

ISSN 1984-753X  
ISSN (online) 2177-045x

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional  
Volume 8 - Número 2 - Junho 2016



**Coren**<sup>CE</sup>  
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará

## POLÍTICA EDITORIAL

A **REVISTA TENDÊNCIAS DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL - ReTEP** do Coren-CE é um periódico científico trimestral, revisado por pares, com distribuição gratuita, que tem como objetivo publicar artigos procedentes da realidade da prática (do cuidar, do ensinar e da pesquisa) de saúde e enfermagem e/ou teóricos (reflexão e revisão) e notícias institucionais pertinentes ao desenvolvimento da categoria, contribuintes para reconstrução da enfermagem como ciência. Tem como missão incentivar e incrementar a produção do conhecimento em saúde e enfermagem, visando fortalecer a qualidade do atendimento do cuidar em enfermagem.

O corpo editorial da ReTEP não se responsabiliza pelos dados e opiniões expressos nos artigos, bem como propagandas inclusas, sendo esses da inteira responsabilidade dos autores.

.....  
A **ReTEP** é afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos - ABEC  
.....

ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional – Vol. 1, n.1  
(mai. 2009) – Fortaleza [CE]:  
Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, 2009 - v.: il.

Trimestral  
ISSN 1984-753  
ISSN (online) 2177-045x  
1. Enfermagem

CDD 610.73

## DIRETORIA COREN GESTÃO 2015-2017

**Presidente:** Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho • **Conselheira Secretária:** Dra. Maria Dayse Pereira • **Conselheira Tesoureira:** Luiza Lourdes Pinheiro • **Conselho Efetivo:** Dra. Jacqueline Dantas Sampaio - Dr. Francisco Antonio da Cruz Mendonça - Marli Veloso de Menezes - Ana Lúcia de Assis • **Conselheiro Suplente:** Dra. Regina Cláudia Furtado Maia - Dra. Nancy Costa de Oliveira - Dra. Maria Verônica Sales da Silva - Raimunda de Fátima Dantas - Maria de Fátima Ferreira de Sousa - Adailson Rodrigues de Moraes.

## EQUIPE TÉCNICA

Projeto Gráfico e Editorial – E2 Estratégias Empresariais - [www.e2solucoes.com](http://www.e2solucoes.com) - [e2@e2solucoes.com](mailto:e2@e2solucoes.com)  
• Coordenação Editorial – Francílio Dourado Filho • Direção de Arte – Keyla Américo • Revisão Gramatical – Aurilene Luz Sampaio • Jornalista E2 Editora – Rafaela Veras (FNJ: 2605/JP) • Tiragem – 3000 exemplares  
• Assessoria de Comunicação do COREN-CE – Flávio Liffeman • Periodicidade – Trimestral

---

ISSN 1984-753X  
ISSN (online) 2177-045x

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 8 - Número 2 - 2016



Rua Mário Mamede, 609 · Bairro de Fátima  
CEP 60.415-000 · Fortaleza-Ceará-Brasil  
[www.coren-ce.org.br](http://www.coren-ce.org.br)  
55 85 3105 7850

## **INDEXAÇÃO/INDEXATION**

### **LATINDEX**

Sistema Regional de Informação em Línea para Revistas Científicas de America Latina, El Caribe – España y Portugal - Dados: [www.latindex.unem.mx](http://www.latindex.unem.mx)

### **BDENF**

### **REDALYC**

## **EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR**

Mirna Albuquerque Frota

## **EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR**

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

## **EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS**

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salete Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

## **CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD**

### **NACIONAL/NATIONAL**

**Alacoque Lorenzini Erdmann** – UFSC, Florianópolis-SC

**Ana Fátima Carvalho Fernandes** – UFC, Fortaleza-CE

**Ana Karina Bezerra Pinheiro** – UFC, Fortaleza-CE

**Andrea Gomes Linard** – UNILAB, Redenção-CE

**Antonio Marcos Tosoli Gomes** – UERJ, Rio de Janeiro-RJ

**Augediva Maria Jucá Pordeus** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**David Lopes Neto** – UFAM, Amazonas-AM

**Denise Guerreiro V. da Silva** – UFSC, Florianópolis-SC

**Dorisdaia Carvalho de Humerez** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Eliany Nazaré Oliveira** – UVA, Sobral-CE

**Fátima Lunna P. Landim** – FIC, Fortaleza-CE

**Francisca Lucélia Ribeiro de Farias** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Gelson Luiz de Albuquerque** – UFSC, Florianópolis-SC

**Isabel Cristina Kowal Oln Cunha** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Isaura Setenta Porto** – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

**Ivan França Júnior** – USP, São Paulo-SP

**Karla Maria Carneiro Rolim** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Lorita Marlena Freitag Pagliuca** – UFC, Fortaleza-CE

**Lucilane Maria Sales da Silva** – UECE, Fortaleza-CE

**Luíza Jane Eyre de Sousa Vieira** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Márcia Maria Tavares Machado** – UFC, Fortaleza-CE

**Maria Albertina Rocha Diógenes** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Mariana Cavalcante Martins** – UFC, Fortaleza-CE

**Maria de Fátima A. S. Machado** – URCA, Cariri-CE

**Maria de Jesus C. Sousa Harada** – Coren, São Paulo-SP

**Maria do Socorro Vieira Lopes** – URCA, Cariri-CE

**Maria Itayra Padilha** – UFSC, Florianópolis-SC

**Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso** – UFC, Fortaleza-CE

**Maristela Inês Osawa Chagas** – UVA, Sobral-CE

**Marluce Maria Araújo Assis** – UEFS, Salvador-BA

**Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira** – UNIFESP, São Paulo-SP

**Patrícia Neyva da Costa Pinheiro** – UFC, Fortaleza-CE

**Raimundo Augusto M. Torres** – UECE, Fortaleza-CE

**Rita de Cássia Chamma** – COFEN, Brasília, DF

**Rosimeire Ferreira Santana** – UFF, Rio de Janeiro-RJ

**Silvana Maria Mendes Vasconcelos** – UFC, Fortaleza-CE

**Sônia Maria Soares** – UFMG, Belo Horizonte-MG

**Thereza Maria Magalhães Moreira** – UECE, Fortaleza-CE

**Zélia Maria de Sousa Araújo Santos** – UNIFOR, Fortaleza-CE

**Zuila Maria de Figueiredo Carvalho** – UFC, Fortaleza-CE

### **INTERNACIONAL/INTERNATIONAL**

**Alcione Leite da Silva** – Portugal/Brasil

**Antonio José Nuñez Hernandez** – Espanha

**Denise Gastaldo** – Canadá

**Juan José Tirado Darder** – Espanha

**Maria Teresa Moreno Valdês** – Espanha

**Marta Lima Basto** – Portugal

**Sandra Haydée Petit** – Suécia

# SUMÁRIO



## CONTENTS

1849

### Editorial

Dorisdaia Carvalho de Humerez

### Artigos Originais

1851

Verificação de procedimentos durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer ginecológico

***Verification procedures for nursing consultation in cancer prevention gynaecological***

Raiane Martins de Farias, Fabiane do Amaral Gubert, Vanessa Peres Cardoso Pimentel, Eveline Pinheiro Beserra e Mariana Cavalcante Martins.

1858

Perfil de saúde mental dos profissionais da unidade de terapia intensiva

***Mental health profile of professionals in intensive care unit***

Rita de Cássia Noronha Medeiros, Adriano Rodrigues de Souza, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante.

1866

Principais motivos que impedem candidatos adultos à doação de sangue

***Main reasons that prevent blood donation of adult candidates***

Kauanne Brandão Silva, Queliane Gomes da Silva Carvalho, Stella Maia Barbosa, Thábyta Silva de Araújo, Ana Cristina Pereira de Jesus Costa, Fabiane do Amaral Gubert, Neiva Francenely Cunha Vieira.

1871

Hipertensão arterial em adolescentes escolares: análise dos fatores de risco

***Hypertension in adolescent students: analysis of risk factors***

Sara Taciana Firmino Bezerra, Valéria Cristina Delfino de Almeida, Soraia Késsia de Araújo Silva, Genésio Queiroz da Silva Neto, Carla Vivian Pinheiro Lima, Paulo César de Almeida e Maria Dalva Santos Alves.

1879

Comportamento de risco entre adolescentes candidatos à doação de sangue

***Risk behavior among adolescent candidates for blood donation***

Maria Eduarda Magalhães Araújo, Queliane Gomes da Silva Carvalho Stella Maia Barbosa, Thábyta Silva de Araújo, Ana Cristina Pereira de Jesus Costa, Fabiane do Amaral Gubert e Neiva Francenely Cunha Vieira.

# SUMÁRIO



## CONTENTS

- 1884** Fatores preditivos de lesão renal aguda em pacientes internados em unidade de terapia intensiva  
***Factors of kidney injury in hospitalized patients indicative acute in intensive care unit***  
Elizabeth Mesquita Melo, Aglauvanir Soares Barbosa, Aline Mota Marques, Felícia Maria Matias Silveira, Lorena Naiane de Araújo Fernandes, Maria Alana Ferreira de Abreu, Maria Pacheco da Rocha, Nicole Silva França, Romana Maria Rodrigues Ponte Araújo e Suylane Saraiva Araújo.

### Artigos de Revisão

- 1889** Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem intensivistas  
***Burnout syndrome in nursing professionals intensive***  
Emanuella Lisboa Baião Lira, Joice Requião Costa, Patrícia Shirley de Sousa e Marcelo Domingues de Faria.

- 1893** Instrumentos utilizados para avaliação e acompanhamento de úlceras por pressão: uma revisão integrativa  
***Used instruments for monitoring and evaluation of pressure ulcers by: an integrative review***  
Igor Cordeiro Mendes, Leidiane Minervina Moraes de Sabino, Márcio Flávio Moura Araújo, Vivian Saraiva Veras e Ana Kelve de Castro Damasceno.

- 1899** Cuidado materno com o recém-nascido prematuro após-alta hospitalar  
***Mother care with premature newborn after discharge***  
Regina Célia Carvalho da Silva, Daisyanne de Carvalho Pinheiro, Tayrine Nogueira Moreira dos Santos, Márcia Maria Tavares Machado e Livia Silva de Almeida Fontenele.

- 1905** Institucional

- 1906** Palavra do Presidente

- 1907** Notícias

- 1918** Normas de Publicação

## EDITORIAL



**Dra. Dorisdaia Carvalho de Humerez**

Conselheira Federal do Cofen

Professor Doutor da Universidade Federal de São Paulo

Mestre e Doutor em Saúde Mental - USP

**A** finalidade primordial do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem é a fiscalização do exercício profissional, regulamentação da profissão, respeito ao Código de Ética, cumprimento da Lei do Exercício Profissional garantir a qualidade dos serviços da Enfermagem à população. Atua após a formação dos profissionais de enfermagem, no entanto é a formação que irá preparar o profissional para exercer a Enfermagem no cuidado à saúde da população.

As avaliações de cursos de Enfermagem são realizadas pelo Ministério da Educação e os Cursos Técnicos de Enfermagem são regulados pelos Conselhos Estaduais de Educação. Todos os cursos presenciais são submetidos aos critérios de avaliação in loco pelo MEC/INEP e vários têm apresentado deficiências, como demonstrado no último ENADE de 2013 onde, de um total de 569 Cursos de Bacharelado em Enfermagem avaliados, 42 não tiveram conceito por não possuírem alunos no último ano, outros 15 cursos obtiveram **Conceito 1 e 167 cursos alcançaram o Conceito 2**, considerados reprovados; 224 com Conceito 3; 99 com Conceito 4 e 22 com Conceito 5, o que indica a existência de sérios problemas no ensino presencial, que estão submetidos aos critérios de avaliação definidos pelo MEC dentro de um ciclo criterioso. Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem está preocupado com o número de Cursos/vagas a Distância na formação de técnicos e Enfermeiros.

Além da preocupação com a formação de pouca qualidade dos cursos presenciais, temos hoje o advento dos cursos a distância que se denominam semi presenciais. Ressalta-se que temos 170.000 vagas de ensino presen-

cial, que ampliam a cada mês, e 106.000 vagas de Ensino a Distância. Caso haja demanda para essas vagas serão registrados 260.000 Enfermeiros/ano.

Em Portaria do Ministério da Educação definiram - se regras para o credenciamento das Instituições de Ensino Superior (IES) para o ensino a distância. As Universidades e Centros Universitários têm autonomia e podem autorizar os cursos a distância, desde que estejam credenciados para ministrar algum outro curso a distância.

É obrigatório o atendimento da Resolução CNE/CES Nº03/2001 que Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e que definem que os conteúdos teóricos e práticos devem ser desenvolvidos ao longo de toda a formação.

O Cofen não se coloca contrário ao ensino a distância, mas a Formação dos profissionais da Enfermagem, já realizou a Operação EAD, Audiências públicas em Assembleias legislativas de todos os Estados da Federação e a campanha #ContatoReal é Insustituível visando alertar a população e alunos que desejem se inscrever nesses cursos.

Por denúncias encaminhadas ao MEC e MPF as IES que estavam em desacordo com o mínimo exigido para seu funcionamento sofreram diligências e a maioria delas teve que reduzir o número de vagas, sendo que de 106.000 hoje estamos com 27.000 vagas em funcionamento.

Por acreditar em uma Enfermagem forte, digna e valorizada o Cofen diz NÃO ao EAD para formação de profissionais de Enfermagem. ●





# VERIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO

VERIFICATION PROCEDURES FOR NURSING CONSULTATION IN CANCER PREVENTION GYNAECOLOGICAL

Artigo Original

Raiane Martins de Farias<sup>1</sup>  
Fabiane do Amaral Gubert<sup>2</sup>  
Vanessa Peres Cardoso Pimentel<sup>3</sup>  
Eveline Pinheiro Beserra<sup>4</sup>  
Mariana Cavalcante Martins<sup>5</sup>

## RESUMO

O objetivo deste artigo é verificar a realização dos procedimentos durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer ginecológico. Do ponto de vista metodológico, trata-se de um estudo do tipo observacional não-participante com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa duas enfermeiras que atuam em dois centros de saúde da família, durante a pesquisa as enfermeiras realizaram 13 consultas ginecológicas. Nos resultados, evidenciou-se que 13 (100,0%) das consultas não aconteceu o exame físico completo nas clientes, em contrapartida o exame de mamas só não foi realizado em 3 (23,1%), mas pelo fato dessas mulheres estarem amamentando; a inspeção da vulva, outro procedimento indispensável para este atendimento também apresentou um relevante percentual de não realização 10 (76,9%), já a inspeção perianal não foi visualizada em nenhum dos atendimentos 13 (100%). Concluímos que a consulta de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero necessita ser realizada em sua totalidade, considerando também o aspecto educativo.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias do Colo do Útero.

## ABSTRACT

The objective of this study is to verify the compliance of the procedure during a nursing consultation in the prevention of gynecological cancer. From the methodological point of view, this is a non-participatory observational study with a quantitative approach. Two nurses working in two family health centers participated in the research, during a survey as nurses performed 13 gynecological consultations. In the results, 13 (100.0%) of the consultations did not present the complete physical examination in the clients, in counterpart or breast examination was not performed in 3 (23.1%), Breastfeeding; One inspection of the vulva, another (100%), a vulva inspection, another indispensable precedent for adequate care (10%). We conclude that the nursing consultation in the prevention of cervical cancer needs to be carried out in its entirety, also the educational aspect.

**Keywords:** Woman's Health; Primary Health Care; Uterine Cervical Neoplasms.

<sup>1</sup> Discente em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal do Ceará.

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-graduanda pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (ESTÁCIO\FIC).

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal do Ceará.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professora adjunta da Universidade Federal do Ceará. E-mail: marianaenfermagem@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer do colo do útero (CCU) é a terceira neoplasia maligna que acomete as mulheres e sua frequência depende da região e tendo em consideração, a população feminina encontra-se em segundo lugar.

Segundo Navarro et al (2015), CCU são estimados quase 16.000 novos casos para o Brasil, em 2014 (15,3/100.000). Na região Norte, o CCU representa problema enorme. Estima-se que a incidência de 26,6/100.000 em 2014 para a cidade de Boa Vista, RR que vem se mantendo estável nos últimos anos e em 2010, mostrou taxa de incidência de CCU (46/100.000) maior do que as estimativas oficiais<sup>(1)</sup>.

Esta temática está inserida no âmbito da saúde da mulher, a nível de atenção primária é uma área considerada estratégica para ações prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS), então, buscando alcançar à integralidade na assistência voltada a saúde da mulher, o Ministério da Saúde preconiza que sejam implantadas na Atenção Básica ações que visem o controle dos cânceres de colo uterino e da mama, visto que estes são uma das principais causas de mortalidade na população feminina<sup>(2)</sup>.

Para garantir que estas ações supracitadas sejam concretizadas, o governo brasileiro implantou em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que almeja contribuir para a garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis<sup>(3)</sup>. Os esforços do governo, unindo à geração acadêmica e à prática profissional, conduziram a melhorias no acesso a prevenção do CCU em todo o país. Contudo, as estimativas de incidência de mortalidade, ainda ocorrem em muitas regiões.

O rastreamento é realizado através do teste de Papanicolaou - exame citopatológico do colo do útero para detecção das lesões precursoras. Para a realização do exame preventivo do CCU, é necessário que seja realizada de maneira adequada, a coleta de material citológico do colo do útero em quantidades suficientes para que a amostra não seja rejeitada, necessitando de um rígido controle laboratorial. Para isso o profissional responsável pela coleta, deve estar preparado para realizá-la, e dispor de todo material necessário para isso<sup>(4)</sup>.

O diagnóstico precoce é de extrema relevância, porém, há diversos impedimentos em diferentes níveis de atenção e sistemas de referência. A doença, pode ser tratada cirurgicamente, mas as suas reações, quimio e radioterapia podem prejudicar o estado físico e psicológico da mulher<sup>(5)</sup>. Para que se possa viabilizar os métodos de detecção precoce do CCU, o enfermeiro atua diretamente com a mulher exercendo uma função relevante nas ações de prevenção e detecção precoce, já que quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as chances de minimizar seus danos<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, a consulta de enfermagem ginecológica, é o momento em que se identifica os aspectos da história de vida e saúde da cliente, são realizadas orientações quanto a prevenção do câncer, discute-se acerca das dúvidas, e propicia-se um

vínculo de confiança entre profissional e cliente para minimizar a ansiedade, a timidez, facilitando assim as abordagens que proporcionam a prevenção do câncer<sup>(6)</sup>.

Visto a significância do papel do enfermeiro na consulta ginecológica, é imprescindível que durante o processo de graduação, haja compreensão sobre a relevância da consulta de prevenção do CCU e de mama, oferecendo conhecimentos aprofundados relacionados a uma consulta de qualidade, reduzindo os tabus e mitos, buscando a população feminina sobre os seus benefícios da prevenção, almejando a diminuição dos casos de câncer no país<sup>(7)</sup>. Dessa maneira, o objetivo desse estudo é verificar a realização dos procedimentos durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer ginecológico.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo observacional não participante com abordagem quantitativa, o pesquisador presencia as ações, porém não se integra a ela. É conhecido também como observacional passiva, que quer dizer que o pesquisador não se deixa envolver pelo contexto verificar a realização dos procedimentos durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer ginecológico. verificar a realização dos procedimentos durante a consulta de enfermagem na prevenção do câncer ginecológico<sup>(8)</sup>.

A pesquisa foi realizada em dois Centros de Saúde da Família (CSF), pertencentes à Secretaria Executiva Regional V (SER V). Os Centros de Saúde da Família foram escolhidos mediante sorteio e pela facilidade de desenvolver a pesquisa.

Participaram da pesquisa duas enfermeiras que atuam nos CSF's selecionados, que realizaram no total de 13 consultas ginecológicas. Os critérios estabelecidos de inclusão: enfermeiras que estiverem no CSF no momento da coleta de dados; realizar no mínimo oito consultas no turno, sendo excluídas enfermeiras que estiverem afastadas do CSF no período da coleta de dados; enfermeiras que não realizam exame ginecológico.

Após aceitação em participar da pesquisa, deu-se início a observação não-participante, que foi realizada em dois dias de consulta ginecológica para cada enfermeira. Essa observação se deu durante todo o atendimento da enfermeira selecionada para pesquisa.

Para coletar os dados foi utilizado um formulário dividido em duas etapas: 1º - dados relacionados ao caminhar profissional, por meio de uma breve entrevista e 2º foi a observação propriamente dita que teve como um guia um checklist com questões fechadas, contando desde da realização por parte do profissional da anamnese da usuária até importância do recebimento do resultado do exame, que finaliza a consulta, tendo sido elaboradas seguindo o Caderno de Atenção Básica – Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, proposto pelo Ministério da Saúde, realizado em junho de 2011<sup>(9)</sup>.

