realizado cálculo amostral

com auxílio do programa estatístico OpenEpi, considerando 95% de intervalo de confiança e 5% estatisticamente significativa para o estudo. Na Unidade A, do total de 166 internações no período estudado, foram utilizados 97 prontuários; na Unidade B, em um universo de 158 internações, foram escolhidos 71 prontuários; e na Unidade C, que apresentou 1096 internamentos, foram coletados dados de 197 prontuários. Os dados foram coletados nas fichas de diagnósticos de enfermagem, os quais estavam presentes nos prontuários de crianças que estiveram hospitalizadas nas unidades de enfermagem pediátrica por mais de três dias, no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2016. Como critérios de exclusão: prontuários que estavam com diagnósticos de enfermagem incompletos. Para completar a análise dos dados, utilizou-se um ponto de corte de 30% do total do número de internações, a fim de considerar os diagnósticos com maior ocorrência nas unidades.

O estudo esteve de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Com parecer consubstanciado de aprovação número: 1.426.899.

A análise dos dados foi realizada através do programa Excel 2013 e do programa estatístico SPSS versão 21.0 com base na tabela dos resultados entre as variáveis estudadas. A partir de então, se deu a construção da tabela e gráficos finais, sendo os dados avaliados através da estatística descritiva, proporções e medidas de tendência central, foram considerados, média e desvio padrão e testes paramétricos para as variáveis com distribuição normal.

3. RESULTADOS

Foram analisados 365 prontuários de crianças que foram hospitalizadas no período de 01 (um) ano em um hospital escola, no estado da Bahia. Na tabela abaixo traçamos um perfil dessas crianças de acordo com as unidades estudadas. Na variável idade, a unidade A se diferencia, pois é para pequenos lactentes, tendo uma média de 1,2 meses; nas unidades B e C, a idade se assemelha entre 06 e 08 anos, em média; no tempo de internação, percebemos que a C possui a menor média de tempo, enquanto A e B convergem; percebemos pouca divergência entre os sexos, porém a maioria se configura do sexo masculino, tendo em B a exceção, por possuir mais do sexo feminino. Na variável raça/cor, a cor parda predomina em todas as unidades (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da idade, dos dias de internação, do sexo e da raça em crianças hospitalizadas em Unidades pediátricas de um Hospital Universitário no período de janeiro 2015 a janeiro de 2016, no estado da Bahia.

Variáveis (%)	Unidades		
	A	B	C
	(n=97)	(n=71)	(n=197)
Idade em anos ($\mu \pm$)	-	6 \pm 5	8 \pm 5
Idade em meses ($\mu \pm$)	1,2 \pm 0,8	-	-
Internação em dias ($\mu \pm$)	10 \pm 9	14 \pm 13	4 \pm 4
Sexo			
Masculino	58 (59,8%)	32 (45,1%)	100 (50,8%)
Feminino	39 (40,2%)	39 (54,1%)	97 (49,2%)

Raça/Cor			
Branco	14 (14,4%)	13 (18,3%)	23 (11,7%)
Preto	12 (12,4%)	7 (9,9%)	10 (5,1%)
Pardo	71 (73,2%)	48 (67,6%)	162 (82,2%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os diagnósticos, segundo a classificação internacional de doenças nas unidades pediátricas, que motivaram a internação das crianças, foram doenças do aparelho respiratório, afecções originadas no período perinatal e doenças infecciosas e parasitárias.

Ao considerarmos que os diagnósticos de enfermagem possibilitam julgamento clínico e proporcionam o estabelecimento de prioridades para intervenções com as crianças, melhorando o resultado da assistência, obtivemos resultado satisfatório ao encontrar que as enfermeiras identificaram 74 tipos de diagnósticos de enfermagem nas três enfermarias.

Quando analisamos as Unidades separadamente, encontramos diagnósticos que representam as características de atendimento de cada enfermaria e o perfil das crianças, mesmo com a descrição de diagnósticos semelhantes, para os aspectos gerais da hospitalização e da clientela, como os diagnósticos de risco de queda e de infecção.

Tabela 2 – Características dos diagnósticos de enfermagem de Unidade pediátricas de um Hospital Universitário no período de janeiro 2015 a janeiro de 2016.			
Variáveis	Unidades de Internação		
	A (n=97)	B (n=71)	C (n=197)
Risco de Queda- n (%)	73 (72)	30 (42)	117 (59)
Risco de Infecção- n (%)	73 (72)	29 (41)	136 (69)
Manutenção Ineficaz da Saúde- n (%)	-	30 (42)	115 (58)
Processos Familiares Interrompidos- n (%)	41 (42)	-	82 (42)
Risco de Aspiração- n (%)	32 (33)	-	-
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais- n (%)	-	23 (32)	-

Fonte: Dados da pesquisa.

4. DISCUSSÃO

Estudo realizado no ano de 2009 na cidade de São Paulo^[3], região sudeste do Brasil, evidenciou que a maioria das internações de crianças no Brasil ocorreu em menores de um ano e a média de tempo de internação no município foi de 07 dias.

Ao buscarmos dados na literatura nacional que evidenciam a relação entre sexo e internações hospitalares de crianças, encontramos que o sexo masculino apresentou maior ocorrência de patologias relacionadas a doenças respiratórias. Segundo um estudo realizado na Paraíba nos anos 2010 a 2015, com crianças de 0 a 4 anos, internadas por pneumonia, há sempre uma prevalência de crianças do sexo masculino, principalmente as menores de 01 ano, e de cor parda^[7]. Tais resultados estão de acordo com estudo de Ferrer^[3], que faz um comparativo do sexo de crianças internadas no estado de São Paulo e no Brasil, demonstra que há um predomínio de crianças do sexo masculino no cenário nacional e local.

No quesito raça/cor^[7], relaciona este fato ao Brasil ser um país miscigenado e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a maioria da população brasileira declara-se ser de cor parda, totalizando a maior prevalência desta raça/cor entre as crianças.

Os dados dos estudos expostos acima estão em consonância com as informações coletadas no presente trabalho, que traça um perfil de internamento de crianças baianas segundo idade, tempo de internação, sexo e raça/cor.

Ao estudarmos os dados dos gráficos referentes aos diagnósticos de enfermagem, percebemos que há dois diagnósticos de risco, que se constitui um julgamento clínico a respeito de alguma vulnerabilidade do indivíduo e família, no acréscimo de algum agravo^[8].

No quis diz respeito ao Diagnóstico de Risco de Quedas que pertence ao domínio 11 do NANDA I, segurança e proteção, e tem como definição: “Vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde”^[8]. Relacionado ao estudo, esse diagnóstico provavelmente foi um dos mais traçados, pois nos fatores de risco do Nanda, o gênero masculino quando < 1 ano, supervisão inadequada e idade são plausíveis surgir, pois crianças e idosos são susceptíveis a este tipo de agravo, e a hospitalização faz com que esse risco se eleve.

Segundo o Protocolo de prevenção de quedas em crianças^[9], do Hospital Universitário Walter Cantídio, no Ceará, um agravo cometido no paciente hospitalizado se converte em mais custos para os hospitais. Esse protocolo de enfermagem foca no cuidado a criança e sistematiza essa atenção a segurança do paciente.

O planejamento e as ações voltadas à segurança do paciente, pela enfermagem, se constituem como um fator importante para evitar o surgimento de eventos adversos no ambiente hospitalar. Essa percepção deve estar aliada à educação em saúde e auxílio da família^[10].

Já relacionado ao Risco de Infecção que também pertence ao domínio 11 do NANDA e é definido por “Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde”^[8], os fatores de risco relacionados à escolha desse diagnóstico são: imunossupressão, leucopenia, desnutrição, procedimento invasivo, alteração na integridade na pele. Este diagnóstico chama atenção, pois as crianças internadas já possuem algum tipo de infecção, o que nos leva a inferir que elas podem adquirir outro processo infeccioso decorrente da hospitalização, ou que os profissionais estão traçando os diagnósticos de forma automática.

Um estudo feito por Bezerra^[1], apresentou em seus achados o diagnóstico risco de infecção como o segundo mais frequente, e justificou-se tal diagnóstico na susceptibilidade das crianças a doenças transmissíveis e ao cuidado exercido pelos familiares que podem acarretar em infecções futuras.

Já os achados da pesquisa de Del Angelo^[11], apresentou nos seus resultados o Risco de infecção como o segundo diagnóstico mais registrado de sua amostra, justificando seu achado nos motivos pertinentes do internamento. Porém, questionou-se o fato de não haver necessidade de ele ser traçado em prematuros que já estavam com infecção e substituí-lo pelo diagnóstico Proteção Ineficaz definido como: “Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões”^[8], caracterizando uma condição clínica com maior vulnerabilidade a outras infecções.

Já para Oliveira^[12], o diagnóstico Risco de Infecção foi o mais prevalente de sua dissertação, principalmente em crianças menores de um ano e segundo o autor esse achado corrobora com

outros estudos sobre a temática.

Algo que chama atenção nos resultados do estudo é: Porque os Diagnósticos de Enfermagem - Risco de Aspiração e Padrão Respiratório Ineficaz – não se constituem como os mais frequentes, se as doenças do aparelho respiratório predominaram na amostra? Esse dado nos remete a uma fragilidade na construção dos Diagnósticos de Enfermagem por parte dos membros da equipe.

Percebemos que o diagnóstico Risco de aspiração esteve presente na avaliação das enfermeiras na Unidade A, enquanto o diagnóstico de Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais apareceram na Unidade B, o que caracteriza o perfil de lactentes e de crianças com distúrbios metabólicos nos respectivos setores. Isso revela que o diagnóstico de enfermagem atende às especificidades apresentadas pelas crianças nesse estudo.

Na pesquisa realizada por Vieira^[13], seu estudo qualitativo demonstra que as enfermeiras reconhecem o processo de enfermagem e a SAE como participante desse processo, entendendo seu objetivo na instrumentalização da assistência prestada. Porém, quando o estudo avalia a operacionalização da SAE ocorrem falhas, pois a enfermeiras não acham necessárias cumprir suas cinco etapas, sendo a evolução a única etapa registrada. Apontam ainda como dificuldades de execução da SAE: escassez de tempo e de recursos humanos. Contudo as enfermeiras afirmam reconhecer a importância da SAE para assistência e registros.

Santos^[14], em sua dissertação, corrobora com Vieira^[13], quando faz um projeto para implementação da SAE, no processo de enfermagem em uma enfermaria pediátrica de hospital escola, relatando haver força de vontade dos profissionais de enfermagem. Contudo, ainda há dificuldades a serem pensadas pelos gestores como capacitações e recursos humanos.

No estudo, apesar dos Diagnósticos de Enfermagem mais encontrados estarem de acordo com os cenários de outras pesquisas, percebe-se que ainda há entraves no processo de construção dos Diagnósticos de Enfermagem, sendo pela carência de articulação do raciocínio clínico, ou mesmo pelo fato da falta de recursos durante o processo de trabalho em enfermagem.

Ao analisarmos os motivos de internação conforme o CID 10, encontramos que, segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde^[15], as principais causas de internações de crianças entre zero e quatro anos no Brasil, são, respectivamente, doenças do aparelho respiratório, seguidas de doenças infecciosas e/ou parasitárias, doenças do aparelho digestivo, causas externas e doenças do aparelho geniturinário. As doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho digestivo motivaram a maioria das internações de crianças baianas na faixa etária de 01 a 09 anos para o ano de 2012.

Com esses achados, percebemos que os diagnósticos de enfermagem podem ser um facilitador para planejamento das ações de enfermagem, pois auxiliam na identificação das necessidades das crianças, como revelado nesse estudo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados revelam a importância de conhecer as características dos diagnósticos de enfermagem em enfermarias pediátricas para que sejam traçadas ações assistenciais fundamentadas em conhecimento científico e técnico, que permita a avaliação crítica, norteie a tomada de decisão de modo que ofereça uma assistência distinta e integral.

Na pesquisa, houve prevalência de crianças do sexo masculino, pardas, internadas por doenças do aparelho respiratório, afecções perinatais e doenças nutricionais e metabólicas. Os diagnósticos de enfermagem: risco de quedas, de infecção e manutenção ineficaz de saúde foi de maior ocorrência. Porém, os diagnósticos de risco de aspiração e nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais revelam a característica do perfil das crianças hospitalizadas e a especificidade do planejamento na assistência de enfermagem para essa clientela.

Entre as fragilidades dessa pesquisa, destacamos que os dados foram coletados em um único hospital, trazendo características regionais e locais para o estudo. Lacunas no preenchimento de alguns prontuários mostraram-se como fator limitador para a coleta de dados. Ressaltamos a importância e conscientização dos profissionais de saúde na precisão do preenchimento apropriado e fiel dos prontuários, pois os dados são essenciais para demonstrar qualidade da assistência no processo de trabalho.

Conhecer como tem sido traçado os diagnósticos de enfermagem no cuidado da criança hospitalizada, as doenças que são mais acometidas e o perfil epidemiológico das crianças confere aos enfermeiros a esquematização e aperfeiçoamento dos cuidados baseados na SAE, visando qualidade na assistência. Assim, o conhecimento dos Diagnósticos de Enfermagem prevalentes permite que a equipe de enfermagem direcione suas ações, otimizando seus atos no acolhimento das necessidades de saúde da criança e da família, além de auxiliar na consolidação e fortalecimento da enfermagem enquanto ciência.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra P, Nóbrega M. NANDA. I nursing diagnosis in hospitalized children: a case study. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2012 April 18;
2. Paranhos VD, Pina JC, Mello DF. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. Rev Lat-Am. Enf. 2011; 19(1):1-9.
3. Ferrer APS. Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
4. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Conselho Estadual de Saúde. Plano plurianual de saúde 2012-2015. Salvador, BA; 2012.
5. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, contagem populacional. Brasília; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a saúde (RIPSA). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS; 2008.
7. Pereira NH, et al. Perfil das internações hospitalares e mortalidade por pneumonia em crianças no estado da Paraíba. In: II Congresso brasileiro de ciências da saúde. Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ; Ed Realize; 2016.
8. Nanda Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre (RS): Artmed, 2015.
9. Menezes MB, et al. Protocolo de prevenção de quedas em crianças. EBSERH, Out, 2016.
10. Reis AT, et al. O significado da segurança do paciente cirúrgico pediátrico para a equipe de enfermagem. Cogitare Enfermagem, 2016, (21): 01-08.
11. Del'angelo N, et al. Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários. Rev. bras. enferm., 2010; 63 (5):755-761.
12. Oliveira ALG. Manual de orientação sobre diagnósticos e intervenções de enfermagem para a clientela pediátrica. – Niterói; 2015.
13. Vieira GB. Percepção dos Enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Neonatologia e Pediatria. 2013. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília; 2013.
14. Santos RCM. Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis; 2016.
15. Brasil, DATASUS. <<http://www.saude.sc.gov.br/cgi/sim/dydescr2.htm>>. Acess in March; 2017.

Luna Vitória Cajé Moura
enf.lunamoura@hotmail.com

Mestra em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Terapia intensiva e Emergência pela UFBA e Faculdade Social da Bahia. Docente na Faculdade Adventista da Bahia.

Rhalliete Souza Cruz
rhallietesouza@gmail.com

Graduanda em enfermagem na Faculdade Adventista da Bahia. Graduanda em Gestão Pública na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Laryssa Ramos Fraga Pedreira
laryssapedreira@hotmail.com

Graduanda em enfermagem na Faculdade Adventista da Bahia.

Aline Henri Motta Coifman
alymotta@yahoo.com.br

Enfermeira. Doutoranda em enfermagem na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestra em enfermagem pela UFBA. Especialista em enfermagem intensivista pela UFBA. Docente na escola de enfermagem da UFBA.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES ADMITIDOS COM SEPSE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

NURSING CARE PLAN FOR PATIENTS ADMITTED WITH SEPSE IN INTENSIVE THERAPY UNIT

RESUMO

Introdução: A sepse se configura como fator agravante da morbidade de pacientes críticos. Sua detecção precoce e manejo clínico eficaz são contribuintes para melhora de prognóstico e diminuição da permanência destes pacientes em hospitais. **Objetivo:** Apresentar um plano de cuidados de enfermagem, à luz da teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) e da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) a pacientes admitidos com sepse em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado em Salvador-BA. **Metodologia:** estudo qualitativo, cuja coleta de dados foi realizada por meio da pesquisa documental em prontuário dos dez primeiros pacientes admitidos com sepse na UTI de um hospital privado em Salvador-BA, depois da autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e do Núcleo de Educação Permanente (NEP). **Resultados:** as NHB e os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, incluídos no plano de cuidados final foram: Oxigenação – Padrão Respiratório Ineficaz; Integridade física – Integridade da pele prejudicada; Regulação fisiológica – Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de choque e Hipertermia; Locomoção – Mobilidade física prejudicada; Eliminação – Risco de perfusão renal ineficaz; Segurança/ Proteção – Proteção ineficaz, Risco de quedas; Participação – Interação social prejudicada, e comunicação – Comunicação verbal prejudicada. A partir disto, foram elaboradas as ações de enfermagem

PALAVRAS-CHAVE:

Cuidados de Enfermagem. Sepse. Unidades de Terapia Intensiva.

e suas metas. **Conclusão:** foi criado um plano de cuidados que visa contribuir para a produção científica acerca do manejo de pacientes sépticos em UTI, fornecer subsídios teórico-práticos para profissionais de enfermagem no manejo destes pacientes e estimular o cuidado sistematizado, contribuindo para melhor prognóstico.

ABSTRACT

Introduction: Sepsis is an aggravating factor in the morbidity of critically ill patients. Its early detection and effective clinical management are contributing to improve prognosis and decrease the permanence of these patients in hospitals. **Objective:** To present a nursing care plan in the light of the Basic Human Needs (NHB) and Taxonomy II of the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) to patients admitted with sepsis in an Intensive Care Unit (ICU) of a hospital private partnership in Salvador-BA. **Methodology:** qualitative study, whose data collection was performed through the documentary survey of the first ten patients admitted with sepsis in the ICU of a private hospital in Salvador-Bahia, after authorization by the Research Ethics Committee (CEP) and the Center for Continuing Education (NEP). **Results:** NHB and the most frequent nursing diagnoses included in the final care plan were: Oxygenation - Ineffective Respiratory Pattern; Physical integrity - Impaired skin integrity; Physiological regulation- Risk of electrolyte imbalance, shock risk and hyperthermia; Locomotion- impaired physical mobility; Elimination- Risk of ineffective renal perfusion; Safety / Protection - Ineffective protection, Risk of falls; Participation - Impaired social interaction, and communication - Impaired verbal communication. From this, the nursing actions and their goals were elaborated. **Conclusion:** a care plan was created that aims to contribute to the scientific production about the management of septic patients in ICU, provide theoretical and practical subsidies for nursing professionals in the management of these patients, and stimulate systematized care contributing to a better prognosis.

Descriptors: Nursing Care, Sepsis, Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

A sepse se configura como sério problema de saúde pública e fator agravante da morbidade de pacientes críticos. A 70ª Assembleia Mundial de Saúde a incluiu na lista de prioridades mundiais que culminam em mau prognóstico e aumento da permanência de pacientes em leitos hospitalares. É definida pela presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção^[1]. A progressão dos sinais e sintomas apresenta fases diferenciadas do processo séptico, iniciando com sinais da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e, conforme sua progressão, há evolução para infecção, sepse e choque séptico, o que diminui a sobrevivência dos pacientes^[2].

A morbimortalidade por sepse é mundialmente elevada, sendo de extrema importância as medidas de prevenção, detecção precoce e manejo eficaz dos pacientes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, 31 milhões de casos são diagnosticados dos quais, aproximadamente, seis milhões são fatais^[3]. O Instituto Americano de Sepse (ILAS) avaliou 227

UTIs selecionadas aleatoriamente em todo o Brasil. Os dados, baseados em um dia de coleta, mostram que quase 30% dos leitos das UTIs brasileiras estão ocupados com pacientes em sepse ou choque, além disso, a mortalidade foi elevada (55,4%)^[1].

No cuidado aos pacientes sépticos na UTI no processo de prevenção, tratamento e detecção dos primeiros sinais e sintomas da SIRS, a equipe de enfermagem tem fundamental atuação. A equipe atua como suporte nos cuidados iniciais ao paciente séptico, na prevenção do processo infeccioso através da conscientização, detecção de sinais e sintomas e também na utilização e ensino de técnicas assépticas no manejo desses pacientes^[4-5].

É inquestionável a importância da enfermagem no manejo ao paciente séptico e, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os cuidados de enfermagem podem ser realizados de maneira individualizada. No Brasil, a SAE foi impulsionada pelos estudos da enfermeira Wanda Horta sobre o processo de enfermagem na década de 1950, quando era proposta uma metodologia de assistência baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow e da denominação de Mohana para os níveis psíquicos^[6].

Cabe destacar a importância de estudos relativos ao manejo clínico do paciente séptico e, com ênfase nos cuidados de enfermagem, estudos que destaquem a assistência sistematizada, servindo de base para a abordagem destes em UTI. Este estudo apresenta sua relevância ao se tratar de produção científica em área de enfermagem abordando práticas baseadas em fundamentação científica.

Deste modo, esta pesquisa objetivou elaborar um plano de cuidados de enfermagem, à luz da teoria das NHB e da Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*^[7], aos pacientes admitidos com sepse em UTI adulto de um hospital privado em Salvador-BA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, documental e recorte do projeto intitulado “Cuidado de enfermagem na terapia intensiva através da problematização”. Foi realizado na UTI Adulto de um hospital privado com parceria pública, de médio porte, localizado no município de Salvador, estado da Bahia.

Para a coleta de dados utilizou-se a pesquisa documental, através do levantamento de dados em prontuário depois de devida liberação institucional. Foram, então, utilizados dados do prontuário eletrônico dos pacientes sépticos.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: prontuário de dez primeiros pacientes admitidos na UTI, entre janeiro e fevereiro de 2015, com o diagnóstico de sepse com foco definido ou não; prontuários de pacientes admitidos com sepse que possuíam registro completo de Admissão médica, Admissão de enfermagem, Anotações de enfermagem nas primeiras 24 horas e Resultados de exames laboratoriais iniciais. Foram desconsiderados os prontuários que não atendiam a estes critérios.

Os dados foram coletados durante o mês de março do ano de 2015, referentes aos meses de janeiro e fevereiro do mesmo ano, de forma sistemática, a partir de um roteiro pré-estabelecido,

contendo campos para principais dados clínicos e epidemiológicos. Neste roteiro era documentada a evolução admissional destes pacientes e dados pertinentes para criação do plano de cuidados.

Estes dados foram, então, organizados de forma individual e à luz da teoria das NHB e da Taxonomia II da NANDA. Foram identificados os diagnósticos e intervenções de enfermagem aplicáveis para os pacientes, e estabelecido o plano de cuidados individual.

Posteriormente, foram identificados os Diagnósticos de Enfermagem similares aos 10 (dez) pacientes e uniformizado um plano de cuidados geral para o manejo de pacientes sépticos em UTI durante as primeiras vinte e quatro horas de internamento, servindo como base para implementação de cuidados que serão modulados especificamente para cada paciente e readequados conforme necessidade pelos enfermeiros.

A organização dos 10 (dez) casos de pacientes sépticos ocorreu tendo como base a ordem numérica da ficha de coleta de dados. Após a coleta dos dados documentais, a organização e interpretação destes dados ocorreram com base na técnica de Análise de Conteúdo cuja referência é a autora Laurence Bardin^[8].

A análise ocorreu em três etapas: a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise aconteceu ao passo que a pesquisadora fez uma leitura flutuante dos dez casos de pacientes admitidos com sepse na UTI; seguiu com a constituição do corpus que foi a identificação dos conteúdos pertinentes ao estudo, as NHB afetadas e títulos diagnósticos em cada caso.

Durante esta fase, foram priorizados os princípios de exaustividade, a partir dos quais, em cada caso foram minuciosamente avaliadas as NHB e títulos diagnósticos; representatividade quando os dez casos constituíram uma amostra que representa o universo deste estudo; homogeneidade quando todos os casos se referiam a pacientes já admitidos com sepse nesta UTI; e pertinência quando os documentos escolhidos para este estudo garantiram o subsídio para chegar ao objetivo proposto.

A fase de exploração do material, buscou encontrar o núcleo de compreensão do agrupamento de títulos diagnósticos dentro das NHB, sendo realizadas operações de codificação e enumeração^[8].

No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram realizadas operações estatísticas simples de percentual, o que permitiu a elaboração de quadros referentes às NHB mais frequentemente afetadas em pacientes sépticos e seus respectivos títulos diagnósticos. Foram construídas então, as categorias temáticas baseadas nas NHB: categoria 1- Necessidades Psicobiológicas, e categoria 2- Necessidades Psicossociais. Ao final, têm-se a criação de um plano de cuidados único, com base nas maiores frequências expostas nos casos estudados.

A pesquisa foi realizada conforme estabelecem os princípios incorporados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde^[9]. Por se tratar de recorte do projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal da Bahia, intitulado "Cuidado de enfermagem na terapia intensiva através da problematização", sob parecer de número 453.265; este estudo não necessitou de novo encaminhamento. Todavia, foi direcionada solicitação para coleta e uso de dados secundários, ao Núcleo de Educação Permanente do referente hospital, e após liberação por parte destes, os dados foram coletados.

RESULTADOS

O perfil da idade dos pacientes analisados variou entre 32-99 anos, sendo que 80% eram idosos; o sexo predominante foi o masculino (80%). Sobre a procedência destes pacientes, 70% vieram de outras instituições de atenção à saúde, 30% vieram de outras unidades do mesmo hospital do estudo.

Com relação ao diagnóstico da admissão, quatro pacientes (40%) já foram admitidos com choque séptico e seis pacientes (60%) com sepse grave. E sobre a identificação dos focos sépticos, 80% foram admitidos com foco a esclarecer e 20% com foco já identificado Infecção do Trato Respiratório (ITR) e foco cutâneo. Dentre focos a esclarecer e já identificados, a ITR (50%) e a Infecção do Trato Urinário (30%) foram os mais presentes nos diagnósticos destes pacientes, seguidos de suspeita do foco cutâneo em um paciente (10%) e confirmação deste foco em outro (10%).

As NHB afetadas neste estudo relacionaram-se: às necessidades Psicobiológicas e Psicossociais, sendo possível estabelecê-las como duas categorias: categoria 1- Necessidades Psicobiológicas, categoria 2- Necessidades Psicossociais. As necessidades Psicoespirituais se apresentaram de difícil avaliação e detecção nos casos analisados, sendo descartada esta categoria por conta da instabilidade dos pacientes e limitações comunicativas com a equipe.

Categoria 1- Necessidades Psicobiológicas

Necessidades Psicobiológicas referem-se às alterações percebidas, a nível de corpo/mente. As necessidades Psicobiológicas de Oxigenação, Integridade física, e Regulação fisiológica estiveram presentes em todos os casos analisados (100%), seguidas das necessidades de Locomoção (90% dos casos), Eliminação (70%) e Nutrição(30%). No quadro 1, são sintetizados os achados deste estudo referentes à categoria "Necessidades Psicobiológicas".

Quadro 1 – Necessidades psicobiológicas das Necessidades Humanas Básicas: presença dos Diagnósticos de Enfermagem nos casos

CATEGORIA 1	NHB AFETADA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM(NANDA) IDENTIFICADOS NOS PACIENTES PELAS AUTORAS (número de casos=10)
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão respiratório ineficaz (8 casos) • Risco de aspiração (6 casos) • Ventilação espontânea prejudicada (4 casos) • Desobstrução ineficaz das vias aéreas (4 casos) • Risco de troca de gases prejudicada (2 casos)
	Integridade física (geral ou cutaneomucosa)	<ul style="list-style-type: none"> • Integridade da pele prejudicada (4 casos) • Risco de integridade da pele prejudicada (3 casos) • Integridade tissular prejudicada (1 caso) • Risco de traumatismo vascular (1 caso) • Risco de lesão (1 caso)
	Regulação fisiológica (térmica, metabólica, vascular, neurológica)	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de desequilíbrio eletrolítico (6 casos) • Risco de choque (5 casos) • Risco de sangramentos (4 casos) • Volume de líquidos excessivo (3 casos) • Risco de perfusão cerebral ineficaz (3 casos) • Risco de níveis sanguíneos de glicose instáveis (3 casos) • Risco de função hepática prejudicada (2 casos) • Termorregulação ineficaz (2 casos) • Hipertermia (1 caso) • Débito cardíaco diminuído (1 caso) • Dor aguda (1 caso)
	Locomoção	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilidade física prejudicada (7 casos) • Deambulação prejudicada (2 casos)
	Eliminação	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de perfusão renal ineficaz (5 casos) • Risco de motilidade gastrointestinal prejudicada (2 casos)
	Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição desequilibrada, menos que as necessidades corporais (2 casos) • Nutrição desequilibrada, mais que as necessidades corporais (1 caso)

Fonte: Coleta de dados pelas autoras, baseado em autores^[9,10,11].

As NHB de Oxigenação afetadas em pacientes sépticos se mostram como algo frequente. Na maioria dos pacientes sépticos avaliados, identificou-se que o padrão respiratório ineficaz, era presente, relacionado à Ventilação espontânea prejudicada com prejuízo na troca de gases, risco de aspiração, além de déficit na desobstrução das vias aéreas. Dados convergentes com o contexto de alterações pulmonares e circulatórias envolvidas no processo séptico.

Sobre a NHB afetada de Integridade física, percebeu-se que, nos pacientes sépticos, sua integridade física geral ou cutaneomucosa estavam afetadas. Estes impactos se davam sob forma de riscos potenciais de lesão tecidual, ou em lesão já instalada.

Na regulação fisiológica alterada, diversas disfunções foram identificadas no prontuário dos pacientes sépticos, seja na função hepática, cerebral, nos níveis de glicose, na regulação térmica, disfunção no equilíbrio eletrolítico, fatores de coagulação, e variáveis hemodinâmicas.

A locomoção prejudicada relaciona-se com o rebaixamento do nível de consciência, sedação ou uso de diversos dispositivos, o que contribuiu para a limitações de movimento em 90% dos

pacientes no estudo.

A NHB de eliminação alterada relaciona-se à função renal e gastrointestinal prejudicada e são frequentes na sepse; e também decorrem da utilização de fármacos que, por efeito colateral, ocasionam disfunção intestinal.

Categoria 2- Necessidades Psicossociais

Com relação às necessidades psicossociais alteradas nos prontuários dos pacientes sépticos, a de Segurança (física, segurança/proteção) apresentou-se afetada em 100% dos casos, os diagnósticos presentes neste contexto demonstraram que os pacientes tinham Proteção Ineficaz, seja por estarem na UTI ou até pela impotência diante do quadro séptico; apresentavam Risco de quedas, por estarem sedados, com baixo nível de consciência ou até pelos extremos de idade (70% idosos); Ansiedade, Risco de resiliência prejudicada, pela situação e em um caso risco de violência contra si próprio por se tratar de um paciente com transtorno psiquiátrico.

Quadro 2 – Categoria Necessidades Psicossociais, de Necessidades Humanas Básicas e presença dos Diagnósticos de Enfermagem nos casos

CATEGORIA 2	NHB AFETADA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA) IDENTIFICADOS NOS PACIENTES PELAS AUTORAS (número de casos=10)
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	Segurança (física segurança/proteção)	<ul style="list-style-type: none">• Proteção ineficaz (10 casos)• Risco de quedas (9 casos)• Ansiedade (1 caso)• Risco de resiliência prejudicada (1 caso)• Risco de violência dirigida a si próprio (1 caso)
	Participação	<ul style="list-style-type: none">• Interação social prejudicada (10 casos)• Risco de síndrome do <i>stress</i> por mudança (4 casos)• Risco de violência dirigida a outras pessoas (1 caso)
	Comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Comunicação verbal prejudicada (7 casos)
	Autoestima	<ul style="list-style-type: none">• Risco de baixa autoestima situacional (3 casos)
	Orientação espaço-temporal	<ul style="list-style-type: none">• Confusão crônica (1 caso)

Fonte: Coleta de dados pelas autoras, baseado em autores [9-11].

As categorias de Segurança e a de Participação estiveram afetadas em todos os pacientes analisados (100%) através da análise do prontuário. A necessidade de Comunicação esteve alterada em 70%, de Autoestima em 30% e de Orientação espaço-temporal em 10% dos pacientes.

Plano de cuidados ao paciente admitido com sepse em UTI

Após todos estes levantamentos, foi possível a construção de um plano geral de cuidados, autoexplicativo, passível de mudanças e adaptações conforme necessidade de cada paciente; capaz de guiar o manejo da equipe de enfermagem ao paciente admitido com sepse em UTI, conforme suas NHB afetadas e Diagnósticos de Enfermagem levantados. O que está descrito no quadro 3 é o resultado de toda a explanação realizada ao decorrer desta pesquisa, e de uma

avaliação minuciosa dos dez casos avaliados através de seus prontuários.

Quadro 3 – Plano de cuidados para pacientes admitidos com sepse em Unidades de Terapia Intensiva

NHB AFETADA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	AÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	META
Oxigenação	Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar ritmo, frequência e profundidade respiratória e saturação de O₂^[10]; -Auscultar vias aéreas^[10-11]; -Aspirar vias aéreas^[10]; -Instalar oxigenoterapia conforme necessidade do paciente e prescrição^[10]; -Manter material para IOT e ventilação mecânica próximo ao leito^[11]; -Manter alinhamento corporal adequado^[11]; -Manter cabeceira do paciente em 30° ou 45°^[10,11,12] -Atentar para oscilações em dados hemogasométricos^[11]; 	<ul style="list-style-type: none"> -00h, 02h, 04h, 06h, 08, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h -00h, 04h, 08h, 12h, 16h, 20h -Se necessário -Se necessário - Nas primeiras 24 horas - Nas 24 horas - Nas 24 horas - Nas 24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer um padrão respiratório eficaz e que supra as necessidades de O₂ corporal.
Integridade física	Risco de integridade da pele prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar mudança de decúbito/ decompressão e massagem de conforto de 2/2 horas^[10-11] (DD-DLD-DD-DLE); -Examinar as superfícies da pele, avaliando palidez, eritema ou erupções^[10,11]; -Proteger áreas de proeminências ósseas com coxins^[10]; -Realizar banho em leito; - Realizar higienização da pele; -Instalar filme transparente em região sacral^[10]; -Instalar colchão piramidal^[10]; -Avaliar turgor, elasticidade da pele, e ressecamento de mucosas^[10-11] - Avaliar estado nutricional^[11]; -Aplicar escala de avaliação do risco à integridade da pele. 	<ul style="list-style-type: none"> -00h, 02h, 04h, 06h, 08h, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h - Manhã, tarde e noite - Nas 24 horas -Manhã -Tarde e noite - Nas primeiras 24 horas - Nas primeiras 24 horas -Manhã, tarde e noite -Manhã, tarde e noite -Uma vez ao dia 	<ul style="list-style-type: none"> -Manter a pele íntegra.

Regulação fisiológica	Risco de desequilíbrio eletrolítico	<ul style="list-style-type: none"> -Analisar valor laboratoriais dos eletrólitos, atentando para oscilações^[10-12]; -Atentar para sinais e sintomas sugestivos de alterações eletrolíticas^[10]; -Repor eletrólitos, conforme necessidade e prescrição^[10-11]; -Restringir eletrólitos quando em excesso; -Utilizar soluções de reconstituição celular de eletrólitos conforme necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Manhã, tarde e noite (e quando necessário) - Nas 24 horas -Se necessário -Se necessário -Se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentar dados laboratoriais dentro da faixa da normalidade e sem complicações resultantes do desequilíbrio.
	Risco de choque	<ul style="list-style-type: none"> - Atentar para alterações em sinais vitais ^[10-11]; -Avaliar sinais de hipoperfusão tecidual (aumento do tempo de enchimento capilar, palidez, cianose)^[11]. -Manter acesso vascular pérvio⁴; -Realizar balanço hídrico, atentando para alterações; -Realizar reposição hidroeletrólítica conforme necessidade e prescrição médica^[10-11]; -Atentar para necessidade de aminas vasopressoras e comunicar médico plantonista; -Instalar Sonda Vesical de Demora; -Preparar material para monitorização hemodinâmica invasiva; 	<ul style="list-style-type: none"> -00h, 02h, 04h, 06h, 08, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h -Manhã, tarde e noite -Nas 24 horas -00h, 02h, 04h, 06h, 08, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h - Se necessário -Conforme prescrição -Na admissão -Na admissão 	<ul style="list-style-type: none"> -Serão afastados os fatores predisponentes ao choque e estabelecida estabilidade hemodinâmica.
	Hipertermia	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar mensurações de temperatura^[10-11]; -Realizar resfriamento conforme necessidade do paciente^[10-11]; -Promover ingestão adequada de líquidos; -Atentar para sinais de rubor cutâneo, convulsões ou confusão mental^[10]; -Administrar antipiréticos conforme prescrição médica^[10-11]; -Coletar culturas conforme solicitação médica^[11]; -Iniciar antibioticoterapia, após coleta de culturas, conforme prescrição médica^[10]. 	<ul style="list-style-type: none"> -00h, 02h, 04h, 06h, 08, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h -Se necessário -Nas 24 horas -Nas 24 horas Conforme prescrição -Conforme prescrição -Conforme solicitação 	<ul style="list-style-type: none"> -Manter a temperatura corporal (axilar) preferivelmente >36°C e <37° C.

	Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais	-Realizar glicemia capilar, comunicando se hiperglicemia ou hipoglicemia identificadas ^[10] ; -Manter dieta zero nas primeiras 6 horas da admissão ^[10] ; -Instalar sonda enteral para posterior infusão de dieta.	-00, 04, 08, 12, 16,20 -06 horas iniciais -Na admissão	-Manter as necessidades nutricionais satisfeitas.
Locomoção	Mobilidade física prejudicada	- Realizar mobilização em leito ^[10-11] , acompanhando também as sessões de fisioterapia; -Estimular mobilização em leito conforme tolerância e capacidade ^[11] ;	-00h, 02h, 04h, 06h, 08, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h -Nas 24 horas	- Manter a posição funcional e a integridade da pele.
Eliminação	Risco de perfusão renal ineficaz	-Realizar balanço hídrico; -Avaliar características da eliminação urinária quanto à cor, odor e volume ^[10-11] . -Avaliar resultados de Ureia e Creatinina em exames laboratoriais ^[10-12] . -Avaliar sinais de edema;	-00h, 02h, 04h, 06h, 08, 10h, 12h, 14h, 16h, 18h, 20h, 22h -Nas 24 horas (em cateter vesical de demora) ou a cada eliminação (diurese espontânea) -Manhã e Noite (e quando necessário) -Manhã, tarde e noite	-Ter perfusão renal adequada, evidenciada por adequando débito urinário e escórias renais.
Segurança/ Proteção	Proteção ineficaz	-Avaliar alterações no padrão hematológico conforme exames laboratoriais ^[10] ; -Avaliar estado nutricional e aceitação da dieta, adequando junto à equipe de Nutrição ^[11] ; -Atentar para extremo etário ^[10] , atenção especial a pessoas idosas. -Instalar/manter íntegra pulseira de identificação	-Manhã e Noite -06h, 10h, 12h,16h,20h, 22h -Nas 24 horas -Nas 24 horas -Nas 24 horas	- Ter suas capacidades fisiológicas de proteção reestabelecidas.
	Risco de quedas	-Atentar para padrão neurológico e agitação psicomotora ^[10-11] , aplicando escala de Glasgow ou Ramsay; -Utilizar sinalização informando risco de quedas (placa no leito, pulseira de identificação, etc.); - Atentar para extremo etário ^[10] , atenção especial à pessoa idosa; -Garantir posicionamento seguro do paciente ^[10-11] .	-00,02,04,06,08,10,12, 14,16,18,20,22 -Nas 24 horas -Nas 24 horas -Nas 24 horas	-Não sofrer quedas.
Participação	Interação social prejudicada	-Estabelecer um contato que promova sensação de segurança e respeito ao paciente ^[10,12] ; -Conversar sobre mudanças e adaptação à rotina do internamento ^[10] em UTI e recebimento de visitas;	- Manhã, tarde e noite - Na admissão	-Desenvolver um sistema de apoio social e interação eficaz, minimizando efeitos das mudanças ambientais ao paciente.
Comunicação	Comunicação verbal prejudicada	- Avaliar possibilidade de meios alternativos de comunicação com o paciente, conforme capacidade ^[11-12] (pranchetas, mímicas, desenhos, etc.); -Atentar para respostas não verbais aos estímulos aplicados ^[10-11] ; -Realizar estimulação ambiental para obter respostas do paciente(expressões faciais, piscar de olhos, aperto de mão, etc.) ^[10-11] .	-Nas 24 horas -Manhã tarde e noite - Manhã, tarde e noite	-Estabelecer um método de comunicação no qual possa expressar suas necessidades.

Fonte: Produzido pelas autoras com base em autores^[10,11,12] .

DISCUSSÃO

Apesar de se tratar de um estudo com número reduzido de participantes, o que limita a generalização, o perfil epidemiológico descrito converge com o perfil atual de sepse em UTIs do Brasil, como foi avaliado nos anos de 2005 a 2014 em todas as regiões do Brasil, estudando-se 23.890 pacientes sépticos; nesta pesquisa, a idade média obtida foi de $60,5 \pm 21,5$ anos, o sexo masculino predominou com 52,2%, sobre a gravidade 59,5% apresentaram sepse grave e 40,5% choque séptico^[1]. A maior prevalência destes focos pode estar relacionada à utilização de dispositivos invasivos^[12].

O agravamento do quadro séptico pode estar associado a fatores de risco como idade avançada, raça branca, presença de uma infecção do trato respiratório, falência de órgãos e uso de cateter de artéria pulmonar^[13]. No Brasil, a sepse grave é o agravo responsável por 54,5% da taxa de letalidade^[14] em pacientes acometidos, e destaca-se que 17% dos leitos em UTIs são ocupados por pacientes sépticos. A incidência dessa condição patogênica é estimada em 300 casos por 100.000 pessoas, com elevação de 13% por ano. A gravidade dessa doença pode ser evidenciada pela alta taxa de mortalidade dos brasileiros (20-50%) e pela incidência de 30 casos por mil pacientes/dia^[15].

Ademais, o extremo etário, e todas as suas implicações, tendem a vulnerabilizar o paciente e, como expressão disso, há elevado número de NHB afetadas. Neste contexto, a enfermagem precisa atuar mediante à detecção precoce e estabelecer seu plano de cuidados baseado nas NHB afetadas e respectivos diagnósticos de enfermagem.

A fisiopatologia da sepse é descrita quando a falta de oxigenação dos eventos iniciados pela ativação da resposta inflamatória e seus mediadores afetam os pulmões de forma direta e indireta, levando à broncoconstricção, ao extravasamento capilar no interstício pulmonar e tudo isso resulta em áreas de má perfusão pulmonar (*shunt*), hipertensão pulmonar e aumento do trabalho respiratório^[12].

Categoria 1: Necessidades psicobiológicas

Sobre a NHB afetada de Integridade física, o principal fator contribuinte para as alterações é a má perfusão tecidual, pois, no processo séptico, os principais mecanismos relacionados com a hipóxia tecidual são: hipotensão arterial e queda do débito cardíaco, redistribuição do fluxo sanguíneo, *shunt* periférico, trombose difusa na microcirculação e também as disfunções mitocondriais. Deste modo, após tais eventos, os tecidos ficam com déficit em nutrientes e oxigênio para se manterem e regenerarem quando necessário^[16].

No contexto da regulação fisiológica alterada, a nível metabólico há um estado hipercatabólico, caracterizado pelo aumento do consumo de energia em repouso, extenso catabolismo de proteínas, balanço nitrogenado negativo, hiperglicemia e gliconeogênese hepática. Todos estes fatores culminam na expressão da NHB de Regulação fisiológica afetada e necessitam de devidas intervenções^[12].

Com a falência renal, ocorrem distúrbios funcionais importantes que também afetam a homeostase metabólica. Assim, nesse quadro podem ocorrer alterações como letargia, confusão mental, desorientação, *delirium*, torpor e coma, os quais podem estar presentes ou se manifestar

em decorrência de hipoxemia ou acidose. Essas manifestações clínicas também se tornam evidentes na vigência de distúrbios neurológicos secundários à sepse, haja vista a diminuição da perfusão cerebral como disfunção orgânica associada^[14].

Sobre a locomoção prejudicada relacionada ao rebaixamento do nível de consciência, as alterações cerebrais são comuns na sepse e no choque séptico por conta de endotoxinas que induzem à confusão mental e à sonolência. Outros fatores frequentes são a diminuição do fluxo cerebral e, por vezes, encefalopatia séptica desencadeada pela resposta inflamatória sistêmica^[16].

Sobre a NHB de eliminação alterada relaciona-se à função renal e gastrointestinal prejudicadas, sabe-se que desde o início da sepse, a hipoperfusão tecidual e a lesão inflamatória levam a uma disfunção tubular renal; o que piora o prognóstico do paciente e aumenta a mortalidade quando culmina em Insuficiência renal associada à sepse^[17].

A lesão renal aguda (LRA) aparece em 23% dos pacientes e em 51% dos pacientes com choque séptico. Com a falência renal, ocorrem distúrbios funcionais importantes que também afetam a homeostase metabólica^[14].

Neste contexto, a sepse também leva à motilidade gastrointestinal prejudicada e alterações nutricionais, decorrentes do excesso ou déficit dos componentes necessários para uma nutrição equilibrada. Logo, há déficit em suprir as altas demandas corporais que ocorrem por mecanismos endógenos decorrentes da sepse. O risco de depleção nutricional é alto no processo séptico e estes pacientes precisam de nutrição suplementar para evitar desnutrição e otimizar a função celular^[12].

Ao se tratar da hiperglicemia, é esperada em pacientes críticos e pode agravar-se durante o tratamento devido à necessidade de corticoides, nutrição enteral ou jejum prolongado e imunossupressão. A elevação da glicemia e sua variabilidade também são consideradas marcadores de mau prognóstico para o paciente séptico^[12].

Outro aspecto importante entre os pacientes sépticos está relacionado à subnutrição, deficiência que resulta em alterações imunológicas. Essas, por sua vez, aumentam os riscos de infecções, a permanência hospitalar e as taxas de mortalidade, elevando, conseqüentemente, os custos na área da saúde^[14]. É importante também considerar que a introdução da terapia nutricional precoce auxilia na recuperação, diminui o tempo de internação, reduz a incidência de complicações infecciosas e influi diretamente na mortalidade dos pacientes graves, pois favorece a cicatrização, a melhora da resposta imunológica e a diminuição do estresse fisiológico^[14].

Categoria 2: Necessidades Psicossociais

A categoria de Necessidades Psicossociais está ligada à relação da mente/interação social dos pacientes estudados. A variedade de agentes estressores na UTI, o estado atual da saúde, os mecanismos de proteção fragilizados, dentre outros fatores, influenciam sobremaneira no âmbito psicossocial dos pacientes.

Nesta categoria, a avaliação dos aspectos psicossociais do paciente e a manutenção de comunicação atenta e próxima se mostram como fatores terapêuticos, o que favorece ao paciente expressar suas emoções, sentimentos, esclarecer fantasias que possam prejudicar o seu tratamento, ajudá-lo a buscar recursos internos para enfrentar suas dificuldades, fortalecer as motivações de sua vida, incentivar o vínculo de confiança na equipe e facilitar a aceitação da

situação de dependência^[18].

Pacientes sépticos, quando inconscientes ou com a NHB de Comunicação afetadas, buscam alternativas de comunicação através de leitura labial, sinalizações, uso da escrita ou figuras, incentivando a capacidade de expressão do indivíduo e acessando seu universo subjetivo^[18].

Os aspectos psicossociais em pacientes de UTI apontam que a hospitalização pode se tornar uma situação de crise, em que o paciente pode apresentar estado emocional marcado pela insegurança, perda de independência, perda do poder de decisão, perda da identidade, do reconhecimento social e da autoestima^[19].

Estas mudanças emocionais relacionadas ao internamento em UTI também foram expressas na NHB de Participação (presente em 100% dos casos), como pontuado anteriormente e percebidas nas unidades de análise a seguir: Interação social prejudicada, Risco de síndrome de stress por mudança, e Risco de violência dirigida a outras pessoas, esta última se tratando de um paciente psiquiátrico, mas esta agressividade pode estar relacionada também às disfunções neurológicas do processo séptico, como a agitação e mudança comportamental presente na encefalopatia séptica^[16].

Na NHB de Comunicação afetada, têm-se a Comunicação verbal prejudicada, seja pelo uso de tubo orotraqueal e outros dispositivos ventilatórios, ou pelas flutuações neurológicas. A NHB de Autoestima relaciona-se com o Risco de baixa autoestima situacional. A NHB de Orientação em tempo e espaço se apresentou como fator relacional à confusão crônica.

Portanto, foi percebido que em todos os pacientes do estudo existiam sinais de necessidades psicossociais afetadas; e a equipe multiprofissional tem papel fundamental em promover um ambiente seguro e confiável aos pacientes. Algumas atitudes da equipe poderão facilitar esta relação de segurança emocional com os pacientes, seja através da demonstração de respeito, conhecimento técnico-científico, o saber ouvir, explicar o que lhes é questionado, dentre outras atitudes^[19].

Abordagem sobre o plano de cuidados ao paciente admitido com sepse em UTI

A importância da detecção precoce dos sinais de sepse e o manejo clínico adequado são fatores contribuintes ao prognóstico do paciente. A identificação precoce da sepse e a implementação precoce de terapias baseadas em evidências tem comprovação na melhoria dos resultados e na diminuição da mortalidade por sepse^[20]. Logo, este estudo foi formulado para o estímulo de práticas de enfermagem baseadas em conhecimento científico e que visem contribuir para melhor prognóstico do paciente admitido com sepse.

A precocidade real dessas intervenções depende da capacidade de identificar os pacientes com risco de sepse, pois um diagnóstico tardio é um importante obstáculo ao início do tratamento e à redução da mortalidade^[21].

Deste modo, a SAE se mostra como estratégia importante no manejo clínico do paciente séptico, pois, através dela, a equipe de enfermagem pode desenvolver um cuidado que se baseia em raciocínio clínico rigoroso, levantamento de problemas, plano de ação para solucioná-los e com metas bem definidas para reavaliar a resposta do paciente.

Alguns dos Diagnósticos de enfermagem que podem estar relacionados frequentemente à sepse são: Risco de volume de líquidos deficiente; Risco de débito cardíaco diminuído; Risco de

troca de gases prejudicada; Risco de choque e Hipertermia. No choque séptico, alguns autores pontuam diagnósticos como: Volume de líquidos deficientes e Integridade da pele-tecidos prejudicada^[22]. Entretanto, sabe-se que diversos diagnósticos podem ser levantados a partir de pacientes distintos.

CONCLUSÃO

Após a pesquisa em prontuários, analisando dados sobre o estado neurológico, ventilatório, hemodinâmico, hídrico, metabólico, nutricional, tegumentar, eletrolítico, locomotor e de eliminação, além de proteção e comunicação de pacientes admitidos com sepse em UTI, foi possível a elaboração do plano de cuidados que se baseou nos títulos diagnósticos mais frequentes nos 10 (dez) casos. Foram incluídos no plano final: Padrão respiratório ineficaz, Risco de integridade da pele prejudicada, Risco de desequilíbrio eletrolítico, Risco de choque, Hipertermia, Mobilidade física prejudicada, Risco de perfusão renal ineficaz, Proteção ineficaz, Risco de quedas, Interação social prejudicada e Comunicação verbal prejudicada, por se mostrarem como diagnósticos de enfermagem comuns entre todos os pacientes.

As ações de enfermagem utilizadas na elaboração do plano de cuidados enfatizaram a importância do atendimento às necessidades psicobiológicas e psicossociais, sendo realizado aprazamento pertinente e possível de ser implementado desde a admissão na UTI até o período das primeiras 24 horas posteriores. Logo após, é necessária uma reavaliação crítica da equipe de enfermagem para readequar o plano de cuidados conforme a necessidade do paciente, garantindo assim cuidados individualizados e sistematizados.

Neste contexto, é percebida a relevância de uma identificação precoce pela equipe multidisciplinar e manejo rápido e eficaz dos sinais e sintomas do processo séptico. A abordagem do plano de cuidados inicial se baseou na responsabilidade da equipe de enfermagem neste manejo precoce e percepção de alterações no paciente.

É necessário que sejam realizadas mais pesquisas que discutam sobre a temática do atendimento individualizado ao paciente séptico. Portanto, a criação deste plano de cuidados objetivou contribuir para a produção científica acerca desta relevante temática; fornecer subsídios teórico-práticos para profissionais de enfermagem realizarem o manejo ao paciente admitido com sepse nas UTIs, e estimular um cuidado sistematizado e holístico a fim de auxiliar no melhor prognóstico destes pacientes.

Como limitações deste estudo, percebeu-se que a formulação do plano de cuidados através da perspectiva de duas enfermeiras intensivistas, a pesquisadora e sua orientadora, bem como a realização da pesquisa em apenas um hospital, se mostraram como fatores que predispoem eventuais vieses. Sabe-se, portanto, que antes que este plano de cuidados seja efetivamente utilizado, é necessário que passe por um processo de validação através da avaliação de enfermeiros intensivistas que contribuam com suas opiniões a respeito da aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Latino Americano de Sepse. Sepse: um problema de saúde pública [Internet]. 2016. [citado 2019 mar 28]; Disponível em: <https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude-publica-cfm-ilas.pdf>
2. Instituto Latino Americano de Sepse. Implementação de protocolo gerenciado de sepse protocolo clínico [Internet]. 2018. [citado 2019 abr 1]. Disponível em: <https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>.
3. Medeiros D. Sepse: prevenção, diagnóstico e tratamento [Internet]. 2017 [citado 2019 mar 28]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/sepse-denise-medeiros-fala-sobre-prevencao-diagnostico-e-tratamento>.
4. Westphal GA, Pereira AB, Fachin SM, Sperotto G, Gonçalves M, Albino L et.al. Um sistema eletrônico de alerta ajuda a reduzir o tempo para diagnóstico de sepse. [Internet]. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2018 Dec [citado 2019 Ago 07]; 30(4): 414-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000400414&lng=en. Epub Dec 13, 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20180059>.
5. Pontes ALC, Cavalcanti AB, Lisboa T, Pizzol FD, Machado FR. A sepse é um grave problema de saúde na América Latina: uma chamada à ação!. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2018 Dez [citado 2019 abr 01]; 30(4): 402-404. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2018000400402&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
6. Neto JMR, Bezerra LM, Barros MAA, Fontes WD. Processo de enfermagem e choque séptico: os cuidados intensivos de enfermagem. Rev enferm UFPE. 2011;5(9):2260-7.
7. Doenges ME, Moorhouse, MF, Murr AC. Diagnósticos de enfermagem: Intervenções-Prioridades-Fundamentos. Trad. Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
9. Brasil MS. Resolução nº 466 sobre pesquisas com Seres humanos. [Internet] 12 de dezembro de 2012. [citado 2019 mar 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
10. Carpenito-Moyet LJ. Manual de Diagnósticos de enfermagem.14. ed. Porto Alegre: Artmed. 2012.
11. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J et al. Surviving Sepsis

Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic chock. Crit Care Med. 2004 mar;32(3):858-73.

12. Morton PG, Fontaine DK. Cuidados Críticos De Enfermagem: Uma Abordagem Holística. 9ªed.Guanabara Koogan. 2011.

13. Barros LLS, Maia FSC, Monteiro CM. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Cad. saúde colet. [Internet]. 2016 Dec. [citado 2019 abr 01]; 24(4):388-396. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2016000400388&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040091>

14. Garrido F, Tieppo L , Pereira MDS , Freitas R , Freitas WM , Filipini R et al. Ações do enfermeiro na identificação precoce de alterações sistêmicas causadas pela sepse grave. ABCS Health Sci. [Internet]. 2017. [citado 2019 abr 01] ; 42(1): 15-20. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/944>

15. Mello GRD, Erdmann LA, Magalhães PLA. Sepsis care: avaliação de aplicativo móvel no cuidado de enfermagem ao paciente com sepse. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018. [citado 2019 abr 01]; 23(2). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52283>

16. Knobel E, Fernandes Junior CJ, Machado FS, Silva E. Condutas no paciente grave. 2.ed. São Paulo. Atheneu; 2006. p. 61-78.

17. Pereira JGA, Marson F , Abeid M , Ostini FM , Souza SH, Basile-Filho A. Fisiopatologia da sepse e suas implicações terapêuticas. Simpósio Medicina Intensiva. [Internet]. 1998. [citado 2019 abr 01]. Ribeirão Preto. 31: 349-362. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7681>

18. Lucchesi F, Macedo PCM, Marco MA. Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva. Revista da SBPH. [Internet]. 2008 [citado 2019 abr 01]; 11(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003

19. Severo GC, Girardo, Perlini MNO. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção dos pacientes. Rev. Scientia Medica. [Internet]. 2005. [citado 2019 abr 01]; 15(1). Porto Alegre: PUCRS. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/1539/1142>

20. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Critc Care Med. [Internet]. 2013 [citado 2019 abr 01]; 39 (2): 165-228. Disponível em: <http://www.survivingsepsis.org/sitecollectiondocuments/implement-pocketguide.pdf>

21. Westphal GA, Pereira AB, Fachin SM, Sperotto G, Gonçalves M, Albino L et al. Um sistema eletrônico de alerta ajuda a reduzir o tempo para diagnóstico de sepse. Rev Bras Ter Intensiva. [Internet]. 2018. [citado 2019 mar 28]; 30(4): 414-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-507X2018000400414&lng=pt&nrm=iso

Adailton Alves da Costa Filho
adailtonalves@hotmail.com

Bacharel em Saúde e aluno de graduação de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Brasil

Cinthia Soares Lisboa
cinthiaslisboa@gmail.com

Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brasil

Andressa Santos Viana
dessaviana17@gmail.com

Bacharel em Saúde e aluna de graduação em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Brasil

Michele de Jesus Cavalcante
michelej cav@gmail.com

Nutricionista pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Brasil

Djanilson Barbosa dos Santos
djanilsonb@gmail.com

Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

FATORES ASSOCIADOS AO USO DE SULFATO FERROSO POR GESTANTES: COORTE NISAMI

*RELATED FACTORS TO USE OF FERROUS SULPHATE BY
PREGNANT WOMAN: COHORT NISAMI*

RESUMO

Objetivos: Avaliar a suplementação com sulfato ferroso e os fatores associados em gestantes usuárias do serviço público de um município do Recôncavo Baiano. **Métodos:** O estudo foi do tipo transversal, sendo um recorte de um estudo de coorte prospectivo. A amostra compreende o total de 717 gestantes. Utilizou-se o programa EPI-DATA versão 3.0 para a digitação dos dados. A análise estatística foi realizada no programa STATA versão 7.0. **Resultados:** Os resultados desse estudo evidenciam que as maiores prevalências de uso de suplementação com sulfato ferroso mantiveram-se associadas à escolaridade ≤ 8 anos; cor da pele negra; renda familiar inferior a 1 (um) salário mínimo; realização de seis ou mais consultas e, por fim, mães com a presença de anemia. Considerando a amostra total, 31,5% usaram sulfato ferroso no primeiro trimestre, 18,7% no segundo e 1,2% no terceiro. **Conclusão:** A relevância da avaliação de programas de suplementação com sulfato ferroso, juntamente com seus fatores associados, em gestantes, aponta para a importância do aumento da cobertura do programa no município pesquisado, para os diferentes estratos desta população, bem como para o estudo de estratégias que possam minorar a baixa adesão desta parcela da população ao programa.

PALAVRAS-CHAVE:

Sulfato ferroso. Suplementação nutricional. Gestantes. Anemia.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the supplementation with ferrous sulfate and related factors in pregnant women who use the public service of a city in Recôncavo Baiano. **Methods:** The cross-sectional study was a prospective cohort study. The sample comprised a total of 717 pregnant women. The EPI-DATA version 3.0 program was used to enter the data. Statistical analysis was performed in the STATA program version 7.0. **Results:** The results of this study show that the higher prevalence of supplementation with ferrous sulphate were associated with schooling ≤ 8 years; black skin color; family income less than 1 minimum wage; six or more consultations and, finally, mothers with the presence of anemia. Considering the total sample, 31.5% used ferrous sulfate in the first trimester, 18.7% in the second and 1.2% in the third. **Conclusion:** The relevance of the evaluation of supplementation programs with ferrous sulphate, together with its associated factors, in pregnant women, points to the importance of increasing the coverage of the program in the municipality studied, for the different strata of this population, as well as, for the study strategies that may reduce the low adherence of this part of the population to the program.

Keywords: Ferrous sulfate. Nutritional supplementation. Pregnant women. Anemia.

INTRODUÇÃO

A anemia ferropriva é um problema comum de saúde pública caracterizada por níveis de hemoglobina abaixo de 11 g/dL^[1]. Esta doença tem a suplementação profilática com sais de ferro como uma estratégia amplamente adotada pelos países que possuem alta prevalência da anemia ferropriva nos grupos mais suscetíveis^[1-2].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, nos países em desenvolvimento, 52% das gestantes são anêmicas. No Brasil, ainda que sejam escassas as pesquisas consistentes sobre a prevalência de anemia, estima-se que possa atingir entre 15% e 30% em gestantes^[1-2].

Na gestação ocorrem ajustes fisiológicos que modificam o organismo materno, como a elevação do nível plasmático em 50% para suprir o sistema vascular hipertrofiado do útero. E com essa hemodiluição acontece um acréscimo do nível de hemoglobina de 20% e transferência crescentes de ferro decorrente da necessidade do mesmo para o feto e para as estruturas da placenta^[1,3]. O próprio organismo materno utiliza de mecanismos para economia de ferro e da absorção intestinal de ferro^[3-4].

Todos esses mecanismos requeridos pela gestação, no entanto, podem ser insuficientes para ajustar ou prevenir a deficiência desse mineral^[3]. O rastreamento para anemia deve ser realizado durante o acompanhamento pré-natal de todas as gestantes através de uma avaliação clínica adequada para determinar a orientação do tratamento^[5-6].

Entre os tratamentos mais utilizados, tem-se o esquema de suplementação com sulfato ferroso e o Ministério da Saúde determina que seja feita a suplementação diária de 40mg de ferro elementar a todas as gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, não havendo necessidade de diagnóstico laboratorial para que ocorra a distribuição destinada à prevenção^[6-7].

A suplementação de ferro parece prevenir a redução nos níveis de hemoglobina durante a

gravidez, melhorando os níveis de ferro ao nascimento ou no puerpério, reduzindo a resistência às infecções em gestantes e às repercussões negativas em curto e longo prazo à saúde do feto, destacando nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor e morte fetal^[2,4].

Nesse contexto, levando em consideração os ajustes fisiológicos e as necessidades mais elevadas de ferro no decorrer da gestação, o presente estudo tem como objetivo avaliar a suplementação com sulfato ferroso e os fatores associados em gestantes usuárias do serviço público de um município do recôncavo baiano.

MATERIAL E MÉTODOS

O delineamento utilizado para o estudo foi do tipo transversal, sendo um recorte de um estudo de coorte prospectivo intitulado *Fatores maternos de risco para o baixo peso ao nascer, prematuridade e retardo do crescimento intrauterino, no Recôncavo da Bahia*. As normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos foram atendidas no estudo.

O município investigado está localizado no recôncavo baiano, no estado da Bahia, a 187 km da capital Salvador. De acordo com o Censo Demográfico realizado em 2010, a cidade possuía 90.985 habitantes, cerca de 48.020 do sexo feminino. A população estimada para 2014 foi de 100.550 habitantes^[8]. A prestação de serviços de saúde ocorre em 26 unidades de atendimento básico, 38 clínicas/centros de especialidade, 5 (cinco) hospitais (públicos e/ou privados), 2 (duas) policlínicas e ainda aloca a 4ª Diretoria Regional de Saúde^[9].

Os propósitos da pesquisa e sua metodologia eram explicados às gestantes, inclusive o compromisso de confidencialidade dos dados. E somente após a concordância das entrevistadas era dada continuidade à entrevista. Todas as gestantes assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que continham informações explícitas sobre a natureza e os objetivos do estudo.

Incluíram-se no estudo catorze Unidades de Públicas de Saúde, localizadas na zona urbana do município, a dificuldade de acesso a algumas unidades e a distância das localizadas na zona rural foram critérios de exclusão na seleção das unidades. Desta forma, participaram deste estudo todas as mulheres gestantes residentes na zona urbana do município, em qualquer idade gestacional, cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e que realizavam periodicamente o acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde, no período entre junho de 2012 a fevereiro de 2014.

O tamanho da amostra foi calculado para fornecer estimativas de proporções (ou prevalências) de algumas características de interesse, com um erro máximo de 0,04 em valor absoluto, no nível de confiança de 95%. Para garantir que isto ocorra, foi dimensionada a amostra, considerando que a prevalência (proporção) é da ordem de 0,5 (ou 50%), pois esta é a estimativa mais segura por corresponder ao maior tamanho de amostra que pode ser calculado. A amostra mínima necessária para garantir significância estatística foi de 600 gestantes, mas optou-se por utilizar os dados de todas as gestantes (N= 717) que foram captadas no período.

A suplementação com sulfato ferroso durante a gestação foi a variável dependente. Esse desfecho foi definido pela seguinte questão: *"A senhora usou algum remédio, nesta gravidez, para:*

pressão alta, diabetes (açúcar alto no sangue), dor ou cólica, enjoo ou vômito, tosse, corrimento, infecção, problemas respiratórios e outros motivos?"; "Qual trimestre começou a usar?".

As variáveis independentes foram: condições socioeconômicas da família (escolaridade, renda familiar), dados demográficos (idade, cor da pele, estado civil), história reprodutiva materna (número de filhos, número de gestações) e assistência pré-natal (número de consultas, trimestre de início). As informações ligadas aos antecedentes obstétricos e exames laboratoriais foram levantadas a partir dos prontuários dos serviços de pré-natal e dos cartões da gestante.

Os questionários preenchidos foram revisados pela equipe de supervisores. O entrevistador, sempre que fosse necessário, corrigia imperfeições da entrevista realizada. A entrada dos dados foi feita por meio de uma tela criada no programa EPI-DATA versão 3.0. Após a revisão dos questionários, as informações foram compiladas em banco de dados informatizado para posterior análise estatística no programa STATA versão 7.0. Em seguida, o banco de informações foi editado para aferição da qualidade do processo de entrada de dados e à correção dos erros detectados. Isso foi feito através do exame da distribuição de frequência de cada variável para identificação de valores fora de limites, checagem de valores inválidos, identificação de entrada em duplicata e checagem de dados incompatíveis ou contraditórios.

As análises bruta e ajustada foram feitas por meio da regressão de Poisson. A medida de desfecho foi expressa pela razão de prevalência (RP), intervalo de confiança de 95% (IC95%). Na modelagem estatística selecionaram-se as variáveis com valores de p menores ou iguais a 0,20 na análise bruta. A seguir, essas variáveis foram introduzidas no modelo de regressão de Poisson por meio do procedimento *stepwise*. Foram mantidas no modelo as variáveis que permaneceram significantes, aquela com valor $p \leq 0,05$, depois do ajuste pelas outras variáveis.

O projeto foi submetido para ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Adventista de Fisioterapia da Bahia, com aprovação sob protocolo de nº 050/10 (CAAE 4369.0.000.070-10).

RESULTADOS

A caracterização geral das 717 gestantes estudadas, 52,4% declarou a utilização da suplementação com sulfato ferroso. A descrição da amostra com relação às distribuições das características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas e de assistência pré-natal encontra-se na Tabela 1. Observou-se que, 47,5% das entrevistadas possuíam menos de 24 anos, houve uma predominância de mulheres de cor da pele negra (83,6%), 68,2% apresentavam entre 9 a 11 anos de estudo, a maior parte referiu convívio com companheiro (83,4%) e 76,7% afirmaram possuir renda maior a um salário mínimo. Cerca de 80% tiveram um número menor que 2 gestações e não completaram o mínimo de 6 consultas de assistência pré-natal. Apenas um terço das mães foi diagnosticado com anemia.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de acordo com alguns aspectos demográficos, socioeconômicos, reprodutivos, de assistência pré-natal e ocorrência de anemia. Santo Antônio de Jesus - BA. ($n_{\text{total}} = 717$).

Chart 1 – Characterization of the sample according to some demographic, socioeconomic, reproductive, prenatal and anemia aspects. Santo Antônio de Jesus - BA. ($n_{\text{total}} = 717$).

Características	N	%
Idade Materna		
≤ 24 anos	341	47,5
25 – 29	197	27,5
≥30	179	25,0
Escolaridade		
≤ 8 anos	165	23,1
9 - 11 anos	487	68,2
≥11 anos	62	8,6
Estado civil		
Sem companheiro	119	16,6
Com companheiro	597	83,4
Cor da pele		
Não - negras	93	12,9
Negras	600	83,6
Renda familiar		
≤ 1 salário mínimo	159	23,3
> 1 salário mínimo	523	76,7
Número de gestações		
<2	566	79,1
≥2	149	20,8
Número de consultas		
<6	568	79,2
≥6	139	20,8
Início do pré-natal		
1º Trimestre	519	72,3
2º Trimestre	148	20,6
3º Trimestre	17	2,4
Anemia		
Sim	203	28,6
Não	508	71,4

Fonte: Produzido pelos autores.

A distribuição da utilização de sulfato ferroso, bem como os resultados da análise bruta e ajustada, estão dispostos na Tabela 2. A prevalência de gestantes que fizeram uso de suplementação variou de 48,9% entre aquelas com renda maior a um salário mínimo a 62,9%

entre aquelas com renda inferior. As variáveis que tiveram maior variação percentual entre seus estratos foram o número de consultas e presença de anemia.

Tabela 2 – Análise bruta e ajustada para fatores associados à suplementação com sulfato ferroso durante a gestação. Santo Antônio de Jesus – BA. ($n_{total} = 717$; $n_{selecionado} = 376$).

Chart 2 – Gross and adjusted analysis for factors associated with supplementation with ferrous sulfate during gestation. Santo Antônio de Jesus - BA. ($n_{total} = 717$; $n_{selected} = 376$).

Variáveis	N	Sulfato Ferroso %	Análise Bruta	Análise Ajustada
			RP (IC95%)	RP (IC95%)
Idade Materna				
≤ 24 anos	341	52,5	1,00 (0,98 – 1,35)	-
25 – 29	197	49,7	1,00	-
≥30	99	55,3	1,17 (0,83 – 1,64)	-
Escolaridade				
≤ 8 anos	165	58,8	1,38 (0,97 – 1,96)	1,56 (1,05 – 2,31)
9 - 11 anos	487	52,3	0,96 (0,70 – 1,32)	-
≥11 anos	62	38,7	1,00	1,00
Estado Civil				
Sem companheiro	119	46,2	1,00	-
Com companheiro	597	53,8	1,35 (0,91 - 2,01)	-
Cor da pele				
Não – negras	93	44,1	1,00	1,00
Negras	600	53,7	1,47 (0,95 – 2,28)	1,59 (1,08 – 2,56)
Renda familiar				
≤ 1 salário mínimo	159	62,9	1,57 (1,39 – 1,81)	1,62 (1,41 – 1,92)
> 1 salário mínimo	523	48,9	1,00	1,00
Número de gestações				
<2	566	53,5	1,00	-
≥2	149	48,3	0,81 (0,57 – 1,16)	
Número de consultas				
<6	568	45,9	1,00	1,00
≥6	149	77,1	3,98 (2,62 – 6,04)	4,05 (2,61 – 6,30)
Início do pré-natal				
1º Trimestre	519	54,3	1,07 (0,75 – 1,51)	-
2º Trimestre	148	52,7	1,00	-
3º Trimestre	17	52,9	0,96 (0,37 – 2,52)	-
Anemia				
Sim	203	63,0	1,54 (1,39 – 1,76)	1,65 (1,45 – 1,95)
Não	508	48,2	1,00	1,00

Fonte: Produzido pelos autores

Na análise bruta, destacaram-se significativamente associadas com o uso de sulfato ferroso as seguintes variáveis: idade materna, escolaridade, estado civil, cor da pele, renda familiar, número de consultas, início do pré-natal e a ocorrência de anemia. Quando ajustadas, mantiveram-se associadas: escolaridade ≤ 8 anos (RP=1,56; IC95% 1,05 – 2,31); cor da pele negra (RP=1,59; IC95% 1,08 – 2,56); renda família inferior a 1 (um) salário mínimo (RP=1,62; IC95% 1,41 – 1,92); realização de seis ou mais consultas (RP=4,05; IC95% 2,61 – 6,30) e, por fim, mães com a presença de anemia (RP=1,65; IC95% 1,45 – 1,95) (Tabela 2).

Na Tabela 3, são apresentados os fatores associados à utilização de sulfato ferroso segundo o trimestre gestacional. Considerando a amostra total, 31,5% usaram sulfato ferroso no primeiro trimestre, 18,7% no segundo e 1,2% no terceiro. Destaca-se, no conjunto das informações das mulheres que iniciaram a utilização da suplementação de ferro no primeiro trimestre, que tinham idade ≤ 24 anos, apresentavam 9 – 11 anos de escolaridade, tinham companheiro, eram da cor negra e recebiam renda maior do que um salário mínimo. No que diz respeito à anemia, considerando toda a gestação, das 52,4% gestantes que fizeram uso do sulfato ferroso, a maioria não tinha diagnóstico de anemia.

Tabela 3 – Fatores associados à suplementação de com sulfato ferroso, segundo o trimestre gestacional de início da utilização. Santo Antônio de Jesus - BA. ($n_{total} = 717$; $n_{selecionado} = 376$).

Chart 3 – Factors associated with supplementation with ferrous sulfate, according to the gestational trimester of use. Santo Antônio de Jesus - BA. ($n_{total} = 717$; $n_{selected} = 376$).

Características	Uso de sulfato ferroso							
	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Todas as gestantes	226	60,9	134	36,1	9	2,4	376	52,4
Idade Materna								
≤ 24 anos	96	28,1	75	22,0	6	1,7	341	47,5
25 – 29	67	34,0	27	13,7	2	1,0	197	27,5
≥ 30	63	35,2	32	18,0	1	0,5	179	25,0
Escolaridade								
≤ 8 anos	50	30,3	44	26,6	2	12,1	165	23,1
9 - 11 anos	159	32,6	83	17,0	7	1,4	487	68,2
≥ 11 anos	17	27,4	7	11,3	0	0,0	62	8,6
Estado Civil								
Sem companheiro	24	20,1	29	24,4	1	0,8	119	16,6
Com companheiro	202	33,8	105	17,6	8	1,3	597	83,3
Cor da pele								
Não – negras	18	19,3	22	23,6	1	1,1	93	12,9
Negras	200	33,3	108	18,0	8	1,3	600	83,6
Renda familiar								
≤ 1 salário mínimo	48	30,1	49	30,8	1	0,6	159	22,1
> 1 salário mínimo	170	32,5	75	14,3	8	1,5	523	72,9
Número de gestações								
< 2	184	32,5	105	18,5	8	1,4	566	79,1
≥ 2	41	27,5	29	19,4	1	0,7	149	20,8
Número de consultas								
< 6	152	26,7	100	17,6	3	0,5	568	79,2
≥ 6	74	49,6	34	22,8	6	4,0	149	20,8

Anemia								
Sim	47	34,3	35	25,5	3	2,2	137	19,1
Não	146	38,3	79	20,7	6	1,6	381	53,1

Fonte: Produzido pelos autores

A Tabela 4 traz a presença de anemia, por trimestre gestacional, relacionada à utilização do sulfato ferroso. Essa relação apresentou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$) para as gestantes anêmicas que iniciaram a suplementação no primeiro trimestre.