Logo após a realização da observação, os dados foram analisados e processados utilizando-se do programa estatístico SPSS versão 14.0, sendo organizados por meio de gráficos e

tabelas visando uma melhor análise dos resultados da presente pesquisa.

A coleta de dados iniciou mediante aprovação do comitê de ética do Instituto do Câncer do Ceará (ICC) com número de protocolo 013/2011, onde foram respeitados os princípios da bioética baseado na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Os profissionais, bem como as usuárias foram cientificados da intenção do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que foi necessária a autorização não só do profissional que será observado, mais também da usuária, devido ser um momento particular da mulher.

## RESULTADOS

Dentre os dois profissionais enfermeiros participantes da presente pesquisa, foi possível visualizar que ambos são formados a mais de 10 anos, respectivamente 11 e 13 anos (50%); em relação ao tempo de atuação, verificou-se uma com seis anos e outra com 11 anos, (50%); ambos realizam exame ginecológico à mais de cinco anos, (50%) e somente uma realizou treinamento específico para a realização do exame ginecológico.

### Descrição da consulta ginecológica

Conforme a tabela 01, pode-se observar que em todos os atendimentos totalizando em 13(100%), ocorreu de forma apropriada diante a assistência em relação ao acolhimento, anamnese e conforto, porém, destacou-se em todos as consultas, observou-se um déficit de informações em relação as ações de controle do câncer de colo do útero e a falta de incentivo a obtenção de estilo de vida saudável.

**Tabela 1.** Descrição das consultas ginecológicas. Fortaleza – CE, 2011.

VARIÁVEIS	N	%
<b>REALIZOU ACOLHIMENTO</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-
<b>FORNECEU INFORMAÇÕES PERTINENTES AS AÇÕES DE CONTROLE DO CCU</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-
<b>INCENTIVOU A OBTER ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL</b>		
Sim	-	-
Não	13	100,0

VARIÁVEIS	N	%
<b>MOSTROU A IMPORTÂNCIA DO EXAME</b>		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
<b>INFORMOU A PERIODICIDADE DO EXAME</b>		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
<b>EXPLICOU O PROCEDIMENTO</b>		
Sim	10	76,9
Não	3	23,1
<b>PROPORCIONOU CONFORTO</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-

N= 13, número de consultas

Durante a consulta ginecológica, ocorreram 100% da realização do acolhimento, o fornecimento de informações referentes a ações de controle, o incentivo a estilo de vida saudável e em sua finalização proporcionando conforto. Referindo a importância, a periodicidade e a explicação do exame, obteve-se 76,9% de resultado diante a consulta realizada.

Quanto aos esclarecimentos em relação ao exame que deverão ser abordados pelo profissional durante a consulta, totalizando em 10 (76,9%), as orientações foram realizadas com enfoque na importância do exame preventivo, periodicidade e modo de realização do mesmo. Portanto, 3 (23,1%) dos atendimentos não abordaram os itens supracitados.

Durante a realização do exame papanicolau, nenhuma consulta foi realizada obedecendo o sentido céfalo-podálico, nem a inspeção perianal e o teste de IVA. Contudo em 100% das consultas, houve a visualização do colo, coleta de material da ectocérvice e endocérvice corretamente na lâmina e o uso do Lugol.

Os resultados apresentados na tabela 03, na realização dos exames, constatou-se que em nenhuma das consultas, foram realizados o exame físico completo. O exame clínico das mamas foram realizados em 10(76,9%) mulheres; Três(23,1%) que não foram examinadas, foram decorrentes de ser lactantes. A inspeção da vulva é indispensável para tal atendimento, denotando-se que apenas três (23,1%) mulhe-

res foram examinadas por haverem justificado o fato de algum tipo de queixa encontrada na vulva.

**Tabela 2.** Descrição do exame papanicolau. Fortaleza – CE, 2011.

VARIÁVEIS	N	%
<b>REALIZOU EXAME FÍSICO (CÉFALO-PODAL)</b>		
Sim	-	-
Não	13	100,0
<b>REALIZOU EXAME DAS MAMAS</b>		
Sim	10	76,9
Não (amamentando)	3	23,1
<b>INSPEÇÃO DA VULVA</b>		
Sim	3	23,1
Não	10	76,9
<b>INSPEÇÃO PERIANAL</b>		
Sim	-	-
Não	13	100,0
<b>PRESENÇA DE CONTEÚDO VAGINAL PATOLÓGICO</b>		
Sim	4	30,8
Não (amamentando)	9	69,2
<b>VISUALIZAÇÃO DO COLO</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-
<b>COLETA DA ECTOCÉRVICE</b>		
Sim	13	0
Não	-	-
<b>COLOCOU O MATERIAL COLETADO CORRETAMENTE NA LÂMINA</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-

VARIÁVEIS	N	%
<b>TESTE DO IVA (3 A 5 MINUTOS)</b>		
Sim	-	-
Não	13	100,0
<b>UTILIZOU LUGOL (TESTE DE SHILLER)</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-
<b>REALIZOU CONSERVAÇÃO DA COLETA ADEQUADAMENTE</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-
N= 13, número de consultas		
Em relação à visualização do colo, coleta da endocervice e ectocervice, disposição do material na lâmina, aplicação de lugol e conservação da coleta, foram realizados de maneira adequada. A aplicação do ácido acético foi realizada em todas as mulheres atendidas, mas, a IVA não foi analisada adequadamente, pela falta de espera ao tempo ideal para identificação de possíveis alterações.		
Com o término dos exames, foi observado às orientações que foram ofertadas às mulheres submetidas às consultas.		
<b>Tabela 3.</b> Descrição dos aspectos pós-exame ginecológico. Fortaleza – CE, 2011.		
VARIÁVEIS	N	%
<b>EXPLICOU OS ACHADOS DO EXAME</b>		
Sim	9	69,2
Não	4	30,8
<b>FOI NECESSÁRIO ABORDAGEM SINDRÔMICA</b>		
Sim	1	7,7
Não	12	92,3
<b>ORIENTOU QUANTO AO RETORNO PARA RECEBIMENTO DO RESULTADO</b>		
Sim	13	100,0
Não	-	-

VARIÁVEIS	N	%
<b>REALIZOU AS DEVIDAS ANOTAÇÕES NO PRONTUÁRIO</b>		
Sím	10	76,9
Não	3	23,1
<b>FEZ ANOTAÇÕES PERTINENTES NA REQUISIÇÃO DO EXAME</b>		
Sím	13	100,0
Não	-	-

Após os exames ginecológicos 100% dos profissionais orientaram quanto ao retorno para o recebimento do resultado e fizeram anotações pertinentes na requisição do exame. Os achados dos exames obteve-se 69,2% de informações repassadas, 76,9% realizaram as anotações devidas no prontuário e 7,7% necessitou realizar a abordagem sindrômica.

Dentre essas orientações, merecem destaque o retorno para recebimento do resultado do exame, a qual todas as mulheres consultadas foram estigadas para a realização do procedimento. Quanto ao esclarecimento dos achados nos exames, somente 9 (69,2%) mulheres foram contempladas. Sobre à abordagem sindrômica, viu-se que apenas 1 (7,7%) dos atendimentos, necessitou desta conduta. Após estes itens serem analisados, todas as consultas foram registradas na íntegra e as anotações complementares foram encontradas na requisição de cada exame, constata-se em todas as consultas realizadas 13 (110%).

## DISCUSSÃO

Os enfermeiros necessitam de qualificação profissional para melhoria da qualidade no atendimento, na atuação na Estratégia de Saúde da Família, devendo ampliar seus conhecimentos através de cursos de pequeno porte à nível de especialização em assuntos voltados à ESF e/ou Saúde Pública. Afirma-se que mesmo através destes, ainda é possível identificar certa fragilidade no tocante à assistência, englobando assim cuidados voltados à todos os grupos que necessitam de tais atendimentos<sup>(10)</sup>.

Nesse contexto, as atividades de responsabilidade do enfermeiro incluem, ainda: expor cartazes que demonstrem as técnicas utilizadas durante os exames; fornecer informações para o momento da coleta; criar espaços de privacidade durante a consulta; identificar e treinar profissionais sensibilizados para convencer as mulheres que estão na sala de espera a realizarem o exame; incentivar adoção de hábitos saudáveis como alimentações adequadas e exercícios físicos regulares<sup>(11)</sup>.

Percebe-se, com isso, a necessidade de desenvolver intervenções de educação em saúde, com o intuito de promover os

conhecimentos desse público, fazendo com que este busque, cada vez mais, ações que visem à prevenção do câncer de colo uterino e à promoção da saúde sexual e reprodutiva<sup>(12)</sup>.

A alternância dos profissionais enfermeiros no contexto da ESF se mostra como um obstáculo, visto que o usuário perde a sua referência, havendo uma ruptura com o vínculo, que repercute negativamente na população assistida<sup>(13)</sup>.

Portanto, a consulta ginecológica de enfermagem, deve ser atuante na saúde da mulher, visando a escuta ativa do cliente, no sentido de não só focar a consulta na queixa principal ou nos exames de rotina, mas aproveitar o momento para uma escuta qualificada da usuária, para que se possa obter maior confiabilidade e segurança, para que posteriormente se consiga obter resultados satisfatórios<sup>(6)</sup>.

A partir dos resultados encontrados, constatou-se que em nenhuma das consultas, foram realizados o exame físico completo e a inspeção somente examinadas, as que justificaram o fato de algum tipo de queixa encontrada na vulva.

Os achados clínicos com o exame físico e inspeção, são essenciais no momento da consulta e não devem ser realizados de maneira incompleta ou insatisfatória, podendo omitir os possíveis resultados, dificultando o processo de prevenção ou tratamento da paciente<sup>(13)</sup>.

No concernente ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é notório que a assistência prestada no tocante à prevenção do CCU deve ser realizada de modo que se adéque à rotina de cada Centro de Saúde, sendo que mesmo ocorrendo tais adequações, este exame deve ser conduzido através de métodos contínuos, para posteriormente se obter o resultado esperado, que seria o correto resultado de exame<sup>(14)</sup>.

Durante o exame, com a embrocação do colo com ácido acético 5%, o que causa a desidratação celular e coagulação das proteínas intranuclear, possibilita a presença de lesões evidentes áreas com intensidade aceto-branqueamento, quando houver. Vale ainda ressaltar que a IVA (Inspeção Visual com Ácido Acético) funciona como auxiliar à colpocitologia oncótica<sup>(15)</sup>.

A inspeção visual com ácido acético 5% do colo uterino é um método eficaz para no rastreamento de lesões induzidas por HPV, este procedimento é destacado por ser baixo custo, simples, rápido e de imediato resultado possibilitando dessa forma a decisão terapêutica na mesma oportunidade de rastreamento.

Nota-se na prática, uma significativa discordância entre os resultados do teste IVA e da citologia de Papanicolau, dispondo de achados distantes da normalidade, evidenciados após a inspeção visual, em especial com a aplicação do ácido acético 5%, sendo insuficientes para indicar lesões precursoras ou até mesmo câncer cérvico uterino no resultado dos exames citopatológicos, concluindo assim que este último apresenta uma baixa sensibilidade<sup>(4)</sup>.

Os serviços responsáveis pela realização dos exames preventivos investem em cada exame realizado, direcionados aos profissionais técnicos, materiais necessários para coleta, leitura da lâmina e impressão dos resultados. Porém, em muitos casos as mulheres não retornam as unidades para recebimento dos resultados e início de possíveis tratamentos, dessa maneira fica evidente um desperdício de tempo e recursos não alcançando o principal objetivo do exame que é a prevenção do câncer ginecológico.

Como resultado da pesquisa, destacou-se que em todos as consultas, o déficit de informações em relação as ações de controle do câncer de colo do útero e a falta de incentivo a obtenção de estilo de vida saudável.

As orientações após o término do exame são de suma importância tendo em vista que as mulheres que necessitam do atendimento nos Centros de Saúde da Família têm pouco conhecimento e instruções a cerca da prevenção do CCU. Nota-se que resultados são muitas vezes deixados nos Centros por tempos pela falta de orientação quanto à importância do recebimento do resultado do exame, porém tem-se como ponto positivo nos locais observados.

O conhecimento do resultado do exame é tão importante quanto à realização do mesmo, pois, a aparência de normalidade durante o procedimento pode muitas vezes não ser a realidade da situação de saúde ginecológica, então o resultado é ponto de partida para o tratamento de possíveis patologias.

O relacionamento entre profissional/cliente deve obedecer à um evento amigável para que os tragam um vínculo, objetivando cumprir um papel educativo que se faz necessário, onde a não abordagem deste, proporciona uma deficiência no nível de atendimento e satisfação das pacientes, o que acaba acarretando problemas na qualidade da assistência. Estes fatores são eventos que acontecem paulatinamente por conta da não abordagem de aspectos psicossociais e de comunicação dentro dos ensinamentos realizados durante a graduação<sup>(13)</sup>.

Então, diante de todo este contexto pode-se observar que as consultas de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero não estão sendo cumpridas de acordo com o que recomenda o Ministério da Saúde. Ainda assim, vale ressaltar que para alcançar otimização nestes atendimentos devem ser revistas por estes profissionais a importância de algumas minudências que fazem com que tal otimização seja alcançada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa, apresentou que os profissionais enfermeiros participantes da mesma tinham mais de dez anos de formação, e mais de seis que prestam assistência á mulher no concernente a prevenção do câncer ginecológico, ou seja que atuam na ESF. Porém, nem mesmo todo este tempo de experiência, vez com que falhas durante o atendimento fossem indetectáveis. Com isso, destaca-se que em relação as orientações quanto a abtenção de estilo de vida saudável e ações

de controle do CCU não foi visto em nenhum 13 (100%) dos atendimentos, já em relação aos esclarecimentos sobre a importância do exame, periodicidade e procedimentos do mesmo apenas 3 (23,1%) não o enfatizaram.

Ainda de acordo com os resultados da pesquisa evidenciou-se que (100,0%) dos profissionais não fizeram exame físico completo nas clientes, em contrapartida o exame de mamas só não foi realizado em 3 (23,1%), mas pelo fato dessas mulhers estarem amamentando; a inspeção da vulva, outro procedimento indispensável para este atendimento também apresentou um relevante percentual de não realização 10 (76,9%), já a inspeção perianal não foi vizualizada em nenhum dos atendimentos 13 (100%).

Também no pós-exame notou-se deficiência pois, quanto as explicações sobre os achados do exame em 4 (30,8%) não foram vistas, porém, ainda neste momento da consulta as anotações na requisição do exame e as orientações quanto ao retorno foi vista em todos os atendimentos 13 (100%).

Com base nestes resultados podemos perceber que a atuação do profissional enfermeiro dentro da ESF enfocando a assistência integral à saúde da mulher não está respondendo as expectativas do MS. No entanto, apesar de algumas falhas quanto a procedimentos do exame serem observadas ficou evidente que a não resposta dessas espectativas estar diretamente relacionada a falta de orientações pertinentes à prevenção desse câncer.

Sabe-se que a prevenção é a melhor maneira de ficarmos insentos de determinadas doenças, tendo em vista que os profissionais de saúde são os responsáveis a informar quais medidas deverão ser tomadas para que se previna dessas. Em relação ao câncer envolvido no presente estudo podemos destacar a atuação do enfermeiro que por sua vez é uma das categorias responsáveis por realizar o principal meio de detecção precoce, sendo este o exame citopatológico e aliado a ele fornecer orientações acerca da prevenção em especial desta patologia.

Contudo, a enfermagem tem papel primordial na atenção à saúde da mulher tendo-se em vista que a realização do exame, a escuta à cliente, resolutividade de dúvidas, medos e anseios, ou seja, o acolhimento são características ou pelo menos deveriam ser do enfermeiro o que enfatiza sua atuação quanto educador.

Por fim o presente estudo aponta que a consulta de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero apresenta parcialmente deficiência no que concerne as orientações que deveriam ser passadas para as mulheres submetidas a tais consultas.

Por estes motivos espera-se que a essa pesquisa possa contribuir para o aprimoramento das consulatas ginecológicas realizadas por enfemeiros visando a melhoria da qualidade de desses atendimentos.



## REFERÊNCIAS

---

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cad. Aten. Bas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Navarro C, Fonseca AJ, Sibajev A, Souza CIA, Araújo DS, Teles DAF et al. Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência. Rev. Saúde Pública. 2015; 49(2).
4. Oliveira NC, Moura ERF, Diogenes MAR. Desempenho de enfermeiras na coleta de material cervico uterino para exame de Papanicolaou. Acta paul. Enferm. 2010; 23 (3):385-391.
5. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3): 389-398.
6. Oliveira SKP. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. bras. Enferm. 2012; 65(1):155-161.
7. Garcia ORZ, Lisboa LCS. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. Texto contexto - enferm. 2012; 21(3):708-716.
8. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(6):1187-93.
9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis. 2010; 29(1):110-16.
10. Discacciati MG, Barboza BMS, Zeferino LC. Por que a prevalência de resultados citopatológicos do rastreamento do câncer do colo do útero pode variar significativamente entre duas regiões do Brasil? Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2014; 36(5):192-197.
11. Paula CG, Ribeiro LB, Pereira CM. Atuação do enfermeiro da atenção básica frente ao controle do câncer do Uterino: revisão de literatura Pós em revista – Newton. São Paulo. 2012.
12. Ribeiro KFC, Moura MSS, Brandão RGC, Nicolau AIO, Aquino PS, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de papanicolaou. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(2):460-467.
13. Catafesta G, Klein DP, Silva EF, Canever BP, Lazzari DD. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família Arq. Ciênc. Saúde. 2015; 22(1):85-90.
14. Schimith MD, Simon BS, Bretas ACP, Budo, MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab. educ. Saúde. 2011; 9(3):479-503.
15. Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(4):682-692.

---

Recebido em: 09.03.2016

Aprovado em: 20.03.2016

# PERFIL DE SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

MENTAL HEALTH PROFILE OF PROFESSIONALS IN INTENSIVE CARE UNIT

Artigo Original

Rita de Cássia Noronha Medeiros<sup>1</sup>  
Adriano Rodrigues de Souza<sup>2</sup>  
Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante<sup>3</sup>

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo investigar a saúde mental dos profissionais intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, sendo analisados através da escala do Self-Report Questionnaire -20. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia de Intensiva de um hospital público da cidade de Fortaleza. A coleta das informações a cerca de transtornos mentais comuns nos profissionais, foi realizado empregando o *Self-Reporting Questionnaire*, instrumento de triagem de morbidade psíquica delineado pela Organização Mundial da Saúde. Constatou-se que a escala *Self-Reporting Questionnaire* é um instrumento de medida importante e válido para verificar os distúrbios psíquicos menores em equipe multiprofissional de terapia intensiva e através desta foi possível identificar os sinais e sintomas característicos, tais como: ansiedade, tristeza, irritabilidade, insônia, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Médicos; Enfermagem; Fisioterapeutas; Transtornos Mentais.

## ABSTRACT

This study aims to investigate the mental health of critical care professionals, nurses, nursing technicians, doctors and physiotherapists and analyzed by the scale of the Self-Report Questionnaire -20. The research was developed at the Intensive Therapy Unit of a public hospital in the city of Fortaleza. The collection of information about common mental disorders in critical care professionals was conducted using the Self-Reporting Questionnaire a screening tool psychic morbidity outlined by the World Health Organization . It was found that the Self-Reporting Questionnaire scale is an important and valid measurement tool to check the minor psychiatric disorders in multidisciplinary team of intensive care and through this we could identify the characteristic signs and symptoms, such as anxiety, sadness, irritability, insomnia, fatigue, decreased concentration, somatic concern.

**Keywords:** Mental Health; Physicians; Nursing; Physical Therapists; Mental Disorders.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Sanidade Animal e Saúde Pública nos Trópicos pela Universidade Federal de Tocantins (UFT). E-mail: ritinhanoronha@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela UFC/UECE/UNIFOR. Professor do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela EPE/UNIFESP. Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva da UNIFOR. Docente da UNIFOR



## INTRODUÇÃO

O homem busca no trabalho não só o atendimento às suas necessidades de sustento, mas também sua valorização pessoal e satisfação como um ser humano útil e provido de capacidade intelectual. Somando-se essa exigência com toda a demanda exercida pelos problemas da vida pessoal, que são inevitáveis, o indivíduo é forçado a uma adaptação psíquica que excede sua real capacidade, desencadeando os transtornos mentais, os quais são caracterizados por uma insatisfação consigo mesmo de não atender a todas as exigências que a vida lhe impõe.

Observando esses aspectos, o trabalho deve ter, como finalidade, o desenvolvimento das potencialidades humanas, favorecendo os laços cognitivos e intelectuais. O profissional não deve ser vítima do seu trabalho e sim um instrumento essencial para tal tarefa, dotado de sentimentos, valores e qualidades fundamentais para o desempenho pleno do seu papel.

Monteiro, Paiva<sup>(1)</sup> afirmam que o estresse ocupacional, ou seja, o estresse promovido pelo ambiente de trabalho é definido como a junção de reações fisiológicas que provocam taquicardia, hipertensão arterial e emocionais, estas caracterizam-se pela ansiedade, depressão e as comportamentais, como o alcoolismo, tabagismo e o aumento do absenteísmo.

De acordo com Versa et al<sup>(2)</sup>, a atuação no ambiente hospitalar, em especial, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o trabalhador merece atenção especial porque há maior quantidade de estressores do que em outras unidades de internação. Os hospitais também têm sofrido mudanças no mundo do trabalho e o impacto tecnológico associado à inserção de novos saberes necessários ao exercício das diferentes profissões da saúde, exige dos profissionais um perfil mais adaptativo e flexível<sup>(3)</sup>.

Muitas vezes, algumas situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, acidentes, incoerência organizacional, relações hierárquicas, imprevistos relacionados tanto às ferramentas de trabalho, quanto à interação entre colegas, chefes, dentre outros. Essas situações podem ou não ser patogênicas ao trabalhador, proporcionando-lhes agravos à sua saúde física ou mental<sup>(4)</sup>.

O estresse interfere negativamente na saúde física e psíquica do profissional enfermeiro, tendo como vários fatores de riscos, tais como, a carga horária demasiada que ocasiona o cansaço extremo, a perda de concentração, possuir mais de um emprego, a insatisfação com a renda, as condições estruturais do trabalho, dificuldade de comunicação e por envolver atividades gerenciais e assistenciais.

Dada à especificidade do fisioterapeuta, especialmente em UTI, onde deve lidar com pacientes em situações de risco, dor, e, muitas vezes, morte iminente, manipulando pacientes debilitados num contexto de muita pressão e exigência, considera-se significativa a investigação do estresse entre esses profissionais<sup>(5)</sup>.

Para Silva et al.<sup>(6)</sup> o enfermeiro desenvolve atividades gerenciais e assistenciais, assumindo responsabilidades mais complexas e que envolvam maior risco para pacientes. Portanto o profissional precisa ser capacitado. Muitas vezes esses profissionais exigem de si atitudes sobre-humanas. Segundo Sobrinho et al.<sup>(7)</sup> a UTI é um ambiente em que o médico está constantemente exposto a fatores estressantes, principalmente relacionados ao fato de cuidar de pacientes graves com risco iminente de morte.

Ainda são poucos os dados da literatura que abordam o tema referido, portanto este estudo se justifica pela busca das possíveis causas de transtornos mentais numa equipe multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva e, assim, investigar os sinais e sintomas, para que considerem a importância da situação de trabalho como um dos fatores determinantes no processo de saúde-doença

Os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) são muito comuns e de difícil caracterização, sendo que a maioria dos indivíduos com tais distúrbios apresenta queixas como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia<sup>(8)</sup>. O DPM ocorre quando existe alterações orgânicas significativas mediante a presença do estímulo avaliado como estressor<sup>(9)</sup>.

O SRQ-20 contém 20 questões sobre sintomas e problemas que tenham ocorrido nos últimos 30 dias anteriores à resposta. Cada uma das alternativas tem escore de zero (0) a um (1), em que o escore um indica que os sintomas estavam presentes no último mês e zero quando estavam ausentes<sup>(10)</sup>. Neste contexto, este estudo tem como proposta investigar a saúde mental dos profissionais intensivistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas, que comprometem a saúde mental destes profissionais, sendo analisados através da escala do *Self-Report Questionnaire -20* (SRQ-20).

## METODOLOGIA

O presente estudo percorre a trajetória metodológica quantitativa, tratando-se de um estudo epidemiológico seccional que “se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade”<sup>(11)</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital terciário de alta complexidade e de ensino, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, reconhecido pelo MEC/MS, de referência no Ceará, nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

Os serviços do hospital contemplam variadas áreas da saúde por meio de 27 especialidades médicas e 4 não médicas. Atualmente, são 1705 funcionários, são realizados cerca de 400 partos por mês, quase 2000 exames, 5000 consultas ambulatoriais, 350 cirurgias e cerca de 1000 internações. Ao todo são 276 leitos, 12 leitos de UTI adulto, 36 leitos médio risco e 21 leitos de UTI neonatal.

Hulley<sup>(12)</sup> define população como o conjunto completo de pessoas que apresentam determinadas características em comum. Logo, neste estudo a população compreende Enfermeiros e Técnicos de enfermagem, Médicos e Fisioterapeutas da Unidade de Terapia Intensiva (Adulto), sendo totalizados 84 profissionais.

Foi usado como critério de inclusão ter no mínimo um ano de atuação profissional no setor, pois com um ano de trabalho o profissional tem experiência suficiente para descrever sobre o trabalho e uma melhor avaliação e análise as suas respostas. Foram excluídos os profissionais licenciados e os que se recusaram a participar.

A coleta das informações a cerca dos distúrbios psíquicos menores em profissionais intensivistas, foi realizado empregando o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento de triagem de morbidade psíquica delineado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para uso em populações de países em desenvolvimento e validado para a língua portuguesa por Mari<sup>(14)</sup> em 1986<sup>(13)</sup>. É um questionário auto-aplicável com questões fechadas referentes à covariáveis sociodemográficas, laborais, com desfecho (Distúrbios Psíquicos Menores – DPM).

O questionário possibilita identificar queixas e sintomas, em geral, caracterizando grau de suspeição de transtorno psíquico. O ponto de corte adotado para suspeição de DPM foi sete respostas positivas tanto para homens como para mulheres.

Para a inserção dos dados foi utilizado o programa EXCEL, versão 2010, foi utilizado à escala *Self Reporting Questionnaire*. Em seguida, organizados em tabelas e analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, cumpriu a conformidade das normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. E aprovada (nº do protocolo desta pesquisa: 052967/2015). Todos os participantes foram informados sobre o estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Na tabela 1, evidenciou-se que os profissionais intensivistas são, predominantemente, do sexo feminino com 77,3% (65), dos trabalhadores e com uma idade média de 40 anos. Os 50,0% (42) eram solteiros; 48,2% (40) não tinham filhos; 35,7% (30) apresentavam renda familiar *per capita* de até três salários mínimos e 34,6% (29) possuíam quatro dependentes em seus domicílios.

Consta na tabela 2, entre as categorias pesquisadas a de maior representatividade foram os técnicos de enfermagem com 42,8% (36), seguido dos médicos com 23,8% (20), e os enfermeiros 17,8% (15) e fisioterapeutas são 15,4% (13). Em média estas categorias trabalham 36h semanais com 24,1% (20). No que tange ao tempo de trabalho na instituição, 38,6% (32) dos profissionais trabalham de um a cinco anos; 43,4%

(37) não possuem outro emprego e 34,9% (29) possui mais de um emprego. No que diz respeito à faixa etária. 31,3% tinham entre 31 a 40 anos, 22,9% de 51 a 60 anos e 21,7% de 20 a 30 anos e 4,8% acima de 60 anos.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas da equipe multiprofissional (N=84) da unidade de terapia intensiva do Hospital Geral César Cals (HGCC).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	19	22,9
Feminino	65	77,3
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
20-30	19	22,7
31-40	26	31,3
41-50	16	19,3
51-60	19	22,9
> 60	4	4,8
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino Médio	25	29,8
Graduação	10	12,1
Especialização	43	51,8
Mestrado	6	7,1
<b>RAÇA</b>		
Branca	25	30,1
Preta/Negra	5	6,0
Parda	48	57,1
Amarela	5	6,0
Indígena	1	1,2

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>		
Casado ou Companheiro	41	48,8
Solteiro	42	50,0
Viúvo	1	1,2
<b>NÚMERO DE FILHOS</b>		
Nenhum	40	48,2
Um Filho	19	22,9
Dois Filhos	14	16,6
Três Filhos	10	12,0
Mais de Três	1	1,2
<b>RENDA FAMILIAR MENSAL</b>		
1 a 3 salários	30	35,7
4 a 6 salários	16	19,3
7 a 10 salários	17	20,5
Mais de 10 salários	21	25,3
<b>Nº DE DEPENDENTES</b>		
0 - 1	18	21,4
2 - 3	32	38,9
4 - 6	34	40,5

Com relação ao segundo emprego, 84,8% (39) trabalham na assistência e 8,7% (4) desenvolvem atividades na docência; 29,2% (19) trabalham de um a cinco anos. A maioria com carga horária de 40h semanal 20,5% (17) em turnos diversos 49,4% (41).

Visto que um total de 47 profissionais intensivistas possui outro emprego e a maioria exerce a função na assistência, que resulta numa carga horária exorbitante, com turnos diversos para tentar conciliar as escalas das atividades em diferentes locais de trabalho, enfrentando o trânsito caótico, as dificuldades de locomoção, resultando muitas vezes 24 horas de serviço para obter uma renda mensal de até três salários mínimos.

**Tabela 2.** Características laborais da equipe multiprofissional (N=84) da unidade de terapia intensiva do Hospital Geral César Cals (HGCC).

CARACTERÍSTICAS LABORAIS	N	%
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>		
Enfermeiro	15	17,8
Técnico de Enfermagem	36	42,8
Médico	20	23,8
Fisioterapeuta	13	15,4
<b>REGISTRO DE TRABALHO SEMANAL</b>		
18h	13	15,4
24h	18	21,7
36h	20	24,1
40h	17	20,5
+ 40h	16	19,04
<b>TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO</b>		
Menos de 1 ano	4	4,8
01 a 05 anos	32	38,6
06 a 10 anos	20	24,1
11 a 15 anos	7	8,4
16 a 20 anos	3	3,6
Mais de 20 anos	18	21,4
<b>SEGUNDO EMPREGO</b>		
Sim, mais um	29	34,9
Sim, mais dois	18	21,4
Não	37	43,4

CARACTERÍSTICAS LABORAIS	N	%
-----------------------------	---	---

#### CARGO

Assistência	39	84,8
Docência	4	8,7
Outro	3	6,5

#### TEMPO DE TRABALHO

Menos de 1 ano	3	3,6
01 a 05 anos	19	29,2
06 a 10 anos	12	14,5
11 a 15 anos	1	1,2
16 a 20 anos	5	6,0
Mais de 20 anos	7	8,4

#### CARGA HORÁRIA

18h	2	2,4
24h	11	13,3
36h	13	15,7
40h	17	20,5
Mais de 40h	4	4,8

#### TURNO DE TRABALHO

Manhã	1	1,2
Tarde	1	1,2
Manhã e Tarde	30	36,1
Noite	11	13,1
Turnos diversos	41	49,4

As questões do SRQ-20, na tabela 3, com maior proporção de respostas afirmativas foram: sente-se nervoso, tenso ou preocupado 40,5% (34), tem má digestão 32,1% (27), assusta-se

com facilidade 29,8% (25), dorme mal e tem sensações desagradáveis no estômago 28,6% (24), encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias 27,4% (23), tem se sentido triste ultimamente 23,8% (20) tem dores de cabeça frequentes e se cansa com facilidade 22,6% (19) e tem dificuldade para tomar decisões 20,2% (17).

Os Distúrbios Psíquicos Menores são muito comuns e de difícil caracterização, sendo que a maioria dos indivíduos com tais distúrbios apresentam queixas como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia<sup>(8)</sup>.

**Tabela 3.** Distribuição da equipe multiprofissional (N=84) da unidade de terapia intensiva do HGCC, segundo respostas positivas ao *Self Reporting Questionnaire*.

QUESTÕES DO SELF-REPORT QUESTIONNAIRE -20	SIM	
	N	%
1. Você tem dores de cabeça frequente?	19	22,6
2. Tem falta de apetite?	6	7,1
3. Dorme mal?	24	28,6
4. Assusta-se com facilidade?	25	29,2
5. Tem tremores nas mãos?	10	11,9
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	34	40,5
7. Tem má digestão?	27	32,1
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	11	13,1
9. Tem se sentido triste ultimamente?	20	23,8
10. Tem chorado mais do que costume?	8	9,5
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	23	27,4
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	17	20,2
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento)?	12	14,3
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	9	10,7
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	13	15,5
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	1,2
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	0	0
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	21	25
19. Você se cansa com facilidade?	19	22,6
20. Têm sensações desagradáveis no estômago?	24	28,6

Utilizaremos a terminologia (DPM) Distúrbios Psíquicos Menores para esta pesquisa, devido à ausência na Classificação Internacional das Doenças (CID) de um grupo de diagnósticos de transtorno mental envolvendo os sintomas já mencionados, pois encontram-se diferentes denominações como, por exemplo, Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), Transtornos Mentais Comuns (TMC), Problemas Psiquiátricos Menores (PPM) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM).

## DISCUSSÃO

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), os DPM acometem cerca de 30% dos trabalhadores e os transtornos mentais graves cerca de 5 a 10%. Conforme os autores<sup>(1-2,6,14)</sup> discutiram que as condições de trabalho são envolvidas por situações que geram felicidade, prazer, como também, o sofrimento, cansaço e adoecimento. Os intensivistas estão constantemente em uma elevada exigência laboral, desencadeando acometimentos a saúde mental, dentre eles, os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM).

O trabalho na área da saúde produz exigências físicas e mentais nos trabalhadores, como visto no estudo a maioria apresenta carga horária de 40h semanal, porém com turnos diversos 49,4% (41), o que prejudica a organização rotineira da vida destes profissionais.

Evidencia-se que os profissionais intensivistas são predominantemente do sexo feminino (77,3%), fato que caracteriza o trabalho hospitalar, sempre apresentando a grande porcentagem de mulheres a realizá-lo. Grande parte das mulheres, ao buscar o trabalho fora de casa, leva consigo a referência identificadora de maternidade e todos os signos que lhe designam o que é ser mulher. O trabalho fora de casa, articulado ao trabalho doméstico, também pode ser fonte de sofrimento e conflito.<sup>(14)</sup>

Ao analisar os estudos envolvidos pelo grupo feminino, encontra-se um efeito acumulativo nessa dupla jornada de trabalho evidenciando funções de exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais<sup>(15)</sup>.

Segundo Paiva, Monteiro<sup>(17)</sup> sobre como a idade influencia no aparecimento do estresse, pois subentendia que quanto maior a idade, maiores as experiências e mais segurança na função e consequentemente menor carga susceptível a danos estressores.

Algumas variáveis como sexo, idade e tempo de serviço apresentaram associação significativa com perda da capacidade para o trabalho. Estudos consideram que a capacidade funcional pode diminuir, porém às exigências do trabalho não acompanha o tempo cronológico podendo acontecer antecipadamente frente às exigências do trabalho<sup>(6)</sup>.

São 84,8% de profissionais que têm outra atividade em assistência e 8,7% na docência. Quanto à renda mensal, 34,9% possuíam de 1 a 3 salários mínimos e 25,3% mais de 10 salários.

A carga horária é de 36h a 40h semanais dos intensivistas, ocasionando numa sobrecarga extensiva de rotina de trabalho. Diversos autores afirmam que a organização do trabalho

em turnos de 12 horas se caracteriza como longas jornadas e, interagindo com salários insuficientes para a manutenção de uma vida digna, promove a adoção de mais de um emprego<sup>(18)</sup>. A insegurança gerada pelo desemprego torna as pessoas submetidas a regimes e contratos de trabalho precários, com baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco<sup>(14)</sup>.

Como discutido anteriormente sobre a dificuldade de locomoção de um hospital ao outro, a dificuldade de se alimentar saudavelmente, preferindo comidas prontas ou muitas vezes substituindo uma alimentação principal por lanches e que acaba resultando na indisposição física diária. Assim, estudo<sup>(20)</sup> afirma, que as longas jornadas de trabalho podem envolver riscos e fatores, como: a falta de tempo para dormir e para a família, exposição prolongada à ambientes de trabalhos repleto de agentes estressores.

Neste estudo, as questões do SRQ-20 com maior frequência de respostas afirmativas foram: *“sente-se nervoso, tenso ou preocupado”*; *“tem má digestão”*; *“assusta-se com facilidade”*; *“dorme mal”*; *“tem sensações desagradáveis no estômago”*; *“encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias”*; *“tem se sentido triste ultimamente”*; *“tem dores de cabeça frequente”* *“se cansa com facilidade”*.

Pela carga horária excessiva e a demanda no trabalho, os profissionais sentem-se tensos, nervosos, e preocupados devido à responsabilidade que lhe cumprem exercer. Os técnicos, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos executam funções minuciosas e decisivas na vida de um paciente crítico. É um trabalho contínuo, cooperativo e de constantemente em alerta. Muitos relataram problemas gástricos e dificuldade em dormir.

Segundo Caruso et al.<sup>(21)</sup> é exigido do trabalhador uma qualificação constante e polivalente, porém o prolongamento das jornadas de trabalho quase não permitem esta ampliação educacional. Na UTI o trabalho é multiprofissional onde cada área especializada é responsável pelo tratamento e recuperação do paciente, tornando um ambiente interdisciplinar, porém a equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem) é a profissão que se torna mais exigida devido às inúmeras intervenções terapêuticas sobre cada paciente, pois são 24 horas de intensos cuidados, o que resulta em fadiga, cansaço, esgotamento físico e psíquico.

O impacto das longas horas de trabalho sobre os indivíduos resulta em alto nível de estresse, gerando, problemas na segurança do trabalho, no convívio familiar e na comunidade em que vive. O nosso estudo registrou 38,9% (N=32) profissionais desenvolvem suas atividades de trabalho em horários diurno e diversos 61,9% (N=52), isso implica muitas vezes trabalhar dia e noite em turnos de 24 horas<sup>(7)</sup>.

Versa et al.<sup>(2)</sup> explica que os profissionais que atuam no período noturno tem um fator estressor adicional, fora toda a demanda do ambiente a critério de organização, gerando dificuldade de atenção, de concentração dos profissionais. Segundo Guido et al.<sup>(22)</sup> as características dos setores críticos

e da função noturna geram distúrbios físicos e psíquicos, tais como, alterações hormonais e gástricas, causadas pelos ruídos excessivos do setor, pelo ambiente fechado e principalmente pela privação do sono. Kirchof et al.<sup>(23)</sup> constatou-se que a maior prevalência de DPM estão observados em trabalhadores que desenvolvem atividades em períodos noturnos.

Neste estudo foram encontrados sinais, tais como: assusta-se com facilidade 29,8% (N=25), dormir mal 28,6 (N=24), dificuldade em realizar suas atividades diárias pessoal 27,4% (N=23), sentem-se cansado o tempo todo 25%<sup>(21)</sup>. Evidenciou-se assim o descontentamento da atividade laboral diária.

Segundo o Ministério da Saúde (2014), que aborda sobre a segurança do paciente destaca que: A pressão para que o profissional da saúde produza mais em empresas privadas, em tempo mais curto, para reduzir custos, e as superlotações de serviços de emergência do SUS são exemplos bastante corriqueiros neste país de condições de trabalho que causam intenso sofrimento aos profissionais da saúde e podem ser responsáveis por eventos adversos<sup>(24)</sup>. Portanto fica evidente, que a proteção à saúde do profissional garante a proteção a saúde do paciente.

Conforme Tavares et al.<sup>(25)</sup> essa configuração produtiva, que cresce a cada ano, associado aos mecanismos de controle e gratificações, leva a intensificação do trabalho e, em consequência, sua precarização, fatores que podem causar insatisfação e, por vezes, adoecimento do trabalhador. O mesmo autor ainda descreve que nesse contexto que os DPM devem ser considerados, pois muitos indivíduos não aguentam a pressão e exigência. E esses transtornos são de difícil caracterização, pois, em geral, são destinadas a múltiplas causas e sua manifestação envolve tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade e insônia, sintomas nem sempre associados a esta alteração psiquiátrica.

As evidências científicas mostram que os fatores relacionados aos distúrbios psíquicos estão ligados ao ambiente interno e ao processo de trabalho e atuação no ambiente hospitalar, sendo especificado neste estudo em Unidade de Terapia Intensiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu evidenciar que os profissionais intensivistas sofrem de Distúrbios Psíquicos Menores, devido a grande exposição aos riscos de estresse, tais como, a duplicação do emprego, carga horária exorbitante, trabalho noturno, baixo salário, pressão física e psicológica constante na terapia intensiva.