Tabela 4 – Análise bruta e ajustada da utilização de sulfato ferroso (%), de acordo com os trimestres gestacionais, segundo a presença de anemia em gestantes. Santo Antônio de Jesus - BA.

Chart 4 – Gross and adjusted analysis of the use of ferrous sulfate (%), according to the gestational trimesters, according to the presence of anemia in pregnant women. Santo Antônio de Jesus - BA.

Sulfato Ferroso N		Sim		Não		p-valor
		%	N	%		
Anemia						<0,001
	Sim	128	63,05	75	36,95	
	Não	245	48,23	263	51,77	
1º Trimestre						<0,001
	Sim	92	68,15	43	31,85	
	Não	188	49,47	192	50,53	
2º Trimestre						0,455
	Sim	31	53,36	24	43,64	
	Não	46	50,00	46	50,00	
3º Trimestre						0,707
	Sim	3	60,00	2	40,00	
	Não	6	50,00	6	50,00	

Fonte: Produzido pelos autores

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo evidenciam que as maiores prevalências de uso de suplementação com sulfato ferroso, após análise ajustadas, foram observadas entre mães com até oito anos de escolaridade, de cor da pele negra, renda familiar menor ou igual a um salário mínimo, que completaram seis ou mais consultas de pré-natal e que são anêmicas, mas a prevalência de uso foi de apenas 52,4%.

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Cesar et al.^[10] quanto à suplementação com sulfato ferro e as variáveis da cor da pele negra e o número de consultas de pré-natal realizadas. Tais resultados sugerem a importância e relevância da atenção primária à saúde, pois as variáveis citadas corroboram com um perfil populacional em situação de vulnerabilidade e que realizaram um acompanhamento mínimo de assistência pré-natal. Investigação realizada nas regiões Norte e Nordeste descreve essa influência supondo que o início do acompanhamento pré-natal ainda

no primeiro trimestre é fundamental para a detecção precoce de intercorrências na gestação e prevenção de resultados perinatais desfavoráveis^[11]

Em pesquisa realizada, com cerca de 610 gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Natal, 86,6% fizeram uso de ao menos um medicamento ao longo da gestação^[12]. A classe de fármacos mais comumente usados foram os antianêmicos, suplementos vitamínicos e/ou minerais, como os preparados de ferro e ácido fólico. Já em outro estudo sobre o uso de medicamentos durante o primeiro trimestre de gravidez, apenas 25% das gestantes não haviam feito uso de sulfato ferroso, mesmo instituídos protocolos nas instituições do município pesquisado^[6]

Contudo, no presente estudo, a prevalência do uso de suplementação com sulfato ferroso foi de 52,4%. Dados similares foram encontrados no estudo de Kassada et al.^[13] que observaram que 44,89% das gestantes fizeram uso de medicações relacionadas ao sangue e órgãos hematopoiéticos, sendo o ácido fólico e o sulfato ferroso os mais consumidos^[13]. Importante achado que deva orientar novas estratégias para a expansão do consumo, conforme preconizado. Ademais, sabe-se que a anemia em gestantes é considerada fator de risco para baixo ao peso ao nascer e que o uso diário durante a gestação de ferro possivelmente leva a uma redução no risco de baixo peso ao nascer e que o aumento na concentração de hemoglobina média aumenta de forma linear o peso ao nascimento^[14-15]

Os motivos pelos quais as gestantes não foram suplementadas com sulfato ferroso não foram avaliados. Porém, a respeito da baixa adesão ao uso de sulfato ferroso por gestantes atendidas no SUS, em estudo qualitativo, observaram-se como fatores que influenciam negativamente a baixa adesão: a falta de acesso ao sulfato ferroso no serviço de saúde; fragilidades nas orientações oferecidas à gestante e efeitos colaterais no uso do suplemento^[16]

No presente estudo, 19,1% das gestantes apresentavam anemia, sendo que o uso declarado de sais de ferro foi identificado em mais da metade das mulheres entrevistadas. Contudo, ressalta-se que a prevalência de anemia nesta amostra foi inferior à encontrada em pesquisa realizada em seis capitais brasileiras^[17].

Em uma pesquisa realizada no mesmo município da presente investigação, observou-se que todas as grávidas receberam orientações alimentares durante as consultas de pré-natal^[18]. Dentre essas orientações, constava o consumo de alimentos ricos em ferro, nutrientes que as mulheres necessitam para repor suas perdas basais, para expansão da massa eritrocitária, além de suprir as necessidades para o crescimento do feto e da placenta^[19]

É importante destacar que essas orientações devem ser ofertadas considerando condicionantes importantes, a exemplo de contexto econômicos, social e cultural, assim como o encaminhamento das gestantes para programas de assistência social, quando necessário^[18]

Dentre os indicadores demográficos e socioeconômicos analisados por Ferreira^[20] associados ao maior risco da ocorrência de anemia, encontram-se a classificação econômica e escolaridade. Isto por poderem dificultar a aquisição de alimentos e a tomada de decisões, juntamente com a baixa utilização de suplementação. Em outro estudo, sobre fatores de risco associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil, as variáveis que apresentaram maiores risco para anemia foram gestantes menores ou igual à idade de 19 anos e maior ou igual a 35 anos, maior número de membros no domicílio, ausência do abastecimento de água pela rede geral, tabagismo e insegurança alimentar, sendo a prevalência de anemia 28,3% e

70% das gestantes com anemia fazia uso de antianêmico^[21]

Em uma investigação de base populacional realizado com 2.557 puérperas constatou, assim como no presente estudo, que a suplementação com sulfato ferroso é consideravelmente mais prescrita para o grupo com menor renda familiar. Isso pode ocorrer devido à promoção de suplementação direcionada ao acolhimento das classes menos favorecidas ou a maior procura desta população pelo atendimento público^[22]

Obstante a isto, das gestantes que utilizaram sulfato ferroso, nota-se um elevado número de não anêmicas. Partindo do pressuposto de que a assistência pré-natal deve atender às necessidades da população por meio de recursos adequados às transformações específicas do período gestacional, tem-se, como parte da rotina das unidades básicas a utilização de medicamentos essenciais, como o sulfato ferroso.

Salienta-se que a prescrição do composto ferroso recomendada para mulheres não anêmicas, em cada trimestre gestacional, foi elevada, apesar dos resultados do presente estudo terem encontrado valores menores que os verificados em dois estudos transversais realizados nas regiões Norte e Nordeste, nos anos de 2002 e 2005^[11]. O que pode suscitar, no município estudado, uma não adesão desta prática ao roteiro da assistência prestado pelos profissionais da área ou algum dos outros cenários conjecturados anteriormente para a não utilização da suplementação.

Por outro lado, os percentuais encontrados para o início da administração desse fármaco decresceram ao longo dos trimestres. Este fato contraria o comportamento esperado de uma maior prevalência de suplementação no segundo e terceiro trimestre gestacional, de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde^[23].

Durante o primeiro trimestre, 31,5% relataram uso do sulfato ferroso durante a gestação corroborando com a porcentagem (30,7%) encontrada por Guerra et al.^[12]. Acredita-se que esse dado talvez encontre sustentação na vertente de que suplementação desde o início da gestação associada às orientações individuais, de forma a atender as necessidades nutricionais específicas, sejam fatores importantes para uma menor frequência da anemia^[24]. Desse modo, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação do Ferro (PNSF), crianças de 6 a 24 meses de idade e gestantes ao iniciarem o pré-natal devem receber o composto ferroso^[23].

A prevalência de mulheres que fazem suplementação, em pesquisa brasileira de base populacional, é similar com os resultados obtidos no presente estudo^[10]. Além disso, ambos revelaram maiores números de suplementação em gestantes jovens, negras e primigestas.

A suplementação com sulfato ferroso, pelas políticas que já estão em vigor, é uma intervenção acessível. Além de ter grande potencial de redução de desfechos perinatais desfavoráveis, nos contextos em que a ingestão de ferro entre as gestantes for baixa e a prevalência de anemia for elevada^[23]

A rotina das listas de medicamentos essenciais, como suplementos de ácido fólico e sulfato ferroso, nas consultas de pré-natal e a adoção de estratégias para fortalecer a demanda e oferta bem-sucedida do programa são métodos simples para prevenir e controlar o problema, evitando a negligência e conseqüente aumento do risco de mortalidade materna^[24,26]

No que concerne ao presente estudo, algumas limitações referentes aos dados utilizados para a análise devem ser consideradas: variáveis tanto relacionadas ao uso dos sais de ferro quanto à ocorrência da anemia estavam ausentes, particularmente, as informações foram colhidas por entrevistas que dependem da memória do informante, havendo neste caso, a possibilidade

de viés de memória. Contudo, alguns estudos mostraram problemas semelhantes com o preenchimento^[12,22].

Além disto, a modificação das equipes de saúde das Unidades Básicas pode ter contribuído para constantes alterações dos dias de realização do pré-natal e para o não acolhimento de alguns profissionais com a realização da pesquisa. Assim como as informações incompletas nos cartões das gestantes ou no próprio prontuário, a demora na realização dos exames laboratoriais e o receio das gestantes em participar de um estudo com acompanhamento ao longo de toda a gestação dificultaram o alcance de uma cobertura maior de mulheres participantes da pesquisa.

Ainda, no que diz respeito à medida de hemoglobina como indicador de anemia ferropriva, tem-se um limite, pois, embora a causa por deficiência de ferro seja a mais difundida em mulheres grávidas, deve-se considerar que outras patologias podem originar o quadro anêmico, a exemplo de infecções recentes, parasitárias, inflamação crônica e outras deficiências nutricionais^[27].

Diante do contexto, torna-se essencial a educação nutricional e um papel ativo do nutricionista na assistência ao pré-natal para a promoção de hábitos alimentares saudáveis; prevenção, diagnóstico e tratamento de distúrbios nutricionais pré-gestacionais e gestacionais; e carências nutricionais específicas, visando obter melhores desfechos^[28].

Uma maior comunicação entre os diferentes profissionais e gestantes expandiria a compreensão acerca da importância do uso do sulfato ferroso. Ressalva-se que a possível associação da suplementação de ferro no desfecho anemia é pouco investigada, principalmente em estudos de base populacional.

Entre as limitações do estudo, os autores reconhecem a necessidade de rever o programa de suplementação de ferro no município. Aumentar sua cobertura entre as gestantes, nos diferentes estratos desta população, valendo-se da importância da utilização de sulfato ferroso como uma das principais medidas de prevenção para ocorrência de anemia, e conseqüentemente, minimizando riscos à saúde materno-infantil. Como aspectos positivos ressaltam-se a relevância do tema em análise e do desenvolvimento do estudo com esse desenho metodológico na região do Recôncavo da Bahia.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo indicam a relevância da avaliação de programas de suplementação com sulfato ferroso, juntamente com seus fatores associados, em gestantes, apontando a importância do aumento da cobertura do programa no município pesquisado, para os diferentes estratos desta população, bem como para o estudo de estratégias que possam minorar a baixa adesão desta parcela da população ao programa.

É necessário ainda investir na educação nutricional e um papel ativo do nutricionista na assistência ao pré-natal para a promoção de hábitos alimentares saudáveis; prevenção, diagnóstico e tratamento de distúrbios nutricionais pré-gestacionais e gestacionais; e carências nutricionais específicas, visando obter melhores desfechos.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) (processo 7190/2011 e APP0038/2011), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) (processo 481509/2012-7). E a todas as gestantes que participaram dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Assessing the iron status of populations: including literature reviews: report of a joint World Health Organization. 2nd ed. Centers for Disease Control and Prevention Technical Consultation on the Assessment of Iron Status at the Population Level. Geneva, Switzerland; 2004. p.108.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Anemia ferropriva em lactentes: revisão com foco na prevenção. São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia, 2012.
3. Araujo CRMA, Uchimura TT, Fujimori E, Nishida FS, Veloso GBL, Szarfarc SC. Níveis de hemoglobina e prevalência de anemia em gestantes atendidas em unidades básicas de saúde, antes e após a fortificação das farinhas com ferro. Rev Bras Epidemiol, 2013; 16(2): 535-545.
4. Massucheti L, Corso ACT, Moreira EAM. Prevalência de anemia em gestantes atendidas na rede pública de saúde do município de Florianópolis (SC). Cad Saúde Colet, 2009; 107(5): 417-432.
5. Rodrigues LP, Jorge SRPF. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, 2010; 32(Supl2): 53-56.
6. Lunardi-Maia T, Schuelter-Trevisol F, Galato D. Medication use during the first trimester of pregnancy: Drug safety and adoption of folic acid and ferrous sulphate. Rev Bras Ginecol Obstet, 2014; 36(12): 541-54
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas gerais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 24 p.: il.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades: Santo Antônio de Jesus. [Internet]. Brasil: IBGE; 2014. [acesso em 2014 set 2]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=292870&idtema=16&search=bahia|santo-antonio-de-jesus|sintese-das-informacoes>.
9. Governo do Estado da Bahia (BR). Regiões de Saúde do Estado da Bahia: Santo Antônio de Jesus. [Internet]. Brasil: Estado da Bahia; 2013. [acesso em 2014 set 28]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/municipio.asp?cidade=292870.

10. Cesar JA, Dumith SC, Chrestani MAD, Mendoza-Sassi RA. Suplementação com sulfato ferroso entre gestantes: resultados de estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2013 set; 16(3): 729-736.
11. Chrestani MAD, Santos IS, César JA, Winckler LS, Gonçalves TS, Neumann NA. Assistência à gestação e ao parto resultados de dois estudos transversais em área pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008 jul; 24(7): 1609-1618.
12. Guerra GCBG, Silva AQB, França LB, Assunção PMC, Cabral RX, Ferreira AAA. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008 ago/dez; 30(1): 12-8.
13. Kassada DS, Miasso AI, Waidman MAP, Marcon SS. Prevalência e fatores associados ao uso de medicamentos por gestantes atendidas na atenção primária. *Textocontexto - enferm.* [Internet]. 2015 set [citado 2018 mai 18]; 24(3): 713-721. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300713&lng=en.
14. Figueiredo ACMG, Gomes-Filho IS, Silva RB, Pereira PPS, Da Mata FAF, Lyrio AO, Souza ES, Cruz SS, Pereira MG. Anemia materna e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática e metanálise. *Nutrients* [Internet]. 2018 [citado 2018 mai 20]; 10(5): 601. Disponível em: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/5/601>.
15. Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *The BMJ.* 2013;346: f3443. doi:10.1136/bmj.f3443.
16. Cassimiro GN, Mata JAL. Adesão ao uso de sulfato ferroso por gestantes atendidas no sistema único de saúde. *Rev. enferm. UFPE online* [Internet]. 2017 Mai [citado 2018 mai 20]; 11(5): 2156-2167. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23371/19005>.
17. Dal Pizzol TDS, Giugliani ERJ, Mengue SS. Associação entre o uso de sais de ferro durante a gestação e nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer e muito baixo peso ao nascer. *Cad Saúde Pública.* 2009 jan; 25(1): 160-168.
18. Lisboa CS, Bittencourt LJ, Santana JM, Santos DB. Assistência nutricional no pré-natal de mulheres atendidas em unidades de saúde da família de um município do Recôncavo da Bahia: um estudo de coorte. *Demetra.* 2017; 12(3); 713-731.
19. Chagas CB. Assistência Nutricional pré-natal na prevenção e controle da deficiência de vitamina A e anemia em gestantes. [Dissertação]. Programa de Pós Graduação em Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Rio de Janeiro; 2007.
20. Ferreira HS, Moura FA, Cabral Júnior CR. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semiárida do Estado de Alagoas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(9): 445-451.
21. Oliveira ACMD, Barros AMRD, Ferreira RC. Fatores de associados à anemia em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol*

Obstet, 2015 nov; 37(11): 505-511.

22. Gonçalves CV, César JÁ, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(1): 2507-2516.

23. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Suplementação de Ferro/Manual de Condutas Gerais. P. 1-27. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2013.

24. Gautam CS, Saha L, Sekhri K, Saha PK. Iron deficiency in pregnancy and the rationality of iron supplements prescribed during pregnancy. The Medscape Journal of Medicine, 2008 dez; 10(12):283.

25. César, JA et al. Iron supplementation among pregnant women: results from a population-based survey study/ Suplementação com sulfato ferroso entre gestantes: resultados de estudo transversal de base populacional. Rev Bras Epidemiol 2013; 16(3):729-36.

26. Sanghvi TG, Philip WJH, Wainwright E. Maternal iron-folic acid supplementation programs: evidence of impact and implementation. Food & Nutrition Bulletin. 2010; 31(Supl2):p.100-107.

27. Machado, G. et al. Abordagem dos principais aspectos relacionados à anemia ferropriva. Rev. Conexão Eletrônica – Três Lagoas, MS, 2016; 13(1).

28. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMA, Saunders C, Leal MC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro. 2012 out;17(10):2

Matheus Martins de Andrade

maatheus_tibia@hotmail.com

Graduando. DMed UFSCar - Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos.

Claudia Aparecida Stefane

clauastefane@ufscar.br

Pós-Doutora. DMed UFSCar - Departamento de Medicina, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos.

Tatiana de Oliveira Sato

tatisato@ufscar.br

Pós-doutora. DFisio UFSCar - Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

TEMPO DE TELA E FREQUÊNCIA DE SENTIMENTOS NEGATIVOS EM SERVIDORES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR NO INTERIOR DE SÃO PAULO

SCREEN TIME AND NEGATIVE FEELINGS FREQUENCY IN PUBLIC SERVANTS OF A HIGHER EDUCATION INSTITUTION IN INTERIOR OF STATE OF SÃO PAULO

RESUMO

Introdução: enquanto em crianças já há fortes evidências do efeito deletério da superexposição a telas, em adultos o fenômeno ainda é pouco estudado. Outros comportamentos sedentários já foram ligados a doenças mentais, que são responsáveis por quase um terço dos anos vividos com incapacidade (YLDs) atualmente. **Objetivo:** verificar a associação entre o tempo gasto com telas e a frequência de sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade, depressão, etc.) nessa população. **Método:** trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado em uma instituição pública de ensino superior do interior do estado de São Paulo, Brasil, com duzentos e cinquenta servidores. A frequência de sentimentos negativos e o tempo de tela foram obtidos por meio de questionários, dividindo os sujeitos em três grupos de acordo com o tempo de tela diário: $\leq 4h$ (Grupo A); $>4h$ a $\leq 8h$ (Grupo B) e $>8h$ (Grupo C). **Resultados:** os servidores tinham idade média de 40,6 anos, sendo a maioria do sexo feminino (66,4%), e eutróficos (51,6%), embora o IMC médio estivesse acima do recomendado (26,1 kg / m²). Houve aumento na proporção de servidores com maior frequência de sentimentos negativos nos grupos com mais tempo de uso de telas. **Conclusões:** esta amostra apresenta evidências de associação entre o uso de telas e a saúde mental de adultos, indicando um sinal de alerta.

PALAVRAS-CHAVE:

Sedentarismo. Emoções. Estilo de vida sedentário.

ABSTRACT

Introduction: While in children there is strong evidence of deleterious effect from screen exposition excess, in adults the phenomenon is still poorly studied. Other sedentary behaviors have already been linked to mental illness, which is responsible for almost a third of years of lived with disability (YLDs) currently. **Objective:** To explore the relation between screen time and negative feelings frequency. **Method:** It's about a cross-sectional quantitative study, carried out at a higher education public institution from the interior of state of São Paulo, Brazil, with two-hundred and fifty public servants. Frequency of negative feelings and screen time were obtained through questionnaires, dividing the subjects in three groups according to daily screen time ≤ 4 h (Group A); >4 h a ≤ 8 h (Group B) e >8 h (Group C). **Results:** Individuals from both sexes were included, with female predominance (66.4%), average age of 40.6 years and eutrophic (51,6%), even though average IMC was above recommended (26.1 kg/m²). There was an increase in the proportion of servers with more negative feeling frequency according to the groups with more screen time. **Conclusion:** This sample shows evidence of the association between screen time and adults' mental health, indicating a warning sign.

Keywords: Sedentary Behavior. Screen. Emotions. Sedentary Lifestyle .

INTRODUÇÃO

O mundo vive uma transição tecnológica, na qual aumenta não só o número de aparelhos de tela, mas também suas funções e sua universalização⁽¹⁾. Considerando o contexto brasileiro, nas regiões Sul e Sudeste a proporção de domicílios que tinha computador até abril de 2018 era de 52,9% e 56,5%, e os que tinham acesso à Internet de 44,6% e 50,2%; respectivamente. Do mesmo modo, a proporção de *smartphones* no Brasil já superou um por habitante e é provavelmente a maior fonte de acesso do brasileiro à Internet⁽²⁾.

Em se tratando do objeto principal desse estudo, o tempo de tela, considerado como o tempo gasto com o uso e exposição a aparelhos eletrônicos com telas (computador, celular, GPS, televisão, etc.) há uma particularidade: enquanto em adultos o campo ainda é emergente, sem grandes evidências demonstradas ou consensos na comunidade científica, existe um número considerável de estudos com crianças e adolescentes, os quais geraram recomendações e políticas conhecidas por pediatras e outros profissionais de saúde infantil⁽³⁻⁴⁾.

Apesar da recomendação atual do tempo de tela para crianças e adolescentes ser de menos de 2h/dia, os estudos brasileiros em regiões economicamente mais bem desenvolvidas já encontraram prevalência de exposição excessiva ao tempo total de tela de mais de 90% dos sujeitos⁽⁵⁾.

Esses dados sugerem que outros cortes devem ser utilizados para estimar os efeitos negativos do uso de telas, lógica aplicada por estudos mais recentes, que ainda assim encontram relevantes variações do bem-estar psicológico nos cortes mais altos, como 7h ou mais de uso diário⁽⁶⁾.

Entretanto, ainda que tomando como referência os estudos com a população infanto-juvenil, o tempo de tela é, hodiernamente, um fator de difícil análise. Este costuma ser estudado

em conjunto com outras atividades semelhantes, os comportamentos sedentários (CS).

Os comportamentos sedentários, atualmente definidos como atividades de baixo gasto energético ($\leq 1,5$ equivalente metabólico – MET) realizadas na posição sentada ou reclinada⁽⁷⁾, são responsáveis por diversos efeitos deletérios para a saúde física, tais como obesidade, alterações no padrão alimentar e diabetes⁽⁸⁻⁹⁾.

Concomitantemente aos problemas físicos causadas pelo sedentarismo, as doenças mentais atingiram um patamar alarmante, sendo estimadas como responsáveis por 32,4% dos anos vividos com incapacidade (YLDs) e 13% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs)⁽¹⁰⁾. Diante deste cenário, uma nova vertente dos estudos sobre os efeitos dos comportamentos sedentários se evidenciou: a análise de como esses comportamentos podem afetar o bem-estar psicológico dos sujeitos.

Nesse campo, os CS ainda são um assunto de bordas indefinidas, já que cada vez mais estudos os conectam com diferentes efeitos negativos para a saúde mental. Há forte evidência de que esses comportamentos estão ligados com o risco de depressão⁽¹¹⁾, além de indicações de sua ligação com o risco de ansiedade, particularmente falando do tempo sentado⁽¹²⁾.

Outrossim, os CS podem causar danos por si sós, independentemente do estilo de vida e outros hábitos do indivíduo, contrariando a antiga crença de que exercícios físicos anulariam esses efeitos⁽¹³⁾. O tempo sentado diariamente, por exemplo, tem conhecida influência no aumento do risco de doenças cardiometabólicas e de morbimortalidade geral, além de aumentar a chance de diabetes tipo 2⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Tendo em vista as evidências disponíveis, um grupo afetado diretamente pela exposição excessiva a telas são os chamados *white-collar* (trabalhadores que atuam em escritório)⁽¹⁶⁾, dentre os quais está um número significativo dos servidores públicos brasileiros, aproximadamente 28.400 até novembro de 2018, considerando somente as Universidades e Institutos Federais brasileiros⁽¹⁷⁾.

Um estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais mostra que transtornos mentais e comportamentais são os grandes responsáveis pelos afastamentos dos servidores atuantes em instituições de ensino superior⁽¹⁸⁾.

Diante deste quadro, investigar a influência do tempo de tela nesses trabalhadores é de interesse não só dos mesmos, que podem se policiar quanto aos comportamentos danosos, mas também dos empregadores (nos quais está incluso o Estado brasileiro), que poderiam se beneficiar da redução do absenteísmo e aumento do nível de qualidade de vida do trabalhador. Assim, o objetivo deste estudo é verificar a correlação entre o tempo gasto com telas e a frequência de sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade, depressão, etc.) nessa população.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado em uma instituição de ensino superior do interior do estado de São Paulo.

O cálculo de amostragem aponta 6% de margem de erro quando considerado um nível de confiança de 95%.

Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 55495016.7.0000.5504, número do Parecer: 1.546.702), com base na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁹⁾.

Participantes

Os participantes foram 177 servidores técnico-administrativos (TA) e 73 docentes de uma universidade pública brasileira, totalizando 250 respondentes.

Os critérios de inclusão de participantes foram: ter mais de 18 anos de idade, trabalhar mais de 20 horas semanais, não estar gestante e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos da pesquisa os servidores que não responderam integralmente ao questionário de coleta de dados e aqueles que apresentaram respostas com tempos de tela acima de 24h/dia.

Período

A coleta ocorreu de outubro de 2017 a março de 2018.

Instrumento de pesquisa

O formulário digital enviado aos sujeitos da pesquisa era composto de:

1- Questionário sobre dados pessoais e de saúde: informações sobre idade, sexo, cor, situação conjugal, número de filhos, massa corporal e estatura. A partir da massa corporal e estatura foi calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC), também conhecido como índice de Quételet. O valor é obtido pela divisão da massa do indivíduo (em quilogramas) pelo quadrado de sua estatura (em metros), como proposto por Keys et al.⁽²⁰⁾.

Os índices de massa corpórea foram agrupados em quatro categorias:

Tabela 1 – Classificação IMC

≤ 18,49	Baixo peso
≤18,5 - ≤ 24,99	Eutrófico
≤ 25 - ≤ 29,99	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Essa classificação foi feita com base na indicação feita pela Organização Mundial da Saúde⁽²¹⁾ com uma modificação: agrupamento das categorias Obesidade grau I, Obesidade grau II e Obesidade grau III em uma única categoria.

2- Questão sobre o tempo de uso de telas, na qual o respondente digitava o total de horas: "Quantas horas você permanece na frente da tela (televisão, computador, celular etc.) durante um dia de semana?".

3- Questão sobre a frequência de sentimentos negativos existente no World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-Bref): "Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?". Este questionário, indicado pela Organização Mundial da Saúde⁽²²⁾ e validado para o português por Fleck et al.⁽²³⁾, avalia a qualidade de vida de indivíduos sob sua própria percepção. A resposta é baseada em escala de Likert (nunca; algumas vezes; frequentemente; muito frequentemente e sempre).

Análise estatística

Os servidores foram organizados em três grupos de acordo com o tempo diário de uso de telas: $\leq 4h$ (Grupo A); $>4h$ a $\leq 8h$ (Grupo B) e $>8h$ (Grupo C).

Os dados da população estudada foram analisados de acordo com suas médias (intervalo de confiança de 95%). Para analisar a correlação entre tempo de tela e frequência de sentimentos negativos, foi adotado o coeficiente de correlação de Pearson, com nível de significância de 5%.

Resultados

Em se tratando da caracterização geral dos participantes, a média de idade era de 40,6 anos (95% IC: 39,5 – 41,7), maioria do sexo feminino (66,4%), de cor branca (82%), casados (62,4%) e com média de filhos de 0,84 (95% IC: 0.70 – 0.98).

Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC), a maioria dos sujeitos era eutrófica (51,6%); no entanto, o IMC médio era de 26,0 kg/m² (95% IC: 24,8 – 27,2), sendo enquadrados na categoria “sobrepeso”.

O grupo A apresentava 1,5% (n=1) dos indivíduos na categoria baixo peso, 56,7% (n=38) eutróficos, 28,4% (n=19) em sobrepeso e 13,4% (n=9) obesos. O grupo B possuía 1,2% (n=1) dos indivíduos na categoria baixo peso, 59,8% (n=49) eutróficos, 24,4% (n=20) em sobrepeso e 14,6% (n=12) obesos. O grupo C comportava 1% (n=1) dos indivíduos na categoria baixo peso, 41,6% (n=42) eutróficos, 40,6% (n=41) em sobrepeso e 16,8% (n=17) obesos.

Não houve correlação significativa entre o aumento do tempo de tela e o deslocamento da faixa de IMC dos sujeitos.

Outros dados categorizados e sua distribuição nos grupos estão apresentados na Tabela 2, exposta a seguir:

Tabela 2 – Caracterização dos servidores.

Característica	Grupo				
	n (%)	A	B	C	Total
Idade					
20-29		4 (21.1)	7 (36.8)	8 (42.1)	19 (100.0)
30-39		30 (26.8)	34 (30.4)	48 (42.9)	112 (100.0)
40-49		17 (21.5)	30 (38)	32 (40.5)	79 (100.0)
50-59		15 (41.7)	11 (30.6)	10 (27.8)	36 (100.0)
≥ 60		1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	4 (100.0)
Sexo					
Masculino		19 (22.6)	28 (33.3)	37 (44.0)	84 (100.0)
Feminino		48 (28.9)	54 (32.5)	64 (38.6)	166 (100.0)
Cor					
Branca		56 (27.3)	68 (33.2)	81 (39.5)	205 (100.0)
Parda		8 (24.2)	10 (30.3)	15 (45.5)	33 (100.0)
Preta		0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	2 (100.0)
Amarela		3 (30.0)	4 (40.0)	3 (30.0)	10 (100.0)
Situação Conjugal					
Solteiro		16 (26.7)	16 (26.7)	28 (46.7)	60 (100.0)
Casado		40 (25.6)	55 (35.3)	61 (39.1)	156 (100.0)
Viúvo		0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
Divorciado		11 (35.5)	10 (32.3)	10 (32.3)	31 (100.0)
Filhos					
0		30 (22.4)	43 (32.1)	61 (45.5)	134 (100.0)
1		15 (32.6)	14 (30.4)	17 (37.0)	46 (100.0)
2		18 (32.7)	17 (30.9)	20 (36.4)	55 (100.0)
3		2 (20.0)	6 (60.0)	2 (20.0)	10 (100.0)
≥ 4		2 (40.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	5 (100.0)

Grupo A: $\leq 4h$ /dia. Grupo B: $>4h$ e $\leq 8h$ /dia. Grupo C: $>8h$ /dia. Número total de participantes: 250.

Elaboração própria, 2019.

Em relação ao uso de telas, a maioria usava mais de 8h por dia, apesar da média do grupo se manter abaixo desse limiar, em 7,34h/dia (95% IC: 6,87 – 7,81). A caracterização de cada grupo é feita na Tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização dos grupos.

Grupos	n	Ocupação			
		Docente	TA	Total	%
Geral		73	177	250	100
A		13	54	67	26,8
B		32	50	82	32,8
C		28	73	101	44,4

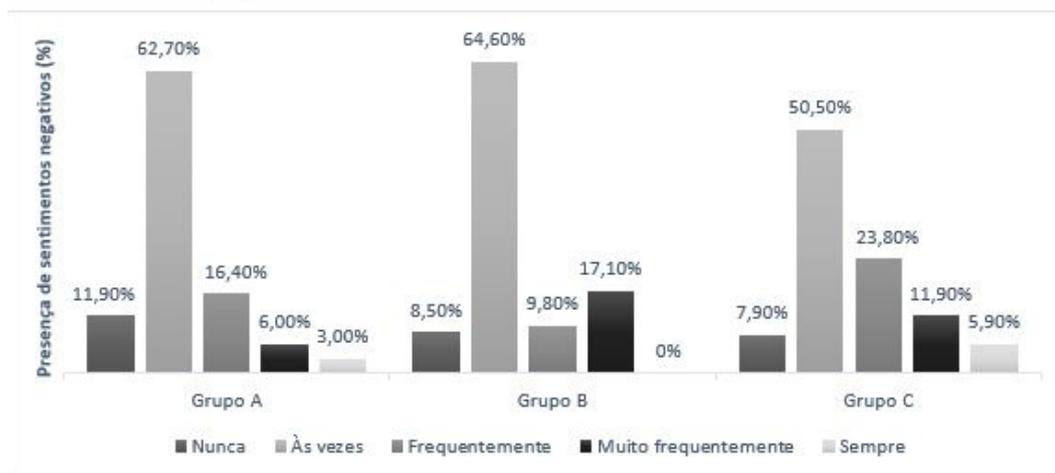
Grupo A: ≤ 4 h/dia. Grupo B: >4 h e ≤ 8 h/dia. Grupo C: >8 h/dia.

Elaboração própria, 2019.

Sobre a frequência de sentimentos negativos nessa população, 9,2% relatou não ter sentimentos negativos, 58,4% os tinha às vezes, 17,2% frequentemente, 12% muito frequentemente e 3,2% os sentia sempre.

Ao analisar o aumento da frequência de sentimentos negativos de acordo com o crescimento no número de horas frente a aparelhos eletrônicos com telas, houve correlação positiva e significativa ($r=0,14$; $p<0,05$). A representação gráfica desse aumento pode ser observada na Figura 1.

Figura 1 - Porcentagem de servidores em cada uma das categorias de sentimentos negativos de acordo com o tempo exposto a telas.



Elaboração própria, 2019.

DISCUSSÃO

Diante da observação de que há um aumento de sentimentos negativos conforme o maior tempo exposição a telas, o presente estudo abre caminho para a discussão a respeito de quais são os limites saudáveis do uso de telas por adultos.

Estabelecer parâmetros de uso saudável de telas para adultos, em especial trabalhadores *white-collar*, tal como já existentes para outras faixas etárias, é fundamental para traçar políticas

públicas de saúde e estabelecer medidas preventivas e de intervenção nos ambientes de trabalho.

É necessário, ainda, implementar medidas imediatas para atenuar o efeito deletério do uso de telas para os servidores pesquisados, pois os mesmos desenvolvem suas funções utilizando equipamentos eletrônicos diariamente.

Os resultados do presente estudo estão de acordo com os achados em adolescentes, no sentido da diminuição da saúde mental conforme o aumento do tempo de uso de telas⁽⁶⁾. Os resultados também estão de acordo com a proposição da influência de alguns CS na saúde geral por si sós, assim como demonstrado em relação ao tempo sentado por van der Ploeg et al.⁽¹³⁾.

Um estudo com crianças e adolescentes (entre 11 e 20 anos) canadenses, que usou o instrumento Children's Depression Inventory (CDI) como medidor de depressão e o Multidimensional Anxiety Scale for Children-10 (MASC-10) como indicador de ansiedade, encontrou correlação significativa entre o tempo de tela total e depressão ($p < 0,01$) e entre tempo de tela total e ansiedade ($p < 0,01$). Outro achado interessante do mesmo estudo é a variação entre o tipo de tela e os sintomas relacionados: computadores e videogames foram associados com sintomas mais graves de depressão, diferente de televisão; apenas os videogames apresentavam correlação significativa com ansiedade⁽²⁴⁾.

Em uma meta-análise realizada por pesquisadores chineses a partir de estudos observacionais em crianças, foi encontrado um leve efeito protetivo para o grupo que permanece frente às telas até 1 (uma) hora por dia em relação ao grupo controle (sem nenhuma exposição), mas nos grupos expostos a mais de 2h/dia o risco aumentava continuamente, mostrando *odds ratio* de até 1,8 no grupo com uso superior a 5 (cinco) horas por dia. Alguns estudos analisados compararam o sentimento de depressão com o tipo de tela que estava em uso; enquanto computadores e televisão aumentavam o risco de depressão, o uso de videogames parece ter produzido um leve efeito protetivo, apresentando o *odds ratio* para depressão de 0,89⁽²⁵⁾.

Considerando outras consequências do tempo de tela sobre a saúde de crianças e adolescentes, pode-se citar a perda da força muscular, que acontece independentemente da associação com exercícios físicos, maior tendência à obesidade (até 13% de aumento de risco para cada hora de televisão assistida) e problemas no sono (principalmente diminuição da duração e cansaço percebido)⁽²⁶⁾. Não temos conhecimento de estudos em adultos, portanto, trata-se de uma área importante para pesquisa futura.

Em um dos poucos estudos dos efeitos do tempo de tela em adultos, que se focou especificamente em tempo assistindo televisão e usando computadores, os resultados foram ainda mais alarmantes. Entre os respondentes do questionário NHANES 2011-2012 (National Health and Nutrition Examination Survey), todos adultos americanos não-institucionalizados, as chances de depressão aumentavam significativamente conforme o tempo de tela, tendo *odds ratio* de depressão em relação ao grupo controle (<4h/dia de tempo de telas) de 1,8 para o grupo que usava telas entre 4 (quatro) e 6 (seis) horas por dia e 2,2 para o grupo que usava telas mais de 6 (seis) horas por dia⁽²⁷⁾.

Na população universitária chinesa, um estudo relacionou significativamente o tempo de tela diário proveniente de televisão e computador com um decaimento na qualidade do sono dos sujeitos, além de aumento da ansiedade, depressão e sintomas psicopatológicos. Se, por um lado, este estudo conta com um número de participantes bastante significativo (4747 jovens), por outro, o tempo de corte escolhido foi de 2h/dia, como indicado para crianças e, ainda assim, 79,2%

dos participantes se encontravam no grupo de baixa exposição, indicando uma população com características muito diferentes da visitada no presente estudo⁽²⁸⁾.

Na Austrália, um estudo com adultos não conseguiu identificar forte relação direta entre tempo diário de tela e queda da qualidade de vida mensurada pelo instrumento HRQOL-4 (Health Related Quality of Life). Em compensação, quando associado com ausência de atividade física, o tempo de tela apresentou um efeito “potencializador” dos prejuízos à qualidade de vida, principalmente em indivíduos do sexo masculino. Este estudo também se restringiu ao tempo gasto com televisões e computadores⁽²⁹⁾.

Os estudos recentes ainda mantêm o foco nas telas do início do século XXI, como videogame, computador e televisão. Com a universalização de acesso aos *smartphones*, estudos adicionais precisam analisar o efeito destes sobre os problemas supracitados.

CONCLUSÃO

Este estudo possui algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal, não se pode descartar a possibilidade de causalidade reversa (a frequência aumentada de sentimentos negativos causar tendência ao uso prolongado de telas), limitação esta que pode ser superada com a realização de estudos longitudinais.

Outra limitação se deve ao fato da rápida mudança do perfil de uso de telas nas populações ao redor do globo. A universalização do uso de aparelhos eletrônicos vem criando rapidamente um novo perfil na população economicamente ativa brasileira, não só pela inserção de uma nova geração no mercado de trabalho (que cresceu habituada ao uso desses aparelhos), mas também pela conquista gradual de espaço desses aparelhos nas gerações anteriores. Esse fato pode gerar uma rápida mudança no valor do limite recomendado para os estudos neste campo.

Uma terceira limitação se deve ao fato de o tempo de tela ter sido autorrelatado, o que pode não corresponder ao uso real. Pode haver dificuldade, por exemplo, em contabilizar o uso de *smartphones*, que não costuma ser regular. O uso de aplicativos para esta finalidade poderia ser recomendado em estudos futuros.

Levando em conta o fato de que as telas, cada vez mais presentes na rotina da população mundial, influenciam negativamente na saúde mental, se faz necessário investimentos e recursos públicos para suprir políticas desta área de modo a evitar o adoecimento e promover a saúde, além de expansão das pesquisas no campo para que sejam apurados grupos de risco e o efeito dos novos eletrônicos com telas. Associado a isto, é fundamental que os comportamentos sedentários sejam substituídos por atividades físicas, visto ser uma estratégia efetiva para promover a saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Silva AO, Soares AH, Silva BR, Tassitano RM. Prevalência do tempo de tela como indicador do comportamento sedentário em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. *Motricidade*, 2016; 12(S2):155-64.
- 2- Meirelles FS. 29ª Pesquisa Anual do Uso de TI. CIA FGV-EAESP; [Internet] 2018. Disponível em: <https://eaesp.fgv.br/sites/eaesp.fgv.br/files/pesti2018gvciappt.pdf>.
- 3- Aap Council on Communications and Media. Children, Adolescents, and the Media. *Pediatrics*, 2013; 132(5): 958–961.
- 4- Aap Council on Communications and Media. Media and Young Minds. *Pediatrics*, 2016; 138(5): e2016-2591.
- 5- Sousa G, Silva D. Comportamento sedentário em adolescentes de uma cidade de pequeno porte do sul do país. *Medic, Ribeirão Preto*, 20016; 49(3): 212-222.
- 6- Twenge JM, Keith Campbell W. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Pmedr*. 2018.
- 7- Pate RR, O'Neill JR, Lobelo F. The evolving definition of sedentary. *Exerc Sport Sci Rev* 2008; 36: 173-178.
- 8- Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: The population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*, 2010; 38(3): 105-113.
- 9- Tremblay MS et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2011; 8: 98.
- 10- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 2016; 3(2); 171–178.
- 11- Zhai L, Zhang Y, Zhang D. Sedentary behaviour and the risk of depression: a meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 2014; 49(11): 705–709.
- 12- Teychenne M, Costigan SA, Parker K. The association between sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review. *BMC Public Health*, 2015; 15(1): 523.
- 13- van der Ploeg HP et al. Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Austral Adults. *Arch Intern Med*, 2012; 172(6): 494.
- 14- Yates T et al. Self-Reported Sitting Time and Markers of Inflammation, Insulin Resistance, and Adiposity. *American Journal of Preventive Medicine*, 2012; 42(1): 1–7.
- 15- Chau JY et al. Sedentary behaviour and risk of mortality from all-causes and cardiometabolic diseases in adults: evidence from the HUNT3 population cohort. *Br J Sports Med*, 2015; 49: 737-742.

- 16- Herr RM et al. Three job stress models and their relationship with musculoskeletal pain in blue- and white-collar workers. *J Psychosom Res.* 2015; 79(5): 340-347.
- 17- Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Cargos e Funções. Painel Estatístico de Pessoal. [Internet]. 2018; Disponível em: <http://painel.pep.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=painelpep.qvw&lang=en-US&host=Local&anonymous=true>
- 18- Fantini AJE, Silveira AM, La Rocca PF. Readaptação Ocupacional de Servidores Públicos: a experiência de uma universidade pública. *Rev Med Minas Gerais*, 2010; 20(2):S59-S65.
- 19- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS. 2012.
- 20- Keys A et al. Indices of relative weight and obesity. *Int J Epidemiol*, 2014; 43(3): 655-665.
- 21- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization (WHO Technical Report Series, 894). 2000.
- 22- The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment 1998. *Psychol Med.* 1998; 28: 551-558.
- 23- Fleck MP et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, 2000; 34(2): 178-183.
- 24- Maras D et al. Screen time is associated with depression and anxiety in Canadian youth. *Prev Med*, 2015; 73:133-138.
- 25- Liu M, Wu L, Yao S. Dose–response association of screen time-based sedentary behaviour in children and adolescents and depression: a meta-analysis of observational studies. *British Journal of Sports Medicine.* 2015; 50(20): 1252–1258.
- 26- Domingues-Montanari S. Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2017; 53(4): 333–338.
- 27- Madhav KC, Sherchand SP, Sherchan S. Association between screen time and depression among US adults. *Prevent Medic Reports.* 2017; 8: 67–71.
- 28- Wu X, Tao S, Zhang Y, Zhang S, Tao F. Low Physical Activity and High Screen Time Can Increase the Risks of Mental Health Problems and Poor Sleep Quality among Chinese College Students. *PLOS ONE*, 2015; 10(3): e0119607.
- 29- Davies CA, Vandelanotte C, Duncan MJ, van Uffelen JGZ. Associations of physical activity and screen-time on health related quality of life in adults. *Prev Med*, 2012; 55(1): 46–49.

Suiane Costa Ferreira
sucacosta02@gmail.com

Doutora em educação e contemporaneidade,
Enfermeira, Docente da Universidade do Estado
da Bahia, Pesquisadora do Centro de Pesquisa
Comunidades Virtuais (UNEB).

Michele dos Santos Ferreira
michele.ferreira.uneb@gmail.com

Enfermeira.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL E O CONHECIMENTO DE GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

*MOBILE PRE-HOSPITAL CARE AND THE KNOWLEDGE OF
NURSING STUDANTS*

RESUMO

Este artigo tem como objetivo descrever o conhecimento dos graduandos de enfermagem de duas instituições de ensino superior da cidade de Salvador, sendo uma pública e uma privada, sobre atendimento pré-hospitalar móvel. Trata-se de um estudo quantitativo, com coleta de dados realizada através da aplicação de questionário estruturado com os graduandos e análise documental da matriz curricular e dos ementários dos cursos investigados. Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas para atender aos objetivos da pesquisa e os dados apresentados sob a forma de gráficos e tabelas foram analisados com base na literatura pertinente ao tema. Os resultados evidenciaram um baixo conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar de saúde e um grande direcionamento da formação para o atendimento de emergência intra-hospitalar, desconsiderando as diretrizes da Política Nacional de Urgência e Emergência.

ABSTRACT

This article aims to describe the knowledge of nursing students of two higher education institutions in the city of Salvador, one public and other private, about mobile prehospital care. This is a quantitative study, with data collection performed through the application of a structured questionnaire with the undergraduates

PALAVRAS-CHAVE:

Serviços Médicos de Emergência. Enfermagem em Emergência. Educação em Enfermagem.

and documentary analysis of the curriculum matrix and the course curriculum. Descriptive statistical measures were used to meet the research objectives and the data presented in the form of graphs and tables and analyzed based on the relevant literature. The results showed a low knowledge of nursing students about the prehospital health care and a great direction of training for intrahospital emergency care, disregarding the guidelines of the National Urgency and Emergency Policy.

Keywords: Emergency Medical Services. Nursing in Emergency. Education in Nursing.

INTRODUÇÃO

Os serviços de atendimento pré-hospitalar (APH) constituem importante componente da rede de atenção às urgências, sua finalidade é acolher precocemente às vítimas de agravos à saúde de diversas naturezas nos locais das ocorrências. Além de corresponderem a uma modalidade de atendimento imediato às mais variadas solicitações, os serviços de APH apresentam potencial para regular o acesso do usuário ao sistema de saúde, assegurando assistência, transporte e encaminhamento às necessidades da população. Este serviço compreende as ações iniciais realizadas em curto espaço de tempo pela equipe de resgate no local onde ocorre o agravo à saúde, seja urgência clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, psiquiátrica, pediátrica ou relacionada às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios)⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, o APH foi regulamentado em 1989 e operacionalizado inicialmente pelo Corpo de Bombeiros. A partir de então, o Ministério da Saúde promulgou uma série de outras Portarias, dentre as quais a Portaria nº 2048/2002, que regulamentou os sistemas estaduais de urgência e emergência, normatizando o APH e definindo as funções do Enfermeiro, o perfil desse profissional, bem como de toda a equipe que deve atuar nesse serviço. É preciso destacar também a Portaria nº 1863/2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), e a Portaria nº 1864/2003, através da qual foi estabelecido o componente pré-hospitalar móvel (APH móvel) por intermédio da implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões de todo o território nacional⁽¹⁾.

A atividade do enfermeiro no APH no Brasil desenvolveu-se a partir da década de 1990 e, desde então, o enfermeiro é participante ativo da equipe multiprofissional e assume, junto com a equipe, a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas no ambiente pré-hospitalar. Os enfermeiros de APH são responsáveis pelo atendimento de enfermagem para a reanimação e estabilização do paciente no local do evento e durante o transporte. Cabe também a estes profissionais, dentre outras funções específicas, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no APH móvel, ou seja, nas ambulâncias, quer sejam aéreas, aquaviárias ou terrestres. Além de atividades assistenciais, o enfermeiro também possui a função de gestor, sendo responsável pelas atividades de gerenciamento e/ou atividades administrativas, além de realizar capacitações e educação permanente, construir protocolos baseados em diretrizes internacionais readaptados para a nossa realidade⁽³⁾.

A enfermagem, como integrante das equipes que compõem o APH móvel em todas as suas formas de organização, tem suas ações regulamentadas em legislação específica, definidora das competências legais de cada um dos seus profissionais, conforme dito anteriormente. Neste

sentido, é privativo do enfermeiro o atendimento a pacientes em risco de morte, nas situações que demandam tomadas de decisão imediata⁽⁴⁾. Desse modo, o enfermeiro que atua no pré-hospitalar deve estar preparado para enfrentar situações inesperadas e ter capacidade de tomar decisões imediatas com respostas rápidas para cada atendimento.

Para contemplar essa inserção e ampliação de sua atividade no atendimento pré-hospitalar, o profissional de enfermagem deve adquirir, durante a sua formação, conhecimentos teóricos e práticos para poder exercer as demandas que lhe são exigidas no APH móvel. Mesmo o enfermeiro possuindo participação no APH assegurada pela legislação, essa nova área de atuação não tem sido totalmente incorporada pelas instituições de ensino do país, e o conhecimento durante a graduação limita-se às urgências intra-hospitalares, levando a um preparo deficiente para atuação no APH^(1,4).

A inexistente ou insuficiente abordagem sobre o serviço de APH móvel durante a graduação faz com que os enfermeiros interessados pela área procurem compensar essa lacuna através de cursos como *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, *Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)*, entre outros, dentro da sua formação continuada. Contudo, esses cursos podem ser considerados insuficientes por não conseguirem abordar a real situação exigida na prática pelo serviço ou por não possuírem conteúdo e carga horária adequados⁽⁵⁾, dependendo das instituições que os ofertam.

Observa-se que o bom funcionamento do APH móvel depende não apenas de transporte e infraestrutura adequada, mas de uma maior atenção à formação dos profissionais, inclusive do enfermeiro, já que exige características e habilidades específicas. Entretanto, observa-se que a formação acadêmica do enfermeiro é generalista e ainda não contempla a necessidade legal exigida no pré-hospitalar⁽⁶⁾. Compreendendo que o APH demanda um perfil, formação e legislação específica para que o profissional de enfermagem possa desempenhar plenamente a sua função, se faz necessário que ocorram mudanças em relação à formação acadêmica dos enfermeiros através do surgimento de um componente curricular específico integrado ao curso de graduação que forneça aos estudantes estágios de observação e atuação no APH móvel associado ao conteúdo teórico⁽⁵⁾.

Diante deste exposto, este artigo tem como objetivo geral descrever o conhecimento dos graduandos de enfermagem de duas instituições de ensino superior da cidade de Salvador sobre atendimento pré-hospitalar móvel, buscando compreender como esta formação vem acontecendo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de caráter quantitativo cujo propósito é o de observar, descrever e explorar aspectos de uma situação.

A pesquisa foi realizada em duas Instituições de Ensino Superior (IES), sendo uma pública (instituição 1) e uma privada (instituição 2), localizadas na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, nos meses de abril a junho de 2017. Os critérios de seleção para o universo da pesquisa consideraram a acessibilidade das universidades e o aceite de realização da pesquisa pelas mesmas.

A Instituição 1 é a maior instituição pública de ensino superior da Bahia e foi fundada em 1983, estando presente em todas as regiões do Estado, estruturada no sistema MULTICAMPI. Teve

o curso de enfermagem reconhecido pelo Ministério da Educação no ano de 2004, funcionando em turno diurno com duração de cinco anos, ofertando 30 vagas por semestre.

A Instituição 2 é uma instituição privada e foi inaugurada em 1999 e teve o curso de Enfermagem implementado e reconhecido pelo Ministério da Educação em 2004, disponibilizando hoje 200 vagas anuais para o turno matutino e 90 para o turno noturno. O curso tem duração de cinco anos.

A população do estudo foi composta por graduandos do curso de Bacharelado em Enfermagem que estavam devidamente matriculados no último ano do curso (nono e décimo semestres), excluindo aqueles que já possuíam outro tipo de formação em saúde e/ou que atuavam com APH (bombeiros, policiais, entre outros). A escolha por graduandos dos últimos semestres deve-se ao fato de que, através da avaliação dos currículos de enfermagem, nesses semestres os alunos já cursaram a disciplina de Emergência e já estão próximos de se inserirem no mercado de trabalho.

Dos 248 acadêmicos que compunham a amostra inicial deste estudo, 79% (17) dos acadêmicos da IES pública e 28% (64) dos acadêmicos da IES privada responderam ao questionário, havendo 4 (quatro) exclusões por possuírem formação superior prévia na área da saúde e 19 recusas em participar da pesquisa, totalizando com isso uma amostra de 81 (36%) acadêmicos participantes da pesquisa

Além das entrevistas com os estudantes, foi necessário levantar na matriz curricular e nos ementários dos cursos investigados, os componentes curriculares que subsidiavam a discussão sobre a formação acadêmica dos estudantes de enfermagem para o APH móvel. Esta coleta foi realizada por meio da análise documental.

O questionário do estudo foi composto por 02 (duas) questões abertas e 05 (cinco) de múltipla escolha com o objetivo de levantar o conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre o conceito e composição do APH móvel e identificar as discussões fisiopatológicas que subsidiam as ações do enfermeiro no APH, as quais deveriam ter sido abordadas durante a graduação. Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no período de abril a junho de 2017.

Para o tratamento dos dados foi elaborada uma planilha no software Microsoft Excel 2010® e posteriormente realizada uma categorização temática dos resultados. Para análise do grau de conhecimento dos graduandos sobre o serviço de APH-móvel utilizou-se os seguintes critérios de avaliação: 1) Totalmente correta – quando o estudante fez referência a, no mínimo, duas características que compõem a definição; 2) Parcialmente correta – quando mencionada apenas uma característica e 3) Incorreta – quando assinalou alguma característica não coerente com a definição.

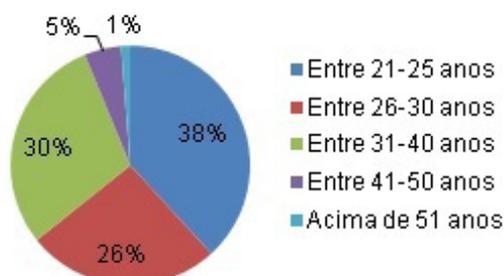
Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas como frequência absoluta e relativa para atender aos objetivos da pesquisa. Os resultados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas e analisados com base na literatura pertinente ao tema.

Esta pesquisa foi desenvolvida cumprindo os preceitos da Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde que normatiza a pesquisa que envolve seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética, obtendo aprovação com o parecer nº 1.577.701.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

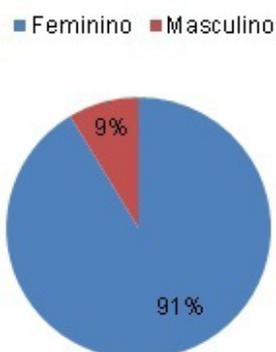
Dos 81 estudantes entrevistados, 38% (31) dos acadêmicos tinham idade entre 21-25 anos e 91% (74) eram do sexo feminino, sendo distribuídos conforme os gráficos abaixo.

Gráfico 01: Distribuição dos participantes da pesquisa conforme a idade



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Gráfico 02: Distribuição dos participantes da pesquisa conforme o sexo



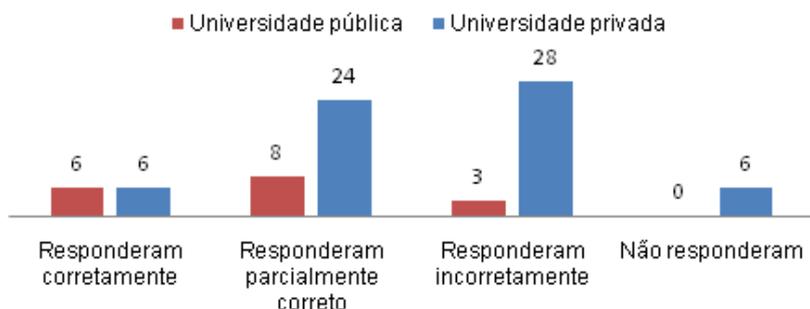
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A partir da categorização temática dos resultados, emergiram duas categorias de análise: 1) Conhecimento sobre atendimento pré-hospitalar móvel; 2) Estratégias extracurriculares utilizadas como formação complementar, as quais serão detalhadas a seguir.

Conhecimento sobre atendimento pré-hospitalar móvel

Em relação ao conhecimento sobre a definição acerca do serviço de APH móvel, observou-se que apenas 14,8% (12) dos acadêmicos conseguiram apresentar respostas totalmente corretas, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 03: Conhecimento dos entrevistados sobre a conceito de APH-móvel



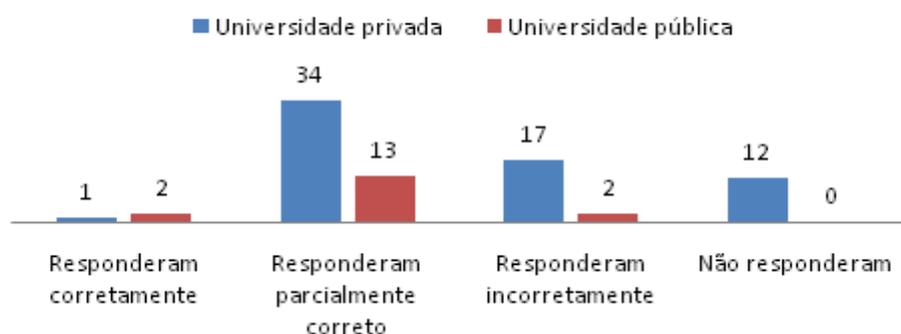
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O Componente Pré-Hospitalar Móvel é representado pelos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU 192), escolhido pelo governo como primeira ação no enfrentamento às urgências por seu alto potencial de impacto de preservação da vida, sua capacidade de observatório do sistema e da saúde da população e sua capacidade de intervenção nos fluxos de pacientes urgentes em todos os níveis do sistema, por meio da regulação médica⁽¹⁾.

Além do baixo conhecimento dos participantes sobre a conceituação do APH móvel, houve também um baixo conhecimento sobre a composição do componente SAMU 192, descrita no capítulo II da Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, como formada pela Central de Regulação e sua equipe de médico regulador, técnico auxiliar de regulação médica e o rádio-operador, assim como pelas Unidades Móveis. Nesse sentido, destaca-se que tais unidades podem ser assim definidas: Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre, tripulada por, no mínimo, um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre, tripulada por, no mínimo, um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; Equipe de Aeromédico, composta por, no mínimo, um médico e um enfermeiro; Equipe de Embarcação, composta por, no mínimo, dois profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; Motolância, conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e o Veículo de Intervenção Rápida, tripulado por, no mínimo, um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Apenas 3,7% (03) dos estudantes apresentaram respostas totalmente corretas e 58% (47) obtiveram respostas parcialmente corretas. As respostas quanto à composição se resumiram ao quadro de profissionais.

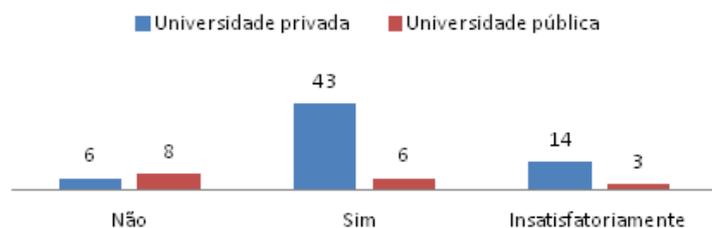
Gráfico 04: Conhecimento dos entrevistados sobre a composição do serviço de APH-móvel



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quando questionados sobre discussões em relação à Política Nacional de Atenção às Urgências durante a graduação, 60,5% (49) dos estudantes informaram que tais discussões estiveram presentes durante seu processo acadêmico formativo e 21% (17) apontaram terem discutido de modo insatisfatório, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 05: Discussão da Política Nacional de Atenção às Urgências nas Universidades, Salvador, 2017



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A Política Nacional de Atenção às Urgências deve exercer forte papel indutor na organização do Sistema Único de Saúde, prevendo um conjunto de ações que pressupõe uma leitura detalhada das necessidades sociais em saúde, a fim de identificar déficits de atenção perpetradores de iniquidades nos diferentes territórios sociais brasileiros. Além disso, ela tem por mérito estimular o exercício do comando único e da pactuação entre as esferas de governo para a manutenção de ações, que possam atender às diretrizes de universalidade, equidade e integralidade do sistema⁽¹⁰⁾. Portanto, os graduandos da saúde precisam discutir esta política a fim de que possam desenvolver uma análise ampliada sobre as questões da saúde no país.

Em relação à vivência de uma experiência prática no SAMU durante a graduação, 100% (17) dos entrevistados da universidade pública e 87,5% (08) da instituição privada informaram que não tiveram vivência prática no serviço durante a sua graduação.

Avaliando a matriz curricular das universidades que compuseram a pesquisa, a universidade pública traz em sua matriz um componente curricular voltado para o atendimento emergencial com foco no contexto intra-hospitalar, intitulado “Enfermagem nas unidades de Emergência e Terapia Intensiva”, com carga horária total de 105 horas, com foco no atendimento hospitalar de pacientes graves. O componente traz em seu cronograma apenas uma visita técnica à central de regulação de urgências do SAMU como experiência prática na área pré-hospitalar. Outro

componente identificado é o descrito como “Tópico especial”, com 30 horas, voltado para discussões sobre primeiros socorros.

Os estudantes da IES privada possuem em sua matriz curricular um componente intitulado “Assistência de Enfermagem em Situações de Urgência e Emergência e Urgência”, com carga horária total de 140 horas, onde está prevista a realização de práticas em laboratório e práticas simuladas, não sendo proposto vivência no serviço de APH móvel.

Os dados coletados demonstram um déficit de conhecimento teórico sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, sobre as definições acerca do APH móvel e sua composição. Este evento pode estar relacionado ao fato de que ambos os cursos não possuem disciplinas específicas voltadas para o APH. A formação generalista de enfermagem acaba por priorizar a formação intra-hospitalar, campo este que sempre respondeu por uma grande concentração da mão-de-obra da enfermagem.

Embora o Ministério da Saúde tenha como um dos seus eixos prioritários as Urgências e Emergências, a discussão do atendimento pré-hospitalar ainda ocupa um espaço de conhecimento complementar, sendo discutido em meio a outros conteúdos, o que pode não estar sendo suficiente para aprofundar questões teóricas sobre a temática.

Tais achados corroboram com os resultados de algumas pesquisas realizadas^(5,8) que evidenciam que o conhecimento sobre o APH é abordado de forma insuficiente pelas escolas formadoras e que existe pouca atenção dessas instituições no que se refere à formação do profissional de enfermagem para esse serviço.

Outro ponto deficitário identificado relaciona-se à realização de atividades práticas voltadas para o APH, visto que a matriz curricular analisada descreve carga horária destinada apenas às atividades no ambiente hospitalar e em laboratórios de habilidades. Este distanciamento pode conduzir a um prejuízo na formação desse enfermeiro generalista, considerando que as peculiaridades do APH nem sempre são possíveis de adaptações em laboratório, o que dificulta o preparo dos alunos para tal especialidade.

Esse despreparo das instituições para a formação do enfermeiro para o APH está relacionado à dificuldade de adaptar as características desafiadoras e diversas do SAMU aos laboratórios das escolas como, por exemplo, o atendimento em locais de difícil acesso e a prestação de cuidados em veículos, além da falta de cooperação entre os serviços (SAMU) e as instituições de ensino^(10,11). Observa-se com isso que há uma dificuldade por parte das escolas formadoras em prover aos seus estudantes experiências práticas dentro do serviço de APH móvel, sendo, portanto, necessário que haja o estabelecimento de um vínculo entre as instituições de ensino e os serviços de APH através do desenvolvimento de um processo educacional permanente de integração ensino-serviço.

O ambiente pré-hospitalar determina diferenças marcantes que acabam por transformar a atuação do enfermeiro de forma totalmente diversa do trabalho diariamente visto dentro de unidades hospitalares⁽³⁾. Contudo, as instituições de ensino superior ainda não incorporaram totalmente essa realidade, o que acarreta em uma não atenção por parte das mesmas na formação de futuros enfermeiros para área de urgência e emergência e em especial para o APH⁽⁸⁾.

Essa problemática também é sinalizada no estudo⁽⁹⁾ realizado em Campina Grande, no qual aponta-se que, frente aos requisitos teórico, técnico, psíquico e emocional exigidos para o APH pelas portarias do Ministério da Saúde, a realidade desses futuros enfermeiros é preocupante, já que não possuem acesso a um conhecimento específico dessa área nas disciplinas curriculares

integrado a um estágio curricular durante a sua formação. Como solução, propõe-se a inclusão de uma disciplina curricular específica em APH móvel aos cursos de graduação em enfermagem, e sugere-se que o conteúdo prático seja pertinente, estabelecendo-se convênios com os serviços de APH no sentido de fornecer bases mínimas que facilitem a inserção desses futuros profissionais nos serviços⁽⁵⁾.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048/2002 elenca os conhecimentos e habilidades que o enfermeiro precisa possuir para receber certificação de profissional da área de atendimento às urgências e emergência. Foi solicitado aos estudantes que apontassem os conhecimentos e habilidades que haviam sido discutidos durante sua graduação, obtendo os seguintes resultados conforme a tabela abaixo.

Tabela 01 – Conhecimentos discutidos durante a graduação segundo os estudantes participantes da pesquisa

Questões	Universidade pública			Universidade privada			Sem resposta
	Sim	Insat.	Não	Sim	Insat.	Não	
Reconhecimento sobre sinais de disfunção respiratória	88% (15)	12% (2)	0	91% (58)	8% (5)	0	1% (1)
Medidas de desobstrução de vias aéreas	100% (17)	0	0	96% (61)	3% (2)	0	1% (1)
Suporte básico de vida	94% (16)	6% (1)	0	99% (63)	1% (1)	0	0
Reconhecimento de sinais de doença circulatória	100% (17)	0	0	89% (57)	11% (7)	0	0
Monitorização cardíaca e eletrocardiográfica	76% (13)	24% (4)	0	77% (49)	23% (15)	0	0
Reconhecimento de sinais de doença metabólica	82% (14)	18% (3)	0	74% (47)	20% (13)	5% (3)	1% (1)
Reconhecimento de sinais de intoxicação exógena	76% (13)	24% (4)	0	66% (42)	31% (20)	3% (2)	0
Reconhecimento de sinais de disfunção ventilatória, circulatória e respiratória no trauma grave	88% (15)	12% (2)	0	88% (56)	11% (7)	0	1% (1)
Atendimento inicial ao politraumatizado	94% (16)	6% (1)	0	92% (59)	7% (4)	0	1% (1)
Controle de choques, hemorragias, queimaduras, acidentes com múltiplas vítimas e produtos perigosos	82% (14)	18% (3)	0	84% (54)	14% (8)	1% (1)	1% (1)
Reconhecimento dos riscos na cena	94% (16)	6% (1)	0	91% (58)	8% (5)	0	1% (1)
Reconhecimento dos sinais de sofrimento psiquiátrico em situações de urgência	23% (4)	47% (8)	30% (5)	66% (42)	25% (16)	8% (5)	1% (1)
Realização de contenção física	70% (12)	18% (3)	12% (2)	76% (49)	13% (8)	8% (5)	3% (2)
Reconhecimento dos sinais de trabalho de parto e das complicações obstétricas	76% (13)	24% (4)	0	74% (47)	19% (12)	6% (4)	1% (1)
Atendimento inicial a gestante em trabalho de parto normal e RN normal e prematuro	88% (15)	12% (2)	0	80% (51)	13% (8)	6% (4)	1% (1)
Aferição de glicemia, administração de medicamentos e infusões	100% (17)	0	0	85% (55)	9% (6)	6% (4)	0
Manejo de equipamentos de suporte ventilatório básico	76% (13)	24% (4)	0	70% (45)	27% (17)	0	3% (2)

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Sobre os conhecimentos fisiopatológicos necessários para atuação do enfermeiro no APH, a maioria dos entrevistados informou que durante a graduação foram abordados os assuntos e habilidades que o enfermeiro precisa possuir para atuar na área de urgência e emergência. Enquanto exemplo desses conhecimentos, os estudantes citaram: reconhecimento sobre sinais de disfunção respiratória, medidas de desobstrução de vias aéreas e de reanimação de suporte básico de vida, atendimento inicial ao politraumatizado, reconhecimento dos riscos na cena dos

acidentes e o manejo no controle de choques e hemorragias, queimaduras, acidentes com múltiplas vítimas e com produtos perigosos. Esses são assuntos muito relacionados ao atendimento pré-hospitalar e que foram debatidos no percurso formativo dos acadêmicos. Contudo, faz-se importante destacar que o reconhecimento dos sinais de gravidade diante de sofrimento psíquico em situações de urgência, mostrou ser esse um assunto abordado de forma insatisfatória por 47% (08) dos graduandos da IES pública e 25% (16) dos graduandos da IES privada.

Este ponto nos leva à reflexão de que as urgências relacionadas ao sofrimento psíquico não estão sendo debatidas de modo satisfatório, como espera o Ministério da Saúde, que passou a considerar a Saúde Mental como uma das áreas prioritárias de atenção à saúde desde 2014⁽¹⁰⁾. Isto pode estar relacionado ao estigma relacionado às doenças que envolvem o campo da saúde mental, o qual é, dentro da formação generalista dos enfermeiros, ainda menos priorizada do que a própria urgência e emergência.

Quando questionados em quais disciplinas esses conhecimentos fisiopatológicos foram abordados, os graduandos apontaram disciplinas específicas já identificadas na matriz curricular (UTI e emergência; Emergência), mas é importante destacar que estes conteúdos são transversais e são discutidos, mesmo que em menor frequência, em disciplinas como Saúde da Mulher e Saúde do Adulto, que enfocam o cuidado hospitalar.

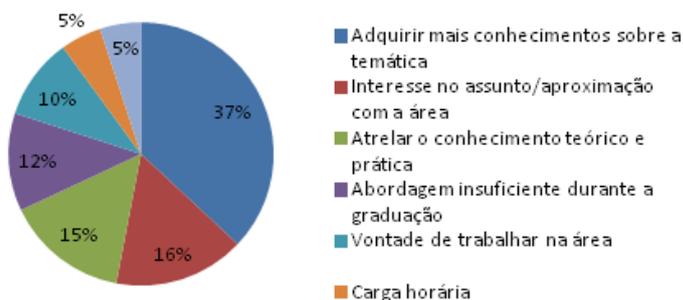
Estratégias extracurriculares utilizadas como formação complementar

Com relação à vivência de cursos extracurriculares que envolvessem a temática do atendimento pré-hospitalar, 19% (12) dos participantes da IES privada e 41% (7) dos participantes da IES pública informaram já terem realizado tais cursos.

Dos entrevistados da IES pública que informaram a realização de cursos sobre a temática, 57% (04) informaram terem feito sobre Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros e 14% (01) informou fazer parte de Ligas acadêmicas que aprofundam o debate sobre esta temática. Na IES privada, 42% (05) informaram terem feito cursos sobre Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros e 8% (01) sobre curativos.

Quanto à motivação para realização desses cursos, observa-se que adquirir mais conhecimento foi o mais relevante entre os entrevistados, seguido do interesse no assunto/aproximação com a área.

Gráfico 06: Motivações para realização de cursos extracurriculares na área de APH, Salvador, 2017



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Segundo a Portaria nº 737 de 2001 do Ministério da Saúde, não existe um currículo mínimo regularizado pelo Ministério da Educação na formação de profissionais para área de APH. Atualmente, algumas especializações como Pronto-Socorro e Unidade de Terapia Intensiva e Trauma fornecem conhecimentos teóricos e práticos na atividade do APH⁽⁵⁾. Apesar de existirem no mercado diversos cursos que visam desenvolver as técnicas utilizadas no APH, os autores trazem que alguns desses cursos refletem a realidade de uma sala de pronto socorro, onde existe suporte de equipamentos, materiais e recursos humanos, não retratando a verdadeira realidade do ambiente pré-hospitalar, além de não possuírem conteúdo e cargas horárias adequadas^(1,3,5).

CONCLUSÃO

No que diz respeito ao conhecimento dos graduandos de enfermagem em duas instituições de ensino superior da cidade de Salvador sobre o APH móvel, os resultados evidenciaram um baixo conhecimento sobre este serviço de saúde e um grande direcionamento da formação para o atendimento de emergência intra-hospitalar, desconsiderando as diretrizes da Política Nacional de Urgência e Emergência.

Este estudo teve como limitação a não abrangência dos demais cursos de graduação em enfermagem ofertados por outras instituições de ensino superior localizadas na cidade de Salvador.

REFERÊNCIAS

1. Dal Pai D, Lima MADS, Abreu KP, Zucatti PB, Lautert L. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet], 2015, 17(4): 1-12.
2. Adão RS, Santos MR. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. REME – Rev. Min. Enferm., 2012, 16(4):601-08.
3. Alkmim T, Souza RD, Feijó EJ, Parrila GS, Santos RS. A atuação do enfermeiro à frente da ambulância intermediária no atendimento pré-hospitalar móvel do corpo de bombeiros do Estado do Rio de Janeiro. Ver. Trab. Acad. UNIVERSO, 2016, 1(01):1-35.
4. Ribeiro AC, Silva YB. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados ético-legais da profissão. Cogitare Enferm., 2016, 21(1): 01-08.
5. Pereira E, Alves CSR. O papel e a formação específica da enfermeira no atendimento pré-hospitalar móvel na “Hora de Ouro”. [tese]. Ourinhos (SP): Faculdades Integradas de Ourinhos - FIO/FEMM, 2009.
6. Romanzini EM, Bock LF. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. Rev. Latino-Am. Enferm., 2010, 18(2):105-12.
7. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 7º Ed. Editora: Atlas. São Paulo, 2019.
8. Mello AC, Brasileiro ME. A importância do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH): Revisão Bibliográfica. Rev. Eletr. Enferm. [serial on-line], 2010, 1(1): 1-16.
9. Macedo JQ, Santos EG, Frutuoso RB, Araujo DV. Articulando Ensino e Serviços de Urgência/Emergência: contribuição para a formação de enfermeiros. In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, Universidade do Vale da Paraíba. Campina Grande-PB, 2008: 1-4.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

Maria Fernanda Silveira de Souza

souza.mfernanda@gmail.com

Acadêmica de Medicina - Universidade Estadual de Montes Claros.

Samuel de Paiva Oliveira

samueldepaiva@gmail.com

Acadêmico de Medicina - Universidade Estadual de Montes Claros.