Evidenciou-se, ainda, que os indivíduos apresentavam sinais de sofrimento mental e tiveram como principais queixas: sentir-se nervoso, tenso ou preocupado, referiram má digestão, assusta-se com facilidade, insônia e dificuldade de realizar com satisfação as atividades diárias, como também, a tristeza. Estes foram os pontos fortes abordados pelas amostras.

Constatou-se que a escala *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento de medida importante e válido para verificar os distúrbios psíquicos menores (DPM) em equipe multiprofissional de terapia intensiva e através desta foi possível identificar os sinais e sintomas característicos de DPM. É indispensável que os profissionais intensivistas reconheçam os fatores de risco para a doença psíquica ocasionada pelo trabalho, para que aconteça uma intervenção e promoção eficaz e segura da sua saúde.

Considera-se que esta pesquisa apresenta limitação metodológica por se tratar de um estudo epidemiológico seccional, uma das desvantagens apresentadas por esse tipo de estudo está relacionado ao fato de que a exposição e o efeito são mensurados em um mesmo corte temporal, o que torna difícil a identificação do momento exato da exposição. Para um maior aprofundamento do tema, outras metodologias são necessárias para a compreensão dos motivos dessa ocorrência e esclarecer os sintomas evidenciados.

Os problemas de saúde mental é um grande desafio para a saúde pública, portanto, torna-se necessário especial atenção a estes trabalhadores da saúde objeto deste estudo que cuidam de indivíduos em estado crítico, assim, recomendam-se por parte dos órgãos competentes ações e investimentos de prevenção e intervenção frente a esta problemática.

## REFERÊNCIAS

1. Monteiro ARM, Paiva GS. Manifestações de estresse em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. Rev. RENE. Fortaleza. 2004; 5(2): 9-16.
2. Versa GLGS, Murassaki ACY, Inoue KC, Melo AW, Faller JW, Matsuda LM. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. 2012; 33(2): 78-85.
3. Bernardino E, Felli, VEA, Peres, AM. Competências gerenciais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. Cogitare Enferm. 2010; 15(2): 349-353.
4. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo:Cortez- Oboré, 2007.



5. Ramos, FNN, Ramos, ANN. Neme, CNB. Strees e enfrentamento de sete fisioterapeutas de UTI'S. III Congresso Brasileiro de Stress. São Paulo. Outubro, 2007.
6. Silvia, S. Avaliação de qualidades psicométricas da versão brasileira do índice de capacidade para o trabalho. 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2010
7. Sobrinho CLN, Barros DS, Tironi MOS, Filho, ESN. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. Rev. bras. Educ, med, Rio de Janeiro. 2010; 4(1).
8. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006; 22(5): 999-1007.
9. Ballone G, Pereira EM, Ortoloni IV. Da emoção à lesão. São Paulo: Manole; 2002.
10. WHO, M.P. A user's guide to the self-reporting questionnaire (SRQ): Division of Mental Health World Health Organization Geneva. 1994.
11. Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho, R.; Carvalho, D.M.; Bloch, K.V.; Luiz, R.R.; Wernek, G.L. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 493.
12. Hulley S (2008). Delineando a Pesquisa Clínica. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed.
13. Mari JJ, Willams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. Brit. Jour. of Psych. 1986; 148(1): 23-26.
14. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das Profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo. 2006; 14(4): 517-25.
15. Moulin M. Trabalho, saúde mental e gênero: o caso das bancárias. Psiquiatria 1998; 47(4): 169-77.
16. Paiva GS, Monteiro ARM. Manifestações de estresse em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. Rev. RENE. Fortaleza. 2004; 5(2): 9-16.
17. Menezes GMS. Trabalho noturno e saúde: um estudo com profissionais de enfermagem de um hospital em Salvador, Bahia. Dissertação de mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1996.
18. Borges FNS, Fisher FM. Twelve-hour night shifts of health care workers: a risk to the patient? Chronobiol Int 20:351-360, 2003.
19. Portela, LF. Morbidade referida em profissionais da enfermagem: relações com o horário de trabalho, jornada semana e trabalho doméstico. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional da Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
20. Caruso CC, Bushnell T, Eggerth, D, Heitmann A. Kojola B, Newman K. Long working hours, safety, and health: toward a National Research Agenda. Am J Ind Med. 2006; 49(11): 930-42.
21. Guido LA, Umann J, Stekel, LMC, Linch, GFC. Silva R.M, Lopes, FDL. Estresse, coping e estado de saúde de enfermeiros de clínica médica em um hospital universitário. Ciência Cuidado Saúde, São Paulo. 2009; 8(4): 615-21.
22. Kirchof ALC, Magnago TSBS, Camponogara S, Griep RH, Tavares J.P, Prestes F.C, Paes L.G. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2009; 18(2):215-23.
23. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
24. avars JP, Magnago TSBS, Beck CLC, Silva RM, Prestes FC, Lautert L. Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014: 18(3)

---

Recebido em: 12.03.2016

Aprovado em: 29.03.2016

# PRINCIPAIS MOTIVOS QUE IMPEDEM CANDIDATOS ADULTOS À DOAÇÃO DE SANGUE

MAIN REASONS THAT PREVENT BLOOD DONATION OF ADULT CANDIDATES

Artigo Original\*

Kauanne Brandão Silva<sup>1</sup>  
Queliane Gomes da Silva Carvalho<sup>2</sup>  
Stella Maia Barbosa<sup>3</sup>  
Thábyta Silva de Araújo<sup>4</sup>  
Ana Cristina Pereira de Jesus Costa<sup>5</sup>  
Fabiane do Amaral Gubert<sup>6</sup>  
Neiva Francenely Cunha Vieira<sup>7</sup>

## RESUMO

A doação de sangue é um ato que pode salvar a vida de milhares de pessoas em todo o mundo. Depende de voluntários saudáveis e da sua vontade de doar sangue e componentes de forma contínua. O candidato apto para doação de sangue deve ser submetido à triagem clínica, hematológica e sorológica com o objetivo de proteger o doador e minimizar o risco de transmissão de doenças via transfusão sanguínea. Esse estudo visa analisar os principais motivos de recusa para doação de sangue em potenciais doadores entre 18 e 67 anos. A amostra do estudo foi constituída por 25.842 doadores recusados pelo serviço de triagem clínica. Destacaram-se os motivos de recusa: comportamento de risco para DST/AIDS, anemia, risco de infecção e outros motivos. Os achados indicam a necessidade da educação e conscientização dos potenciais doadores sobre o processo de doação de sangue, visando a garantia da segurança transfusional.

**Palavras-chave:** Doadores de Sangue; Doação de Sangue; Adulto; Segurança Transfusional.

## ABSTRACT

Blood donation is an act that can save the lives of thousands of people around the world. It depends on healthy volunteers and their willingness to donate blood and blood components continuously. The suitable candidate for blood donation must be submitted to the clinical, hematological and serological trials in order to protect the donor and minimize the risk of disease transmission via blood transfusion. This study aims to analyze the main reasons for refusal to blood donation in potential donors between 18 and 67 years. The study sample consisted of 25,842 donors rejected by the clinical screening service. Stood out the reasons for refusal: risk behavior for STD/AIDS, anemia, risk of infection and other reasons. The findings indicate the need for education and awareness of potential donors about the blood donation process, aiming to ensure transfusion safety.

**Keywords:** Blood Donors; Blood Donation; Adult; Blood Safety.

\* Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Agradecemos a FUNCAP pelo apoio para a realização deste estudo.

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFPE. E-mail: nealique@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Enfermeira da Unidade de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFC.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Campus Imperatriz.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem da UFC.

<sup>7</sup> Enfermeira. PhD pela Universidade de Bristol. Professora Titular da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), nível 2.



## INTRODUÇÃO

A doação de sangue é um ato que pode salvar a vida de milhares de pessoas em todo o mundo. Depende do gesto de solidariedade de voluntários saudáveis e sua vontade de doar sangue e componentes de forma contínua<sup>(1)</sup>.

O setor hemoterápico possui a função de prestar assistência hemoterápica e/ou hematológica por meio do gerenciamento do ciclo do sangue e que atuam de forma multiprofissional, agregando assim médicos, enfermeiros, bioquímicos, entre outros profissionais da área da saúde<sup>(2-3)</sup>. Através da transfusão de sangue se salva a vida de pacientes em diversas situações como em distúrbios hemorrágicos, acidentes, cirurgias, doenças hematólogicas e doenças malignas herdadas ou adquiridas<sup>(4)</sup>.

O Ministério da Saúde aponta que 1,8% da população brasileira doam sangue voluntariamente a cada ano no país. Porém, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 3% a 5% da população deveriam doar sangue a cada ano para manter os estoques regularizados de um país<sup>(5)</sup>. Em 2011, a portaria GM/MS nº 1.353 estabeleceu um novo Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Houve uma ampliação do universo de doadores, jovens de 16 a 17 anos e idosos até 67 anos foram incluídos<sup>(6)</sup>.

O candidato apto para doação de sangue deve ser submetido à triagem clínica, hematológica e sorológica com o objetivo de proteger o doador e minimizar o risco de transmissão de doenças via transfusão sanguínea, conforme preceitua a legislação brasileira. Uma vez que a triagem clínica se baseia na resposta dos doadores a perguntas predeterminadas, formuladas a partir de critérios estabelecidos pela portaria de regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos, estes podem omitir fatos que os colocariam no grupo de risco para certas doenças passíveis de transmissão pelo sangue. Assim, a limitação deste procedimento reside na confiabilidade das informações prestadas pelo doador durante a triagem clínica, que somada à possibilidade da existência de "janela imunológica" na triagem sorológica, propicia a liberação de sangue infectado para transfusão aos receptores<sup>(7)</sup>.

Diante do exposto o estudo tem objetivo analisar os principais motivos de recusa para doação de sangue em candidatos à doação de sangue em Fortaleza, Ceará, Brasil. O reconhecimento e entendimento da realidade dos potenciais doadores de sangue possibilitam a identificação dos motivos que os tornam inaptos ao processo de doação e atentar para a proteção da saúde de doadores e receptores no serviço de hemoterapia.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um Hemocentro Público do município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

Foram incluídos no estudo clientes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 67 anos que procuraram o serviço de hemoterapia no período de junho de 2011 a junho de 2013 e foram recusados no momento da triagem clínica. Foram excluídos da

pesquisa aqueles cujos dados encontrados no sistema informatizado estavam incompletos. A amostra do estudo foi constituída por 25.842 candidatos.

Os dados da pesquisa foram retirados do sistema informatizado do hemocentro pesquisado e foram organizados em planilhas e analisados por meio de estatística descritiva.

O estudo obedeceu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo parecer 277.037.

## RESULTADOS

No período de junho de 2011 a junho de 2013, 104.439 pessoas procuraram o hemocentro para realizarem doação de sangue e foram submetidas à triagem clínica. Destes, 25.842 foram recusados e estavam na faixa etária de 18 a 67 anos.

O perfil dos participantes do estudo está descrito na tabela 1. Destaca-se que na amostra estudada, 59% (n=15.201) dos candidatos eram do sexo masculino e 41% (n=10.641) do sexo feminino. A faixa etária predominante foi a de 18 a 29 anos com 55% (n=14.154). A maioria dos candidatos recusados tinha como escolaridade o 2º grau completo, sendo 54,4% (n=14.080).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica dos doadores de sangue recusados com idade entre 18 e 67 anos. Fortaleza-CE, Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	N	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	15.201	59
Feminino	10.641	41
<b>FAIXA ETÁRIA (ANOS)</b>		
18-29	14.154	55
30-49	10.011	39
50-60	1.486	06
61-67	191	01
<b>ESCOLARIDADE (ANOS DE ESTUDO)</b>		
Analfabeto	83	0,3
1º grau (5 anos)	4.449	17,2
2º grau (9 anos)	14.080	54
Superior (12 anos)	7.198	28
Outros (não definido)	32	0,1

**Fonte:** Dados primários. Hemocentro do Ceará, 2014

**Tabela 2.** Motivos de recusa de doadores de sangue com idade entre 18 e 67 anos. Fortaleza-CE, Brasil, 2014.

MOTIVOS DE RECUSA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Comportamento de risco para DST/AIDS	6.006	72	2.369	28	8.375	100
Outros motivos*	3.176	57	2.419	43	5.595	100
Anemia	512	15	2.887	85	3.399	100
Risco de infecção	1.876	68	885	32	2.761	100
Uso de medicamentos	950	58	702	42	1.652	100
Alimentação/repouso insuficiente	854	63	508	37	1.362	100
Alterações na pressão arterial/ ausculta pulmonar ou cardíaca alterada	604	70	262	30	866	100
Doenças crônicas não transmissíveis /alergia	479	57	359	43	838	100
Uso de drogas	522	91	50	09	572	100
Casos clínicos	222	53	200	47	422	100
<b>Total</b>	<b>15.201</b>	<b>59</b>	<b>10.641</b>	<b>41</b>	<b>25.842</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados primários. Hemocentro do Ceará, 2014

\* *doação recente, reação adversa a doação anterior, doação de sangue com interesse, vacinação recente, uso de soro/vacina anti-rábica, tratamento odontológico recente, história de convulsão, histórico de malária, residência/viagem para zona de malária, histórico de cirurgia, transplante ou enxerto, histórico de endoscopia, confinamento obrigatório, internação em clínica psiquiátrica/desintoxicação, atividade perigosa após doação, peso abaixo do aceitável, idade superior a aceitável, desistente/nervosismo, gravidez/amamentação, outros.*

Na tabela 2, descrevem-se os motivos prevalentes de recusa dos candidatos a doação de sangue no período do estudo. Destacaram-se dentre esses motivos: 32% (n=8.375) comportamento de risco para DST/AIDS, destes 72% (n=6030) do sexo masculino; anemia 13% (n=3.399), sendo 85% (n=2.889) do sexo feminino; risco de infecção (portadores de doenças infecciosas, perda de peso, diarreia, contactantes de portadores de doenças infecciosas), com 11% (n=2.761), sendo 68%

(n=1877) do sexo masculino e outros motivos representaram 22% (n=5.595).

Ao destacar os três principais motivos de recusa na Tabela 3, se sobressaem o comportamento de risco para DST/AIDS, outros motivos e anemia tem sua maior representatividade em jovens de 18 a 29 anos sendo respectivamente 66,3% (n=5.552), 46,6% (n=2.608) e 52,1% (n=1.771).

**Tabela 3.** Principais motivos de recusa de doadores de sangue por faixa etária. Fortaleza-CE, Brasil, 2014.

MOTIVOS DE RECUSA PREVALENTES	FAIXA ETÁRIA (ANOS)									
	18-29		30-49		50-60		61-67		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comportamento de risco para DST/AIDS	5.552	66,3	2.597	31	205	2,4	21	0,3	8375	100
Outros motivos	2.608	46,6	2.486	44,3	423	7,7	78	1,4	5595	100
Anemia	1.771	52,1	1.448	42,6	171	05	09	0,3	3399	100

**Fonte:** Dados primários. Hemocentro do Ceará, 2014

## DISCUSSÃO

Os principais motivos de recusa analisados em potenciais candidatos a doação de sangue foram: o comportamento de risco para DST/AIDS, anemia e aqueles relacionados a situações de impedimento momentâneo (pessoas que residem ou que viajaram para zona endêmica de malária, que se vacinaram recentemente e que possuem histórico de convulsão, cirurgia, transplante ou enxerto), com destaque para a faixa de idade dos adultos jovens.

O comportamento de risco para DST/AIDS é maior no sexo masculino, isso pode ser decorrente do fato do homem ter uma tendência a apresentar dificuldade em reconhecer suas necessidades, além de os serviços e estratégias de saúde estarem voltados principalmente para a atenção da saúde da criança, mulheres e idosos, o que diminui o acesso à informação, levando-os, assim, a terem práticas não adequadas<sup>(6)</sup>, como por exemplo, a não utilização do preservativo masculino durante o ato sexual.

Quanto a mulher, apesar de menos prevalente no estudo, apresentou risco equivalente ao do sexo masculino. Seu estilo sexual e reprodutivo a deixa mais vulnerável a adquirir DST/HIV e a ter uma gravidez indesejada, pois sua atividade sexual está mais relacionada a vínculos afetivo/amorosos, fazendo com que dispense o uso do preservativo por confiar em seus parceiros ou substitua por outros métodos contraceptivos<sup>(9)</sup>.

Outro fator a ser considerado é que o início da vida sexual se dá mais cedo no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino, isso decorre das diferentes influências sociais e culturais de gênero que acometem homens e mulheres na prática sexual. Os homens têm sua iniciação sexual como um rito de passagem obrigatório para a vida adulta<sup>(10)</sup>, dessa forma o risco de ter iniciação sexual em idade mais jovem é maior entre os homens<sup>(11)</sup>, o que pode levar o homem a adotar comportamentos de risco por ainda não possuírem a maturidade necessária.

No Brasil, foram diagnosticados 686.478 casos de infecção por HIV entre 1980 e 2013, destes, 185.887 (27%) foram em

adolescentes e jovens de 15 a 29 anos<sup>(12)</sup>. Apesar de a população brasileira apresentar conhecimento sobre transmissão e prevenção de DST, um estudo nacional aponta um aumento no comportamento sexual de risco, como consequência da diminuição do uso regular de preservativos associado ao início precoce da atividade sexual e ao aumento no número de parceiros casuais na população geral revelando que o saber não é colocado em prática de maneira adequada, porém a informação é considerada um importante elemento para se ter comportamentos sexuais mais seguros<sup>(13)</sup>.

Além disso, a sociedade impõe valores socioculturais um tanto distorcidos. Os valores machistas influenciam nas atitudes de homens e mulheres quanto à sua sexualidade, colocando-os em risco de adquirir a AIDS e outras DST<sup>(14)</sup>.

Estudo realizado no Sul do Brasil aponta que o perfil mais frequente do candidato inapto é: gênero masculino, idade entre 18 e 23 anos e ensino médio completo, sendo os principais motivos de recusa a anemia e o comportamento sexual de risco<sup>(15)</sup>.

Pôde-se perceber que a anemia se apresentou como um importante motivo de recusa na população feminina. Não existem muitos estudos publicados sobre a prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva, não gestantes, porém, uma pesquisa realizada em âmbito nacional, revelou que cerca de 30% dessas mulheres eram anêmicas<sup>(16)</sup>. A etiologia da anemia entre as mulheres em idade reprodutiva nos países em desenvolvimento é muito variada, regional e complexa, podendo ter como algumas das principais causas, a deficiência de ferro na dieta e os períodos gestacionais<sup>(17)</sup>.

Sempre quando possível, é necessário que se identifique a causa da deficiência de ferro e que se realizem estratégias corretivas para evitar que a anemia se instale na mulher adulta<sup>(18-19)</sup>.

O motivo "outros" revela a falta de informação dos doadores sobre o que os tornam inaptos, naquele momento, para a doação de sangue. Há variadas formas de promover o conhecimento a fim de evitar a recusa dos candidatos à doação, como

as ações escolares que podem ser desenvolvidas pelos próprios hemocentros, campanhas de doação de sangue, além de instruir a população através de meios e mídias sociais. Além disso, na própria triagem clínica pode ser realizada a educação dos doadores, no intuito de empoderar esse indivíduo sobre a doação, evitar transtornos e torná-lo um multiplicador de informações adequadas sobre o processo de doação de sangue<sup>(20)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo indicou o comportamento de risco para DST/AIDS, anemia e as situações de impedimento momentâneo como os principais motivos de recusa em potenciais candidatos a doação de sangue, principalmente na faixa de idade dos adultos jovens.

Os achados evidenciam a necessidade da educação e conscientização dos potenciais doadores de sangue sobre o processo de doação de sangue, a fim de captar um maior número de pessoas aptas e aumentar a segurança da transfusão de sangue. Res-

salta-se também o importante papel da triagem clínica e sorológica minuciosa com o propósito de reduzir os riscos de infecção e ainda manter os estoques suficientes à demanda da população.

Esses dados fornecem aos profissionais de saúde particularidades dos candidatos à doação, que favorecerem ações específicas de acolhimento, estratégias de captação de doadores e fidelização ao serviço, o que beneficia o incremento dos estoques dos bancos de sangue e aumentam a segurança transfusional.

É importante a realização de estudos que vislumbrem intervenções eficientes para o aumento do número de doações, como intervenções em escolas e unidades básicas de saúde, com o objetivo de identificar o conhecimento da população a respeito de doação de sangue, aspectos motivadores para o ato de doar e tecnologias que permitam a utilização das mídias e meios de comunicação mais influentes na atualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Eder FA, Notari IV EP, Dodd RY. Do reactions after whole blood donation predict syncope on return donation? *Transfusion* 2012; 52: 2570-2576.
2. Almeida, R.G.S, et al. Characterization of the assistance of a Hematology Unit. *Rev Bras Enferm* 2011;64(6): 1082-1086.
3. Pereima RSMR, Reibnitzl KS, Martinill JG, Nitschkel RG. Blood donation: mechanic solidarity versus organic solidarity. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(1): 322-327.
4. Uma S, Arun R, Arumugam P. The Knowledge, Attitude and Practice Towards Blood Donation Among Voluntary Blood Donors in Chennai, India. *J Clin Diagn Res* 2013; 7(6): 1043-1046.
5. Silva RMG, Kupeck E, Peres KG. Prevalence of blood donation and associated factors in Florianópolis, Southern Brazil: a population-based study. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10): 2008-2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.353, de 13.06.2011 - DOU 1. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
7. Martins PRJ, Et al. Self-exclusion profiles of blood donors of the Regional Blood Bank in Uberaba, Brazil (HRU) in the period of 1996 to 2006. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2009; 31(4): 222-227.
8. Bechara AMD, Gontijo DT, Medeiros M, Facundes VLD. "We learned from playing": promoting sexual and reproductive health among adolescent men. *REE* 2013; 15(1): 25-33.
9. Taquette SR, Meirelles ZV. Conventions of gender and sexuality in vulnerability to STD/AIDS among female adolescents. *Adolesc. Saude* 2012; 9(3): 56-64.
10. Hugo TDO, Et al. Factors associated with age at first intercourse: a population-based study. *Cad Saude Publica* 2011; 27(11): 2207-2214.
11. Campos HM, Schall VT, Nogueira MJ. Sexual and reproductive health: a dialogue with the National Students' Health Survey. *Saude debate* 2013 37(97): 336-346.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. AIDS e DST. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
13. Pascom ARP, Ferraz DAS, Arruda MR, Brito I. Knowledge and HIV risk related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Rev Eletr Tempus* 2010;4(2):101-.
14. Sampaio J, Paixão LA, Andrade PM, Torres TS. Gender, sexuality and practices for the prevention of STD/AIDS: discursive Productions of family health care professionals and teenagers of São Francisco river valley. *Psicol., Teor. Prát.* 2010; 12(2): 173-187.
15. Rohr JI, Boff D, Lunkes DS. Profile of ineligible candidates for blood donation in the Hemotherapy Service of Santo Ângelo Hospital, RS, Brazil. *Rev. Patol. Trop* 2012; 41(1): 27-35.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília - DF, 2009.
17. Lover AA, Hartman M, Chia KS, Heymann DL. Demographic and spatial predictors of anemia in women of reproductive age in Timor-Leste: implications for health program prioritization. *PLOS ONE* 2014; 9: 1-11.
18. Rodrigues LP, Jorge SRPF. The iron deficiency in adult woman. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2010; 32:49-52.
19. Sato, APS, Et al. Food Consumption and Iron Intake of Pregnant and Reproductive Aged Women. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18(2):113-121.
20. Padilha DZ, Witt RR. Nurse's competencies for clinic screening of blood donors. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(2): 234-240.

Recebido em: 19.03.2016

Aprovado em: 29.03.2016

# HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ADOLESCENTES ESCOLARES: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO

HYPERTENSION IN ADOLESCENT STUDENTS: ANALYSIS OF RISK FACTORS

Artigo Original\*

Sara Taciana Firmino Bezerra<sup>1</sup>  
Valéria Cristina Delfino de Almeida<sup>2</sup>  
Soraia Késsia de Araújo Silva<sup>2</sup>  
Genésio Queiroz da Silva Neto<sup>2</sup>  
Carla Vivian Pinheiro Lima<sup>2</sup>  
Paulo César de Almeida<sup>3</sup>  
Maria Dalva Santos Alves<sup>4</sup>

## RESUMO

Objetivou-se avaliar os fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes de duas escolas, uma particular e outra pública, situadas em Fortaleza-CE, Brasil. Utilizou-se formulário aplicado a 206 alunos. Verificou-se que 58,3% eram do sexo feminino. Na família, 51,0% dos adolescentes relataram casos de hipertensão arterial, 51,9% de diabetes mellitus, 26,2% de obesidade. Asma e obesidade foram as doenças mais frequentes entre os estudantes. Houve associação estatisticamente significativa entre estudar na escola privada e considerar a saúde boa ( $p=0,036$ ), prática de atividade física ( $p=0,032$ ), história de hipertensão ( $p=0,000$ ), diabetes mellitus ( $p=0,002$ ), acidente vascular encefálico ( $p=0,000$ ), e obesidade ( $p=0,047$ ) na família, bem como para o consumo de fast foods ( $p=0,004$ ) e substituição de almoço por lanche ( $p=0,000$ ). Desta forma, os adolescentes necessitam de atenção diferenciada, consideran-

do tanto as peculiaridades que caracterizam essa faixa etária quanto o meio sociocultural em que estão inseridos.

**Palavras-chave:** Adolescência; Enfermagem; Doenças Cardiovasculares; Hipertensão.

## ABSTRACT

This study aimed to assess the risk factors for hypertension in adolescents from two schools, one private and one public, located in Fortaleza-CE, Brazil. We used a questionnaire applied to 206 students. It was verified that 58.3% were females. In the family, 51.0% of adolescents reported cases of hypertension, 51.9% of diabetes mellitus, and 26.2% of obesity. Asthma and obesity were the most common diseases among students. There was a statistically significant association between attending private school and consider a good health ( $p=0.036$ ), practice physical activity ( $p=0.032$ ), history of hypertension ( $p=0.000$ ),

\* Trabalho realizado em duas escolas de Fortaleza (CE) como parte da monografia de conclusão de curso de Enfermagem apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO, 2012.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO). Docente Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: saratfb@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira (o). Graduada(o) na Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO).

<sup>3</sup> Estatístico. Doutor. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UECE. Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Associada II da UFC.

diabetes mellitus ( $p=0.002$ ), stroke ( $p=0.000$ ), and obesity ( $p=0.047$ ) in the family, as well as the fast food consumption ( $p=0.004$ ) and replacing lunch for snacks ( $p=0.000$ ). In this way, adolescents need special attention, considering both the peculiarities that characterize this age group as the socio-cultural environment in which they live.

**Keywords:** Adolescent; Nursing; Cardiovascular Diseases; Hypertension.

## INTRODUÇÃO

A Enfermagem é ciência, arte, ética e estética do cuidado, desenvolvida à pessoa em todas as fases do ciclo vital, em diferentes contextos, na dimensão do processo saúde-doença, o que retrata a complexidade e importância desta profissão. Na fase da adolescência, a enfermagem deve atuar no sentido de investigar e identificar no comportamento dos jovens estilos de vida que podem favorecer ao adoecimento. Esta fase da vida merece atenção especial por expressar mudanças físicas e psicossociais, algumas das quais influenciam o estilo de vida que constituem em si como fatores de risco para hipertensão arterial<sup>(1)</sup>.

A hipertensão na adolescência está associada a vários fatores de riscos, os quais podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis estão relacionados aos hábitos de vida, como sedentarismo, ingestão de sal e gordura, assim como aspectos emocionais ligados à depressão, ao uso de drogas ilícitas, dentre outros. Os fatores não modificáveis estão associados às características genéticas ou inalteradas<sup>(2)</sup>.

Ações que promovam o autocuidado dos adolescentes são necessárias, tanto no contexto da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como em outros, pois o diagnóstico da hipertensão arterial neste público pode estar relacionado a uma doença renal de base ou simplesmente a um início precoce do quadro clínico observado em adultos<sup>(3)</sup>. O enfermeiro deve ter visão holística do adolescente, a fim de compreendê-lo em suas transformações corporais e formação de identidade, de modo a incentivar a participação deste no processo de autocuidado.

Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram identificar os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para HAS presentes em adolescentes escolares e analisar a relação desses fatores de risco com o tipo de escola que frequentam, se pública ou particular. É de grande importância tal estudo por possibilitar a identificação de fatores sobre os quais a enfermagem poderá intervir, no sentido de melhorar a qualidade de vida desta clientela.

## REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial em adolescentes é potencial para agravos maiores à saúde na idade adulta e velhice, uma vez que somada aos fatores culturais que interferem no desenvolvimento acarretará complicações ao indivíduo, afetando de forma significativa a qualidade de vida. Diante disto, alguns hábitos de vida podem ser prejudiciais e tornar o adolescente mais sus-

ceptível a ser acometido pela HAS, devendo, portanto, ser avaliados, controlados ou excluídos do dia a dia deste.

Em sua forma primária (aquela sem causa detectável), a HAS na infância e na adolescência parece resultar da interação entre fatores genéticos e ambientais, tais como, ocorrência de HAS nos pais, ingestão de sal e de calorias e grau de aptidão física, os quais contribuem para o aparecimento de outros determinantes individuais da elevação da pressão arterial, como a frequência cardíaca e o excesso de peso ou de gordura corporal<sup>(4;7;15)</sup>.

O sedentarismo é importante fator de risco para HAS em adolescentes. Levantamentos epidemiológicos demonstraram que crianças que assistiam TV por mais de duas horas/dia apresentaram maior prevalência de sobrepeso/obesidade<sup>(5)</sup>. Ao estarem inseridos em um contexto de sociedade moderna, os adolescentes apresentam hábitos cada vez mais sedentários.

A ingestão excessiva de sal e gordura é também considerada fator de risco potencial para o desenvolvimento da HAS. O alto teor de sódio na alimentação pode associar-se a maiores níveis de pressão arterial na infância e vida adulta<sup>(6)</sup>.

Deve-se considerar que o adolescente se alimenta sem ter conhecimento dos riscos à saúde. Há incentivo dos meios de comunicação a consumir alimentos prontos e industrializados, em geral, com grande densidade calórica (ricos em gordura, açúcar e pobres em fibras) e com baixo poder de indução de saciedade. Tal questão exerce importante influência sobre o consumo de alimentos com elevado teor de gordura, favorecendo o ganho de peso e, conseqüentemente, a obesidade, forte fator de risco para HAS<sup>(7)</sup>.

O uso de drogas colabora para o aumento da pressão arterial em adolescentes. Cada vez mais se percebe adolescentes realizando a ingestão de bebidas alcoólicas, usando drogas ilícitas e em contato com o tabaco muito cedo. No Brasil, trabalhos mais recentes demonstram que o tabagismo está presente em três a 12,1% dos adolescentes<sup>(8)</sup>.

As principais medidas para prevenção da HAS são resumidas em hábitos saudáveis de vida, como priorizar alimentação saudável, evitar o sedentarismo, o consumo de bebida alcoólica e o tabagismo, atitudes simples que devem ser estimuladas desde a infância<sup>(9)</sup>.

Deve-se atuar em conjunto, envolvendo não somente os profissionais de saúde, como principalmente proporcionando aos clientes a autonomia necessária para agirem como sujeitos do processo saúde-doença, de forma coparticipativa, de modo a garantir melhor qualidade de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado em duas escolas de ensino médio, no município de Fortaleza-CE, uma estadual da rede pública de educação e a outra da rede privada.

A população da escola privada era de 180 alunos do ensino médio. Todos foram convidados a participar. Buscou-se a mes-



ma amostra na escola pública que tinha 1.464 alunos, todos do ensino médio. Participaram 206 estudantes, 102 da escola pública e 104 da privada. A amostragem foi realizada por conveniência de acordo com a aceitação dos alunos em participar do estudo. A faixa etária previamente delimitada foi de 12 a 20 anos de idade.

Inicialmente, os estudantes foram convidados a aderirem ao estudo, por meio de visitas às salas de aula para explicar os objetivos da pesquisa. Estes levaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os pais ou responsáveis assinarem, autorizando assim a participação para coleta dos dados.

O Instrumento de Coleta de Dados foi um roteiro aplicado como formulário, contendo informações com dados de identificação, socioeconômicos e com os fatores de risco para hipertensão arterial, tanto os modificáveis como os não modificáveis.

Os dados coletados foram tabulados no programa Excel 2007 para análise no Programa EPI-INFO, relacionando a escola pública com a escola privada, analisaram-se as diferenças entre os dois grupos através do teste Qui-quadrado, considerando  $p < 0,05$ . Os resultados estão apresentados em tabelas e quadros.

A presente pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública de Fortaleza-CE, com aprovação conforme parecer nº 109.280 e CAAE: 00652212.6.1001.5037.

## RESULTADOS

Os dados estão apresentados de acordo com a caracterização sociodemográfica, aspectos psicossociais, culturais e avaliação nutricional, bem como comparados escola privada com escola pública.

Nos dados apresentados na Tabela I, verifica-se prevalência do sexo feminino (58,3%). Em relação à cor da pele, foi interessante observar que a maioria dos adolescentes (62,6%) se declarou de cor parda, alguns expressaram preconceito ao serem questionados acerca da variável cor da pele negra ou até mesmo amarela. A avaliação desta variável é importante, visto que, de acordo com o Ministério da Saúde, há maior prevalência da hipertensão arterial na população de raça negra. Porém, deve-se considerar a miscigenação no Brasil, pois desde sua colonização houve grande mistura de raças.

A idade mínima dos participantes do estudo foi de 12 anos e a máxima de 20 anos incompletos, sendo a faixa etária entre 15 e 17 anos com maior número de estudantes 185 (89,9%). Considerando-se que jovens na faixa etária de 15 a 17 anos devem estar matriculados no ensino médio (10), observou-se que maioria dos jovens estava inserida regularmente em anos escolares adequados.

Evidenciou-se predominância de alunos naturais de Fortaleza (89,3%). Doze alunos eram precedentes do interior do Estado do Ceará, possivelmente devido ao processo de migração dos familiares em busca de melhores condições de vida.

**Tabela 1.** Distribuição dos adolescentes escolares segundo dados sociodemográficos. Fortaleza-CE, 2013.

VARIÁVEIS	f	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	120	58,3
Masculino	86	41,7
<b>COR DA PELE</b>		
Branca	48	23,3
Negra	18	8,7
Parda	129	62,6
Amarela	11	5,4
<b>FAIXA ETÁRIA (ANOS)</b>		
12 a 14	3	1,5
15 a 17	185	89,9
18 a 20	16	7,8
<b>ESCOLARIDADE</b>		
1º Ano	124	60,2
2º Ano	54	26,2
3º Ano	28	13,6
<b>NATURALIDADE</b>		
Capital do Ceará	184	89,3
Interior do Ceará	12	6
Outros Estados	6	3
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Estudante	190	92,3
Estagiário	16	7,7

A maioria dos estudantes vivia em famílias nucleares, com pai e mãe. Porém, observou-se porcentagem significativa de adolescentes que moravam apenas com a mãe 64 (31,2%). Interrogados quanto à convivência com as pessoas com quem moravam, 175 (85,0%) afirmaram bom relacionamento, isto é significativamente favorável para o bem-estar psicossocial do adolescente, uma vez que conflitos e aborrecimentos podem interferir de forma negativa no estilo de vida.

Alguns adolescentes buscavam alcançar certo grau de independência financeira ou social em ocupações extracurriculares,

pois 16 (7,7%) trabalhavam como estagiários em atividades diversas, como operadores de telemarketing, operadores de caixa, atendentes e esportistas profissionais.

**Tabela 2.** Distribuição dos adolescentes escolares, segundo anamnese, hábitos culturais e atividade física. Fortaleza-CE, 2013.

VARIÁVEIS	f	%
<b>COMO ESTÁ A SAÚDE</b>		
Boa	131	63,6
Regular	72	35,0
Ruim	3	1,4
<b>GOSTA DE FAZER NO TEMPO LIVRE</b>		
Ouvir música	149	72,3
Assistir TV	127	61,7
Encontrar amigos	125	60,7
Passear	116	56,3
Praticar esportes	101	49,0
Namorar	101	49,0
Ir ao cinema	83	40,3
Ler	64	31,1
Participar de grupos sociais ou religiosos	56	27,2
Estudar	55	26,7
Internet	23	11,2
<b>REALIZA ATIVIDADE FÍSICA</b>		
Sim	134	65,0
Não	72	35,0
<b>REALIZA ATIVIDADE FÍSICA</b>		
Futebol	49	23,8
Vôlei	42	20,4
Musculação	41	19,9
Outro	34	16,5
Caminhada	20	9,7
Basquete	19	9,2
Corrida	10	4,9

VARIÁVEIS	f	%
<b>FREQUÊNCIA SEMANAL DA ATIVIDADE FÍSICA</b>		
Zero	72	35,0
1 a 3	61	29,6
4 a 6	65	31,6
7	8	3,8

Solicitados para realizarem autoavaliação da saúde, constatou-se resultado positivo 131 (63,6%), pois a maioria dos discentes classificou a saúde como boa, fator estimulante para melhor qualidade de vida. A prática de atividade física foi verificada em parte dos adolescentes (65%) que realizava com frequência adequada. Entre as mais citadas, estiveram o futebol, o vôlei e a musculação. Porém, citaram atividades relacionadas com o sedentarismo, de acordo com o que eles mais gostavam de fazer no tempo livre, como ouvir música e assistir à televisão.

**Tabela 3.** Consumo de drogas pelos estudantes de duas instituições de ensino. Fortaleza-CE, 2013.

VARIÁVEIS	PRIVADA		PÚBLICA	
	f	%	f	%
<b>USA ÁLCOOL</b>				
Sim	21	20,2	20	19,6
Não	83	79,8	82	80,4
Vinho	8	7,7	5	4,9
Cerveja	12	11,5	11	10,8
Cachaça	6	5,8	4	3,9
Whisky	13	12,5	10	9,8
Energético	19	18,3	13	12,7
<b>OUTROS</b>				
Fuma	1	1,0	1	1,0
Já fumou	0	0	1	1,0
Usa drogas ilícitas	1	1,0	0	0
Já fez uso de drogas ilícitas	8	7,7	5	4,9



Ao analisar a variável referente ao uso de álcool entre os adolescentes, não houve associação estatisticamente significativa entre as escolas ( $p=0,916$ ). Contudo, pôde-se considerar frequência relevante (19,9%), representando fator de risco significativo por estar presente em população bastante jovem, as bebidas mais consumidas pelos mesmos foram a cerveja e o whisky.

Embora a maioria dos estudantes não tivesse hábitos de fumar, foram constatados fumantes na família (39,8%), o que pode influenciar esta prática por adolescentes. Além disso, já os tornaram fumantes passivos, podendo causar da mesma forma efeitos danosos à saúde.

Os adolescentes estão muito vulneráveis ao perigo iminente das drogas ilícitas. Dentre os jovens entrevistados, catorze já tiveram contato com algum tipo de droga ilícita. Um aluno da escola privada fazia uso na ocasião da pesquisa (1,0%) e oito (7,7%) já utilizaram. Na escola pública, este quantitativo foi menor (4,9%). Esse número possui extrema relevância, visto que pode trazer consequências graves para vida do adolescente. Considera-se, inclusive, esse dado como alerta para o fato de que o uso de drogas não está unicamente relacionado à população de classes menos favorecidas. Estratégias públicas devem ser continuamente elaboradas para atender a esta população em estudo.

Avaliar a história de antecedentes patológicos no adolescente é importante para identificar agravo pré-existente que se constitui como fator de risco para HAS. Asma e convulsões são doenças associadas a eventos de estresse, ansiedade e medo, tornando-se assim fatores indiretamente relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas, como a hipertensão arterial. Neste estudo, 37 (18,0%) deles eram asmáticos, 12 (5,8%) obesos, seis (2,9%) desenvolveram crises convulsivas, um (0,5%) era hipertenso, um (0,5%) diabético e um (0,5%) já havia infartado. Na família, 105 (51,0%) adolescentes relataram casos de hipertensão arterial, 107 (51,9%) de diabetes mellitus, 54 (26,2%) de obesidade, 30 (14,6%) de acidente vascular encefálico, 19 (9,2%) de infarto agudo do miocárdio, 48 (23,3%) de asma, 50 (24,3%) de câncer. A partir desses dados, realizou-se análise segundo o tipo de escola, pública e privada.

Houve equivalência entre os alimentos mais saudáveis que eram ingeridos pelos adolescentes em comparação com aqueles não saudáveis. Em relação às preferências nutricionais, a salada crua obteve baixo índice de aceitação. Destaca-se preferência por arroz e feijão (71,8%), assim como frutas (63,6%), demonstrando hábito saudável e protetor da saúde.