Daniel Antunes Freitas

danielmestradounincor@yahoo.com.br

Professor Doutor – Departamento de Saúde Mental e Coletiva - Universidade Estadual de Montes Claros.

Divanise Suruagy Correia

divanises@gmail.com

Professora Titular do Mestrado em Ensino na Saúde - Universidade Federal de Alagoas.

Maria das Graças Mello Taveira

gracamonte@gmail.com

Doutoranda em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Alagoas.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO ENSINO DE SAÚDE NO BRASIL

*BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF HEALTH EDUCATION IN
BRAZIL*

RESUMO

Introdução: A bibliometria visa analisar de forma quantitativa e cumulativa as produções científicas, com o objetivo de orientar políticas de pesquisa, análise da produtividade e recorrência de temas na literatura. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi realizar análise bibliométrica de três importantes periódicos de Ensino em Saúde: Revista Brasileira de Educação Médica, Revista Interface e Educación Medica Superior, buscando analisar a produção científica relativa ao ensino em saúde, especialmente as mudanças propostas para os cursos superiores de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado através de busca da totalidade dos artigos publicados nos periódicos, no período de 2008 a 2017, disponíveis integralmente nos sítios eletrônicos dos referidos periódicos. **Resultados e discussão:** Foram analisados 1972 artigos, a maioria destes oriunda de instituições de ensino públicas, sem financiamento, publicadas em português e de metodologia quantitativa. Em relação à temática dos artigos, sendo buscados por ensino em saúde, apenas 30% dos trabalhos correspondiam ao tema proposto, evidenciando a pouca representação deste tema na literatura. **Conclusão:** Há aumento das produções que concernem ao currículo em saúde, metodologias ativas de aprendizado e relação teórico prática, porém escassos trabalhos sobre a o papel e situação do docente no contexto de formação, fazendo-se necessário o incentivo

PALAVRAS-CHAVE:

Bibliometria. Educação Superior. Ensino.

a pesquisas que abordem questões que referem a profissionais envolvidos no processo de aprendizagem, bem como avaliações posteriores do impacto das mudanças das diretrizes dos cursos de saúde nos novos profissionais que se formam.

ABSTRACT

Introduction: Bibliometrics aims to analyze quantitatively and cumulative of scientific productions, with the objective of orienting research policies, productivity analysis and recurrence of themes in literature. **Objective:** The objective of this study was to perform bibliometric analysis of three important journals of Health Teaching: Brazilian Journal of Medical Education, Interface Magazine and Higher Medical Education, aiming to analyze the scientific production regarding to health education, especially the proposed changes to the higher education courses. **Methodology:** This is a cross-sectional descriptive study, carried out through search of totality of articles published in periodicals, from 2008 to 2017, fully available only on referred periodicals electronic websites referred. **Results and discussion:** 1972 articles were analyzed, most of them from public higher education institutions, without funding, published in Portuguese and quantitative methodology. Regarding the subject of the article, being sought by health education, only 30% of the publications corresponded to the proposed theme, evidencing lack of representation of these in literature. **Conclusion:** There is an increase in productions that concern health curriculum, active learning methodologies and combination of practice and theory, but there is also lack of publications regarding the role and situation of professors in training context, and it is necessary to encourage research that addresses issues that refer to professionals involved in the learning process, as well as subsequent evaluations of impact of the health course guidelines changes had on new graduates.

Keywords: Bibliometrics. Higher Education. Teaching.

INTRODUÇÃO

A bibliometria visa analisar de forma científica os aspectos quantitativos e cumulativos da produção científica, evidenciando a forma como os estudos se comportam e são desenvolvidos. Em 1917, Coles e Eales realizaram o primeiro estudo bibliométrico, realizando uma análise estatística sobre anatomia comparativa de publicações. Até então chamado de bibliografia estatística, em 1969 foi sugerida mudança do termo para “bibliometria”, desde então tem-se observado aumento dos estudos sobre bibliometria em periódicos científicos e acadêmicos^[1,2].

No Brasil, os estudos se iniciaram em 1970, no Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação (IBBD), hoje chamado Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica (IBICT). Ao passo do surgimento da bibliometria, surgiram a cientometria, cujo objeto de estudos são as disciplinas, áreas e campos; e infometria, que estuda palavras, documentos e bases de dados, duas outras subdisciplinas^[3, 4]. Posteriormente, houve o surgimento da webmetria, tendo como objetivo de estudo os sítios virtuais do *World wide web* (WWW)^[5].

A construção e institucionalização de tais subdisciplinas têm como objetivo identificar os

conceitos chaves, semelhanças e diferenças entre elas; suas potencialidades, limites e tendências contemporâneas de pesquisa. O objetivo principal destas é quantificar os produtos científicos – livros, revistas, artigos – para fornecer insumos a fim de que sejam planejadas políticas científicas^[6].

Ao longo da última década, o ensino superior em saúde no Brasil vem enfrentando alterações propostas pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais, a exemplo do curso de Medicina. Em 2014 foram propostas mudanças que visam formar médicos generalistas, com visão crítica, humanista e reflexiva^[7]. Tendo em vista as mudanças propostas na educação superior em saúde e o impacto destas na produção científica, este trabalho teve como objetivo realizar análise bibliométrica dos principais periódicos de Ensino na Saúde, utilizados no Brasil, durante os anos de 2008 a 2017 (intervalo de 10 anos), e comparar os resultados entre os mesmos. Os periódicos analisados foram: Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), Interface e Educacion Medica Superior.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado em sites eletrônicos dos periódicos: Interface, RBEM e Educación Medica Superior, que foram analisados através de uma ficha de análise bibliométrica, selecionando os artigos publicados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2017. Foram contabilizados conforme os itens descritos no quadro 1.

As revistas estudadas possuem acesso irrestrito aos seus conteúdos em sítios virtuais, foram acessadas através dos seus domínios no virtuais e tiveram cada um dos seus artigos disponíveis analisados igualmente. Os dados obtidos foram avaliados com auxílio do programa Microsoft Office Excel.

Compete a este trabalho considerar os marcos da bibliometria como propostos por Araújo, que considera as três leis fundadoras do campo: lei da Produtividade, de Lotka; lei da dispersão do conhecimento científico e periódicos, de Bradford e a frequência das palavras chave, Lei de Zipf^[3,8,9].

Quadro 1 – Aspectos da análise bibliométrica

Número de artigos
Instituição de origem
Autores
Financiamento
Idioma do artigo
Categoria
Metodologia
Temática do artigo
• Currículo
• Uso de metodologias ativas de ensino
• Acesso e permanência docente no ensino superior
• Acesso e permanência discente no ensino superior
• Formação docente
• Educação continuada
• Planejamento e avaliação
• Integração entre teoria e prática
• Saúde docente
• Saúde discente
• Outros

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

RESULTADOS

Os resultados obtidos durante o estudo estão expressos nas tabelas I a III. A tabela I aponta sobre os artigos da Revista Interface, na qual durante o período foram encontrados 635 artigos publicados, destes, 483 advindos de instituições públicas e 152, privadas. Em relação ao número de autores dos trabalhos, 305 artigos contavam com até dois autores, 282 entre dois e cinco autores e, 48, mais de cinco autores por trabalho. Sobre informações de financiamento, 141 declararam haver financiamento, enquanto 494 trabalhos não informavam ou não obtiveram financiamento para sua execução. A maioria dos artigos foi publicada em português, 595; 15 em língua inglesa e 25 em língua espanhola. Os trabalhos em sua maioria, 409, são artigos originais; foram encontradas 48 revisões, 16 relatos de experiência e 162 de outras categorias. 612 dos trabalhos foram obtidos através de metodologias qualitativas, 13 quantitativa e 10 são de metodologia quanti-qualitativa. 525 artigos abordavam temas que não se relacionavam aos aspectos pesquisados, enquanto 110 traziam temas relativos ao ensino em saúde, conforme descritos na tabela abaixo.

Tabela I - Interface		
Número de artigos	n = 635	% = 100
Instituição de origem		
Instituição pública	483	76,1
Instituição privada	152	23,9
Autores		
Até 2 autores	305	48,0
2-5 autores	282	44,4
>5 autores	48	7,5
Financiamento		
Financiamento informado	141	22,2
Sem financiamento	-	-
Sem informação financiamento	494	77,8
Idioma do artigo		
Português	595	93,8
Inglês	15	2,3
Espanhol	25	3,9
Mais de um idioma	-	-
Categoria		
Original	409	64,4
Revisão	48	6,6
Relato de exp.	16	2,5
Outros	162	25,5
Metodologia		
Qualitativa	612	96,4
Quantitativa	13	2
Quanti-qualitativo	10	1,6

Temática do artigo		
Currículo	28	4,4
Uso de metodologias ativas de ensino	13	2
Acesso e permanência docente no ensino superior	-	-
Acesso e permanência discente no ensino superior	-	-
Formação docente	8	1,2
Educação continuada	10	1,6
Planejamento e avaliação	9	1,4
Integração entre teoria e prática	39	6,1
Saúde docente	3	0,5
Saúde discente	-	-
Outros	525	82,7

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Relativo aos resultados obtidos quando buscados dados da RBEM, a tabela II mostra que durante o período foram encontrados 874 artigos, 719 oriundos de instituições públicas e 155, privadas. 239 artigos contavam com até dois autores, 414 entre dois e cinco autores e 221, mais de cinco autores. Relativo a informações de financiamento, 79 declararam haver financiamento, enquanto 795 trabalhos não informavam ou não o obtiveram. 769 artigos foram publicados em português; 40 em língua inglesa; 3 em língua espanhola e 62 em mais de um idioma. Quanto ao tipo de estudos, 217 foram publicados como artigos originais, 38 revisões de literatura, 203 relatos de experiência e 416 trabalhos em outras categorias. 561 trabalhos da amostra são de metodologia qualitativa; 207, quantitativa e 106 descrevem-se como metodologia mista. A amostra contou com 592 trabalhos que traziam temas diferentes do objetivo da análise bibliométrica, enquanto 282 foram contabilizados, como descritos na tabela.

Tabela II - Revista Brasileira de Educação Médica		
Número de artigos	<i>n</i> = 874	% = 100
Instituição de origem		
Instituição pública	719	82,3
Instituição privada	155	17,7
Autores		
Até 2 autores	239	27,4
2-5 autores	414	47,3
>5 autores	221	25,3
Financiamento		
Financiamento informado	79	9,0
Sem financiamento	5	0,6
Sem informação financiamento	790	90,4
Idioma do artigo		
Português	769	88,0
Inglês	40	4,6
Espanhol	3	0,3
Mais de um idioma	62	7,1
Categoria		
Original	217	24,9
Revisão	38	4,3
Relato de exp.	203	23,2
Outros	416	47,6

Metodologia		
Qualitativa	561	64,2
Quantitativa	207	23,7
Quanti-qualitativo	106	12,1
Temática do artigo		
Currículo	70	8,0
Uso de metodologias ativas de ensino	42	1,8
Acesso e permanência docente no ensino superior	-	-
Acesso e permanência discente no ensino superior	1	0,1
Formação docente	12	1,4
Educação continuada	26	3,0
Planejamento e avaliação	36	4,1
Integração entre teoria e prática	28	3,2
Saúde docente	2	0,2
Saúde discente	65	7,4
Outros	592	67,7

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A tabela III exibe os dados do periódico *Educación Medica Superior*, a partir do qual foram analisados 463 artigos, destes, 396 provenientes de instituições públicas e 64 de universidades privadas. 135 trabalhos com até dois autores, 272 entre dois e cinco, e 56 com mais de cinco autores. Sobre o financiamento, 13 declararam haver financiamento, enquanto 450 trabalhos não informavam ou não o obtiveram. Neste periódico, todos os artigos foram publicados em língua espanhola. Em relação aos tipos de estudos, 337 foram publicados como artigos originais, 90 como revisões de literatura e 36 trabalhos em outras categorias. 361 trabalhos da amostra são de metodologia qualitativa; 38 descrevem-se como abordagem quantitativa e 58 mista. 257 trabalhos abordavam temas divergentes do objetivo deste trabalho enquanto 202 foram analisados conforme descritos na tabela III.

Tabela III - Educación Medica Superior		
Número de artigos	<i>n</i> = 463	% = 100
Instituição de origem		
Instituição pública	396	85,5
Instituição privada	67	14,5
Autores		
Até 2 autores	135	29,1
2-5 autores	272	58,8
>5 autores	56	12,1
Financiamento		
Financiamento informado	13	2,8
Sem financiamento	4	0,9
Sem informação financiamento	446	96,3
Idioma do artigo		
Português	-	-
Inglês	-	-
Espanhol	463	100
Mais de um idioma	-	-
Categoria		
Original	337	72,8
Revisão	90	19,4
Relato de exp.	-	-
Outros	36	7,8

Metodologia		
Qualitativa	367	79,3
Quantitativa	38	8,2
Quanti-qualitativo	58	12,5
Temática do artigo		
Currículo	40	8,7
Uso de metodologias ativas de ensino	25	5,4
Acesso e permanência docente no ensino superior	-	-
Acesso e permanência discente no ensino superior	7	1,5
Formação docente	15	3,2
Educação continuada	32	6,9
Planejamento e avaliação	27	5,9
Integração entre teoria e prática	53	11,4
Saúde docente	-	-
Saúde discente	7	1,5
Outros	257	55,5

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

DISCUSSÃO

A formação docente em saúde no Brasil passou por necessidades de modificações e incentivos a fim de que os docentes envolvidos na graduação fossem de encontro às mudanças curriculares propostas. Nos últimos dez anos, as propostas de renovação dos currículos para formar profissionais de saúde se alinharam aos seguintes eixos integradores das DCN: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde. Para tanto, foram indicadas mudanças também nas metodologias que tragam os alunos como construtores do conhecimento, além da proposta de formar docentes que conheçam, reconheçam e desenvolvam os eixos propostos. No que tange à formação dos profissionais enquanto pesquisadores, a pesquisa em saúde no Brasil ainda caminha a curtos passos, devido ao pouco reconhecimento e valorização da prática docente e pesquisa no ensino em saúde^[10].

Expresso em todos os periódicos analisados por este trabalho, o maior número de produções científicas oriundas de instituições públicas é uma realidade na produção científica no Brasil. Tal achado deve-se à maior concentração de recursos, tanto financeiros quanto humanos – pelo maior número de pesquisadores bolsistas por produtividade em grandes centros universitários públicos, como a Universidade de São Paulo e Universidade Federal de Minas Gerais, ou institutos de pesquisa e hospitais também públicos^[11, 12]. Autores com grande produtividade acadêmica por vezes estão interligados por redes de pesquisa, sendo coautores juntos em grande número de trabalhos publicados^[13].

Os trabalhos analisados permitem identificar sobre os perfis dos pesquisadores e estudos sobre educação superior em saúde, uma vez que denotam a escassez do financiamento, através do grande número de artigos originais que não informam, ou não possuem, financiamento. Destes, em maior parte com metodologia qualitativa. Em relação ao idioma de publicação, dois dos periódicos são responsáveis pelo maior número de trabalhos em língua portuguesa, e um dos periódicos analisados publica apenas trabalhos em língua espanhola.

No que tange à temática dos artigos, embora os periódicos analisados tratem sobre ensino superior em saúde, há poucos trabalhos que representem a temática buscada na metodologia deste trabalho, apenas 30% dos artigos se relaciona aos temas propostos. Há poucos artigos que

tratem de saúde discente e docente, mesmo diante dos de transtornos mentais e sofrimento psíquico relacionados ao estresse na vida de ambos, dificuldades de enfrentamento do mesmo e consequências para a formação^[14, 15, 16]. Não foram encontrados trabalhos que debatessem acesso e permanência dos professores no ensino superior, mostrando a ineficácia com que a literatura aborda este tema.

É crescente a produção de artigos sobre metodologias ativas de aprendizagem e relação entre teoria e prática, conforme direcionado pelas DCN, tais propostas visam atualizar a forma de ensino e aprendizagem, adaptando os alunos a serem atuantes no processo da construção do conhecimento. O papel dos alunos e professores passa a ser de construir uma visão integrada a respeito do objeto de estudo, abordando de forma holística e contextualizada todos os pontos que o compõem^[17]. As mudanças partem também para o âmbito das avaliações, que são transformadas para percepção somativa da formação do conhecimento, não fragmentada. Diante de tal perspectiva, o professor passa a também necessitar de mudanças, a fim de se tornar uma figura ativa e adaptada às mudanças propostas ao sistema de ensino, transmitindo conhecimento e sendo capaz de despertar interesse dos alunos em também assumirem uma postura ativa no próprio aprendizado^[18, 19].

Todavia, independente das mudanças ocorridas na maneira de se ensinar, o conhecimento e presença dos profissionais docentes são insubstituíveis. O processo de ensino e aprendizagem não está apenas ligado ao conhecimento teórico e técnico absorvido a partir de investigação ativa. Especialmente no âmbito da saúde, a presença do docente, vivência e experiências profissionais são parte dos saberes docentes que, além dos conhecimentos curriculares e experiências, formam o acadêmico^[20].

CONCLUSÃO

Ao longo dos últimos anos, o ensino superior em saúde passou por mudanças estruturais que não estão completamente estabelecidas e expostas pela literatura. Embora estejam crescendo os trabalhos que abordem pontos relevantes, como metodologias ativas, integração teórico-prática, e mudanças curriculares, há falhas explícitas no que tange à abordagem da docência na literatura. No âmbito da saúde dos profissionais, acesso e permanência, estímulos à formação e educação continuada, a literatura ainda não traz de forma expressiva tais temáticas, desproporcionalmente ao quão importante e impactante tais pontos podem ser na formação dos profissionais egressos. É importante compreender que podem ser consideradas recentes a alteração curricular, desta forma, faz-se necessário reavaliar posteriormente, bem como avaliar os profissionais de saúde que estão se formando conforme as novas proposições e o impacto destes no cenário da saúde e do ensino em saúde.

Agradecimentos

Ao PROINIC-UNIMONTES e ao CNPq, que possibilitaram a realização deste projeto, pelo apoio aos bolsistas de iniciação científica (PIBIC) e iniciação científica voluntária.

Conflito de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Pizzani L, Silva CR, Hossne WS. Análise bibliométrica dos 40 anos da produção científica em bioética no Brasil e no mundo. 5 ed. Centro Universitário São Camilo, 2010. v.4: 454.
2. Donato E, Oliveira CF. Bibliometria do cancro em Portugal. *Acta Med. Port.*, 2008. 22(1): 41-50.
3. Araujo AC. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. *Em questão*, 2006, 12(1): 11-32.
4. Macias-Chapula C. O papel da informometria e da cienciometria e sua perspectiva nacional e internacional. *Ciência da Informação*, 1998. 27(2): 134-40.
5. Vanti, NA. Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. *Cien Inform*, 2002. 31(2): 152-162.
6. Santos RNM, Kobashi NY. Bibliometria, cienciometria, infometria: conceitos e aplicações. *Tend Pesq Bras Ciên Inform*, 2009. 2(1): 155-172.
7. Brasil. Câmara de educação superior do Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Brasília, 2014.
8. Chuele GV, Amatucci, M. O que é bibliometria? Uma introdução ao fórum. *Internext*, 2015. [Internet] 10(2): 1-5. [08 ago. 2018] Disponível em: <http://internext.espm.br/index.php/internext/article/download/330/233>.
9. Winters JRF, Prado ML, Lazzari DD, Jardim VLT. A formação superior em enfermagem no MERCOSUL: um estudo bibliométrico. *Rev Bras Enferm*, 2018; 71.
10. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM, Domingues SM, Parreira CMD. Há pesquisa sobre ensino na saúde no Brasil? *ABCS Health Sciences*, 2015; 40(3).
11. Santos WM, Padoim SMM, Lacerda MR, Gueterres EC. Perfil dos pesquisadores bolsistas de produtividade em pesquisa na área da enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 2015; 9(supl. 2):844-50.
12. Santos SMC, Lima LS, Martelli DRB, Martelli-Júnior H. Perfil dos pesquisadores da saúde coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Physis: Rev Saude Colet*, 2009; 19:761-775.
13. Conner N, Provedel A, Maciel ELN. Ciência & Saúde Coletiva: análise da produção científica e redes colaborativas de pesquisa. *Cien Saude Colet*, 2017. 22, 987-996.
14. Monteiro CFS, Freitas JFM, Ribeiro AAP. Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da Universidade Federal do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* abreviar
15. , 2007; 11(1): 66-72.
16. Diehl L, Marin AH. Adoecimento mental em professores brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Est Interdisc Psico*, 2016, 7(2): 64-85.
17. Silveira KA, Enumo SRF, Paula KMP, Batista EP. Estresse e enfrentamento em professores: uma análise da literatura. *Educ Rev*, 2014; 30(4).
18. Gemignani EYMY. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para a compreensão. *Front Educ*, 2013; 1(2).

19. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semin. Ciênc. Soc. Hum., 2011; 32: 25-40.

20. Freitas DA, Santos EMDS, Lima LVDS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PDC. Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde. Interface (Botucatu) [online], 2016. 20(57):437-448. [20 ago. 2018] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n57/1807-5762-icse-1807-576220141177.pdf>.

21. Freitas MADO, Cunha ICKO, Batista SHSDS, Rossit RAS. Docência em saúde: percepções de egressos de um curso de especialização em Enfermagem. Interface-Comunic Saúde Educ. 20(57): 427-436.

Kellen Bruna de Sousa Leite

kellen.bruna@hotmail.com

Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros-Unimonte.

Isadora Martins Naves Alves

isadoramnaves@gmail.com

Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes.

Divanise Suruagy Correia

divanises@gmail.com

Professora Doutora, membro titular do mestrado em Ensino da Saúde da Universidade Federal de Alagoas-UFAL.

Maria das Graças Mello Taveira

gracamonte@gmail.com

Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Alagoas-UFAL.

Daniel Antunes Freitas

danielmestradounincor@yahoo.com.br

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA SOBRE SAÚDE E RELIGIOSIDADE/ ESPIRITUALIDADE

*BIBLIOMETRIC ANALYSIS ON HEALTH AND
RELIGIOUSITY/SPIRITUALITY*

RESUMO

Introdução: A religiosidade e a espiritualidade exercem influência consistente e positiva na saúde física e mental. **Objetivo:** Realizar análise bibliométrica de artigos que tratam de religiosidade/espiritualidade na saúde nos periódicos Ciência e Saúde Coletiva e Cadernos de Saúde Coletiva. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de cunho transversal. Foram incluídos trabalhos que abordassem a relação da religiosidade e espiritualidade na saúde, publicados entre os anos de 2010 a 2017. **Resultados:** Foram identificados um total de 26 artigos, destes 34,6% foram publicados no periódico Cadernos de Saúde Coletiva, enquanto que 65,4% na revista Ciência e Saúde Coletiva. 46,1% dos trabalhos foram publicados no ano de 2013, 84,6% eram artigos originais, 73,1% realizaram uma abordagem qualitativa, 77% estavam vinculados a instituição pública e 50% foram desenvolvidos na região sudeste. Quanto a temática, nos Cadernos de Saúde Coletiva, “saúde mental” representou 44,4% das publicações, já na Ciência e Saúde Coletiva 29,4% foi enquadrado no tema “Cuidador”. **Conclusão:** Constatou-se que a produção científica encontrada foi pequena, quando comparada à necessidade de discutir e abordar essa temática no meio da saúde, ressaltando a necessidade de mais pesquisas acerca desta temática.

PALAVRAS-CHAVE:

Espiritualidade. Religião. Saúde. Bibliometria. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Religiousness and spirituality exert a consistent and positive influence on physical and mental health. **Objective:** To perform a bibliometric analysis of articles dealing with religiosity/spirituality in health in the periodicals Science and Collective Health and Collective Health Books. **Methodology:** It's about a quantitative, descriptive, cross-sectional study. It's was included studies about the relation between religiosity and spirituality in health, published between 2010 and 2017. **Results:** A total of 26 articles were identified, of which 34,6% were published in the periodic Collective Health Books, while 65,4% in the journal Science and Collective Health. 46,1% of the studies were published in 2013, 84,6% were original articles, 73,1% were qualitative approach, 77% were linked to a public institution and 50% were developed in the Southeast region. About the theme, in the Collective Health Books, "mental health" accounted for 44,4% of publications; in Science and Collective Health, 29,4% were included in the theme "Caregiver". **Conclusion:** It was concluded that the scientific production found was small compared to the need to discuss and address this issue in health sector, highlighting the need for more research on this topic.

Keywords: Spirituality. Religion. Health. Bibliometrics. Public Health.

INTRODUÇÃO

A religiosidade é uma prática doutrinária que engloba um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos, destinados a facilitar a proximidade do indivíduo com o sagrado^[1-2]. A espiritualidade envolve o domínio existencial, refletindo no senso de percepção do eu, no significado e propósito da vida e no modo pelo qual o indivíduo estabelece conexões com o momento, a natureza e o transcendente^[1,3]. Nesse sentido, apesar de estar intimamente ligada à religiosidade, a espiritualidade é um conceito mais amplo que a religião^[1].

O envolvimento religioso e a espiritualidade têm sido relacionados positivamente à saúde física e mental^[4]. A religiosidade/espiritualidade (R/E) auxilia na promoção de bem-estar pessoal, satisfação com a vida, alegria, qualidade de vida, bem como promove redução dos níveis de dor, ansiedade, estresse, depressão e angústia^[1,4]. A importância da espiritualidade para saúde foi reconhecida pela Organização mundial da Saúde (OMS), a qual, por meio da Emenda da Constituição de 7 de Abril de 1999, incluiu o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde^[1,3].

Nesse contexto, reconhecida a importância da religiosidade/espiritualidade para saúde, é necessário levantar a produção científica sobre essa temática fornecendo subsídios necessários à sua utilização no sistema de saúde. Diante disso, este artigo apresenta um estudo bibliométrico, com a finalidade de caracterizar o perfil da produção científica sobre a relação entre a saúde e a R/E, de modo a contribuir para a construção de um panorama sobre os avanços na produção científica pertinente e apoiar a comunidade de pesquisa para evolução das ações em saúde.

A bibliometria é um campo de estudo da ciência da informação que visa analisar os aspectos quantitativos e cumulativos da produção científica, mostrando o comportamento e desenvolvimento de um determinado assunto^[5,6]. Em adição, a análise bibliométrica permite a aquisição de indicadores de avaliação da produção científica, por meio da técnica de medição estatística, desenvolvendo indicadores cada vez mais confiáveis^[5].

Os estudos bibliométricos **são regidos por três leis básicas: a lei de Lotka**, a lei de Bradford e a lei de Zipf. A lei de Lotka se refere à produtividade de autores, tendo como objetivo principal levantar o impacto da produção de um autor em determinado campo de conhecimento. A lei de Bradford diz respeito ao grau de atração dos periódicos e se propõe a identificar os periódicos mais relevantes e que dão maior vazão a um tema em específico. Já a lei de Zipf aborda a frequência de palavras-chave e tem por objetivo estimar os temas mais recorrentes relacionados a uma área de conhecimento^[5,7].

No alcance dessas observações, o presente estudo tem como objetivo geral realizar a análise bibliométrica de artigos que tratam de religiosidade/espiritualidade na saúde dos principais periódicos de Saúde Coletiva utilizados no Brasil durante os últimos sete anos. Como objetivos específicos considera-se: realizar a análise bibliométrica dos artigos do periódico *Ciência e Saúde Coletiva* e do periódico *Cadernos de Saúde Coletiva*; e comparar os resultados das análises bibliométricas das duas revistas citadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de cunho transversal, para o qual foi utilizada a técnica da bibliometria. Foram levantadas todas as publicações dos periódicos *Ciência e Saúde Coletiva* e *Cadernos de Saúde Coletiva* dos últimos sete anos (2010 a 2017). Para análise foram considerados editoriais, artigos originais de pesquisas científicas, relatos de experiência, artigos de revisão da literatura e outros documentos que tivessem autoria. Sendo excluídas erratas.

A revista *Ciência e Saúde Coletiva* se configura como um espaço científico para debates, apresentação de pesquisas e exposição de novas ideias. Criada em 1996, o periódico tem publicação mensal e recebe em média 3500 artigos por ano. A edição fica a cargo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)^[8]. De acordo com a Plataforma Sucupira, a classificação *qualis* periódico no quadriênio 2013-2016 desta revista é B3 para áreas I, II e III da medicina^[9].

O periódico *Cadernos de Saúde Coletiva* é caracterizado como um espaço que possibilita acesso a estudos inéditos e relevantes para a área da saúde pública. A revista lançou a primeira edição em 2003 e atualmente realiza publicações trimestrais. O Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro é responsável pela edição do periódico^[10]. A classificação *qualis* periódico, no quadriênio 2013-2016 deste periódico é de B5 para medicina I e B4 para medicina II e III^[9].

Os endereços eletrônicos do periódico *Ciência e Saúde Coletiva* (<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes>) bem como da revista *Cadernos de Saúde Coletiva* (<http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/#>) foram consultados e realizou-se análise de todas as publicações entre os anos de 2007 e 2017.

As variáveis estudadas dos dados extraídos das publicações que abordavam religiosidade e espiritualidade em ambas as revistas foram: categoria do artigo (por exemplo, relato de caso, original, revisão), tipo de estudo (qualitativo ou quantitativo), número de autores, local do estudo, instituição vinculada ao estudo, titulação do primeiro e do último autor, a existência ou não de financiamento, primeira palavra-chave, temática abordada e população estudada.

Para a análise dos dados foi elaborada uma tabela no programa *Microsoft Word 2013*,

contendo as variáveis de estudo. A frequência de cada variável foi inserida na tabela, segundo a revista de origem, permitindo uma visão geral dos trabalhos encontrados em cada periódico e a comparação entre os resultados obtidos.

RESULTADOS

Foram identificados um total de 26 artigos que contemplam a relação R/E e saúde. Destes, 34,6% (9) foram publicados no periódico Cadernos de Saúde Coletiva, enquanto que 65,4% (17) foram encontrados na revista Ciência e Saúde Coletiva.

Dos 09 artigos selecionados nos Cadernos de Saúde Coletiva 55,5% (5) foram publicados em 2013 e entre 2014 a 2017, houve 01 (um) artigo publicado em cada ano. Não houve publicação sobre o tema no período de 2010 a 2017. Sobre a revista Ciência e Saúde Coletiva, a maior concentração de publicações, 41,2% (7) também foi no ano de 2013, entretanto as publicações foram um pouco melhor distribuídas entre anos. Não houve seleção de estudos nos anos de 2016 e 2017.

Em relação à categoria, de todos os trabalhos selecionados, 84,6% (22) era artigos originais, 73,1% (19) realizaram uma abordagem qualitativa, 77% (20) estavam vinculados a instituição pública e 84,6% (22) não possuíam financiamento.

No periódico Ciência e Saúde Coletiva, 41,2% (7) dos artigos foram desenvolvidos por dois autores. Quatro autores foram encontrados em 29,4% (5) do trabalhos. 47% (8) foram desenvolvidos na região sudeste, 35,3% na região nordeste e 17,7% na sul. Já em relação à titulação, 64,7% (11) dos primeiros autores, bem como 76,5% (13) eram doutores.

Já na revista Cadernos de Saúde Coletiva 33,3% (3) dos artigos foram desenvolvidos por um autor. Cinco autores foram encontrados em 22,2% (2) do trabalhos. Além disso, 55,6% (5) foram desenvolvidos na região sudeste, 33,3% na região sul e 11,1% na sul. Acerca da titulação, 44,4% dos primeiros e últimos autores eram especialistas.

Quanto à temática, nos Cadernos de Saúde Coletiva, "saúde mental" representou 44,4% (4) das publicações. Já na Ciência e Saúde coletiva uma importante parcela dos artigos 29,4% (5) foi enquadrado no tema "Cuidador", entretanto, a maioria dos artigos abordam temáticas distintas, como, por exemplo, doação de órgãos, doenças genéticas, vulnerabilidade de migrantes, gestantes, doenças infecto contagiosas. Em relação à população de estudo, em ambas as revistas, os pacientes constituem o grupo mais abordado.

Em relação à primeira palavra-chave de cada artigo selecionado, não houve repetição. Entretanto, algumas palavras-chaves são semelhantes e se relacionam ao mesmo tema como, por exemplo, "Consumo de bebidas alcoólicas", "transtornos relacionados ao uso de substâncias" e "bebidas alcoólicas"; "familiar cuidador" e "família"; "religião", "religiosidade" e "religião em medicina".

A tabela I mostra sumariamente os estudos selecionados por meio dessa análise bibliométrica, classificando e comparando-os no que se refere a revista, categoria, tipo de estudo, número de autores, local, instituição, titulação, financiamento temática e população de estudo.

Tabela I – Análise dos artigos selecionados nos periódicos.

		Ciência e saúde coletiva (n)	Cadernos de Saúde Coletiva	Total
Ano	2010	01	00	01
	2011	02	00	02
	2012	02	00	02
	2013	07	05	12
	2014	03	01	04
	2015	02	01	03
	2016	00	01	01
	2017	00	01	01
Categoria	Original	14	08	22
	Revisão	03	01	04
Tipo de estudo	Quantitativo	01	03	04
	Qualitativo	15	04	19
	Quanti-quali	01	02	03
Número de autores	01	01	03	04
	02	07	00	07
	03	01	01	02
	04	05	01	06
	05	01	02	03
	06	01	01	02
	07	00	01	01
	08	00	00	00
	09	01	00	01
Local do estudo	Norte	00	00	00
	Nordeste	06	01	07
	Sul	02	03	05
	Sudeste	08	05	13
	Centro-oeste	00	00	00
	Exterior	01	00	01
Instituição	Pública	14	06	20
	Privada	03	03	06
Titulação do 1º autor	Especialista	01	04	05
	Mestre	05	02	07
	Doutor	11	03	14
Titulação do último autor	Especialista	00	04	04
	Mestre	02	00	02
	Doutor	13	02	15
Financiamento	Sim	03	01	04
	Não	14	08	22
Temática	Oncologia*	00	02	02
	Saúde mental**	02	04	06
	Cuidador***	05	00	05
	Outros****	10	03	13
População de estudo	Pacientes	07	05	12
	Familiares	05 ⁺⁺	01	06
	Profissionais	02 ⁺⁺	01	03
	Outros ⁺	04	02	06

Fonte: dados pesquisados pelos próprios autores.

*Oncologia se refere a: câncer e cuidados paliativos em pediatria.

**Saúde mental se refere a: transtornos mentais e consumo/abuso de álcool e outras drogas.

***Cuidador se refere a: cuidador de idosos e cuidador de pacientes internados na urgência/emergência;

**** outros inclui: doação de órgãos, instrumentos para avaliação de religiosidade e espiritualidade, saúde, doenças genéticas, vulnerabilidade de migrantes, gestantes, doenças infecto contagiosas, criminalidade/reabilitação, envelhecimento, luto e notícias difíceis.

* outros inclui: nenhuma população analisada ou um grupo populacional específico como, por exemplo, migrantes.

**Um trabalho abordou como população de estudo tanto familiares como profissionais, sendo portanto enquadrado nas duas; dessa forma, na contagem final há um estudo a mais.

DISCUSSÃO

O ano de 2013 concentrou o maior número de produções em ambas as revistas analisadas. Não se encontrou na literatura um fator sociopolítico que justificasse essa maior produção científica sobre R/E em saúde nos periódicos analisados. Entretanto, essa maior quantidade de estudos pode se relacionar às temáticas das edições do ano citado. Por exemplo, a revista *Ciência e Saúde Coletiva* publicou um número temático intitulado “Finitude, morte e luto: temas negligenciados da saúde pública”.

Houve uma prevalência dos estudos qualitativos em ambos os periódicos analisados. O método qualitativo tem relação com questões subjetivas e relacionais e é tratado por meio da história, significações, experiências, comportamentos, crenças e valores dos atores sociais^[11,12]. O caráter do objeto de conhecimento a ser pesquisado define a escolha da metodologia^[13]. Nesse sentido, apesar das pesquisas de cunho qualitativo serem escassas na área médica, a temática do presente estudo se correlaciona intensamente com a proposta da pesquisa qualitativa, fato que sustenta e justifica sua predominância neste trabalho^[11].

Em relação à categoria dos estudos, verificou-se uma prevalência de trabalhos originais comparado aos estudos de revisão literária, provavelmente devido a ainda tímida abordagem na literatura científica acerca da influência da espiritualidade e/ou religiosidade na saúde^[1]. Assim, é possível perceber um interesse dos pesquisadores em disseminar resultados inéditos e contribuir para o avanço do conhecimento e a melhoria da prática profissional^[14].

Atualmente, observa-se uma tendência de aumento do número de autores por publicação de artigos nas ciências médicas, fato que reflete a crescente natureza colaborativa dos estudos necessários para obter resultados válidos^[15,16]. Este fato foi encontrado na presente análise, uma vez que foi identificada preferência por autoria coletiva. O padrão de autoria mais comum foi o de dois autores seguido de quatro autores.

Em ambos os periódicos a região sudeste apresentou a maior concentração de estudos. Quanto à segunda maior prevalência de trabalhos por região, houve uma divergência: a região sul foi mais predominante no periódico *Cadernos de Saúde Coletiva* e a região nordeste no periódico *Ciência e Saúde Coletiva*. A maior concentração nas regiões Sudeste e Sul do país, segue a lógica da produção científica nacional e da produção em educação médica^[17]. Já o crescimento da produção na região Nordeste parece estar relacionado à implementação do Programa Mais Médicos em 2013. Um dos objetivos deste projeto foi incentivar a abertura de cursos médicos nas regiões mais desprovidas de médico, dentre as quais encontra-se a região nordeste, aumentando, por consequência, a produção científica referente a medicina nesta região^[17,18].