Na avaliação dos estudantes sobre o estado de saúde destes, houve associação estatisticamente significativa entre estar estudando na escola privada e considerar a saúde boa, uma vez que se obteve  $p<0,05$ , assim como a prática de exercícios físicos com  $p=0,032$ . Uma possível explicação deste motivo pode estar relacionada a um maior poder aquisitivo e condições de gozar melhor qualidade de vida. Pois estes alunos teoricamente podem ter mais acesso a atividades que favoreçam estilo de vida saudável.

**Tabela 4.** Ingestão e preferência alimentar de estudantes de duas escolas de ensino médio. Fortaleza-CE, 2013.

VARIÁVEIS	f	%
<b>ALIMENTOS INGERIDOS NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS - SAUDÁVEIS</b>		
Arroz e feijão	189	91,7
Leite ou iogurte	130	63,1
Frutas	126	61,2
Ovos	122	59,2
Legumes e/ou verduras cozida	81	39,3
Peixe	61	29,6
<b>ALIMENTOS INGERIDOS NOS ÚLTIMOS TRÊS DIAS - NÃO SAUDÁVEIS</b>		
Refrigerante	146	70,9
Bolachas, biscoitos doces ou chocolates	134	65,0
Batata frita, salgados fritos e/ou pacotes	102	49,5
Hambúrguer, salsicha e/ou embutidos	69	33,5
Macarrão instantâneo	63	30,6
<b>PREFERÊNCIAS NUTRICIONAIS</b>		
Arroz e feijão	148	71,8
Frutas	131	63,6
Refrigerante	127	61,7
Batata frita, salgados fritos e/ou pacotes	119	57,8
Bolachas, biscoitos doces ou chocolates	117	56,8
Leite ou iogurte	113	54,9
Ovos	97	47,1
Peixe	94	45,6
Hambúrguer, salsicha e/ou embutidos	92	44,7
Bolachas, biscoitos salgados e/ou pacotes	75	36,4
Legumes e/ou verduras cozidas	63	30,6
Macarrão instantâneo	63	30,6
Salada crua	51	24,8

**Tabela 5.** Relação dos fatores de risco para hipertensão arterial com o tipo de escola. Fortaleza-CE, 2013.

VARIÁVEIS	PRIVADA		PÚBLICA		P
	f	%	f	%	
<b>OPINIÃO SOBRE A SAÚDE</b>					
Boa	75	72,1	56	54,9	0,036
Regular	28	26,9	44	43,1	
Ruim	1	1,0	2	2,0	
<b>REALIZA ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA</b>	75	72,1	59	57,8	0,032
<b>ETILISTA</b>	21	20,2	20	19,6	0,916
<b>TABAGISTA</b>	1	1,0	1	1,0	0,599
<b>USA DROGAS ILÍCITAS</b>	1	1,0	0	0	0,321
<b>JÁ FEZ USO DE DROGAS ILÍCITAS</b>	8	7,7	5	4,9	0,410
<b>HISTÓRIA DE PATOLOGIAS NA FAMÍLIA</b>					
HAS	37	35,6	68	66,7	<0,0001
Diabetes Mellitus	43	41,3	64	62,7	0,002
AVE	6	5,8	24	23,5	<0,0001
IAM	11	10,6	8	7,8	0,498
Câncer	25	24,0	25	24,5	0,937
Obesidade	21	20,2	33	32,4	0,047
<b>FREQUENTA FAST FOODS (POR SEMANA)</b>					
Nenhuma	19	18,3	7	6,9	0,004
Uma a duas vezes	63	60,6	52	51,0	
Três a quatro vezes	12	11,5	22	21,6	
Cinco vezes ou mais	10	9,6	21	20,6	
<b>SUBSTITUIÇÃO DE ALMOÇO POR LANCHE SEMANALMENTE</b>					
Nenhuma	68	65,4	36	35,3	0,000
Uma a duas vezes	32	30,8	48	47,1	
Três a quatro vezes	2	1,9	11	10,8	
Cinco vezes ou mais	2	1,9	7	6,9	

Porém, vários hábitos nocivos à saúde dos adolescentes, como o de fumar tem sido motivo de preocupação para sociedade, pois consiste em tornar-se um vício de difícil controle na idade adulta. Aliado ao fato de causar danos irreparáveis à saúde com o passar do tempo<sup>(11)</sup>.

Este estudo evidenciou casos de uso de drogas entre os adolescentes das duas escolas. Diante disto, percebe-se que o uso de drogas ilícitas constitui importante problema social com implicações na saúde, especialmente em populações de adolescentes e adultos jovens. O uso da cocaína e de outras drogas pode causar arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca e convulsões<sup>(12)</sup>.

As variáveis referentes à história de antecedentes patológicos na família são de extrema importância ao analisar os fatores de risco para HAS em adolescentes. Os componentes de uma mesma família, além de partilharem entre si os genes, compartilham também o mesmo ambiente cultural e doméstico<sup>(13)</sup>.

No consumo de alimentos em lanchonetes e *fast foods*, houve associação estatisticamente significativa na frequência de uma a duas vezes por semana em alunos da escola privada ( $p=0,004$ ), revelando-se como fator de risco mais predominante neste público em relação à alimentação.

## DISCUSSÕES

A maior prevalência do sexo feminino neste estudo ocorreu basicamente pelo fato de as meninas terem aderido mais facilmente à pesquisa em relação aos meninos que expressaram resistência. Este evento pode estar relacionado à questão de gênero na sociedade, em que é atribuída à mulher a responsabilidade do cuidado com a saúde, enquanto que a contribuição do ser homem está pautada na invulnerabilidade deste às doenças e agravos.

Uma das variáveis mais relevantes neste contexto foi a idade da população desta pesquisa, a qual como explicitado,

restringiu-se à faixa etária de adolescente de 12 a 20 anos. Os resultados em relação à cor da pele foi um espelho da miscigenação presente no Brasil.

A maioria dos adolescentes residia com os pais (55,9%), tinha bom relacionamento com a família (85%) e considera a saúde boa (63,6%). No tempo livre (61,7%), os entrevistados gostavam de assistir à TV, o que é considerado fator de risco para patologia pesquisada, porém gostavam, também, de ouvir música (72,3%), encontrar amigos (60,7%), passear (56,3%) e praticar esportes (49%), atividades que os distanciavam da probabilidade de desenvolver hipertensão.

A prática de atividades física foi prevalente entre os jovens participantes deste estudo. Futebol, vôlei e musculação são atividades desportivas, desenvolvidas pelos pesquisados de um a seis dias por semana (61,2%). A atividade física é um fenômeno complexo que envolve qualquer movimento corpóreo que permita contração muscular, incluindo atividades diárias, locomoção, exercícios e esporte<sup>(14)</sup>.

A maioria dos adolescentes desta pesquisa mencionou o consumo de bebidas alcoólicas apenas socialmente, em eventos festivos e de lazer, porém este hábito pode tornar-se corriqueiro e agravar-se desenvolvendo o vício propriamente dito.

Poucos adolescentes faziam uso do tabaco, todavia (39,8%) declararam ter fumantes na família, o que os tornava fumantes passivos. A educação em saúde se faz necessária dentro da sala de aula para tomada de conhecimento dos riscos do tabaco à saúde e prevenção de adultos fumantes.

Alguns adolescentes consumiam álcool moderadamente (19,9%). O início precoce do uso de álcool reflete um dos fatores mais importantes no que diz respeito ao aparecimento de problemas futuros na saúde, além disso, pode influenciar no consumo excessivo na idade adulta<sup>(15)</sup>.

Asma e obesidade foram as doenças mais frequentes entre os estudantes, 18 e 5,8% respectivamente. A HAS, o diabetes mellitus e o câncer foram mais notificados nos familiares. Diferenciando a escola pública da escola privada, os discentes da escola privada consideraram em maior porcentagem ter boa saúde e praticavam atividades físicas.

Os alunos da escola pública demonstraram ter mais casos de HAS, diabetes mellitus, AVE e obesidade na família do que a escola privada. É conhecida a herança genética da HAS, sendo importante identificar nessa população esse fator de risco para o desenvolvimento futuro de tal comorbidade<sup>(16)</sup>. O câncer e o infarto agudo do miocárdio foram referenciados nas duas escolas em proporções iguais de história familiar.

Os alunos da escola privada consumiam mais alimentos de lanchonetes e fast foods, de um a dois dias por semana, porém mais alunos da escola pública consumiam esses alimentos de cinco ou mais vezes semanalmente. Na escola pública, contabilizaram-se mais substituições de almoço por lanche, de uma a duas vezes na semana, comparada à escola particular. Porém, este ato se deve em particular ao fato de os alunos da escola

pública terem aula de laboratório, nesta frequência passavam o dia na escola, assim informaram que preferiam um lanche rápido ao invés de almoçar.

Esse padrão de consumo deve-se às mudanças de estilo de vida da população em geral, por serem alimentos de fácil acesso e, muitas vezes, alternativa rápida, mesmo sendo alimentos ricos em sódio e gordura<sup>(17)</sup>.

Os adolescentes, de modo geral, são influenciados por colegas da escola, pela comodidade, pela mídia, enfim, pelo contexto sociocultural que favorece o risco de adotarem hábitos considerados nocivos à saúde para não serem excluídos de um grupo social<sup>(18)</sup>.

O contexto da Hipertensão arterial exige profissionais que busquem a mudança no estilo de vida das pessoas, por meio de diferentes estratégias de cuidado como a Consulta de Enfermagem, atividades educativas, visita domiciliar, dentre outras<sup>(19)</sup>. Dessa forma, os adolescentes necessitam de olhar especial, não apenas pelas peculiaridades que caracterizam essa faixa etária, mas principalmente pelo meio sociocultural em que estão inseridos.

Garantir a sensibilização dos adolescentes quanto à incorporação de estilo de vida mais saudável, a fim de não desenvolverem hipertensão arterial ou mesmo outros agravos à saúde, não é tarefa fácil, porém pode ter êxito, se realizada de maneira interdisciplinar e dispendo dos incentivos necessários aos adolescentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica, ficou evidente nesta pesquisa aspectos que devem ser considerados quando há referência à saúde e ao bem-estar dos adolescentes. Pesquisaram-se os hábitos, avaliou-se o estilo de vida dos adolescentes e os aspectos biopsicossociais que podem favorecer tal morbidade. Destaca-se que 5,8% dos estudantes eram obesos, um hipertenso, um diabético e um infartado. Estes são achados importantes, uma vez que apontam a presença de agravos à saúde, necessitando de assistência especializada e diferenciada.

Os principais fatores de risco encontrados para o desenvolvimento desta doença crônica na população em estudo foram a taxa de sedentarismo (35%), os hábitos alimentares, em virtude da equivalência encontrada no consumo de alimentos saudáveis, como o arroz, o feijão, as frutas e verduras, e dos alimentos não saudáveis, como o refrigerante, os salgadinhos fritos e embutidos.

O consumo moderado de bebidas alcoólicas foi praticamente o mesmo em ambas as instituições de ensino. Assim como o tabaco e outras drogas ilícitas que também foram pouco referidos nas duas escolas. Portanto, quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e tabaco por estudantes, não houve diferença estatística representativa entre as escolas.

Os alunos da escola pública apresentaram maior número de casos de hipertensão arterial, diabetes mellitus, acidente vas-

cular encefálico e obesidade na família em relação à escola privada. O câncer foi referenciado nas duas escolas em proporções iguais de história familiar. Este dado permite inferir que os fatores de risco não modificáveis estiveram mais presentes entre os estudantes de escola pública, apontando a vulnerabilidade deste público para HAS.

Em comparação entre as duas escolas, os discentes da escola privada predominaram em suas opiniões de acordo com alguns aspectos, como considerar a saúde boa, além de frequência maior na prática de atividade física.

Ao final deste estudo, é possível inferir que cada uma das escolas influencia de alguma maneira no estilo de vida dos alunos. E, ainda, alguns fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento desta morbidade estão mais prevalentes entre alunos da escola privada. Por sua vez, verificou-se que fatores de risco não modificáveis estiveram mais prevalentes entre alu-

nos da escola pública. Faz-se necessário realizar reflexões com os estudantes sobre os impactos na saúde dos familiares, para que os mesmos realizem a mudança de alguns costumes e possam viver melhor, distanciando-se dos aspectos que levaram familiares a adoecerem.

Portanto, é de extrema relevância realizar intervenções que promovam mudanças nos hábitos alimentares dos estudantes para maior consumo de hortaliças, frutas, leguminosas e produtos lácteos, na adoção de medidas que promovam hábitos alimentares mais saudáveis, como também se torna importante motivá-los a continuarem praticando exercícios físicos e inserirem os que ainda não realizam, para que os benefícios de tais hábitos promovam bem-estar. Cabe, ainda, destacar a importância de outros estudos desta natureza para fornecer subsídios necessários aos profissionais da saúde e assim acolher e atender da melhor maneira a esta população.

## REFERÊNCIAS

1. Rêgo ALV, Chiara VL. Nutrição e excesso de massa corporal: fatores de risco cardiovascular em adolescentes. *Rev Nutr* 2006; 19(6):705-12.
2. Spinella C, Lamas JLT. Fatores associados à hipertensão arterial e níveis pressóricos encontrados entre adolescentes trabalhadores. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):196-204.
3. Requião PRE, Pires CG, Camargo CL. Reflexões sobre a prevenção e o controle da hipertensão arterial em adolescentes e a teoria do autocuidado. *Cien Cuid Saúde* 2007; 6(2):231-7.
4. Souza MGB, Rivera IR, Silva MAM, Carvalho ACC. Relação da obesidade com a pressão arterial elevada em crianças e adolescentes. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(6):714-9.
5. Dutra CL, Araújo CL, Bertoldi AD. Prevalência de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(1):151-62.
6. Portella MB, Morais TB, Morais MB. Excesso de sódio e déficit de ferro em alimentos de transição. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86(4):303-10.
7. Parizzi MR. Abordagem interdisciplinar do adolescente obeso com ênfase nos aspectos psicossociais e nutricionais. *Rev Med Minas Gerais* 2008; 18(4):154-60.
8. Címadon HMS, Geremia R, Pellanda LC. Hábitos alimentares e fatores de risco para aterosclerose em estudantes de Bento Gonçalves (RS). *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(2):166-72.
9. VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95:1-51.
10. Ministério da Educação (BR). Caderno de Reflexões – Jovens de 15 a 17 Anos no Ensino Fundamental. Brasília: Via Comunicação; 2011.p. 198.
11. Pelizzaro D, Bongiorno GK, Fernandes LS. Prevalência de Tabagismo e Hipertensão Arterial Sistêmica em alunos do ensino médio da cidade de Joaçaba, SC. *U&C – ACBS* 2011; 2(1):91-100.
12. Plavnik FL. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. *Rev Bras Hipertens* 2002; 9(2):185-91.
13. Araújo TL, Lopes MVO, Moreira RP, Cavalcante TF, Guedes NG, Silva VM. Pressão arterial de crianças e adolescentes de uma escola pública de Fortaleza - Ceará. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(4):476-82.
14. Lippo BRS, Silva IM, Aca CRP, Lira PIC, Silva GAP, Motta MEF A. Fatores determinantes de inatividade física em Adolescentes de área urbana. *J Pediatr (Rio J.)* 2010; 86(6):520-4.
15. Romano M, Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):495-501.
16. Langowski AR, Lima JE, Knopfholz J, Reichert A, Nogueira MO, Faria NJR et al. Monitorização ambulatorial da pressão arterial em filhos de hipertensos. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(2):163-6.
17. Pinto SL, Silva RCR, Priore SE, Assis AMO, Pinto EJ. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(6):1065-75.
18. Soares CAM, Falheiros MR, Santos EO. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. *Adolesc Saúde* 2011; 8(2):46-55.
19. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011; 69(4):759-65.

Recebido em: 03.04.2016

Aprovado em: 20.04.2016

# COMPORTAMENTO DE RISCO ENTRE ADOLESCENTES CANDIDATOS À DOAÇÃO DE SANGUE

## RISK BEHAVIOR AMONG ADOLESCENT CANDIDATES FOR BLOOD DONATION

Artigo Original\*

Maria Eduarda Magalhães Araújo<sup>1</sup>  
Queliane Gomes da Silva Carvalho<sup>2</sup>  
Stella Maia Barbosa<sup>3</sup>  
Thábyta Silva de Araújo<sup>4</sup>  
Ana Cristina Pereira de Jesus Costa<sup>5</sup>  
Fabiane do Amaral Gubert<sup>6</sup>  
Neiva Francenely Cunha Vieira<sup>7</sup>

### RESUMO

Objetivou-se analisar os motivos de recusa relacionados a comportamento de risco para DST/HIV entre adolescentes potenciais doadores de sangue. Participaram do estudo adolescentes que se submeteram a triagem para doação de sangue em um Hemocentro no município de Fortaleza, Ceará. No total, 2.372 adolescentes compareceram ao hemocentro no período proposto e apresentaram um índice de reprovação de 34,1%. Dentre os motivos de recusa, prevaleceu o comportamento de risco para DST/HIV. O risco de adquirir DST representa uma ameaça à saúde do adolescente, além de aumentar a exposição dos pacientes ao risco de receber os hemocomponentes preparados a partir da doação.

**Palavras-chave:** Comportamento de Risco; Doadores de Sangue; Doação de Sangue; Adolescente; Segurança Transfusional.

### ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the reasons for refusal related to STD / HIV risk behavior among potential blood donors. The adolescents that participated in this study were submitted to screening for blood donation in a Blood Center in the county of Fortaleza, Ceará. In total, 2,372 adolescents attended the blood center in the proposed period and it was presented a refusal rate of 34.1%. Among the reasons for refusal, the prevalence was related to risk factors for STD/HIV. The risk of acquiring STD represents a threat to the health of the adolescents, besides increasing the exposition of patients to the risk of receiving the blood components prepared from the donation.

**Keywords:** Risk-taking; Blood Donors; Blood Donation; Adolescent; Blood Safety.

\* Fonte financiadora: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Agradecemos a FUNCAP pelo apoio para a realização deste estudo.

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Ceará.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFC. Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFPE. E-mail: nealique@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Enfermeira da Unidade de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFC.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, (UFMA), Campus Imperatriz.

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem da UFC.

<sup>7</sup> Enfermeira. PhD pela Universidade de Bristol. Professora Titular da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), nível 2.

## INTRODUÇÃO

A doação de sangue consiste na doação voluntária de sangue que será coletado em um banco de sangue ou hemocentro credenciado com finalidade de obter sangue, plaquetas ou outros hemocomponentes para transfusão sanguínea. Como não há nenhum medicamento que substitua o sangue, o doador é a única fonte disponível para tal, e há inúmeros casos em que uma transfusão sanguínea se faz imprescindível, como nos casos de leucemias, acidentes de trânsito, operações de grande porte e situações de emergência em geral<sup>(1)</sup>. Desta forma, garantir doadores de sangue fidelizados o mais precocemente é uma estratégia importante para se garantir as reservas necessárias de sangue de que um país necessita.

Desde 2011, o Ministério da Saúde no Brasil, reduziu a idade mínima necessária para se candidatar à doação, passando a incluir adolescentes de 16 e 17 anos, desde que com consentimento formal do responsável legal para cada doação<sup>(2)</sup>. Durante a triagem clínica é possível identificar situações de risco para a janela imunológica, uma vez que a transmissão de doenças pelo sangue não pode ser totalmente evitada somente com os testes sorológicos<sup>(3)</sup>. Inúmeras respostas podem indicar que aquele voluntário traz risco para o receptor e esses dados podem ajudar a traçar um perfil que indique qual indivíduo está mais vulnerável a determinado risco, possibilitando a utilização de estratégias específicas para cada grupo, otimizando assim o serviço de triagem e de captação de doadores.

O conhecimento dos principais motivos de recusa que limitam temporariamente a doação pode ser útil para a criação de estratégias de captação e conscientização da população, informando os riscos que esses comportamentos trazem e promovendo estratégias educativas de como evitá-los e proteger sua saúde. Principalmente para a população adolescente que se caracteriza por mudanças biológicas, comportamentais, de aprendizagem e inúmeras outras situações de vida. Há cerca de 21 milhões de adolescentes no Brasil, considerando o período dos 12 aos 18 anos incompletos, esses cidadãos em formação possibilitam inúmeras mudanças de atitude diante da educação, da cultura, da saúde e das dinâmicas sociais<sup>(4)</sup>.

O estudo tem como relevância o pouco tempo da aprovação da Portaria no Brasil que permite a doação de sangue entre os adolescentes e a carência de publicações sobre o tema "adolescentes doadores de sangue". Além da falta de conhecimento do perfil desse tipo de doador, suas características socioeconômicas, os motivos pelos quais procuram o hemocentro e os principais motivos de recusa encontrados. Com isso, esse estudo visa analisar os motivos de recusa relacionados a comportamento de risco para DST/HIV entre adolescentes que se candidataram para a doação de sangue.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em Hemocentro público no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.

A população do estudo foi composta por adolescentes que procuraram o hemocentro no intuito de realizar a doação de sangue. Foram utilizados como critérios de inclusão: adolescentes na faixa etária de 16 aos 17 anos, ambos os sexos, que procuraram o serviço de hemoterapia no período de 14/06/2011 a 31/12/2013 e foram recusados no momento da triagem clínica. Foram excluídos da pesquisa aqueles cujos dados encontrados no sistema estavam incompletos e todos os potenciais doadores aceitos para doação neste mesmo período. A amostra consistiu em um total de 809 candidatas à doação que cumpriam os requisitos referidos.

O estudo teve como ponto de partida dados de junho de 2011, data do lançamento da Portaria Ministerial no Brasil para doação de sangue de adolescentes a partir de 16 anos. Tais dados foram obtidos do sistema informatizado do Hemocentro, organizados em planilhas e analisados por meio de estatística descritiva.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais que envolvem pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo parecer 277.037.

## RESULTADOS

No período do estudo, 2.372 adolescentes de 16 e 17 anos de idade compareceram ao hemocentro para candidatar-se à doação de sangue, destes, 1.563 (65,9%) foram aptos a doar sangue e 809 foram considerados inaptos, revelando um índice de reprovação de 34,1% nessa faixa etária.

**Tabela 1.** Classificação dos motivos que levaram o adolescente a doar sangue. Fortaleza, 2014.

MOTIVOS PARA A DOAÇÃO DE SANGUE	N	%
Captador externo	369	45,61
Iniciativa própria/doação espontânea	346	42,70
Reposição	61	7,55
Propaganda/televisão/palestra	31	3,86
Convite para doação de plaquetas	01	0,14
Sem classificação	01	0,14
<b>TOTAL</b>	<b>809</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados primários. Hemocentro do Ceará, 2014

Dos candidatos inaptos, 36,6%(n=296) eram do sexo masculino e 63,4% (n=513) do sexo feminino. Com relação à periodicidade da doação 98%(n=792) foram doar pela primeira vez, enquanto 2%(n=17) eram doadores de repetição, ou seja, já haviam doado sangue anteriormente.



**Tabela 2.** Motivos de recusa entre os adolescentes que se candidataram à doação de sangue. Fortaleza, 2014.

MOTIVOS DE RECUSA	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Comportamento de risco para DST/HIV	117	39	111	21,6	228	28,18
Anemia	08	2,7	158	31	166	20,52
Outros* + gravidez/amamentação	54	18	81	16	135	16,69
Risco de infecção	59	20	44	8,6	103	12,74
Alimentação/repouso insuficiente	18	06	31	06	49	6,05
Uso de medicamentos	12	04	34	6,6	46	5,68
Alterações na pressão arterial/ Ausculta pulmonar ou cardíaca alterada	09	03	22	4,3	31	3,84
Doenças crônicas não transmissíveis/ alergia	10	3,3	16	3,1	26	3,22
Casos clínicos + Hepatite/DST	05	1,6	12	02	17	2,1
Uso de drogas	04	1,3	04	0,8	08	0,98
<b>Total</b>	<b>296</b>	<b>36,5</b>	<b>513</b>	<b>63,5</b>	<b>809</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados primários. Hemocentro do Ceará, 2014

\* O motivo de recusa "outros" engloba fatores que impedem momentaneamente a doação, como: peso abaixo do aceitável, histórico de endoscopia, uso de soro ou vacina antirrábica, histórico de convulsão, doação recente, residência ou viagem para zona de malária, etc.

**Tabela 3.** Comportamentos de risco para DST/HIV entre os adolescentes que se candidataram à doação de sangue. Fortaleza, 2014.

COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA DST/HIV	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Relacionamento sexual recente	37	31,6	56	50,4	93	40,7
Relação sexual com mais de 3 parceiros nos últimos 12 meses	31	26,5	12	10,8	43	18,8
Relação sexual com desconhecido nos últimos 12 meses	15	12,9	21	18,9	36	15,8
Relação sexual com parceiro do mesmo sexo	24	20,6	0	0	24	10,6
Acupuntura, piercing ou brincos	07	5,9	16	14,4	23	10,2
Tatuagem/maquiagem definitiva	01	0,8	04	3,7	05	2,2
Relação sexual com parceiro com comportamento de risco	02	1,7	01	0,9	03	1,3
Vítima de violência sexual	0	0	01	0,9	01	0,4
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>111</b>	<b>100</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Dados primários. Hemocentro do Ceará, 2014

Os motivos que levaram o adolescente a terem a atitude de se candidatarem a doação de sangue estão descritos na Tabela 1. Observa-se que prevalecem as motivações relacionadas ao incentivo de captadores externos e a iniciativa própria, com 45,61% (n=369) e 42,7% (n=346), respectivamente.

Com relação aos motivos de recusa de adolescentes à doação de sangue, o motivo prevalente entre o sexo masculino foi "Comportamento de risco para DST/AIDS" com 39,52%(n=117) e em seguida "Risco de infecção" com 19,93%(n=59). Entre as mulheres, o motivo de recusa que prevaleceu foi "Anemia" com 31%(n=158), o "Comportamento de risco para DST/AIDS" foi responsável por 21,6%(n=111) das recusas entre o sexo feminino conforme demonstra a Tabela 2.

O motivo de recusa "Comportamento de risco para DST/HIV" engloba comportamentos como: relação sexual com parceiro com comportamento de risco, relação sexual com parceiro do mesmo sexo, relação sexual com mais de três parceiros em 12 meses, tatuagem/maquiagem definitiva, acidentes com materiais biológicos/perfuro cortantes, vítima de violência sexual, entre outros.

Dentre esses, prevaleceu no sexo masculino, "relacionamento sexual recente sem preservativo" com 31,62%(n=37) e "relacionamento sexual com mais de 3 parceiros nos últimos 12 meses" com 26,49%(n=31). Entre as mulheres, a maioria 50,46%(n=56) que foi recusada por "Comportamento de risco para DST/AIDS" tiveram como motivo "relacionamento sexual recente". Muitas adolescentes também foram impedidas de doar sangue por "relação sexual com desconhecido nos últimos 12 meses" 18,9% (n=21) conforme demonstra a Tabela 3.

## DISCUSSÃO

Dos adolescentes candidatos à doação de sangue, observou-se que a maioria dos considerados inaptos a doar foi do sexo feminino (63,4%), por apresentar algum motivo que impede à doação. O estudo revelou que esse padrão se repete em todo o período do estudo.

Os adolescentes considerados inaptos à doação eram predominantemente adolescentes que estavam se candidatando pela primeira vez para a doação de sangue (98%). Pode-se atribuir esse número à criação recente da lei que permite a doação de sangue por essa faixa etária.

O motivo que mais incentivou os adolescentes a doarem sangue foi a ação da captação externa desse público, em seguida da doação espontânea e a doação direcionada à algum conhecido. Revelando que as propagandas e campanhas de incentivo à doação têm pouco efeito entre os adolescentes e que a ação da captação de doadores é a estratégia mais eficaz dentro dessa faixa etária, o que difere dos achados de estudo considerando a população adulta como alvo das campanhas de incentivo a doação<sup>(5)</sup>.

Estudos mostram o motivo para doar sangue prevalente entre outras faixas etárias é o altruísmo e a chance de ajudar

o próximo. As mulheres são as mais sensíveis à questão humanitária da doação e tem mais propensão a procurar o serviço após alguma propaganda ou palestra apelativa, enquanto os homens o fazem por pressão social<sup>(6)</sup>.

As principais recusas observadas entre os adolescentes foram "Comportamento de Risco para DST/HIV", "Anemia", "Risco de infecção" e "fatores que impedem momentaneamente a doação", dentre elas, peso abaixo do aceitável, vacinação recente, enxerto e tratamento odontológico.

O estudo revelou que o comportamento de risco para DST/HIV prevalece no sexo masculino, e é o segundo motivo mais comum na população feminina. É na juventude que, geralmente, ocorre o início da atividade sexual, que se dá cada vez mais cedo, principalmente entre os homens. No Brasil, a idade média da primeira relação sexual é de 14 anos para o sexo masculino e 15 para o feminino<sup>(7)</sup>.

As mudanças biológicas e psicossociais no adolescente o despertam para um enorme desejo de experimentar o novo, o que os torna mais susceptível a riscos quando comparado a outros períodos da vida, pois sua percepção nessa fase é de uma saúde plena, sem a possibilidade de adoecimento<sup>(8)</sup>.

A concepção de que nada pode afetar sua saúde também expõe o adolescente às situações de vulnerabilidade, como: violência, gravidez não planejada e a infecção por doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo o HIV<sup>(9)</sup>.

Ainda sobre o comportamento de risco para DST/HIV, dentre esses o maior responsável pela recusa nos adolescentes do sexo masculino e feminino foi "relacionamento sexual recente", o que significa uma exposição sexual a um parceiro recente (nos últimos 06 meses) sem o uso do preservativo. Desse resultado podemos observar que, apesar dos adolescentes não serem reconhecidos socialmente como pessoas sexuadas, com livre arbítrio e desejos próprios, o adolescente atual é sexualmente ativo e por isso necessita de informações claras sobre sexualidade e reprodução, sem risco de constrangimentos e de maneira positiva, essas ações potencializam a autoestima do adolescente e conseqüentemente o torna menos susceptível às doenças sexualmente transmissíveis<sup>(10)</sup>.

A relação sexual desprotegia não só aumenta o risco em relação à doação sanguínea, mas também representa um risco à saúde do adolescente, que se expõe à gravidez e às doenças.

Observa-se que o motivo de recusa mais comum entre as adolescentes foi a anemia. Na adolescência, a deficiência de ferro pode estar relacionada a fatores biológicos, aumento de massa magra nos meninos e o início dos ciclos menstruais nas meninas, mas o fator de risco mais relevante é a nutrição inadequada<sup>(11)</sup>.

A deficiência de ferro não é somente um problema das adolescentes. Mulheres adultas e pós-menopausa sofrem da mesma condição, a anemia pode causar fadiga e comprometer, em geral, a disposição do seu portador. Há estudos sobre a suplementação de ferro para doadores de sangue, porém, no Brasil ainda não há diretrizes nesses casos<sup>(12)</sup>.



O motivo de recusa “outros”, do presente estudo, revela o desconhecimento dos adolescentes sobre o que pode impedi-los momentaneamente de doar sangue, como exame de endoscopia, baixo peso, tratamento odontológico recente. Esse conhecimento pode ser aprofundado por meio de campanhas de conscientização e durante a captação dos doadores, educando-os sobre possíveis impedimentos e evitando a procura do serviço em momentos de impedimento. Essa conscientização deve começar desde cedo, preferencialmente nas escolas, como em projeto desenvolvidos pelo país que versam sobre a formação de doadores do futuro<sup>(13)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os adolescentes inaptos à doação são majoritariamente do sexo feminino e doador de primeira vez, levando em consideração que a lei que permite que os adolescentes doem sangue entrou em vigor no segundo semestre de 2011, os dados corroboram com a baixa fidelização dos adolescentes.

Os motivos de recusa observados entre os adolescentes foram “Comportamento de Risco para DST/HIV”, “Anemia”, “Risco de infecção” e situações que impedem momentaneamente que o adolescente doe sangue.

Os comportamentos de risco para DST/HIV, como a relação sexual desprotegida, não só aumenta o risco para o receptor daquela doação, mas também representa um risco à saúde do adolescente, que se expõe à gravidez e a doenças evitáveis. A promoção da conscientização desses comportamentos de risco pode evitar o as condições de agravos a saúde e aumentar o número de adolescentes aptos a doação de sangue.

A elevada exposição às doenças sexualmente transmissíveis pode causar sequelas irreversíveis. Ações de prevenção, orientações em locais que os adolescentes frequentam, como as escolas, são fundamentais para promover a busca pela informação, orientar e dar subsídios para futuras mudanças de comportamento,

empoderando o adolescente à tomar decisões baseadas em uma vida saudável e com riscos minimizados.

A orientação sobre comportamentos de risco para DST/HIV não relacionados com a atividade sexual também são necessárias, tendo em vista que piercings e tatuagens feitas sem a esterilização adequada e em locais com higiene precária são perigosas e podem levar à infecção com o vírus da hepatite C e D.

A necessidade de orientar e captar cada vez mais cedo esses possíveis doadores deve-se ao fato do conhecimento causar mudanças no comportamento de uma vida inteira, protegendo o adolescente e garantindo uma maior possibilidade de fidelização desse doador jovem.

Apenas 2% dos candidatos recusados já haviam doado sangue anteriormente, esse achado reflete a necessidade de maior informação sobre a importância de ser um doador fidelizado, lembrando que, por ser mais novo, esse doador, uma vez fidelizado, poderá doar sangue durante mais tempo e possibilita uma cadeia positiva de doações e incentivos da adoção dessa ação pelos seus pares.

Apesar das informações adquiridas por meio do cadastro dos candidatos no banco de sangue ter sido completa, esse estudo teve limitações como: não ter havido entrevista com os adolescentes ou informações sobre o onde o adolescente reside, em que tipo de escola estuda, se ele tem acesso às informações sobre DST e sexo seguro.

Esses achados fornecem aos profissionais de saúde particularidades sobre esse grupo de candidatos à doação, que favorecerá ações específicas de acolhimento, estratégias de captação de doadores e fidelização ao serviço. Instigar os jovens a contribuir com o abastecimento dos estoques dos bancos de sangue e aumentar a segurança transfusional deve ser o foco de ação de captadores e triagistas engajados com a conscientização dos adolescentes que precisam estar cientes dos benefícios e dos riscos impostos àqueles que necessitam da terapêutica transfusional.

## REFERÊNCIAS

1. Cabral DOC, Dias AA, Szablewski RA. Doação de sangue – Um projeto pedagógico solidário. Disponível em: <[http://need.unemat.br/4\\_forum/artigos/crisley.pdf](http://need.unemat.br/4_forum/artigos/crisley.pdf)>. Acesso em: 01 Jan 2016.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011: Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Brasília (DF): MS; 2011.
3. Padilha DZ, Witt RR. Nurse's competencies for clinic screening of blood donors. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):234-40.
4. Unicef. O direito de ser adolescente - oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: 2011.
5. Rodrigues, LL. Elementos motivacionais para a doação de sangue (Dissertação). Brasília (DF): Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.
6. Bani M, Giussani B. Gender differences in giving blood: a review of the literature. *Blood Transfus*. 2010; 8:278-87.
7. Hugo TDO, Maier VT, Jansen K, Rodrigues CEG, Cruzeiro ALS, Ores LC et al. Factors associated with age at first intercourse: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(11):2207-2214.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Ruotti C, Massa VC, Peres MFT. Vulnerability and violence: a new conception of risk for the study of youth homicides. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):377-89.
10. Brilhante AVM, Catrib AMF. Sexualidade na adolescência. *Femina*. 2011;39(10):504-9.
11. Grooms L, Walsh M, Monnat L. Treatment of Anemia in the Adolescent Female. *Pediatr Ann*. 2013;42:36-39.
12. Pedrazzini B, Waldvogel S, Cornuz J, Vaucher P, Bize R, Tissot JD et al. The impact of iron supplementation efficiency in female blood donors with a decreased ferritin level and no anaemia. Rationale and design of a randomised controlled trial: a study protocol. *Trials*. 2009; 10(4):1-6.
13. Carneiro-Proietti AB, Sabino EC, Sampaio, D, Proietti FA, Gonzalez TT, et al. Demographic profile of blood donors at three major Brazilian blood centers: Results from the International REDS-II study, 2007 to 2008. *Transfusion*. 2010; 50(4): 918-925.

Recebido em: 13.04.2016

Aprovado em: 30.04.2016

# FATORES PREDITIVOS DE LESÃO RENAL AGUDA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FACTORS OF KIDNEY INJURY IN HOSPITALIZED PATIENTS INDICATIVE ACUTE IN INTENSIVE CARE UNIT

Artigo Original

Elizabeth Mesquita Melo<sup>1</sup>

Aglauvanir Soares Barbosa<sup>2</sup>

Aline Mota Marques<sup>3</sup>

Felícia Maria Matias Silveira<sup>4</sup>

Lorena Naiane de Araújo Fernandes<sup>5</sup>

Maria Alana Ferreira de Abreu<sup>5</sup>

Maria Pacheco da Rocha<sup>6</sup>

Nicole Silva França<sup>7</sup>

Romana Maria Rodrigues Ponte Araújo<sup>8</sup>

Suylane Saraiva Araújo<sup>9</sup>

## RESUMO

Objetivou-se avaliar o desenvolvimento de lesão renal aguda em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de doenças infecciosas. Estudo exploratório descritivo, quantitativo, realizado na UTI de um hospital público, referência em doenças infecciosas, Fortaleza-Ceará, com 26 pacientes. Dados coletados de dezembro de 2013 a junho de 2014, analisados pela estatística descritiva. Pesquisa aprovada pelo Comitê de ética da instituição. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, predominando a faixa etária de 40 a 59 anos. O principal diagnóstico médico foi a AIDS. Foi identificada aci-

dose metabólica nas 48 horas anteriores ao início da Hemodiálise (HD), com piora nas 24 horas anteriores ao tratamento. Não foram comprovadas alterações patológicas nos valores de sódio (Na) e potássio (K), no intervalo de 48 e 24 horas antes da HD. Como fatores indicativos de lesão renal destacaram-se o aumento da ureia e creatinina, e a presença de acidose metabólica.

**Palavras-chave:** Lesão Renal Aguda; Indicadores; Unidades de Terapia Intensiva.

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Coordenadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Assistência de Enfermagem a Pacientes críticos (GEPAEPC). Líder do grupo de Pesquisa Tecnologias na Assistência Clínica (TEAC)/CNPq/UNIFOR. E-mail: elizjornet@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC). Membro efetivo do GEPAEPC e do Grupo de pesquisa TEAC.

<sup>3</sup> Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista CNPq/PIBIC. Membro efetivo do GEPAEPC e do Grupo de pesquisa TEAC.

<sup>4</sup> Enfermeira graduada pela UNIFOR. Discente do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro efetivo do GEPAEPC e do Grupo de pesquisa TEAC.

<sup>5</sup> Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC). Membro efetivo do GEPAEPC e do Grupo de pesquisa TEAC.

<sup>6</sup> Enfermeira graduada pela UNIFOR. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva.

<sup>7</sup> Discente de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC). Membro efetivo do GEPAEPC e do Grupo de pesquisa TEAC.

<sup>8</sup> Enfermeira graduada pela UNIFOR. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva.

<sup>9</sup> Acadêmica de enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC). Membro efetivo do GEPAEPC e do Grupo de pesquisa TEAC.

## ABSTRACT

Aimed evaluate the development of Acute Kidney Injury in ICU patients of infectious diseases. A descriptive, exploratory study, quantitative, performed in the Intensive Care Unit (ICU) of Hospital public, Fortaleza-Ceará, with 26 patients. Data collected from December 2013 to June 2014, analyzed using descriptive statistical. The study was approved by the Ethics Committee of the institution. Most patients were male, predominant age range was 40-59 years. The main identified medical diagnosis was sida. The results indicated the occurrence of metabolic acidosis in 48 prior to the start of hemodialysis (HD), with worsening within 24 hours prior to treatment. As to the amounts of electrolytes sodium (Na) and potassium (K), pathological changes have not been proven or increased between 48 and 24 hours before hemodialysis. Predictors of renal damage stood out the increase in urea and creatinine, and the presence of metabolic acidosis.

**Keywords:** Acute Kidney Injury; Indicators; Intensive Care Units.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) objetiva prestar atendimento a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que exijam assistência médica ininterrupta<sup>(1)</sup>. No atendimento aos pacientes críticos internados em UTI, é essencial que haja o trabalho de uma equipe multiprofissional capacitada para o atendimento a essa clientela. Nesse contexto, cita-se a equipe de enfermagem como fundamental para a recuperação desses pacientes, por permanecerem mais continuamente com o paciente e, portanto, serem capaz de identificar alterações de forma mais precoce.