A revista *Ciência e Saúde Coletiva* possui 14 artigos vinculados a instituições públicas e 3 (três) a privadas, enquanto a revista *Cadernos de Saúde Coletiva* apresentou 6 (seis) e 3 (três), respectivamente. Isso se justifica pois, no Brasil, o sistema universitário, especialmente os cursos

de pós-graduação das instituições públicas, federais e estaduais, tem sido o maior responsável pela disseminação de novos conhecimentos^[19]. Essa maior prevalência de conteúdo científico no ambiente acadêmico público se apoia nas políticas governamentais de financiamento do Governo brasileiro, como a CAPES e as agências FINEP e CNPq, ligadas ao Ministério da Saúde. Portanto, a decisão atual do governo de interromper o fornecimento de bolsas por essas agências terá efeitos negativos na produção científica dessas instituições.

A maioria dos indivíduos envolvidos na produção científica são professores^[19], sendo a produtividade maior, em ordem decrescente, para mestres, doutores e alunos^[20]. Essa realidade não foi encontrada na análise da produção das duas revistas. Enquanto a *Ciência e Saúde Coletiva* apresentou maior produção de artigos por doutores, a *Cadernos de Saúde Coletiva* teve por especialistas. Isso pode se justificar pela seletividade da primeira revista, por gerar conteúdos específicos de acordo com sua temática mensal.

Ambas as revistas apresentaram mais artigos não financiados, o que vai de encontro à política neoliberalista da produção científica. Segundo Michael Apple, na sociedade contemporânea a ciência se transforma em capital técnico-científico^[21]. O financiamento, além de estimular a produção científica, beneficiando a produção de conhecimento, também condiciona o controle do conteúdo produzido por esses financiadores, principalmente os de rede privada. A fim de ter essa liberdade de produção de conteúdo, a maioria dos artigos das revistas analisadas não foram financiados e poucos foram financiados pelo FINEP e CNPq. Estes não tiveram resultados tendenciosos, refletindo o incentivo à produção científica não monopolizada.

A temática dos artigos de ambas as revistas não seguiu um padrão, provando que a religiosidade e espiritualidade pode-se relacionar com a saúde de diversas formas. Entretanto, houve maior prevalência de temáticas atreladas à oncologia, saúde mental e cuidador. Isso ocorreu pois a susceptibilidade de recorrer às crenças está relacionada à gravidade ou seriedade da doença – principalmente pelo seu nível de perturbação emocional – e quando os benefícios do uso da fé estão ligados à crença na efetividade do tratamento médico e na percepção de suas implicações positivas, mesmo em meio às adversidades^[22].

Assim como a temática, os grupos estudados pelos trabalhos científicos das duas revistas não seguiram um padrão, envolvendo pacientes, familiares, profissionais e outros indivíduos. Isso se justifica na estreita relação entre a temática e a população de estudo, afinal a análise de determinado tema depende da escolha adequada da população observada. Portanto, se houve maior incidência de temáticas nas áreas de oncologia, cuidador e saúde mental, estudos focados em pacientes e familiares receberam maior destaque, afinal esses são os que mais estão envolvidos emocionalmente e psicologicamente com essas condições, já que a religiosidade e espiritualidade apresentam um potencial como função mental de buscar sentido para a vida e enfrentar os percalços^[23].

A religiosidade e a espiritualidade estão intimamente atreladas ao conceito de saúde segundo a OMS, pois condicionam os indivíduos a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”^[24], ao fortalecê-los para enfrentar as adversidades com esperança de melhora. Por isso, é fundamental reconhecer a importância da discussão dessa temática em revistas e meios acadêmicos vinculados à saúde, afinal as crenças e doutrinas religiosas são parte integral da vida de muitos. Uma saúde de qualidade, para ser alcançada, pode contar com o reconhecimento dos profissionais de saúde para com esses fatores

e sua relevância para o processo de manutenção ou reconquista da saúde.

CONCLUSÃO

Através da análise bibliométrica das revistas *Ciência e Saúde Coletiva* e *Cadernos de Saúde Coletiva* entre os anos de 2010 e 2017 acerca da presença de temática relacionada à espiritualidade e religiosidade, constatou-se que a produção científica nesse contexto foi pequena, quando comparada à necessidade de discutir e abordar essa temática no meio da saúde. O maior destaque vai para o ano de 2013, com 12 (doze) produções, em oposição aos anos subsequentes, cuja média foi de 1 (uma) produção por ano. Além disso, houve prevalência maior de artigos relacionando religiosidade e espiritualidade à oncologia, saúde mental e cuidador, temas mais diretamente ligados a esse contexto. Portanto, reconhecer a importância de abordar essas questões em revistas de saúde é fundamental para ampliar o número e a temática dessas produções científicas. Quanto mais conteúdo sobre o tema, mais ele será reconhecido e valorizado, gerando um ciclo cuja discussão da religião e da espiritualidade na saúde será o centro.

Agradecimentos

Agradecimentos ao Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), em especial ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/FAPEMIG) e ao Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV).

Conflito de Interesses

Os autores negam conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- 1- Inoue TM, Vecina MVA. Spirituality and/or religiosity and health: a literature review. *J Health Sci Inst.* [Internet] 2017 [citado 2018 out. 10]; 35(2):127-30. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2017/02_abr-jun/V35_n2_2017_p127a130.pdf
- 2- Thompson WE. Social support, religious involvement and alcohol use among students at a conservative religious university. *Behav. Sci.* [Internet] 2017 [citado 2018 out. 10]; 7(2), 34. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-328X/7/2/34/htm>.
- 3- Silva AF, Brasil AQ, Oliveira ACD, Freire JF, Lopes JMP, Bandeira SM et al. Concepções sobre espiritualidade: programas de provimento de médicos no Cariri Cearense. *IJHE.* [Internet] 2017 [citado 2018 out. 10]; 2(1). Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/281>.
- 4- Ferreira AGC, Oliveira JAC, Jordán ADPW. Educação em saúde e espiritualidade: uma proposta de transversalidade na perspectiva do estudante. *IJHE.* [Internet] 2016 [citado 2018 out. 10]; 1(1). Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/1>.
- 5- Queija CCS, Vasconcelos-Silva A. Análise bibliométrica dos estudos sobre rotatividade de pessoal. *Rev. Perspect. Psicol.* [Internet] 2014 [citado 2018 out. 10]; 18(1), 156 – 74. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/28863>.
- 6- Martins MDFM. Análise bibliométrica de artigos científicos sobre o vírus Zika. *Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde.* [Internet] 2016 [citado 2018 out. 10]; 10(1), 1-9. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13593>.
- 7- Chueke GV, Amatucci M. O que é bibliometria? Uma introdução ao fórum. *Internext.* [Internet] 2015 [citado 2018 out. 10]; 10(2):1-5. Disponível em: <http://internext.espm.br/index.php/internext/article/view/330>
- 8- Ciência & Saúde Coletiva [internet]. História da revista Ciência & Saúde Coletiva. [citado 2018 out. 10]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/sobre-a-revista>.
- 9- Plataforma Sucupira [internet]. Qualis-Periódico. [citado 2018 out. 10]. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>.
- 10- Cadernos de Saúde Coletiva. [internet]. [citado 2018 out. 10]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1414462X&lng=en&nrm=iso.
- 11- Taquette SR, Minayo MC. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis.* [Internet] 2016 [citado 2018 out. 10]; 26(2):417-34. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010373312016000300417&script=sci_arttext&tlng=en.
- 12- Taquette SR, Minayo MCDS, Rodrigues AO. Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas. *Cad. Saúde Pública.* [Internet] 2015 [citado 2018 out. 10]; 31(4): 722-32. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28503>.
- 13- Fonseca PH, Lowen IMV, Lourenço ML, Peres AM. Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico. *Saúde debate.* [Internet] 2018 [citado 2018 out. 10]; 42:318-30. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/318-330/>.
- 14- Oliveira PS, Costa MML, Ferreira L, Danielma J, Lima CLJ. Autocuidado em Diabetes Mellitus: estudo bibliométrico. *Enferm. glob.* [Internet] 2017 [citado 2018 out. 10]; 16(45):634-88. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S169561412017000100634.

15- Franco-Paredes K, Díaz-Reséndiz FDJ, Pineda-Lozano JE, Hidalgo-Rasmussen CA. Análisis bibliométrico de la producción científica de la Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios em el periodo 2010-2014. Rev. Mex. de trastor. aliment. [Internet] 2016 [citado 2018 out. 10]; 7(1):9-16. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200715232016000100009&script=sci_arttext.

16- Brizuela EDJF. Estudio bibliométrico sobre lactancia materna en las revistas médicas cubanas durante el período 2009-2013. Rev Cub Inform Cienc Salud. [Internet] 2014 [citado 2018 out. 10]; 25(3): 270-84. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S230721132014000300003&script=sci_arttext&tlng=en

17- Hamamoto Filho PT, Caramori JT. Perfil dos principais autores da Revista Brasileira de Educação Médica entre 2006 e 2015: Perspectivas para um Novo Futuro? Rev. bras. educ. méd. [Internet] 2017 [citado 2018 out. 10]; 41(3), 442-8. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/157548>.

18- Alessio MM, Sousa MFD. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. Interface – Comunic., Saúde, Educ. [Internet] 2017 [citado 2018 out. 10]; 21: 1143-56. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21suppl1/1143-1156/es/>.

19- Mueller SPM. Métricas para a ciência e tecnologia e o financiamento da pesquisa: algumas reflexões. Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf. [Internet] 2008 [citado 2018 out. 10]; n. esp. Disponível em: http://www.brapci.inf.br/_repositorio/2010/09/pdf_04810f633d_0011925.pdf.

20- Santos SMC, Lima LS, Martelli DRB, Martelli-Júnior H. Perfil dos pesquisadores da saúde coletiva no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Physis. [Internet] 2009 [citado 2018 out. 10]; 19: 761-775. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000300012.

21- Marrach SA. Neoliberalismo e educação. Cefet. [Internet] 2015 [citado 2018 out. 10]. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/eso/neoeducacao1.html>.

22- Badaró AC, Dittz CP, Feres ÂC, Vieira HIS, Lourenço LM. Crenças em saúde: levantamento bibliométrico. Psicologia. com. pt, [Internet] 2014 [citado 2018 out. 10]; 1:1-15. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0356.pdf>.

23- Jarros RB, Dias HZJ, Müller MC, Sousa PLR. Estudo bibliométrico da produção brasileira na interface da psicologia com espiritualidade-religiosidade. Psic. [Internet] 2008 [citado 2018 out. 10]; 9(2), 251-8. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167673142008000200014.

24- Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Rev. Saúde Públ. [Internet] 1997 [citado 2018 out. 10]; 31(5): 538-542. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101997000600016&script=sci_arttext&tlng=pt.

Luna Vitória Cajé Moura
enf.lunamoura@hotmail.com

Mestra em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Terapia intensiva e Emergência pela UFBA e Faculdade Social da Bahia. Docente na Faculdade Adventista da Bahia.

Laryssa Ramos Fraga Pedreira
laryssapedreira@hotmail.com

Graduanda em enfermagem na Faculdade Adventista da Bahia.

Rhalliete Souza Cruz
rhallietesouza@gmail.com

Graduanda em enfermagem na Faculdade Adventista da Bahia. Graduanda em Gestão Pública na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aniele Carqueija Moraes
aniele.moraes@gmail.com

Bibliotecária. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação/UFBA. Especialista em Gestão da Informação e Business Intelligence – UNIFACS. Especialista em Docência do Ensino Superior – UNIFACS.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SEPSE, TERAPIA INTENSIVA E ENFERMAGEM: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PERÍODO DE 2003-2018

SCIENTIFIC PRODUCTION ON SEPSE, INTENSIVE THERAPY AND NURSING: BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF THE PERIOD 2003-2018

RESUMO

Introdução: A sepse se configura como uma grave disfunção de órgãos, sendo causada por uma cadeia de respostas desreguladas do hospedeiro a uma infecção. **Objetivo:** realizar uma análise bibliométrica da produção científica em enfermagem acerca da sepse em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), no período que compreende os anos de 2003 a 2018. **Metodologia:** Pesquisa bibliométrica, de abordagem quantitativa. Houve o levantamento da produção científica em Português, Inglês e Espanhol neste recorte temporal, com estudos contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); foram quantificados todos os resultados referentes às palavras “Sepse”, “Sepse and UTI”, e “Sepse and UTI and Enfermagem”. A pesquisa foi finalizada em março de 2019. **Resultados:** Na busca inicial pela palavra “Sepse” foram encontrados 26.923 resultados, ao buscar “Sepse and UTI” 2.921 resultados, e ao refinar para “Sepse and UTI and Enfermagem” o resultado abrangente encontrado foi de 82 estudos. Na busca específica para “Sepse, UTI e enfermagem” a ênfase clínica foi dada à etiologia (37%); prognóstico (18%) e terapia (15%). O tipo de documento mais frequentemente publicado, representando 82 dos 53 resultados. **Conclusão:** O perfil da produção científica em enfermagem, sobre sepse em UTI, está relacionado principalmente ao manejo clínico de pacientes acometidos. Seu quantitativo se mostrou crescente, entretanto há necessidade de maior abrangência dos

PALAVRAS-CHAVE:

Sepse. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem. Indicadores de Produção Científica.

fatores como prevenção e reabilitação, dada a pertinência da discussão e complexidade do agravo.

ABSTRACT

Introduction: Sepsis is configured as a serious dysfunction of organs, being caused by a deregulated responses chain from host to an infection. **Objective:** To perform a bibliometric analysis of the scientific production in nursing about sepsis in Intensive Care Units (ICU), in the period from 2003 to 2018. **Methodology:** Bibliometric research, with a quantitative approach. There was a survey of the scientific production in Portuguese, English and Spanish⁰ in this temporal cut, with studies contained in the Virtual Health Library (VHL); all the results referring to the words “Sepsis”, “Sepsis and UTI”, and “Sepsis and UTI and Nursing” were quantified. The search was completed in March 2019. **Results:** In the initial search for the word “Sepsis” were found 26,923 results, when searching “Sepse and UTI” 2,921 results, and when refining to “Sepse and UTI and Nursing” the comprehensive result found was of 82 studies. In the specific search for “Sepsis, ICU and nursing” the clinical emphasis was given to the etiology (37%); prognosis (18%) and therapy (15%). The most frequently published type of document, representing 82 out of 53 results. **Conclusion:** The profile of the scientific production in nursing, about sepsis in ICU, is mainly related to the clinical management of patients affected. Its quantitative has been increasing, however, there is a need for greater coverage of factors such as prevention and rehabilitation, given the pertinence of the discussion and the complexity of the problem.

Descriptors: Sepsis. Intensive Care Units. Nursing. Scientific Publication Indicators.

INTRODUÇÃO

A sepse se configura como sério problema de saúde pública mundial por ser a principal causa de óbito nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)^[1], em outros casos culmina em mau prognóstico e aumento da permanência em leitos hospitalares. Acomete, ao ano, milhões de pessoas, com alta taxa de mortalidade, igualando-se aos casos de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e politrauma^[2,3].

A progressão dos sinais e sintomas apresenta fases diferenciadas do processo séptico; a resposta inicial do sistema imunológico aos micro-organismos invasores é denominada síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS, sigla em inglês)^[4]. Quando a SIRS está associada a um quadro infeccioso suspeito ou confirmado, é denominada sepse. A sepse grave corresponde à sepse associada à disfunção de órgãos, hipotensão e hipoperfusão tecidual expressa por queda significativa da pressão arterial, oligúria, plaquetopenia, acidose metabólica idiopática, aumento das bilirrubinas, dentre outras disfunções^[5]. Já o choque séptico é caracterizado por hipotensão refratária à reposição volêmica^[5], sendo necessária a administração de drogas vasoativas para manutenção da pressão arterial em níveis compatíveis com a vida.

Em 2012, a *Global Sepsis Alliance* (GSA) criou o primeiro Dia Mundial da Sepse (DMS), para ser uma plataforma de lançamento para a Declaração Mundial da Sepse. As finalidades do DMS

são aumentar a percepção sobre a importância da sepse em meio ao público leigo, profissionais de saúde e formuladores de políticas; e encorajar programas de melhoria da qualidade para identificação e tratamento precoce da sepse^[6].

Tais iniciativas culminaram, em maio de 2017, na aprovação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de uma resolução sobre a sepse^[7]. Este documento da OMS reconhece a sepse como importante ameaça à segurança do paciente e à saúde global, e insta os Estados-membros a desenvolverem iniciativas voltadas à melhora da prevenção, ao reconhecimento e ao tratamento da sepse^[6].

A equipe de enfermagem está entre os profissionais de saúde responsáveis por assistir os pacientes sépticos e, devido à sua posição estratégica, tem sido alvo de vários estudos sobre identificação precoce dos sinais e sintomas da sepse, a fim de modificar os índices de mortalidade^[8]. Nessa perspectiva, acredita-se que a difusão do conhecimento sobre a sepse e suas complicações é fundamental para diminuir o risco de morte, por meio da vigilância e monitorização dos pacientes, identificação dos sinais de agravamento e tratamento imediato dos distúrbios relacionados à síndrome séptica^[9].

Partindo desta perspectiva, percebe-se a pertinência da produção e divulgação de conhecimento acerca da sepse e seu manejo. Tendo a enfermagem como profissão beira-leito mais presente e responsabilizada pela vigilância frequente de sinais e sintomas apresentados pelo doente crítico, a justificativa para realização do estudo em se dá pela hipótese de que o perfil da produção científica em enfermagem, no que diz respeito à sepse em UTI, está principalmente relacionado ao manejo clínico de pacientes sépticos; e o quantitativo desta em um contexto geral ainda se mostra incipiente.

Logo, o presente estudo teve como objetivo realizar uma análise bibliométrica da produção científica em enfermagem acerca da Sepse em UTI no período que compreende os anos de 2003 a 2018.

Sendo assim, em uma abordagem geral, tal estudo perpassa o âmbito “macro” quantificando toda a produção científica de 2003-2018 sobre temas isolados e conjugados: Sepse, UTI e enfermagem e logo após se atém a abordar as características do resultado filtrado da produção neste período, redigidos em língua inglesa, portuguesa e espanhola; enfatizando quais se relacionam diretamente com a enfermagem e qual o direcionamento básico dos 82 artigos restantes na triagem final.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa-descritiva, pautada no levantamento de indicadores bibliométricos. Para tanto, observa-se que a análise da produção científica envolve um amplo conjunto de indicadores, entre eles, o indicador de produção, o qual constitui-se pela “contagem do número de publicações do pesquisador [...] e objetivam refletir seu impacto junto à comunidade científica à qual pertencem, dando visibilidade às temáticas mais destacadas de uma área do conhecimento”^[10].

O corpus desta pesquisa constituiu-se de artigos relacionados à SEPSE, UTI e Enfermagem, no período compreendido entre 2003 a 2018, através do levantamento bibliográfico em base de

dados da área de Enfermagem. As bases foram selecionadas de acordo à sua acessibilidade e abrangência temática. Adotou-se como critério de exclusão os artigos não compreendidos entre os anos 2003-2018, e os artigos cujo idioma não fosse português, inglês ou espanhol.

Para a seleção dos artigos, primeiramente, foi realizada a leitura dos resumos resultantes das pesquisas às bases de dados e obtidos aqueles considerados relevantes.

Foi realizado o levantamento das produções científicas escritas em português, inglês ou espanhol no período compreendido entre 2003-2018 sobre a temática de Sepse em UTI com ênfase na enfermagem, contidos na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Primeiramente, foram quantificados todos os resultados referentes à palavra “Sepse”, posteriormente “Sepse and UTI” e depois “Sepse and UTI and Enfermagem”. Foi feita uma verificação de variáveis como ano de publicação, idioma, tipos de estudo, bases de dados no qual os artigos estão disponíveis, tipos de documentos e aspectos clínicos considerados nos estudos. A pesquisa foi finalizada em março do ano de 2019.

O recorte temporal, entre os anos de 2003 a 2018, justifica-se pelos primórdios da campanha no ano de 2003 devido à implementação através da difusão mundial das diretrizes de *Surviving Sepsis Campaign* – “Campanha sobrevivendo à sepse”. Esta campanha teve seu marco inicial em 2001 e foi finalizada com o levantamento da conscientização pública global sobre sepse no ano de 2003. Deste modo, houve o interesse em descobrir o que se tem produzido sobre o tema estudo a partir deste marco histórico até os dias de hoje.

Como resultados encontrados destacaram-se 26.923 estudos contendo a palavra “Sepse” em seu título, no resumo ou como assunto (forma mais abrangente); ao associar as palavras “Sepse and UTI” foram obtidos 2.921 estudos contidos em título, resumo ou assunto; com as palavras “Sepse and UTI and Enfermagem” como descritores foram triados 3 estudos e, por fim, a filtragem final dos estudos direcionou a 82 resultados obtidos ao associar as palavras “Sepse and UTI and Enfermagem” em seu título, no resumo ou como assunto (forma mais abrangente).

A tabela a seguir refere-se a tais achados, evidenciando, destes, quantos textos completos estão disponíveis para visualização.

Tabela1 – Representação de resultados obtidos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no período de 2003-2018.

	Sepse	Sepse and UTI	Sepse and UTI and Enfermagem*	Sepse and UTI and Enfermagem**
Resultados (n)	26.923	2.921	3	82
Textos completos disponíveis (n)	18.585	2.193	3	55

Fonte: Pesquisa eletrônica 2019 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

*Como descritor

**Como Título, Assunto ou Resumo

A análise final foi relativa aos 82 estudos contidos em “Sepse and UTI and Enfermagem”; foram separados todos os materiais (46 artigos, seis teses); traduzidos os títulos e resumos que

estavam em inglês ou espanhol; separados os artigos repetidos e os que se referiam à enfermagem de forma direta; e por fim realizou-se uma descrição geral das principais temáticas apresentadas.

RESULTADOS

SEPSE

Utilizando a palavra Sepse para pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde foram obtidos 26.923 resultados dos anos de 2003 a 2018. As bases de dados que comportaram mais resultados foram a MedLine e LILACS; os tipos de estudo mais prevalentes foram Relatos de caso e Estudo Coorte com 2.935 e 1.011 estudos respectivamente. Sobre os tipos de documento contidos nestas bases de dados com a palavra Sepse em seu título, resumo ou como assunto, destacaram-se os artigos (26.923 artigos) e as teses (184 teses). O idioma predominante para publicação de tais estudos foi o Inglês com 25.298 estudos nesta língua; seguindo do Espanhol (808 estudos), o Português não foi o idioma predominante, com 1032 estudos nesta língua.

Na figura 1 é apresentado um resumo das planilhas com os resultados pertinentes à consulta utilizando a palavra sepsis como fonte de busca.

Figura 1 – Resumo das planilhas com a palavra “Sepse” como fonte de busca, no período de 2003-2018.

Ano de publicação		Bases de dados		Aspecto clínico	
2018	930	MedLine	25284	Etiologia	8798
2017	2260	LILACS	1431	Prognóstico	7065
2016	2427	BDEnf	51	Terapia	6630
2015	2438	Total	26.766	Diagnóstico	4468
2014	2257			Predição	3248
2013	2118			Total	30209
2012	1921				
2011	1705				
2010	1668				
2009	1494				
2008	1450				
2007	1460				
2006	1375				
2005	1213				
2004	1125				
2003	1082				
Total	26.923				

Idioma		Tipo de estudo		Tipo de documento	
Inglês	25298	Relatos de caso	2935	Artigos	26691
Espanhol	808	Ensaio clínico	50	Teses	184
Português	1032	Estudo de caso	873	Monografias	31
		Estudo de coorte	1011	Congressos/ conferências	5
		Diversos	196	Documentos de projeto	48
		Total	5.065	Outros	8
				Total	26.964

Fonte: Pesquisa eletrônica na BVS.

Nesta figura, assim como as demais representativas dos resultados de busca com outros descritores, pode-se perceber discrepância entre o valor total referente aos artigos por ano de publicação e as demais variáveis. Tal fato se justifica pela apresentação de duplicatas quando cruzados dados referentes a variáveis distintas, sobre a língua existem artigos publicados em inglês, português e espanhol e são contados mais de uma vez ao considerarmos o idioma.

O aspecto clínico contabilizado se apresenta pelo foco principal dos estudos, entretanto há artigos com representação de um aspecto clínico, o que eleva a contabilização final, dentre outros fatores. Entretanto, a apresentação dos resultados a seguir apresenta um direcionamento das

tendências relacionadas à produção.

“SEPSE and UTI”

A figura 2 apresenta o resumo dos resultados obtidos no presente estudo; ao associar as palavras “Sepse” e “UTI” utilizando o operador booleano “and”. A associação entre o processo de sepse na unidade de terapia intensiva se mostra pertinente, ao analisar, por meio de estudos variados, que tal unidade apresenta diversos fatores predisponentes ao desenvolvimento do processo séptico.

Figura 2 – Resumo das planilhas com as palavras “Sepse and UTI” como fonte de busca, no período de 2003-2018.

Ano de publicação		Bases de dados		Aspecto clínico	
2018	113	MedLine	2333	Etiologia	1509
2017	341	LILACS	161	Prognóstico	1400
2016	379	IBECs-ESPANHA		Terapia	732
2015	316	BDEnf	17	Diagnóstico	564
2014	273	Coleciona SUS	7	Predição	705
2013	254	Total	2.518	Total	4.910
2012	242	Idioma		Tipo de documento	
2011	213	Inglês	2168	Artigos	2884
2010	168	Espanhol	61	Teses	35
2009	168	Português	137	Doc. De projeto	7
2008	160	Alemão	45	Outros	2
2007	140	Francês	17	Total	2.928
2006	141	Total	2.428	Tipo de estudo	
2005	95	Relatos de caso		57	
2004	88	Ensaio clínico		12	
2003	74	Estudo de caso		167	
Total	3.165	Estudo de coorte		293	
		Diversos		25	
		Total		554	

Fonte: Pesquisa eletrônica na BVS.

No referente ao aspecto clínico enfatizado, ao se utilizar as palavras “Sepse and UTI” como fonte de busca, foi observado o que se expõe na tabela 2; o aspecto mais prevalente é a etiologia da sepse na UTI, seguido do prognóstico, depois sua terapia, predição e diagnóstico.

Tabela 2 – Representação de resultados obtidos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no período de 2003-2018.

Aspecto clínico	Resultados Obtidos
Etiologia	1.509
Prognóstico	1.400
Terapia	732
Predição	705
Diagnóstico	564

Fonte: Pesquisa eletrônica na BVS.

“Sepse and UTI and Enfermagem” (Título, resumo, assunto)

Ao expandir a busca utilizando as mesmas palavras “Sepse and UTI and Enfermagem”, apresentadas em título, resumo ou assunto, foram obtidos resultados mais refinados e direcionados ao principal foco deste estudo, no qual pretendemos analisar a produção científica de 2003-2018, a partir de indicadores bibliométricos, sobre sepse em UTI com associação à enfermagem.

Neste estudo bibliométrico foram encontrados 82 resultados na associação das três palavras supracitadas; destes 82 resultados apenas 55 estão disponibilizados como texto completo. A base de dados que mais apresentou resultados dentro da biblioteca eletrônica pesquisada foi a MedLine com 53 resultados destes 82; o idioma predominante para publicações foi o inglês; o ano em que a produção científica nestes critérios foi mais forte foi o ano de 2017 com cinquenta e quatro publicações; o tipo de documento mais incidente foi o artigo com setenta e quatro resultados dentre os 82 no total. A figura 3 apresenta uma abordagem geral dos resultados obtidos na busca.

Figura 3 – “Sepse and UTI and Enfermagem” como fonte de busca por título, resumo, assunto, no período de 2003-2018.

Ano de publicação	
2018	6
2017	11
2016	11
2015	6
2014	9
2013	8
2012	7
2011	7
2010	2
2009	5
2008	2
2007	6
2006	3
2005	3
2004	3
2003	2
Total	91

Bases de dados	
MedLine	53
LILACS	19
Col. SUS	3
BDEnf	15
Total	90

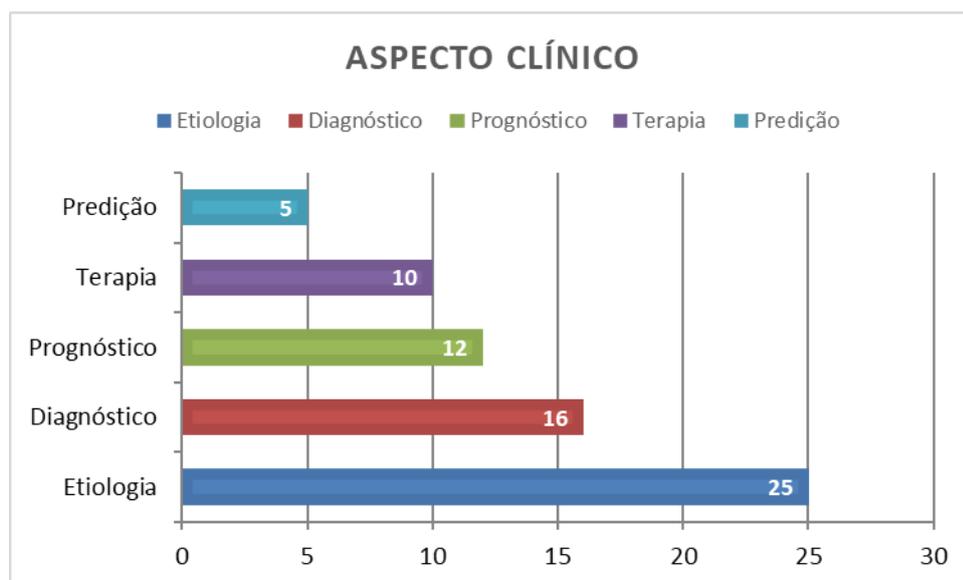
Idioma	
Inglês	65
Espanhol	2
Português	27

Tipo de documento	
Artigos	76
Teses	6
Total	82

Fonte: Pesquisa eletrônica na BVS.

Sobre os aspectos clínicos enfatizados nos estudos em questão; o aspecto identificável mais frequente foi o de apresentação ou busca pela etiologia da sepse, seguido pelo prognóstico e terapia e logo após a predição e o diagnóstico como se observa no gráfico 1.

Gráfico 1 – Resultados com as palavras “Sepse and UTI and Enfermagem” conforme aspecto clínico enfatizado no período de 2003-2018.



Fonte: Pesquisa eletrônica na BVS.

A partir do gráfico, tendo como base os 94 resultados obtidos, percebe-se que estudos sobre etiologia representam 37% dos resultados, seguido de estudos sobre o diagnóstico da sepse com 23%, os fatores associados ao prognóstico com 18%, a terapia utilizada para manejo com 15%, e, por fim, aspectos preditivos representando 7% do resultado final.

Destes 82 resultados obtidos, após exclusão de duplicatas, vinte e quatro estudos estão em português e alguns foram produzidos no Brasil, mas publicados em outros idiomas, predominantemente o inglês visto que se mostra como uma língua de difusão mundial. Nestes estudos foi observada a importância do trabalho do enfermeiro na educação em saúde tanto dos pacientes e familiares quanto de conscientização da equipe multiprofissional, apresentou-se a classe como fundamental na sustentação da campanha “Sobrevivendo à Sepse”; e sua importância na profilaxia utilizando técnicas assépticas no manejo dos pacientes bem como atentando para sinais e sintomas que tragam indícios de processos infecciosos podendo evoluir à sepse.

DISCUSSÃO

Os estudos relacionados à sepse vêm tomando grande proporção nas últimas décadas principalmente pela sua grande importância epidemiológica e por ter alto potencial nas taxas de mortalidade, sobretudo nas unidades de terapia intensiva do Brasil e de diversos países.

A sepse adquiriu grande importância epidemiológica, sua incidência de sepse aumentou aproximadamente 90% na década passada e continua a crescer em torno de 1,5% ao ano. Apesar do tratamento, a mortalidade dos pacientes permanece muitíssimo elevada, variando de 40 a 50%. A prevalência crescente da sepse, e o aparecimento de novas etiologias, estão relacionados às alterações nas características demográficas da população e com o uso cada vez mais frequente de terapêutica imunossupressora e procedimentos invasivos^[11].

A taxa de mortalidade em um ano após alta hospitalar da UTI foi quase duas vezes mais

elevada para pacientes com sepse (36,5%) do que para pacientes criticamente enfermos sem sepse (19,7%). Esse panorama reforça a necessidade de estudos abordando a temática.

Sobre a enfermagem na UTI, sabe-se que esta unidade inclui pacientes em resposta da fase aguda da sepse e requer uma abordagem múltipla que visa controlar o processo infeccioso e promover suporte metabólico^[11]. Entretanto, ainda existe grande heterogeneidade no grau de seguimento das recomendações para manejo da sepse.

Nesse contexto, as habilidades e competências do profissional de enfermagem acompanham a importante responsabilidade de avaliar criteriosamente o paciente e participar do processo de tomada de decisões com a equipe multiprofissional, no sentido de garantir o trabalho em equipe, de acordo com as recomendações dos protocolos atuais diante dos quadros de sepse^[12].

Em uma pesquisa realizada no Hospital Israelita Albert Einstein, foi descrita uma experiência vitoriosa no controle da sepse através da educação em saúde e treinamento de toda a equipe por médico e enfermeiros; tal pesquisa intitulada "*Keep your eyes on sepsis*", traduzido como "Mantenha seus olhos na sepse" foi colaborativa para a diminuição da taxa de mortalidade por sepse, visto que esta foi reduzida de 30% antes da intervenção para 16% após a intervenção. O objetivo do treinamento foi o de melhorar o reconhecimento e tratamento precoce de pacientes com sepse grave e choque séptico^[13].

Nesta revisão bibliométrica foram quantificadas e analisadas pesquisas como "*Effect of nurse staffing and antimicrobial-impregnated central venous catheters on the risk for bloodstream infections in intensive care units*"^[14]; "*The Canadian ICU Collaborative: on being a nurse champion. influencing support and change*"^[15] e "*From A&E to ICU: how nurses can support the Surviving Sepsis Campaign*"^[16]. Traduzidos para o português respectivamente como: Efeito da equipe de enfermagem no uso de cateteres venosos centrais impregnados com antimicrobianos sobre o risco de infecções da corrente sanguínea em unidades de terapia intensiva; "A UTI colaborativa do Canadá: sendo uma enfermeira campeã, influenciando e dando suporte às mudanças"; e por fim "Como enfermeiras podem apoiar a campanha Sobrevivendo à Sepse".

Tais pesquisas mostram o papel da equipe de enfermagem como suporte tanto à campanha mundial "Sobrevivendo à Sepse" quanto na prevenção do processo infeccioso através da sensibilização no que concerne às técnicas assépticas de manejo aos pacientes críticos.

Entende-se que o tratamento ágil e adequado se torna crucial para o sucesso na abordagem do paciente séptico, diminuindo assim a incidência de disfunções orgânicas, por meio do importante papel assistencial de cada profissional na busca contínua pela detecção precoce de pacientes hospitalizados na fase inicial da síndrome. Entretanto, ao lidar diuturnamente com esses pacientes graves, cabe ao enfermeiro planejar, coordenar e implementar ações que promovam o reconhecimento precoce dos diferentes espectros clínicos relativos à sepse não só pelo diagnóstico, mas também para as definições rápidas de planos terapêuticos e estratégias de monitorização, melhorando, dessa maneira, o prognóstico dos pacientes^[17].

A quantificação de pesquisas relacionadas à sepse em UTI, com foco na produção e atuação da equipe de enfermagem, se mostra como importante ferramenta para verificação de como esta equipe, intrinsecamente ligada ao manejo da sepse, se expressa cientificamente e como as informações a respeito deste processo têm sido veiculadas.

CONCLUSÃO

Ao final deste estudo, pôde-se realizar um levantamento pertinente sobre a produção científica na última década tendo como instrumento de busca uma biblioteca eletrônica abrangente (BVS); a pesquisa apresentou um apanhado “macro” partindo da palavra “Sepse” de forma isolada; depois a associando à UTI e depois também à Enfermagem, com a intenção de quantificar o que foi produzido; de que forma, em quais idiomas e quais as principais ênfases dadas aos aspectos clínicos da síndrome; dentre outros fatores.

Foi detectado que os aspectos clínicos etiologia (29%) e terapia (22%) destacaram-se como ênfase dada nos primeiros 29.923 estudos levantados. Qualitativamente, ao analisar o papel da equipe de enfermagem no contexto sepse foi percebido que tanto na profilaxia (utilização de técnicas assépticas no manejo e educação em saúde) como no tratamento e reabilitação, o profissional enfermeiro assume importante papel na equipe multiprofissional em UTI sendo a principal presença beira-leito pronta a observar e intervir em alterações apresentadas pelo paciente.

O presente estudo apresenta como uma de suas limitações à discrepância encontrada entre resultados totais dos documentos publicados, o que se é compreensível mediante aos aspectos já citados, mas tende a influenciar na credibilidade dada pelo leitor ao analisar a obra de modo isolado. Limitou-se também ao fato de se tratar de uma revisão bibliométrica, cujo foco principal é quantificar a produção científica e suas tendências centrais. Deste modo, aos leitores habituados com revisões sistemáticas com análise aprofundada de conteúdo, se deparam com certa estranheza mediante a este método pouco difundido nas pesquisas em enfermagem.

É percebida a grande importância de novas publicações nacionais sobre o tema, tendo em vista que no cenário brasileiro o quadro de sepse nas UTI's se mostra evidente. Estudos que validem protocolos para manejo unificado da sepse nos hospitais brasileiros já existem e precisam ser continuamente estimulados, visto que um manejo ágil, efetivo e padronizado pode reduzir a morbimortalidade deste agravo. Publicações por profissionais enfermeiros também se fazem pertinentes, pois a relevância de tal equipe em todo o processo séptico e em sua profilaxia é clara.

REFERÊNCIAS

1. Singer M, Clifford S, Deutschman MS, Christopher WS, Manu SH, Djillali A et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic Shock (Sepsis-3). JAMA [Internet]. 2016 [citado 2017 abr. 10]; 315(8): 801-10. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>.
2. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM., Antonelli M, Ferrer R et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2016. Intensive Care Med [Internet]. 2017 [citado 2017 abr. 10]; 43:304-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28101605>.
3. Mayr FB, Yende S, Angus DC. Epidemiology of severe sepsis. Virulence [Internet]. 2014 [cited 2017 mar. 10]; 5(1): 4-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3916382/>.
4. Dutra CSK, Silveira LM, Santos AO, Pereira R, Stabile AM. Diagnósticos de enfermagem prevalentes no paciente internado com SEPSE no centro de terapia intensiva. Cogitare Enferm. 2014 out.-dez.; 19(4):747-54.
5. Pedrosa KKA, Oliveira SA, Machado RC. Validation of a care protocol for the septic patient in the Intensive Care Unit. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(3): 1106-14.
6. Azevedo LC, Cavalcanti AB, Lisboa T, Dal Pizzol F, Machado FR. Instituto Latino Americano de Sepse. A sepse é um grave problema de saúde na América Latina: uma chamada à ação! Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2018; 30(4): 402-04.
7. World Health Organization (WHO). Sepsis. Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis [Internet]. Geneve: WHO; 2018. [citado 2018 Nov 6]; Disponível em: <http://who.int/sepsis/en/>
8. Roberts RJ, Alhammad AM, Crossley L, Anketell E, Wood L, Schumaker G et al. A survey of critical care nurses' practices and perceptions surrounding early intravenous antibiotic initiation during septic shock. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2017 ago. [citado 2017 set 10]. DOI: 10.1016/j.iccn.2017.02.002.
9. Souza ALT, Amário APS, Covay DLAC, Veloso LM, Silveira LM, Stabile AM et al. Conhecimento do enfermeiro sobre o choque séptico. Stabile Cienc. Cuid. Saude 2018; Jan-Mar 17(1):1-6. DOI:10.4025/ciencucidsaude.v17i1.39895.
10. Oliveira EFT. Estudos métricos da informação: indicadores de produção, colaboração, impacto e visibilidade. São Paulo: Cultura acadêmica; 2018.

11. Contrin LM, Paschoal VD, Beccaria LM, Cesarino CB, Lobo SMA. Quality of Life of Severe Sepsis Survivors After Hospital Discharge . Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 June [citado 2019 Ago 07] ; 21(3): 795-802. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300795&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300020>.

12. Garrido F, Tieppo, L, Pereira, MDS; Freitas R, Freitas, WM, Filipini, R et al. Actions of nurses in early identification of systemic changes caused by severe sepsis. ABCS Health Sci. 2017; 42(1):15-20.

13. Shiramizo SC, Assunção MSC, Pardini A, Santos AM, Neto AC, Silva E . Keep your eyes on sepsis. Crit Care Nurse 2012; 32(6): 74-75.

14. Alonso-Echanove J, Edwards JR, Richards MJ, Brennan P, Venezia RA, Keen J et al. Effect of nurse staffing and antimicrobial-impregnated central venous catheters on the risk for bloodstream infections in intensive care units. Infect Control Hosp. Epidemiol. 2003 dez.; 24(12): 25-916.

15. Northway T, Mawdsley C. The Canadian ICU Collaborative: on being a nurse champion. influencing support and change. Dynamics 2007; 18(3): 7-25.

16. Robson WP. From A&E to ICU: how nurses can support the Surviving Sepsis Campaign. Intensive Crit Care Nurse 2004 jun.; 20(3):5-113.

17. Ramalho Neto JM, Campos DA, Marques LBA, Ramalho CROC, Nóbrega MML. Concepções de enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva geral sobre SEPSE. Cogitare Enferm. 2015 out-dez.; 20(4):711-16.

Ohana Cunha do Nascimento

ohana.cunha@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Especialista em Saúde Mental pela Universidade Católica do Salvador.

Brendo Vitor Nogueira Sousa

brendovitor@hotmail.com

Enfermeiro, Especialista em Urgência, Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Adventista da Bahia e Pós-Graduado em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil.

Brenda do Socorro Gomes da Cunha

enf.brendarodrigues@hotmail.com

Enfermeira, Pós-Graduada em Micropolítica da Gestão do Trabalho na Saúde pela Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.

Morgana Santana Mascarenhas

morganamascarenhas@hotmail.com

Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES NOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA

*MATRIX SUPPORT IN MENTAL HEALTH AND ITS
IMPLICATIONS IN BASIC ATTENTION SERVICES*

RESUMO

Introdução: O apoio matricial é uma estratégia de organização e ampliação de serviços de saúde na atenção primária que, com uma dinâmica multidisciplinar, vem estimular a produção de novos padrões de interrelação entre equipes e usuários, conduzindo ao compromisso dos profissionais de saúde com seu processo de trabalho. **Objetivo:** identificar dificuldades e particularidades relacionadas às estratégias do apoio matricial em saúde mental na atenção básica. **Métodos:** trata-se de uma revisão sistemática com artigos do período de 2010 a 2015, nas bases de dados BDNF, LILACS e MEDLINE. Utilizou-se como descritores “Acolhimento”, “Atenção Primária à Saúde” (*Primary Health Care*), “Saúde Mental” (*Mental Health*), “Gestão em Saúde” (*Health Management*). **Resultados:** foram inclusos 15 artigos que relataram o apoio matricial como ferramenta fundamental no cenário da reforma psiquiátrica, proporcionando maior qualidade nas ações de saúde mental, porém ainda enfrenta diversos desafios, como a falta de notificações, baixa qualificação profissional, equipe multiprofissional inexistente dentro das UBSs, entre outros. **Conclusão:** faz-se necessária a educação permanente das equipes de Atenção Básica, desconstrução da responsabilização única dos serviços especializados, bem como a possibilidade de aproximação com o usuário, entendendo suas demandas sociais, culturais, sua inserção na comunidade e os papéis

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

exercidos na família, a fim de que a terapêutica adotada possa ser o mais sólida e contínua possível.

ABSTRACT

Introduction: The matrix support is a strategy of organization and expansion of health services in primary care, bringing a multidisciplinary dynamic, which stimulates the production of new patterns of interrelation between teams and users, increasing the commitment of health professionals with their process of job. **Objective:** to identify difficulties and particularities related to strategies of matrix support in mental health in primary care. **Methods:** This is a systematic review with articles from the period 2010 to 2015, in the databases BDENF, LILACS and MEDLINE. Were used the following descriptors: "User Embrace", "Primary Health Care", "Mental Health", "Health Management". **Results:** 15 articles were included that reported matrix support as a fundamental tool in the psychiatric reform scenario, providing higher quality in mental health actions, however there are still several challenges, such as lack of notifications, low professional qualification, non-existent multiprofessional team within healthcare units, among others. **Conclusion:** there is a need for ongoing education of the Primary Care teams, deconstruction of the unique responsibility of specialized services, as well as the possibility of approaching the user, understanding their social and cultural demands, their insertion in the community and the roles they play in the family, so that the therapy adopted can be as solid and continuous as possible.

KEYWORDS: Mental Health; Primary Health Care; Patient Care Team.

INTRODUÇÃO

Ao levar em consideração que a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) deve alcançar os critérios discutidos nos seus princípios e diretrizes, torna-se fundamental o atendimento à integralidade, universalidade e equidade nos serviços de saúde. Nessa perspectiva, a Unidade de Saúde da Família (USF) engloba funções que auxiliam na manutenção, promoção e prevenção da saúde, constituindo-se enquanto excelente mecanismo de interação comunitária e social, já que a partir dessa aproximação torna-se capaz de identificar os principais fatores de proteção e risco (incluindo neste os determinantes sociais de saúde) para a compreensão da dinâmica familiar, bem como a melhor forma de intervir quando necessário⁽¹⁾.

Neste contexto, dentro de uma abordagem multiprofissional, surge o apoio matricial enquanto estratégia de organização e ampliação de serviços de saúde, associando-se ao espaço da USF e trazendo, para este local, uma dinâmica multidisciplinar⁽²⁾. O apoio matricial conceitua-se a partir de um novo arranjo que vem estimular a produção de novos padrões de interrelação entre equipes e usuários, ampliando o compromisso dos profissionais de saúde com seu processo de trabalho. Assim, é possível transpor obstáculos organizacionais à comunicação, privilegiando o exercício interdisciplinar em busca do cuidado integral em saúde, racionalizando o acesso e o uso de recursos especializados, para uma clínica ampliada, sustentada por um pacto de

corresponsabilização sanitária⁽³⁾.

Existem inúmeros benefícios advindos das diretrizes propostas pelo processo de trabalho das equipes de apoio matricial: gestão colegiada, vínculo terapêutico e interdisciplinaridade das práticas e saberes. A partir de então, é possível fornecer, aos trabalhadores da USF, um entendimento sobre a saúde mental, uma vez que é de extrema importância distinguir circunstâncias que podem ou não ser acompanhadas pela equipe da USF ou se devem ser referenciadas para serviço especializado, o que acaba organizando o fluxo de atendimento^(4,5).

Tratando-se de saúde mental, observa-se que uma das estratégias que contemplam o apoio matricial diz respeito às equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), permitindo a atuação especializada integralmente a partir da garantia de acessibilidade e resolutividade dos problemas de saúde das demandas de saúde mental. A partir das formas de atuação, observa-se que esta rotina contempla discussões em equipes, visitas domiciliares, grupos de estudo, encaminhamento de casos necessários, acompanhamento contínuo, entre outras ações que se constituem como um processo de trabalho que preconiza um apoio técnico-pedagógico à USF^(4,5).

Este contexto confirma que a rede de atenção em saúde mental deve construir uma relação estreita com a Atenção Básica, já que se constitui enquanto porta de entrada elementar do SUS. Assim, para fortalecer este serviço, o apoio matricial deve-se colocar enquanto uma possibilidade de acessibilidade, construção de saberes e práticas no contexto comunitário envolvendo diversas intâncias e profissionais⁽⁶⁾. Dados internacionais afirmam que em países de baixa e média renda, os sujeitos com transtornos mentais recebem poucos cuidados de saúde mental, em virtude da escassez de recursos especializados e das grandes iniquidades e ineficiências na alocação de recursos. Os modelos indianos de cuidados à saúde mental, prestados por profissionais do nível primário, diferem significativamente dos países de alta renda, pois há poucos profissionais⁽⁷⁾.

A partir do exposto, coloca-se em questão: quais as possibilidades e estratégias do apoio matricial em saúde mental na atenção básica? A partir de uma breve revisão de literatura, que contempla artigos publicados entre 2010 e 2015, este artigo tem como objetivo identificar dificuldades e particularidades relacionadas às estratégias do apoio matricial em saúde mental na atenção básica.

Espera-se que, com a realização do presente estudo, seja possível incentivar reflexões e implementações diversas sobre a importância da construção de novas estratégias de promoção de saúde mental, por meio de ações que visem oferecer subsídios para a implementação de política voltada para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Isto a fim de que tenham condições de desenvolver sua assistência de enfermagem com qualidade e saúde.

MÉTODOS

Trata-se de revisão sistemática, realizada nas Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), efetivada entre os meses de novembro de 2016 a dezembro de 2017. O recorte temporal se justifica porque, a partir de 2008, ocorre a implantação do NASF, momento em que se implanta a amplificação de novos processos de trabalho na Atenção Básica, sendo possível agregar o Apoio Matricial enquanto estratégia de implementação de novas

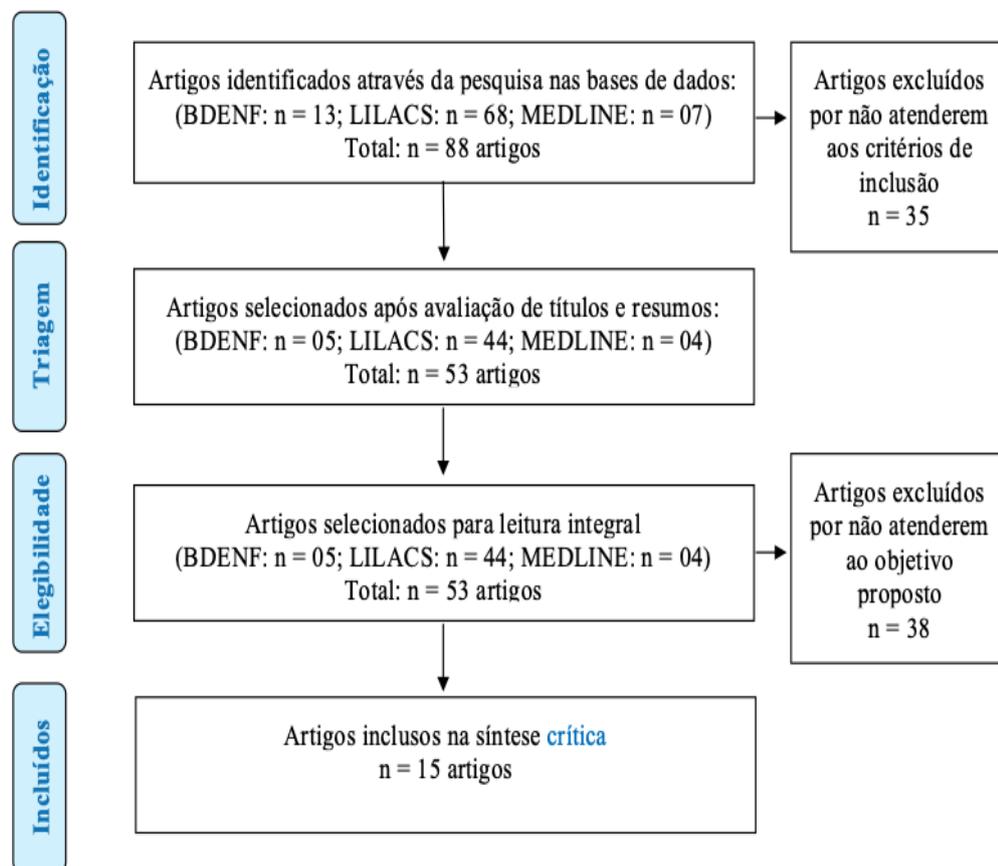
práticas e saberes no fazer saúde.

A opção por este método resulta da possibilidade de sintetizar e analisar o conhecimento existente sobre o apoio matricial em saúde mental e consequentemente expor as contribuições e limitações do mesmo na atenção básica.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram utilizadas recomendações do “*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*” (PRISMA), implicando em quatro fases de busca, que consistem em: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos^(8,9).

Na fase de identificação foram utilizados os descritores “Acolhimento”, “Atenção Primária à Saúde” (*Primary Health Care*), “Saúde Mental” (*Mental Health*), “Gestão em Saúde” (*Health Management*), em português e inglês, para busca da literatura científica. Para as fases de triagem e elegibilidade foram realizadas leituras parciais e integrais dos artigos encontrados e adotados critérios para seleção dos pertinentes ao tema estudado. Nesse sentido, os critérios de inclusão foram: artigos originais, publicados entre os anos de 2010 a 2015, disponíveis na íntegra, que abordem sobre o apoio matricial em saúde mental na atenção básica e, consecutivamente, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: revisão de literatura, estudos de casos, relatos de experiência, teses, dissertações, monografias e artigos que fugissem do tema proposto. Após isso, a fase de inclusão consiste na seleção dos artigos julgados atenderem ao objetivo deste estudo e realização de síntese crítica de seus resultados, buscando apresentar os resultados encontrados.

Figura 1: Fluxograma dos métodos de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos de acordo com PRISMA *Flow Diagram*. Salvador, Bahia, Brasil, 2018.



Fonte: Revisão Sistemática, 2018.

RESULTADOS

Após a realização das etapas descritas, foram identificados 15 (quinze) artigos que em conformidade com os critérios de inclusão apresentaram coesão com os objetivos estabelecidos nesta pesquisa. Com maior número de publicações entre os anos de 2012 a 2015.

O Quadro 1 descreve informações relevantes sobre os 15 (quinze) artigos inclusos, como: autores, objetivo da pesquisa, tipos de estudo, periódico/ano de publicação e seus principais resultados. Sobre o tipo de estudo, 14 (quatorze) artigos utilizaram a abordagem qualitativa, sendo que três deles fizeram uso do método pesquisa-ação, dois da hermenêutica gadameriana e dois da hermenêutica fenomenológica. O periódico *Ciência & Saúde Coletiva* apresentou maior número de publicações (quatro), seguido pelo *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, com duas, e os demais com uma publicação em cada um.

Quadro 1 – Artigos incluídos segundo autores, objetivo do estudo, tipo de estudo, periódico/ano e principais resultados. Salvador, Bahia, Brasil, 2018.

Autores	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Periódico/ Ano	Principais resultados
Mielke FB, Olchowsky A.	Avaliar o apoio matricial na perspectiva das equipes da ESF ⁽¹⁰⁾	Avaliativo, qualitativo	Rev Bras Enferm, Brasília/ 2010	As equipes analisadas não contam com o apoio matricial, porém avaliam que a orientação de tal apoio poderia facilitar o acompanhamento medicamentoso, a avaliação clínica, a discussão das necessidades do usuário, proporcionando maior qualidade nas ações de saúde mental.
Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al.	Avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira ⁽¹¹⁾	Avaliativo, qualitativo, guiado pela hermenêutica gadameriana	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> / 2011	O apoio matricial como dispositivo técnico-pedagógico se mostrou importante para definir fluxos, qualificar as equipes, promover assistência conjunta e compartilhada. No entanto, percebe-se diferenças nas equipes estudadas, visto que uma compreende melhor a proposta e a articulação do Apoio Matricial em saúde mental e a outra apresenta diversas dificuldades.
Jorge MSB, Pinto DM, Vasconcelos MGF, Pinto AGA, Souza RS, Caminha ECCR.	Discutir como o apoio matricial produz cuidado com eixo na integralidade em saúde mental e ênfase nas inter-relações entre trabalhador/usuário/família ⁽¹²⁾	Qualitativo	Acta Paul Enferm/ 2012	O matriciamento interconecta as equipes do CAPS com ESF, assegurando retaguarda especializada, favorecendo uma corresponsabilização das equipes e um cuidado de base territorial, promove a interação de diferentes saberes. Contudo, apresenta algumas fragilidades como: perda da atenção positivista, predomínio medicamentoso centrado no médico, falta de interação, recusa médica em atendimento conjunto e falta de apoio da gestão.
Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al.	Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e na resolubilidade assistencial ⁽¹³⁾	Qualitativo, crítico e reflexivo	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i> / 2012	Embora a consulta médica ainda seja uma prática requisitada como a única resolução, o apoio matricial em saúde mental opera práticas inovadoras com focos de atuação multidisciplinar, que permeiam na execução cotidiana de ações de educação em saúde integrando o CASPS e a ESF, resultando no compartilhamento de informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos, ampliando seu potencial resolutivo perante os casos, onde o cuidado em saúde mental ocorre na assistência direta das equipes de saúde com a participação dos usuários e familiares durante o processo.

O n o c k o - Campos RT, Campos GWDS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al.	Comparar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental ⁽¹⁴⁾	Avaliativo, participativo, qualitativo guiado pela hermenêutica gadameriana.	Rev. Saúde Pública/ 2012	Foram observadas duas vertentes nos grupos analisados, a primeira na qual se destaca a implantação diferenciada do apoio matricial, com regularidades dos encontros, discussões de casos, participação de toda equipe, assistência conjunta entre os CAPS e UBS, e a segunda, em que o AM acontecia de forma precária, devido à dificuldade de entendimento da proposta, despreparo e falta de perfil profissional e falhas na organização por parte da gestão. De maneira geral, foi evidenciado uso irregular de medicamentos por falta de orientação e alta rotatividade dos usuários, produzindo descontinuidade do tratamento.
Cavalcante CM, Salete M, Jorge B.	Compreender como tem se dado o uso do apoio matricial como ferramenta do cuidado à criança com problemas de saúde mental na Estratégia Saúde da Família ⁽¹⁵⁾	Hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur	Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro/ 2012	Percebeu-se a quase inexistência de crianças trazidas ao AM, por motivos como, invisibilidade diante dos olhos dos trabalhadores, dificuldade de familiares em expor os problemas de saúde mental da criança, estrutura dos serviços e dificuldade dos profissionais em lidar com os mesmos, fazendo que sejam levadas diretamente aos CAPSi, tornando a saúde mental infantil um tema conflituoso para os profissionais, mesmo assim estes compreendem o apoio matricial como uma possibilidade de comunicação com os CAPS e resolubilidade na atenção à saúde.
Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF.	Compreender as ações de apoio matricial em saúde mental na atenção primária no encontro entre as equipes dos centros de atenção psicossocial e as equipes da ESF quanto à acessibilidade e à resolubilidade da assistência ⁽⁴⁾	Qualitativo	Ciência & Saúde Coletiva/ 2013	O estudo evidenciou que o AM pode ser uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários de saúde mental aos serviços de saúde. Porém mostrou ainda que os trabalhadores da atenção básica não se sentem instrumentalizados para o manejo dos casos de transtornos mentais, havendo uma precipitação dos encaminhamentos de casos para os CAPS.
Minozzo F, Costa II.	Analisar o processo de implantação do apoio matricial em saúde mental de um CAPS III às equipes de SF, em uma comunidade, no município do Rio de Janeiro, Brasil ⁽¹⁶⁾	Qualitativo, exploratório na modalidade pesquisa-ação	Psico-USF, Bragança Paulista/ 2013	Identificou-se desconhecimento do conceito e prática ao AM, pois o apoio matricial encontra-se em processo inicial, funcionando apenas quando alguma situação demandar. Os resultados apontaram dificuldades das equipes de SF na abordagem dos casos de saúde mental, que foram associadas à falta de capacitação na área e insuficiências na formação, gerando temor dos profissionais em relação às pessoas em sofrimento psíquico grave e insegurança no cuidado. Indicaram, também, preconceito e dificuldades na identificação das situações de saúde mental. Ainda, sobre as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF, esta pesquisa sinalizou a coexistência da atenção asilar e da clínica ampliada nas práticas de cuidado das equipes.
Minozzo F, Costa II	Abordar o apoio matricial em saúde mental às equipes de Saúde da Família (SF) e a sua relação com as situações de crise em saúde mental ⁽¹⁷⁾	Qualitativo, exploratório na modalidade pesquisa-ação	Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo/ 2013	Esta pesquisa sinalizou a coexistência dos modos asilar e psicossocial nas práticas de cuidado das equipes de SF. No que se refere ao modo psicossocial, identificou-se que a SF valoriza o vínculo entre profissionais e pacientes, a escuta, as trocas entre os usuários e as práticas que contemplam a compreensão do contexto em que as pessoas estão inseridas.
Pegoraro RF, Cassimiro TJL, Leão NC.	Compreender o sentido do apoio matricial em saúde mental oferecido pela equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo profissionais que atuavam em três unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Goiânia, Goiás ⁽¹⁸⁾	Qualitativo	Psicologia em Estudo, Maringá/ 2014	Observou-se neste estudo que o AM é quase sinônimo de avaliação psiquiátrica e prescrição medicamentosa. No entanto, foram relatados diversos benefícios sobre o mesmo, tais como: significativa melhora no comportamento dos usuários, apoio à equipe da ESF, tornando os profissionais mais confiantes na realização de seu trabalho, pois promovem capacitações sobre o tema e realização de atividades conjuntas entre CAPS e ESF.

Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Neto JPM, Gondim LGF, Simões ECP.	Analisar a operacionalização do AM ou matriciamento em saúde mental na AB com amparo nos discursos de profissionais da equipe de saúde da família e do CAPS ⁽¹⁹⁾	Qualitativo	Revista Psicologia: Teoria e Prática/ 2014	Aponta que no matriciamento há um caráter técnico-pedagógico que se reflete na transformação do cuidado produzido pelos profissionais com os usuários, refletindo em contribuições como a sensibilização dos profissionais, envolvendo o acolhimento, de modo que os profissionais consigam comprometer-se eticamente com o sofrimento psíquico leve. É possível observar que os profissionais da ESF reconhecem no matriciamento uma possibilidade de assistência ampliada para os usuários, estimulando buscar e ampliar o cuidado integral à população.
Hirdes A.	Investigar o AM em saúde mental na APS, na perspectiva dos profissionais generalistas, com vista à identificação das diretrizes, princípios e valores profissionais que permeiam o processo ⁽²⁰⁾	Descritivo-analítica, com abordagem qualitativa	Ciência & Saúde Coletiva/ 2015	O AM aparece como uma prática instituída, sustentada por meio das relações personalizadas entre os profissionais e os apoiadores. Há o consenso entre os profissionais que o AM qualifica as intervenções em saúde mental. Entretanto, os tensionamentos ocorrem à medida que o AM é utilizado como uma maneira de impedir o acesso aos serviços de atenção secundária, particularmente ao CAPS.
Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC.	Compreender como se conformam o apoio matricial, projeto terapêutico singular, e sua interface com a produção do cuidado em saúde mental ⁽²¹⁾	Qualitativo com eixo na hermenêutica fenomenológica	Texto Contexto Enferm. Florianópolis/ 2015	O cuidado em saúde mental é demarcado pelo uso de tecnologias leves e pelo esforço por parte das equipes em articular ações entre a atenção básica e especializada, sendo o AM e o PTS determinantes para o cuidar em situações individuais e sociais. Porém, estes possuem desafios relacionados à organização das ações de saúde mental, ao apego à lógica de encaminhamentos, centralidade na figura do médico e dependência do suporte da equipe especializada do CAPS.
Costa FRM, Lima VV, Silva RF, Fioroni LN.	Investigar sobre a dimensão educacional das práticas de apoio matricial (AM) em saúde mental na atenção básica ⁽²²⁾	Qualitativo do tipo interpretativo-explicativo	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/ 2015	O domínio dos conhecimentos referentes ao AM foi identificado como capacidade do apoiador, defendendo a prerrogativa geral de que é preciso um olhar integral sob os cuidados. Foram identificados fragilidades e obstáculos como o distanciamento entre intenção e gesto nas práticas de AM, falta de educação permanente, desfalque de profissionais e questões organizacionais no processo de trabalho.
Lima M, Dimenstein M.	Discutir as interferências do apoio matricial na atenção à crise ⁽²³⁾	Qualitativo, exploratório na modalidade pesquisa-intervenção	Interface - Comunicação, Saúde, Educação/ 2016	Destaca-se um conjunto de funcionalidades do AM elucidando-o como uma ferramenta fundamental no cenário da reforma psiquiátrica e na atenção à crise, apontando que, nas equipes onde há matriciamento, existem menos crises por partes dos pacientes, fazendo do AM um importante instrumento de prevenção à crise.

Fonte: Revisão Sistemática, 2018.

DISCUSSÃO

Entre as discussões sobre a articulação da saúde mental com a atenção básica, destacou-se que os transtornos mentais comuns na comunidade possuem alta prevalência, tendo como maior evidência os transtornos de ansiedade, afetivos e de personalidade⁽¹⁰⁾. De forma mais específica, um terço de todos os usuários atendidos nesse nível de atenção apresenta tais transtornos e busca por assistência. Em sua maioria, no entanto, não são reconhecidos ou são tratados de forma ineficaz, o que evidencia o descaso na qualidade de serviço de saúde mental prestada para o usuário⁽¹¹⁾.

Dessa forma, considera-se a necessidade de substituição de ações epistemologicamente centradas no modelo biomédico, já que os profissionais de saúde precisam superar o modelo

medicalocêntrico, para, então, proceder à transformação dos processos de trabalho, sobretudo a partir da incorporação da prática interdisciplinar⁽¹²⁾.

Por isso, o Apoio Matricial (AM) ou matriciamento em saúde mental, nesse contexto, revela-se como importante estratégia, campo de saber e suporte para a articulação entre saúde mental e Atenção Básica, ou seja, pode ser entendido como um recurso de suporte especializado às equipes da USF no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais. É um novo modo de produzir saúde no atual contexto dos serviços, pois, esse modelo demanda novas capacidades dos profissionais de saúde, indo além da atuação clínica⁽²⁴⁾.

O matriciamento constitui-se como uma ferramenta que altera a logística de funcionamento das equipes de saúde com foco no trabalho colaborativo. No contexto da Atenção Básica, o AM em saúde mental se estrutura com origem na interlocução de equipes especializadas ou de AM, compostas pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e pela equipe da ESF, que possui dúvidas ou, por vezes, receio em conduzir tais casos⁽¹²⁾.

Vale lembrar que o AM possibilita o fortalecimento do compromisso dos profissionais com a produção de saúde e com a condução dos casos, de modo que, ao reduzir o excesso de encaminhamentos, fortalece a corresponsabilização pelos casos de saúde mental, na busca por estimular o vínculo entre as equipes e destas com os usuários. Isso contribui para o fortalecimento da interdisciplinaridade, rompendo com as ações contingenciais, fragmentadas e verticalizadas, moderadas pelo modelo biomédico da atenção à saúde⁽¹⁰⁾.

Estudos apontam o AM como uma transformação do sentido de cuidar, apreendendo saúde como produção de vida diária das pessoas, articulada ao contexto familiar, comunitário e cultural⁽¹⁰⁾. Nessa conceituação, percebe-se a importante contribuição que a Atenção Básica oferece para se consolidar como suporte em relações corresponsáveis entre os usuários, trabalhadores e a comunidade, uma atenção mais ligada à noção de cuidado integral⁽²⁵⁾.

Diante disso, nota-se a necessidade da participação da Atenção Básica ativa para que se estabeleça a interlocução entre os profissionais e os usuários de forma efetiva, uma vez que a mesma fará a ligação entre as demandas territoriais e os profissionais que atuarão no AM, reforçando a importância do cuidado para com esses pacientes.

Sendo assim, ao propor a superação do modelo hospitalocêntrico no atendimento das pessoas com transtornos mentais, a Reforma Psiquiátrica nos conduz a um cuidado que não as afaste do seu espaço social. Nessa direção, estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), defende que a Atenção Básica à saúde é o *locus* privilegiado de intervenção, de tal modo que os ACS tornam-se profissionais fundamentais para a consolidação de novas estratégias de vinculação e participação social nos próprios processos de saúde e doença⁽²⁶⁾.

Por vezes, o transtorno mental se impõe como obstáculo para a acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente por que tais transtornos impossibilitam os deslocamentos dos usuários a longas distâncias. Eis que a visita domiciliar se coloca enquanto importante estratégia de execução de cuidado, já que integra a equipe de saúde em prol de um objetivo conjunto, apesar das diversas dificuldades expressas através da gestão, educação permanente das equipes de atenção básica e ainda a escassez de recursos humanos em alguns territórios^(4,27).

Estudos apontam que a Atenção Psicossocial é uma estratégia fundamental para traçar ações territoriais, como a visita domiciliar, na medida em que está inserida na vida cotidiana e nos espaços comunitários de vida das pessoas, podendo atuar nos espaços em que a vida circula⁽²⁸⁾. Desta forma inscrita, considera-se que a USF tem meios de interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias-comunidade⁽¹⁷⁾.

Dada essa relevância, o apoio matricial em saúde mental surge a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode progredir sem a incorporação da atenção básica nesse processo⁽²⁶⁾. Neste interím de articulação entre saúde mental e atenção básica, vale estabelecer uma construção teórica que envolve a interação de vários aspectos que interferem diretamente na condução das práticas de saúde destinadas à comunidade, dentre estes, pode-se observar atributos pertinentes ao profissional, à organização e estrutura dos serviços, diante da disponibilidade de recursos disponíveis, seja de caráter material ou humano, bem como situações que se relacionam ao ideológico, político, epistemológico e de gestão⁽⁶⁾.

Essa pesquisa evidencia que os usuários e familiares desenvolvem uma significativa vinculação e acolhimento por parte dos profissionais da saúde mental, muito embora queixam-se da intensa rotatividade – o que, muitas vezes, não permite a continuidade do tratamento. Neste mesmo estudo, houve o relato dos trabalhadores em relação ao sentimento de ineficácia ao se colocarem diante da vulnerabilidade social confirmando a utilização de tratamentos “paliativos”⁽¹⁴⁾.

Dessa forma, elementos como a escuta, o relacionamento terapêutico, as atividades grupais se somam enquanto estratégias oferecidas pela Atenção Básica na formulação de tecnologias de cuidado aos usuários com transtornos mentais. Para além do apoio matricial, os elementos acima descritos fomentam a interação entre o profissional e a comunidade de maneira próxima e empática, a terapia comunitária, que se enquadra no contexto da comunidade e terapias grupais, coloca a pessoa enquanto sujeito do seu processo e por fim, a visita domiciliar vem permitir o atendimento do indivíduo que já está em tratamento ou para auxílio diagnóstico⁽²⁹⁾.

Em contrapartida, apesar dos diferentes temas elencados para esta discussão, os artigos também evidenciaram as dificuldades enfrentadas pelo AM, e uma delas é sobre o encaminhamento de pacientes para o CAPS. Essas se constituem barreiras percebidas, quando há necessidade de referenciar um paciente ao serviço especializado, após tentativas de manejo na unidade de saúde⁽³⁰⁾.

Os profissionais reconhecem que o usuário “pertence” ao território da USF, que não se trata de desresponsabilização, porém expressaram a necessidade de apoio e de reconhecimento na avaliação e conduta específica, o que se faz imprescindível quando há necessidade de internação⁽³⁰⁾.

Por outro lado, observa-se que um dos fatores que facilitam a integração da saúde mental na Atenção Básica por meio do AM são as divisões estruturais, organizacionais, tecnológicas e relacionais. Os últimos desempenham um papel central nos arranjos realizados entre profissionais generalistas e apoiadores. Pode-se depreender que as tecnologias leves dão sustentação à prática instituída. O vínculo com o profissional que realiza o AM é relatado como um fator que facilita o trabalho intersetorial e interdisciplinar, e esses vínculos vão se estreitando ao ponto de promoverem e facilitarem o estabelecimento do suporte ao matriciamento com este profissional⁽¹⁶⁾.

A partir do exposto, observa-se que as relações que se estabelecem no processo de trabalho é que se sustentam enquanto potencialidades do trabalho em equipe, visto que é através

do mesmo que se busca a transformação das práticas. Assim, são inúmeros os relatos de tipos de assistência à saúde mental no contexto da Atenção Básica, para AM, a literatura ainda trata também como interconsulta ou ainda consultoria, de forma que a equipe se reporta até a unidade para que as devidas ações e programações terapêuticas sejam alcançadas^(6,31).

No presente contexto dos serviços de saúde mencionados nesta discussão, o AM passou a ser uma ferramenta essencial de inserção de especialistas na Atenção Básica, pois, esse modelo demanda novas capacidades dos profissionais de saúde⁽²⁶⁾. Por isso, entende-se que a dimensão educacional deve estar fortemente presente na performance dos apoiadores matriciais por meio da articulação entre retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico, visto que, ambos os eixos são mediados pelo trabalho em equipe buscando uma perspectiva multiprofissional⁽²²⁾.

A análise sobre como circulam os saberes entre especialistas e equipe de referência, durante a leitura dos artigos, permitiu concluir que há uma certa divergência entre atuação e intenção nas diversas formas de operar o AM. Notou-se expressivamente a presença de princípios liberais ou tradicionais, ao subsidiar suas ações na transmissão do saber como o modo pelo qual as pessoas adquirem conhecimento⁽²⁶⁾.

Estudo afirma que o reconhecimento da necessidade de atuar de uma forma dialógica dentro da Saúde Mental emergiu como tensão e desejo, deixando evidente a falta de ferramentas pedagógicas para atuarem de maneira diversa à prática revelada⁽²³⁾. Embora com menor frequência, as práticas educacionais construtivistas que foram citadas em alguns depoimentos entendiam a educação como um ato social, solidário e comprometido: uma troca entre pessoas que questionam o mero acúmulo de informações⁽²²⁾.

Os estudos evidenciados nessa pesquisa apontam que a atuação dos especialistas, cujas práticas encontravam maior respaldo nas concepções pedagógicas progressistas, orientava-se fundamentalmente para a transformação de saberes pela construção de significados e pela possibilidade de transformação do cuidado⁽¹³⁾. Reconhecidas a dimensão educacional nas práticas de AM e as tensões e limitações trazidas pelas vivências tradicionais de educação, identificou-se o valor potencial de experiências que estejam alinhadas com uma educação progressista, de abordagem dialógica tanto na formação, como na educação em serviço⁽²²⁾.

A tendência construtivista, nas práticas de AM, promove autonomia para as equipes de referência, tornando-as protagonistas dos projetos de cuidado e oferecendo um novo repertório de atuação para os apoiadores. Onde o principal meio para um caminho mais harmonioso pautado em princípios democráticos, participativos e inclusivos em sua prática é a postura dialógica⁽³²⁾.

Profissionais e gestores da área da saúde que trabalham com práticas de educação em serviço são julgados particularmente relevantes para disseminar os resultados desta pesquisa. Com efeito, o enfrentamento da inércia oriunda da tendência pedagógica tradicional requer uma postura crítica e ativa frente às práticas hegemônicas na graduação e pós-graduação em saúde⁽¹³⁾.

O presente estudo contém limitações importantes, por se tratar de uma revisão de literatura, a saber, destacam-se: poucos artigos encontrados que abordem a temática de maneira mais concreta e ausência de dados internacionais significativos, que façam uma abordagem no meio comunitário, para operacionalizar um intercâmbio de ideias e confrontos de diferentes realidades.

Assim, percebe-se a necessidade de novos estudos que abordem sobre o AM na atenção básica, descrevendo seus caminhos e possibilidades, bem como os seus benefícios e dificuldades

encontradas, para maior conhecimento de tais aspectos e para aprimoração em relação à temática, quando necessário.

CONCLUSÃO

Após a análise dos artigos coletados, notou-se que a Saúde Mental tem passado por diversas transformações e está em constante renovação, existe um conjunto de desafios que merece a investigação científica, com o intuito de promover o aprimoramento na qualidade da assistência. Torna-se clara a compreensão do território como base importante para a detecção de problemas e consolidação das soluções, de modo que a educação permanente se torna uma ferramenta de caráter singular quando leva em consideração as possibilidades de modificações do processo de trabalho em saúde mental. Neste inteirim, vale ressaltar a necessidade de desconstrução do estigma de que usuário com transtorno mental deve ser, somente, atendido em serviço especializado.

As diversas leituras ainda levam à reflexão sobre a necessidade de alteração do processo de trabalho, fortalecendo medidas relacionadas às tecnologias leves, como acolhimento, vinculação e escuta qualificada, sendo a Atenção Básica fonte de uma série de práticas multidisciplinares com vistas à manutenção da prevenção e promoção da saúde mental para além dos espaços especializados da Rede.

Assim, é preciso criar estratégias de detecção precoce de problemas relacionados à saúde mental, bem como o favorecimento de ações que visem a aproximação com o usuário, entendendo suas demandas sociais, culturais, sua inserção na comunidade e os papéis exercidos na família, afim de que a terapêutica adotada possa ser o mais sólida e contínua possível.

O apoio matricial se impõe como uma garantia de resolubilidade do sistema na rede de atenção psicossocial, embora muitos municípios ainda não disponham de recursos humanos e financeiros para dar o devido suporte a este modelo de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Binotto AL, Santos LL, Lourosa QDL, Sant'Anna SC, Zanetti ACG, Marques JMA. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. *Rev. Bras. Med. Fam. e Comunidade*. 2012;7(23):83-9.
2. Azevedo D, Gondim M, Silva D. Matrix Support in Mental Health: the Perception of Professional in Territory. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2013;5(1):3311-22.
3. Sobrinho DF, Machado ATGM, Lima AMLD, Jorge AO, Reis CMR, Abreu DMX, et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 2014;38(esp):83-93.
4. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cien. Saúde Colet*. 2013;18(7):2157-66.
5. Campos GWDS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface - Comun. Saúde, Educ*. 2014;18:983-95.
6. Hirdes A, Silva MKR. Apoio matricial: um caminho para a integração saúde mental e atenção primária. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014;38(102):582-92. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140054>
7. Ginneken NV, Maheedhariah MS, Ghani S, Ramakrishna J, Raja A, Patel V. Human resources and models of mental healthcare integration into primary and community care in India: Case studies of 72 programmes. *PLOS ONE*. 2017;12(6):03-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178954>.
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009;3(3):e123-30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21603045>
9. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Res Methods Reportingehods Report* [Internet]. 2009 Jul;6(7):01-28. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435609001802>
10. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2010;63(6):900-7.
11. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Cien. Saúde Colet*.

2011;16(12):4643–52.

12. Jorge MSB, Pinto DM, Vasconcelos MGF, Pinto AGA, Souza RS, Caminha ECCR. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. *Acta Paul. Enferm.* 2012;25(2):26-32.

13. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Cien. Saúde Colet.* 2012;17(3):653–60.

14. Onocko-Campos RT, Campos GWDS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP Da, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012;46(1):43–50.

15. Cavalcante CM, Salete M, Jorge B. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis Rev. Saúde Coletiva, Rio Janeiro.* 2012;22(1):161–78.

16. Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF, Bragança Paul.* 2013;18(1):151–60.

17. Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo.* 2013;16(3):438–50.

18. Pegoraro RF, Cassimiro TJL, Leão NC. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da Estratégia da Saúde da Família. *Psicol em Estud Mar [Internet].* 2014 Dec; 19(4): 621–31. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722014000400621&lng=pt&nrm=iso&tlng=e

19. Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Neto JPM, Gondim LGF, Simões ECP. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Rev. Psicol. Teor. e Prática.* 2014; 16(2):63–74.

20. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Cien. Saude Colet [Internet].* 2015;20(2):371–82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000200371&lang=p

21. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto Context Enferm Florianóp.* 2015;24(1):112–20.

22. Costa FRM, Lima VV, Silva RF, Fioroni LN. Desafios do apoio matricial como prática educacional: a saúde mental na atenção básica. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2015; 19(54): 491–502.

23. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da

atenção à crise. Interface - Comun. Saúde, Educ [Internet]. 2016 Sep; 20(58):625–35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300625&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

24. Romera AA, Barrêto AJR, Sá LD, Almeida SA, Nogueira JA, Sá CMCP. Trabalho do apoiador matricial: dificuldades no âmbito da atenção básica em saúde. Rev. Gaúcha de Enferm. 2013; 35(1):140-147.

25. Schatschneider VB. O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma estratégia saúde da família [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

26. Amaral CEM, Torrenté M de ON, Torrenté M, Moreira CP. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 May 17; 22(66):801–12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300801&lng=pt&tlng=pt

27. Moraes APP, Tanaka OY. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. Saúde Soc. São Paulo. 2012; 21(1):161–170. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/16.pdf>

28. Fittipaldi AL de M, Barros DC, Romano VF. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2017 Jul; 27(3):793–811. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312017000300793&lng=pt&tlng=pt

29. Calvancante CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. RBPS, Fortaleza. 2011; 24(2):102–8.

30. Athié K, Fortes S, Delgado PGG. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, Rio Janeiro. 2013; 8(26):64–74.

31. Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. Cien. Saude Colet. 2012;17(9):2377–86.

32. Vasconcelos SC, Frazão IS, Nascimento VS, Lima MDC, Ramos VP. Educação em saúde com pessoas usuárias de álcool e outras drogas. Rev Baiana Enf [Internet]. 2012 Jan 31;3(6). Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47074>.

Clivesson Rodrigues do Rosário
obr.clivesson@gmail.com

Enfermeiro Especialista em Gestão em Saúde Pública com ênfase em PSF pela Faculdade Batista Brasileira.

Tatiane Melo Soares
tatianemeloaires@gmail.com

Enfermeira Especialista em Gestão em Saúde Pública com ênfase em PSF pela Faculdade Batista Brasileira e Pós-Graduada em Enfermagem em Emergência e UTI pelo Centro Universitário Jorge Amado.

Cristina Andrade Lima
tinalima11@live.com

Enfermeira Pós-Graduada em Enfermagem em Emergência e UTI pelo Centro Universitário Jorge Amado.

Josineide Figueiredo Lobo Dias
josiflor76@hotmail.com

Enfermeira Pós-Graduada em Enfermagem em Emergência e UTI pelo centro Universitário Jorge Amado.

Helen do Espírito Santo de Brito
helenbrito03@gmail.com

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Jorge Amado, Pós Graduada em Saúde Pública com ênfase em PSF, pela Faculdade Batista Brasileira.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS E COMPORTAMENTAIS APRESENTADAS POR ENFERMEIROS COM SÍNDROME DE BURNOUT

*PSYCHIC AND BEHAVIORAL MANIFESTATIONS
PRESENTED BY NURSES WITH BURNOUT SYNDROME*

RESUMO

Introdução: Síndrome de Burnout é um problema que se manifesta pelo esgotamento profissional em consequência de vivências negativas no trabalho. **Objetivo:** Identificar as manifestações psíquicas e comportamentais apresentadas por enfermeiros com síndrome de Burnout. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, por meio de artigos disponíveis na base Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Burnout"; "Enfermagem"; "Esgotamento Profissional". **Resultados:** Foram selecionados 13 (treze) estudos, os quais apontaram como manifestações apresentadas por enfermeiros com síndrome de Burnout problemas psíquicos e comportamentais; conflitos nas relações familiares; e alteração no padrão do sono e do apetite. **Conclusão:** É importante o reconhecimento das manifestações psíquicas e comportamentais dos profissionais com síndrome de Burnout, a fim de que se possa desenvolver ações de prevenção deste problema, evitando agravos à saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome is a problem manifested by professional exhaustion as a result of negative experiences at work. **Objective:** To identify the psychic and behavioral manifestations presented by

PALAVRAS-CHAVE:

"Burnout". "Enfermagem". "Esgotamento Profissional".

nurses with Burnout syndrome. **Methodology:** It is about an Integrative literature review, from articles available in the Virtual Health Library (VHL) from the Health Sciences Descriptors (DeCS): "Burnout"; "Nursing"; "Burnout, Professional". **Results:** We selected 13 (thirteen) studies, which showed as manifestations presented by nurses with Burnout syndrome psychic and behavioral problems; conflicts in family relationships; and change in the pattern of sleep and appetite. **Conclusion:** It is important to recognize the psychic and behavioral manifestations of professionals with Burnout syndrome, so that actions can be taken to prevent this problem, avoiding grievances to the worker's health.

Descriptors: Burnout. Nursing. Burnout. Professional.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout (SB) é caracterizada pelo esgotamento físico e psíquico do profissional e ocorre quando o indivíduo não consegue mais desenvolver estratégias de enfrentamento para situações de conflito no ambiente de trabalho. Esta síndrome desencadeia-se a partir de uma exposição prolongada a fatores estressantes, que propiciam o esgotamento do indivíduo^[1].

Em 1969, surgiu a expressão *staff burn-out*, que se referia ao desgaste profissional. Na década de 1970, nos Estados Unidos, estudos metodologicamente estruturados foram realizados, identificando o Burnout como uma síndrome que se manifesta pelo esgotamento profissional em consequência de vivências negativas no trabalho. Em 1974, um médico psiquiatra e diretor de um centro de tratamento para viciados em drogas percebeu que os voluntários que ajudavam no cuidado desses pacientes apresentavam sintomas clínicos da SB, mas foi somente em 1981 que o conceito passou a ser implementado na literatura científica, caracterizando Burnout como uma situação estressora crônica no trabalho, que ocorre quando os artifícios de enfrentamento são falhos ou insuficientes em relação às situações internas do dia a dia^[2].

Na atualidade, muitas são as categorias que têm apresentado um número cada vez mais elevado de profissionais com SB, como é o caso da Enfermagem. Embora os dados epidemiológicos não sejam especificados por classe de trabalhadores, estudos transversais apontam a Enfermagem como uma das profissões mais suscetíveis a desenvolver esta síndrome^[2].

Dentre os anos de 2007 e 2013 na Bahia, foram notificados 253 casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho. Nos registros não há grupo ocupacional específico, sendo os mais comuns os profissionais de atuação direta com outras pessoas, o que torna a análise das notificações prejudicadas, pois não há a avaliação da distribuição de casos por atividade econômica e os baixos registros no sistema confirmam a subnotificação da síndrome^[3].

Como membro de uma equipe multiprofissional de saúde, o enfermeiro tem participação ativa em situações que envolvem decisões, atenção e imolo, sendo que tais ações têm associação com diversos fatores que perpassam os planos de cuidado de Enfermagem, tornando o enfermeiro suscetível ao desenvolvimento da exaustão emocional^[4] e suscetível ao Burnout.

Algumas das atribuições do enfermeiro consistem em prestar o cuidado ao paciente, realizando procedimentos muitas vezes complexos, além de coordenar a equipe de Enfermagem e assumir responsabilidades gerenciais e organizacionais. Estas tarefas tendem a proporcionar ao

profissional desgaste físico e psíquico, sendo os fatores mais conhecidos a criação de vínculo com o paciente e a família; aspectos operacionais do serviço; falta de autonomia e poder de decisão compatíveis com suas responsabilidades; e a demanda de trabalho, muitas vezes marcada pela sobrecarga^[5,6].

Diante das consequências desta síndrome para a saúde e qualidade de vida do enfermeiro, é imprescindível a realização de estudos que tratem desta temática, especialmente aqueles que apontem quais são as manifestações apresentadas por profissionais com Burnout, uma vez que este conhecimento tem potencial de desencadear ações de intervenção, impedindo o avanço do problema e suas consequências a partir de evidências cientificamente embasadas.

Frente ao exposto, este estudo tem como objetivo identificar as manifestações psíquicas e comportamentais apresentadas por enfermeiros com SB.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual aborda uma investigação focalizada em uma questão acentuada, visando selecionar, avaliar e sintetizar os destaques significativos disponíveis e publicados para o estudo^[7].

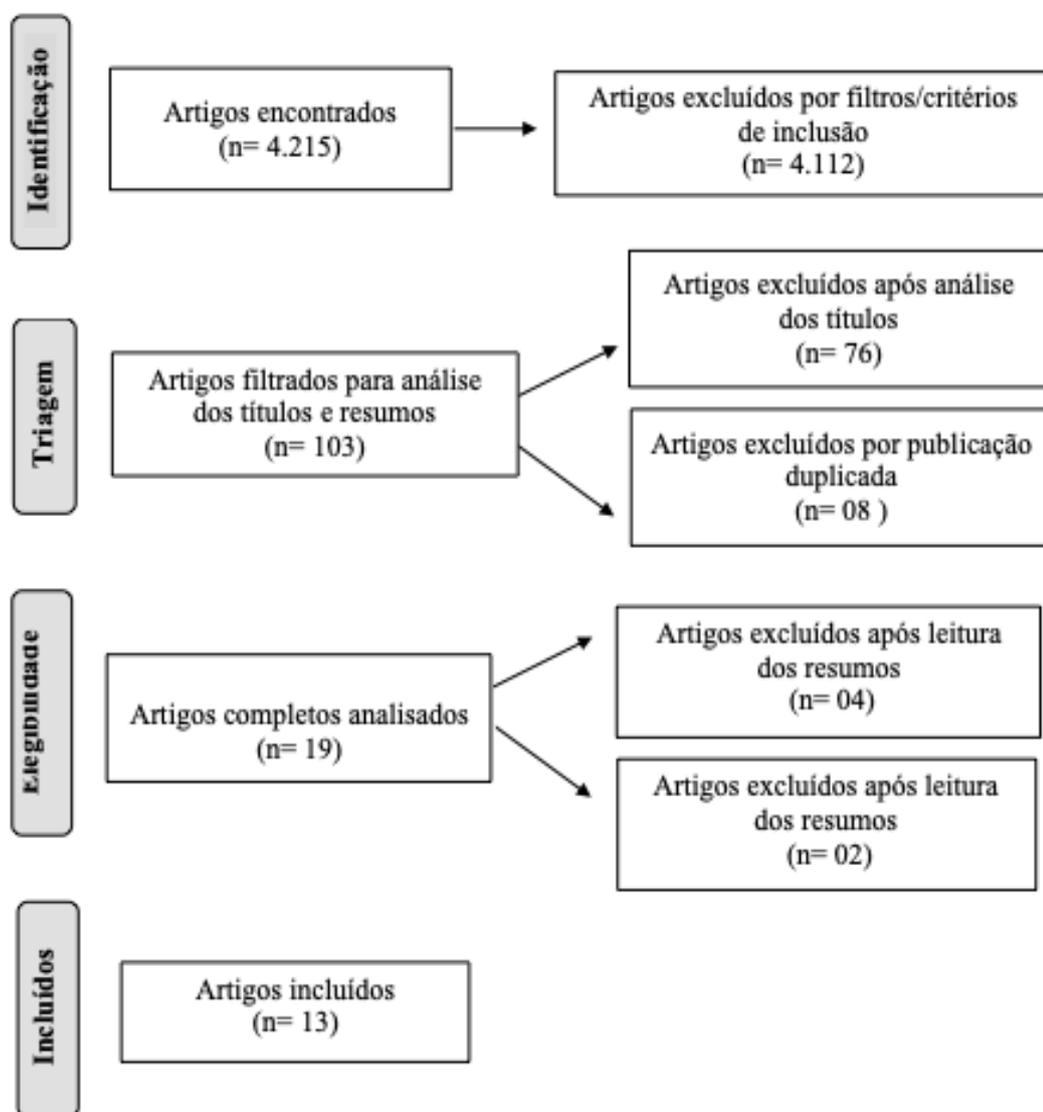
O estudo foi orientado pela seguinte questão de pesquisa: "Quais as manifestações psíquicas e comportamentais apresentadas por enfermeiros com SB?". A busca de materiais ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Burnout"; "Enfermagem"; "Esgotamento Profissional", combinados pelo uso do operador booleano "AND".

Foram encontrados pela associação dos descritores 4.215 artigos, que foram filtrados pelos seguintes critérios de inclusão: apenas artigos disponíveis na íntegra gratuitamente, em português e para a obtenção de resultados atuais relacionados à temática, optou-se pelo recorte temporal de 4 (quatro) anos (2015-2018) A partir dos filtros descritos, foram selecionados inicialmente 103 artigos.

Dos 103 artigos refinados com base nos critérios supra descritos, 76 artigos foram excluídos conforme análise dos títulos, 08 (oito) foram excluídos por publicação duplicada nas bases de dados. Restando 19 artigos para serem analisados, sendo excluídos 04 (quatro) após leitura dos resumos e mais 02 (dois) após pré-análise do texto, devido à incompatibilidade com o objetivo do estudo a ser desenvolvido. Findando uma quantidade de 13 (treze) artigos para compor o estudo.

Assim, para uma melhor compreensão do tratamento metodológico durante o processo de identificação, filtragem, elegibilidade, exclusão e inclusão de artigos, a Figura 1 faz uma representação esquematizada desse processo:

Figura 1 – Fluxograma de apresentação do processo inclusão e exclusão dos estudos, PRISMA. Salvador, BA, Brasil, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

RESULTADOS

Foram encontrados artigos publicados em 2015 (n=2), 2016 (n=5), 2017 (n= 4) e 2018 (n=1) encontrados nas bases de dados LILACS (n=9) e BDEF (n=4). Quanto ao desenho de estudo, foram identificadas revisão de literatura (n=6) e trabalhos originais (n=7), abordagem qualitativa (n=7) e quantitativa (n=6).

Quadro 1 - Síntese dos artigos selecionados (n=13) quanto aos autores, ano de publicação, base de dados, periódico e título. Salvador - BA, Brasil, 2018.

ID	AUTORES E ANO	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	TÍTULO DO ARTIGO
1	PORTELA et al., 2015	LILACS	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência.
2	SENA et al., 2015	BDEF	Journal of Nursing and Health	Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar.
3	RATOCHINSHI et al., 2016	LILACS	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	O estresse em profissionais de enfermagem: uma revisão sistemática.
4	RAMOS et al., 2016	LILACS	Revista Cogitare Enfermagem	Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa.
5	WORM et al., 2016	BDEF	Revista Cuidarte	Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência.
6	LUZ et al., 2016	LILACS	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Síndrome de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência.
7	BARRETO et al., 2016	BDEF	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	A interferência do estresse no trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer.
8	OLIVEIRA et al., 2017	LILACS	Revista de Enfermagem da UERJ	Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho.
9	MENEZES et al., 2017	BDEF	Revista de Enfermagem da UFPE Online	Síndrome de Burnout: Uma análise reflexiva.
10	SILVA et al., 2017	LILACS	Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery	Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na atenção primária à saúde.
11	MERCES et al., 2017	LILACS	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde.
12	FERNANDES; NITSCHKE; GODOY, 2017	LILACS	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva.
13	LARRÉ; ABUD; INAGAKI, 2018	LILACS	Revista Nursing.	A relação da Síndrome de Burnout com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quanto aos resultados, foram identificadas como manifestações apresentadas por enfermeiros com SB problemas psíquicos e comportamentais; conflitos nas relações familiares, além de alteração no padrão do sono e do apetite^[8-20].

DISCUSSÃO

Particularidades da Síndrome de Burnout

A SB é um transtorno ocupacional associado às atividades laborais, caracterizada por uma resposta que envolve as dimensões física e psicológica, suscitando diversas manifestações de ordem física, psíquica e comportamental, gerando situações de conflito e insatisfação com o trabalho. Essas manifestações podem ser ocasionadas por uma diversidade de fatores, que dependem das características individuais de cada trabalhador, das condições de trabalho e da conjuntura sociocultural do sujeito^[9,11].

Diversas são as causas que contribuem para o aparecimento da SB, sendo as mais frequentes: assédio moral, baixos salários, elevada carga de trabalho e insatisfação profissional. Estes fatores causam sentimento de frustração e impotência, podendo desenvolver nos trabalhadores sintomas físicos e psíquicos característicos da síndrome^[11,8].

Dentre os profissionais de saúde que estão suscetíveis a tal problema, destacam-se os da Enfermagem, que é uma das profissões mais propícias ao desenvolvimento de estressores, pois enfrenta inúmeras situações rotineiras que favorecem o aparecimento de diversos transtornos psíquicos que acabam por comprometer a qualidade de vida do profissional e, por consequência, a qualidade da assistência prestada aos pacientes nos serviços de saúde^[9].

A Síndrome de Burnout apresenta três dimensões da síndrome: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho. A exaustão emocional é a fadiga e desgaste descrito pelo profissional como cansaço e sentimento de esgotamento físico e mental, de forma a sentir-se sem energia e entusiasmo. A partir desses sentimentos, o não saber lidar com situação faz o profissional avançar para a dimensão caracterizada por despersonalização, que é a atitude negativa por conta do profissional, e atitudes de indiferença e distanciamento com os usuários do serviço são características desta dimensão. Com o avanço, a realização profissional passa a ser diminuída e surge o sentimento de insatisfação com o trabalho desenvolvido, a baixa autoestima tornando o profissional desmotivado com o trabalho^[8-12, 16-19].

Manifestações da Síndrome de Burnout e seus fatores relacionados

Dentre as alterações psíquicas e comportamentais emergidas neste levantamento no que se refere aos enfermeiros com SB, destacaram-se ansiedade, irritabilidade, estresse, agitação, depressão, desatenção/dificuldade de concentração, oscilações de humor, frustração e descontentamento com o trabalho, preocupação, medo, raiva, impotência, culpa, exaustão emocional, tristeza, insegurança, síndrome do pânico e isolamento^[8-16].

Alterações psíquicas e comportamentais como ansiedade, irritabilidade, depressão e alteração no padrão do sono são as alterações mais vivenciadas por enfermeiros diante da insatisfação com o trabalho. Condições de trabalho desfavoráveis, sobrecarga de atribuições, desvalorização profissional, falta de autonomia, problemas nas relações interpessoais e as pressões psicológicas sofridas são as causas mais comuns reveladas em estudos a respeito do desagrado no ambiente de trabalho^[8-15].

As condições estressantes do trabalho suscetibilizam o profissional ao aparecimento de diversas manifestações, gerando sintomas psicossomáticos e posteriormente doenças, inclusive

de natureza crônica. Assim, estudos apontam o estresse como sendo um dos sintomas da SB que mais causam doenças devido à liberação excessiva do cortisol, que deprime o sistema imunológico e ocasiona várias doenças como câncer, reações alérgicas, infecções virais e bacterianas, hipertensão arterial, alterações cardíacas e transtornos gastrointestinais^[14,15].

Dentre os setores apontados como aqueles com maior grau de estresse ocupacional e, por conseguinte, os que mais expõem os profissionais que ali atuam à ocorrência de SB destacam-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pronto atendimento (PA), unidade de urgência e emergência, atendimento pré-hospitalar (APH) e unidades de hemodinâmica. Isso porque nesses ambientes o enfermeiro suporta elevada carga horária de trabalho, com grande demanda assistencial e múltiplas responsabilidades, além de uma carga emocional significativa, resultante das situações de sofrimento e dor oriundas destes serviços^[16-18].

Em uma pesquisa realizada com profissionais de Enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Santa Catarina, os autores revelaram que os enfermeiros vivenciam uma mistura de sentimentos em seu cotidiano que causam danos físicos e psíquicos, ratificando um problema de saúde neles e que podem prejudicar a qualidade de vida e, conseqüentemente, interferir no trabalho^[16].

Neste mesmo direcionamento, outra pesquisa realizada com enfermeiros de uma UTI de um hospital público de alta complexidade associou o desenvolvimento da SB a um regime de trabalho de 12 horas, uma vez que a carga de trabalho excessiva associada à natureza do trabalho ali realizado e ao número insuficiente de profissionais escalados leva a sentimentos de não realização eficiente do trabalho e distanciamento do paciente^[18].

Além dos problemas relacionados à natureza do serviço, destaca-se também a falta de colaboração entre os membros da própria equipe com um dos diversos estressores associados à SB, conforme referido em um estudo realizado com enfermeiros de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro e que buscou identificar situações estressantes associadas ao ambiente de trabalho^[14].

Dentre as manifestações psíquicas mais críticas associadas a esta síndrome destaca-se a depressão, que é composta por uma variedade de sintomas que comprometem a vida profissional pessoal e social, gerando, indiferença às situações que acontecem ao seu redor, isolamento no ambiente laboral e até o comprometimento da própria saúde e das relações familiares^[9,15,16].

Após o desgaste profissional no âmbito físico e psíquico do trabalhador, a síndrome instala-se com um quadro sintomatológico de forma a prejudicar a qualidade de vida da pessoa acometida, sendo um dos seus sintomas a alteração no padrão do sono, que se caracteriza por toda e qualquer variação do sono fisiológico, podendo ser insônia, dificuldade para dormir, sono entrecortado ou até mesmo privação do sono^[9,20].

Estudos apontam a alteração no padrão do sono como sendo um fator negativo para saúde do trabalhador de Enfermagem. As alterações envolvendo o sono podem atentar contra a saúde do trabalhador, favorecendo o surgimento de diversas outras manifestações como alterações de humor, sintomas gastrointestinais e cardiovasculares, irritabilidade, dentre outros compatíveis com as manifestações da SB, além de, na conjuntura sintomática, aumentar o risco de acidentes visto à redução da capacidade de concentração e atenção^[9-11,13,15,16].

Diante disso, destaca-se a necessidade de um olhar mais cuidadoso por parte da gestão para com os profissionais, de forma a instituir programas de qualidade de vida do trabalhador

a fim de criar um ambiente que ajude na produtividade laboral desses indivíduos. Destaca-se, ainda, que é de suma importância que o profissional de Enfermagem seja capaz de identificar os estressores que estão no seu setor de trabalho e as consequências que estes possam ocasionar no processo saúde-doença, com intuito de buscar soluções para combatê-las e amenizar a ocorrência dos casos, tendo como foco principal a prevenção de danos à sua saúde e modificando, na medida do possível, a realidade laboral, a fim de garantir um atendimento de qualidade aos usuários^[20].

CONCLUSÃO

A SB é uma doença ocupacional que acomete diversas classes profissionais, inclusive a Enfermagem, visto as exigências associadas ao serviço prestado em suas diversas áreas de atuação. Diante das atividades inerentes à profissão, o enfermeiro vivencia situações favoráveis ao desenvolvimento de manifestações características do esgotamento profissional, caracterizando o Burnout.

Destacaram-se neste levantamento como manifestações apresentadas por enfermeiros com SB problemas psíquicos e comportamentais, conflitos nas relações familiares, além de alteração no padrão do sono e do apetite.

Desse modo, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenção que possam minimizar a instalação insidiosa da síndrome, através da aquisição de medidas para a redução dos fatores que criam as condições para o surgimento de sintoma, como as longas jornadas de trabalho, grande demanda assistencial, múltiplas responsabilidades, assédio moral, baixos salários, entre outras. Ademais, é imprescindível a detecção dos fatores determinantes para que se possa desenvolver intervenções e estratégias de melhoria do ambiente laboral.

Considerando-se a importância do conhecimento e aprofundamento acerca deste tema, sugere-se a ampliação dos estudos relacionados aos sintomas iniciais da síndrome, objetivando intervenções, no sentido de promover ações de prevenção e promoção à saúde, evitando agravos à saúde dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira RKM, Costa TD, Santos VEP. Síndrome de Burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. [Internet] 2013; [citado em 2017, 11 out.] 5(1):3168-75. Disponível em: encurtador.com.br/quzBX.
2. Silva RPS, Barbosa SC, Silva SS, Patrício DF. Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. *Arq Bras Psico*, 2015; 67(1):130-45.
3. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. *Informações em Saúde do Trabalhador* [internet] 2014. [citado em 2018, 23 mar.] Disponível em: encurtador.com.br/ju167.
4. Jacques JPB. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. *Semina: Cien Biol Saúde* 2015; 36(1 supl): 25-32.
5. Dehan JSM, Pai DD, Azzolin KO. Estresse e fatores estressores na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista de Enfermagem UFPE Online* [internet] 2011; [citado em 2017, 09 set.] 5(4): 879-85. Disponível em: encurtador.com.br/rBO5.
6. Rossi SS, Santos PG, Passos JP. A Síndrome de Burnout no enfermeiro: um estudo comparativo entre atenção básica e setores fechados hospitalares. *Rev Pesq Cuid Fundam Online*. 2017; [citado em 2017, 13 set.] 2(4): 1232-39. Disponível em: encurtador.com.br/stEIZ.
7. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Rev Epidem Serv Saúde*. 2014; 23(1):183-4.
8. Silva CCS, Lira ALBC, Feijão AR, Costa IKF, Medeiros SM. Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery* 2017; 21(2).
9. Menezes PCM, Alves ÉSRC, Araújo Neto AS, Davim RMB, Guaré RO. Síndrome de Burnout: Uma análise reflexiva. *Rev Enferm UFPE, Recife*, 2017; 11(12):5092-101.
10. Merces MC, Lopes RA, Silva DS, Oliveira DS, Lua I, Mattos AIS, D'Oliveira Júnior A. Prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem da atenção básica à saúde. *Rev Pesq Cuid Fundam Online* [Internet] 2017; [citado em 2018, 12 mar.] 9(1): 208-14. Disponível em: encurtador.com.br/imqT5.
11. Ramos FR, Barth PO, Schneider AMM, Cabral AS, Reinaldo JS. Consequências do sofrimento moral em enfermeiros: revisão integrativa. *Rev Cogit Enferm*. 2016; 21(2): 01-13.
12. Luz LM, Torres RRB, Sarmiento KMVQ, Sales JMR, Farias KN, Marques MBM. Síndrome

de Burnout em profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. Rev Pesq Cuid Fundam Online. [Internet] 2017; [citado em 2018, 13 mar.] 9(1): 238-46. Disponível em: encurtador.com.br/tCGZ3.

13. Sena AFJ, Lemes AG, Nascimento VF, Rocha EM. Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. Journal of Nursing and Health. 2015; 5(1): 27-3.

14. Barreto BMF, Silva RPS, Camacho ACLF, Oliveira BGRB, Valente GSC. A interferência do estresse no trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer. Rev Pesq Cuid Fundam Online. [Internet] 2016; [citado em 2018, 12 mai.] 8(2): 4154-67. Disponível em: encurtador.com.br/aNQW0.

15. Ratochinski CMW, Powłowytsch PWM, Grzelczak MT, Souza WC, Mascarenhas LPG. O Estresse em profissionais de enfermagem: uma revisão sistemática. Rev Bras Ciên Saúde. 2016; 20(4): 341-6.

16. Worm FA, Pinto MAO, Schiavenato D, Ascari RA, Trindade LL, Silva OM. Risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem no trabalho em atendimento móvel de urgência. Rev Cuidarte. 2016; 7(2): 1288-96.

17. Oliveira EB, Gallasch CH, Silva Junior PPA, Oliveira AVR, Valério RL, Dias LBS. Estresse ocupacional e burnout em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. Rev Enferm UERJ, 2017; 25:e28842.

18. Fernandes LS; Nitsche MJT; Godoy I. Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Rev Pesq Cuid Fundam Online, [Internet] 2017; [citado em 2018, 10 abr.] 9(2): 551-557. Disponível em: encurtador.com.br/drFOU.

19. Portela, NLC; Pedrosa, AO; Cunha, JDS; Monte, LRS; Gomes, RNS; Lago, EC. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. Rev Pesq Cuid Fundam Online. [Internet] 2015; [citado em 2017, 13 set.] 7(3): 2749-60. Disponível em: encurtador.com.br/afvNO.

20. Larré MC, Abud ACF, Inagaki ADM. A relação da Síndrome de Burnout com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. Rev Nursing. 2018; 21(237): 2018-23

A Revista Brasileira de Saúde Funcional assume os moldes da **Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals**, preconizado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas, com as especificações que são detalhadas a seguir. Ver o texto completo em inglês desses Requisitos Uniformes no site do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), www.icmje.org, na versão atualizada de abril de 2010.

A publicação dos artigos é uma decisão dos editores. Todas as contribuições que suscitarem interesse editorial serão submetidas à revisão por pares anônimos.

ASPECTOS ÉTICOS

Segundo o Conselho Nacional de Saúde, resolução 466/12, para estudos em seres humanos, é obrigatório o envio da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, independente do desenho de estudo adotado (observacionais, experimentais ou relatos de caso). Deve-se incluir o número do Parecer da aprovação da mesma pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital ou Universidade, a qual seja devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde. A realização de experimentos envolvendo animais deve seguir resoluções específicas (Lei nº 11.794/08), sendo obrigatório o envio da carta de aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animal (CEUA).

1. EDITORIAL

O Editorial que abre cada número da Revista Brasileira de Saúde Funcional comenta acontecimentos recentes, inovações tecnológicas, ou destaca artigos importantes publicados na própria revista. É realizada a pedido dos editores, que podem publicar uma ou várias opiniões de especialistas sobre temas de atualidade.

2. ARTIGOS ORIGINAIS

São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais com relação a aspectos experimentais ou observacionais, em estudos com animais ou humanos. Formato: O texto dos Artigos originais é dividido em Resumo (inglês e português), Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (optativo), Conflito de Interesse (condicional a natureza e/ou financiamento da pesquisa) e Referências. Texto: A totalidade do texto, incluindo as referências e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 30.000 caracteres (espaços incluídos), e não deve ser superior a 18 páginas A4, em espaço 1,5, fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobre-escrito, etc. Tabelas: Recomenda-se usar no máximo seis tabelas, no formato Excel ou Word. Figuras: Máximo de 08 figuras, em formato .tif ou .gif, com resolução de 300 dpi.

Literatura citada: Máximo de 30 referências. Máximo de autores – 06 autores.

3. REVISÃO

Os artigos de revisão são habitualmente encomendados pelo Editor a autores com experiência comprovada na área. Artigos de revisão deverão abordar temas específicos com o objetivo de atualizar os menos familiarizados com assuntos, tópicos ou questões específicas na área de saúde funcional e ciência do movimento. O Conselho Editorial avaliará a qualidade do artigo, a relevância do tema escolhido e o comprovado destaque dos autores na área específica abordada. A inadequação de qualquer um dos itens acima acarretará na recusa do artigo pelos editores, sem que o mesmo seja enviado para o processo de revisão pelos pares. O artigo de revisão deve ter, no máximo, 30 (trinta) páginas e 100 (cem) referências.

4. RELATO DE CASO

São artigos que apresentam dados descritivos de um ou mais casos clínicos ou terapêuticos com características semelhantes. Só serão aceitos relatos de casos não usuais, ou seja, doenças raras ou evoluções não esperadas.

Formato: O texto deve ser subdividido em Introdução, Apresentação do caso, Discussão, Conclusões e Referências.

Texto: A totalidade do texto, incluindo a literatura citada e as legendas das figuras, não deve ultrapassar 20.000 caracteres, incluindo espaços.

Figuras e Tabelas: máximo de três tabelas e três figuras.

Literatura citada: Máximo de 30 referências.

5. PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

- Os artigos enviados deverão estar digitados em processador de texto (Word), em página A4, formatados da seguinte maneira: fonte Times New Roman tamanho 12, com todas as formatações de texto, tais como negrito, itálico, sobrescrito, etc.

- Tabelas devem ser numeradas com algarismos romanos, e Figuras com algarismos arábicos.

- As imagens devem estar em preto e branco ou tons de cinza, e com resolução de qualidade gráfica (300 dpi). Fotos e desenhos devem estar digitalizados e nos formatos .tif ou .gif. Imagens coloridas serão aceitas excepcionalmente, quando forem indispensáveis à compreensão dos resultados (histologia, neuroimagem, etc).

6. PÁGINA DE APRESENTAÇÃO

A PRIMEIRA PÁGINA DO ARTIGO TRAZ:

- O título do trabalho em português e inglês;

- Resumo e palavras-chave: em português e inglês, não podendo ultrapassar 300 palavras. Deve conter introdução, objetivo, metodologia, resultados e conclusão;

• Abaixo do respectivo resumo, os autores deverão indicar 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês para indexação do artigo. Recomenda-se empregar termos utilizados na lista dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual da Saúde, que se encontra em <http://decs.bvs.br>.

7. AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a colaboradores, agências de fomento e técnicos devem ser inseridos no final do artigo, antes das Referências, em uma seção à parte.

8. REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas com algarismos arábicos, mencionadas no texto pelo número entre colchetes [], e relacionadas nas Referências na ordem em que aparecem no texto, seguindo as normas do ICMJE. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com a List of Journals Indexed in Index Medicus ou com a lista das revistas nacionais e latinoamericanas, disponível no site da Biblioteca Virtual de Saúde (www.bireme.br). Devem ser citados todos os autores até 6 autores. Quando mais de 6, colocar a abreviação latina et al.

EXEMPLOS:

1. Phillips SJ, Hypertension and Stroke. In: Laragh JH, editor. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New-York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

2. Yamamoto M, Sawaya R, Mohanam S. Expression and localization of urokinase-type plasminogen activator receptor in human gliomas. *Cancer Res* 1994;54:5016-20.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em “Comentários ao editor”.

2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF. 3. URLs para as referências foram informadas quando possível.

4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

7. Li o item “Diretrizes Para Autores”