Levando em conta a gravidade e a instabilidade clínica do estado de saúde do paciente internado em UTI, é de vital importância sua avaliação diária pelo enfermeiro. Os procedimentos a que esses pacientes geralmente são submetidos justificam a necessidade desse controle, cabendo ao enfermeiro executar minuciosamente a avaliação clínica diária do paciente, podendo ser necessária sua realização mais de uma vez ao dia, caso o paciente apresente alguma alteração em seu quadro clínico<sup>(2)</sup>.

Ressalta-se que esses pacientes não raramente desenvolvem deterioração na função renal, sendo denominada Lesão Renal Aguda (LRA), decorrente de complicações no seu quadro clínico, as quais podem estar relacionadas à doença de base ou ao tratamento estabelecido.

A LRA pode ser definida como a redução da função renal, potencialmente reversível, independentemente de sua etiologia, ocorrendo o acúmulo de substâncias nitrogenadas como ureia e creatinina. Esse estado refere-se, principalmente, à diminuição do ritmo de filtração glomerular, disfunções do equilíbrio hidroeletrólítico e acidobásico, sendo também caracterizado por um volume de diurese inferior a 400 ml em 24 horas, o que se configura como oligúria<sup>(3)</sup>.

A função renal é primordial para o equilíbrio e o funcionamento do organismo, podendo ser afetada por várias patologias, causando alterações leves, moderadas e críticas. Dentre os cuidados de enfermagem prestados ao paciente com alterações renais internados em UTI está a diálise<sup>(4)</sup>. Desse modo, a equipe atuante em UTI deve estar atenta aos sinais que possam indicar alterações precoces na função renal do paciente, os quais podem ser representados por alterações no nível de consciência, alterações nos exames laboratoriais (eletrólitos, ureia e creatinina), presença de distúrbios no equilíbrio ácido-básico, dentre outros.

Na UTI, quando a deterioração da função renal do paciente é diagnosticada como LRA, o mesmo é submetido a tratamento clínico, por meio de diuréticos e a tratamento dialítico, sendo a hemodiálise geralmente a primeira opção. A hemodiálise é empregada para remover líquidos e produtos residuais urêmicos do organismo quando os rins não são capazes de fazê-lo. Pode ser utilizada para tratar pacientes com edema que não respondem a outros tratamentos, coma hepático, hipercalemia, hipercalcemia, hipertensão e uremia<sup>(3)</sup>.

O desenvolvimento do estudo poderá gerar informações importantes sobre os pacientes com falência renal em UTI, direcionando a assistência aos mesmos, além de possibilitar a identificação de fatores preditivos da LRA, contribuindo para o estabelecimento precoce de terapias substitutivas. Diante do exposto, o estudo tem como objetivos: levantar os fatores preditivos que indicaram o tratamento hemodialítico desses pacientes; e conhecer o desfecho clínico dos pacientes.

## METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa. As finalidades dos estudos descritivos incluem a observação, descrição e documentação dos aspectos de uma determinada situação<sup>(5)</sup>. Os estudos quantitativos permitem a quantificação e o dimensionamento do universo pesquisado, sendo os resultados apresentados por meio de relatórios estatísticos<sup>(6)</sup>.

O local eleito para a realização do estudo foi um hospital público especializado em doenças infecciosas, localizado em Fortaleza-Ceará. A população foi representada pelos pacientes internados na UTI no período de dezembro de 2013 a junho de 2014, que evoluíram com LRA, sendo a amostra constituída por 26 pacientes, definida pelos critérios de inclusão: existência de exames laboratoriais que indicassem a falência renal (gasmometria arterial, ureia, creatinina, sódio e potássio); e que apresentasse registro sobre a realização de terapia renal substitutiva, especificamente a hemodiálise (HD). Como critérios de exclusão foram estabelecidos: permanência do paciente na UTI por um período inferior a 48 horas; e inconsistência de informações ou dados incompletos.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2013 a junho de 2014, com um roteiro de levantamento de dados contendo dados sociodemográficos e dados relacionados à história clínica do paciente, a partir dos prontuários dos pacien-

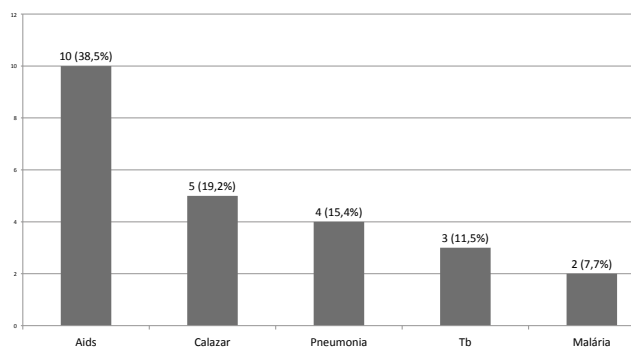
tes, quando estes se encontravam internados na UTI. Os dados foram organizados em uma planilha no Excel, analisados com base na estatística descritiva e expostos em figuras.

Para a realização do estudo, foram respeitadas as normas e princípios para pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(7)</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da instituição sob o protocolo nº. 272.409.

## RESULTADOS

Em relação aos dados sociodemográficos, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (80,8%), predominando a faixa etária de 40 a 59 anos, seguida da faixa de 18 a 39 anos. Quanto ao estado civil, metade da amostra era de pacientes solteiros e a maioria (76,9%) era proveniente da capital. Com relação ao intervalo de tempo entre a admissão hospitalar do paciente na instituição até o encaminhamento para UTI, foi verificada uma média de 5,2 dias.

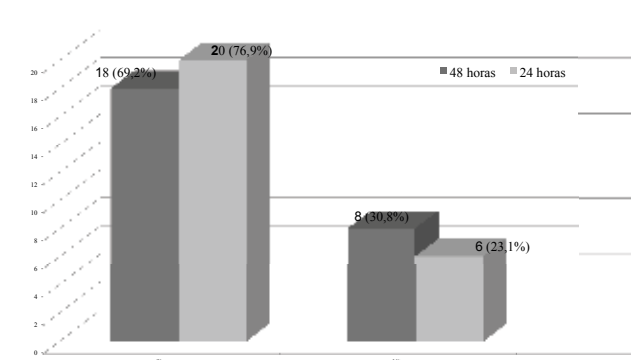
**Figura 1.** Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico médico. Fortaleza, 2014.



Destacou-se como o diagnóstico mais prevalente entre os pacientes a AIDS (38,5%), seguida do calazar (19,2%), pneumonia (15,4%), tuberculose (11,5%) e malária (7,7%). Outros diagnósticos constatados (7,7%) incluíram a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Nota-se a ocorrência de acidose metabólica entre os pacientes nas 48 h e nas 24 h antecedentes ao início do tratamento hemodialítico, sendo revelado piora no quadro dos pa-

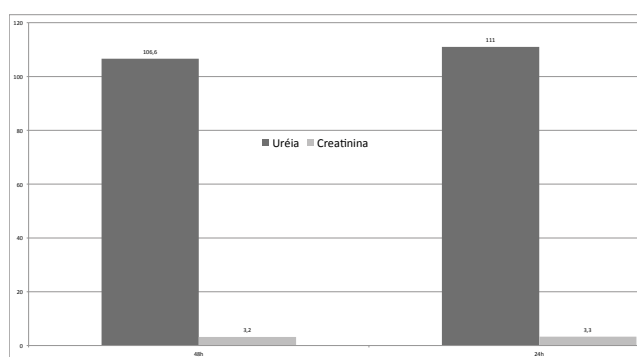
**Figura 2.** Distribuição dos pacientes segundo a presença de acidose metabólica. Fortaleza, 2014.



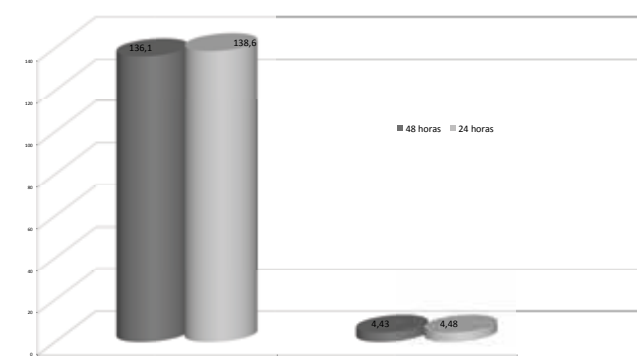
cientes, pois nas 48 horas, 18 pacientes (69,2%) apresentavam esse distúrbio acidobásico, e nas 24 horas esse número aumentou para 20 (76,9%).

Observa-se elevação dos níveis de ureia e creatinina ao longo da piora da função renal do paciente, visto que nas 48 h antes da primeira sessão de HD, o valor médio da ureia e da creatinina entre os pacientes era de 106,6 e 3,2, respectivamente. Já nas 24h antes da primeira HD, evidenciou-se um aumento, com os valores médios de ureia e creatinina de 111 e 3,3, respectivamente.

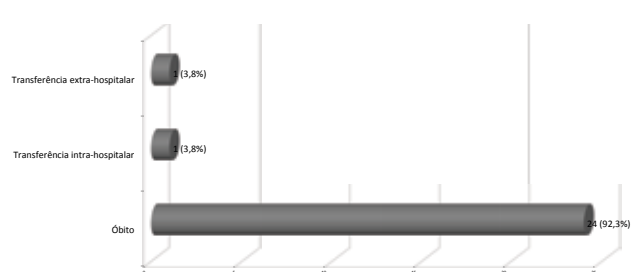
**Figura 3.** Média dos valores de ureia e creatinina nas 48h e 24h antes do início da hemodiálise Fortaleza, 2014.



**Figura 4.** Média dos valores de Na e K nas 48h e 24h antes do início da hemodiálise Fortaleza, 2014.



**Figura 5.** Distribuição dos pacientes segundo a evolução clínica. Fortaleza, 2014.



No que diz respeito aos valores médios de sódio (Na) e potássio (K), não foi notada grande diferença no intervalo de 48h e 24h antes da HD, destacando-se um aumento de 2,5 no valor médio do Na e apenas 0,05 no valor médio do potássio.

É conveniente salientar que não houve piora importante no volume urionário dos pacientes, pois nas 48h antes da HD, foram identificados 14 pacientes com oligúria ou anúria, sendo o mesmo número observado nas 24h antecedentes à HD

Em se tratando do desfecho clínico dos pacientes, os resultados apontam que a quase totalidade tiveram como desfecho o óbito (92,3%). Enfatiza-se que um paciente foi transferido para uma unidade na própria instituição e o outro para uma instituição hospitalar externa.

## DISCUSSÃO

Os resultados possibilitaram o conhecimento dos dados sociodemográficos dos pacientes, sendo notado que a maioria era do sexo masculino, com predominância da faixa etária de 40 a 59 anos, corroborando estudo anterior realizado em unidade crítica, o qual demonstrou média de idade de 54,7 anos entre os pacientes<sup>(8)</sup>. No que se refere ao estado civil, prevaleceram pacientes solteiros e a maioria proveniente da capital.

Um dado investigado no estudo, diz respeito ao intervalo de tempo entre a internação do paciente no hospital e sua admissão na UTI, tendo sido verificado uma média de 5,2 dias, sendo o principal diagnóstico médico associado à internação na UTI a AIDS, seguida do calazar e da pneumonia.

A AIDS representa uma epidemia mundial e embora pesquisas demonstrem que a doença vem sendo controlada de forma eficaz, a experiência assistencial com pacientes críticos, portadores de doenças infecciosas, demonstra que a doença ainda está bastante presente na população, respondendo por elevado número de internações em UTI.

Segundo o Ministério da Saúde, a infecção pelo HIV vem se tornando de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão<sup>(9)</sup>.

A deterioração da função renal nos pacientes críticos é um evento comum, tendo em vista as mudanças homeostáticas relacionadas à doença de base ou ao tratamento estabelecido na UTI. Os marcadores de lesão renal englobam sinais clínicos, mas também alterações nos exames laboratoriais.

A LRA é uma das mais importantes complicações observadas em pacientes que estão hospitalizados. Sua incidência varia de acordo com as condições clínicas dos pacientes, sendo maior em UTI (20 a 40%) e menor em unidades de cuidados intermediários (1 a 7%)<sup>(10)</sup>.

Estudo sobre a injúria renal aguda em UTI evidenciou que a avaliação do paciente com essa complicação tem dois objetivos principais: determinar a etiologia e a extensão das complicações, através da história, exame físico e exames laboratoriais. Os exames laboratoriais iniciais abrangem a medida dos níveis séricos de ureia, creatinina, sódio, cloreto, potássio e bicarbonato. Os exames laboratoriais são importantes tanto para fins diagnósticos, como para a avaliação das complicações da LRA<sup>(11)</sup>.

Os desequilíbrios de ácidos e bases estão comumente presentes em pacientes críticos, decorrentes de alterações respiratórias e metabólicas relacionadas a doenças ou a distúrbios nos sistemas, intervenções e tratamentos como ventilação mecânica, sistema aberto de drenagem gástrica e infusões de medicamentos, como sedativos, opióides e diuréticos<sup>(12)</sup>.

Nesse sentido, os pacientes foram investigados quanto à presença de acidose metabólica, uma vez que esses pacientes costumam apresentar tal distúrbio. Os resultados apontaram ocorrência de acidose metabólica nas 48 anteriores ao início do tratamento renal substitutivo, no caso a HD, em 69,2%, evoluindo com piora desse distúrbio, pois nas 24 horas anteriores ao tratamento, o percentual de pacientes com essa alteração se elevou para 76,9%.

Estudo sobre os distúrbios do equilíbrio acidobásico ressaltou que a avaliação do estado acidobásico do sangue é rotineiramente realizada nas enfermarias e na grande maioria dos doentes atendidos em UTI. Qualquer que seja a doença de base, essa avaliação é fundamental, pois, além dos desvios do equilíbrio acidobásico propriamente dito, fornece dados sobre a função respiratória e as condições de perfusão tecidual<sup>(13)</sup>.

Os principais marcadores na atualidade indicativos da falência renal incluem a ureia e a creatinina, considerados parâmetros para o estabelecimento de medidas terapêuticas, como o uso de medicamentos que estimulem a função dos rins ou o tratamento substitutivo.

Desse modo, destaca-se que foi observada aumento nos níveis de tais marcadores no decorrer da evolução do quadro renal agudo do paciente, a julgar que nas 48 horas antecedentes à primeira sessão de HD, os pacientes apresentaram o valor médio de ureia de 106,6 e creatinina de 3,2. Ao ser comparado esses valores com os das 24 horas anteriores à HD, verificou-se elevação, com os valores médios de ureia e creatinina de 111 e 3,3, respectivamente.

As manifestações clínicas da LRA são incipientes, silenciosas e se confundem com sinais clínicos de diversas outras morbidades, sendo frequentemente percebidas quando constatadas alterações em exames laboratoriais de rotina, como a ureia e principalmente a creatinina. Elevações nos níveis séricos da creatinina são atualmente os sinais mais indicativos de comprometimento da função renal<sup>(14)</sup>.

Apesar de representar a principal estratégia de identificação dessa síndrome, a creatinina é considerada um teste específico, entretanto tardio, pouco sensível e impreciso, visto que se altera quando já existe perda de aproximadamente 50% da função renal<sup>(14)</sup>.

A creatinina corresponde a um parâmetro importante para diagnosticar problemas renais, representando um exame bastante solicitado em laboratórios de análises clínicas. A mesma é um composto orgânico nitrogenado não proteico formado a partir da desidratação da creatina, sendo um exame específico para constatação da LRA, com valores normais para o indivíduo adulto inseridos entre 0,6 a 1,3 mg/dl<sup>(15)</sup>.



A ureia é outro exame, também solicitado em caso de suspeita de LRA; sintetizada no fígado a partir de CO<sub>2</sub> e amônia, a ureia é o principal produto do metabolismo proteico, circulando no sangue e sendo filtrada através dos rins, tendo a maior parte excretada na urina. Entretanto, não é tão específica para avaliação da função renal como a creatinina<sup>(15)</sup>.

Outro aspecto relevante e enfatizado neste estudo diz respeito aos valores dos eletrólitos do paciente, especificamente Na e K, em virtude destes estarem ligados a alterações renais. Porém, não foram comprovadas alterações patológicas, nem aumento no intervalo de 48 horas e 24 horas antes da HD.

Em relação ao volume urinário, é conveniente salientar que não houve piora importante nos pacientes, visto que nas 48 horas, foram identificados 14 pacientes que apresentavam oligúria ou anúria, sendo o mesmo número observado nas 24 horas antecedentes à HD.

Por último, foi investigado o desfecho clínico dos pacientes, sendo o principal desfecho o óbito, com a quase totalidade dos pacientes (92,3%). Pesquisa anterior que investigou a mortalidade em pacientes com LRA internados em UTI, não verificou diferenças estatísticas de mortalidade dos pacientes nos grupos dialíticos (42,1%) e não dialíticos (33,3%), embora o risco relativo de morte seja maior (26%) no grupo submetido a tratamento dialítico, demonstrando ainda que o tempo de permanência na UTI foi significativamente maior no grupo dialítico<sup>(16)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A LRA aguda é uma das responsáveis pela alta taxa de mortalidade hospitalar, especialmente em UTI, todavia não deve

ser colocada, de forma única, como fator isolado para as complicações dos pacientes, mas também como consequência da doença de base e de suas complicações.

Entre os fatores preditivos que se destacaram na pesquisa, encontra-se uma maior prevalência na AIDS, seguida pelo Calazar e pneumonia, o que pode indicar que os pacientes com imunossupressão são fortes candidatos a desenvolverem a falência renal, mas também, é importante afirmar que determinadas doenças de origem infecciosa já promovem alterações renais pela sua própria natureza, a exemplo do calazar.

Os resultados apontam a ureia e a creatinina como marcadores importantes da função renal. Foram verificadas alterações importantes nos exames de ureia e creatinina nos pacientes do estudo, sendo que houve aumento visível das 48 h antes do tratamento substitutivo até as 24 h anteriores. Já no que concerne aos valores de Na e K, não foram observadas alterações em nenhum momento.

Um aspecto que merece destaque é a presença de distúrbio acidobásico pelos pacientes, no caso acidose metabólica, no período de 48 h antes do início da HD, evoluindo com piora desse distúrbio, o que, com certeza, representou parâmetro essencial para a decisão pelo início do tratamento renal substitutivo.

O principal desfecho clínico dos pacientes foi o óbito, tendo em vista sua gravidade, associada à deterioração da função renal, a qual, na maioria das vezes, poderia ser detectada e diagnosticada precocemente, priorizando-se a avaliação diária dos pacientes como medida fundamental, reforçando a necessidade de prevenção efetiva e cuidadosa desta patologia.

## REFERÊNCIAS

1. Jeronimo RAS, Cheregatti AL. Unidade de terapia intensiva – histórico e contexto atual. In: Jeronimo RAS, Cheregatti AL, Barreto APM, Gonçalves CCS, Oliveira EACM. Técnicas de UTI. São Paulo: Rideel;2011. p.9-18.
2. Ducci AJ, Bento SCT, Krokosczyk DVC, Nogueira LS, Padilha KG. Avaliação do paciente crítico. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Barueri, SP: Manole;2010. p. 3-24.
3. Smeltzer SC, Bare AG. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2009.
4. Morton PG. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2007.
5. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas;2011.
6. Creswell J. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. São Paulo: Artmed; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Informe Epidemiológico SUS. 2012,3:67-35.
8. Oliveira SM, Burgos MGPA, Santos EMC, Prado LVS, Petribú MMV, Bomfim FMST. Complicações gastrointestinais e adequação calórico-proteica de pacientes em uso de nutrição enteral em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2010, 22(3):270-3.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Ponce D, Zornenon CPF, Santos NY, Teixeira UA, Balbi I. Injúria renal aguda em unidade de terapia intensiva: estudo prospectivo sobre a incidência, fatores de risco e mortalidade. Ver Bras Ter Intensiva. 2011, 23(3):321-6.
11. Costa JAC, Vieira Neto OM, Moysés Neto M. Insuficiência renal aguda. Medicina. 2003, 36:307-24.
12. Miranda MPF. Distúrbios no equilíbrio ácido-base. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Barueri, SP: Manole; 2010. p.730-44.
13. Feroni RM, Pinto Neto SM, Giorgi RB, Guerra EM. Distúrbios do equilíbrio acidobásico. Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba. 2010, 12(1): 5 -12.
14. Magro MCS, Vattimo MFF. Avaliação da Função Renal: Creatinina e outros Biomarcadores. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007, 19(2):185-5.
15. Mehta RL, Kellum JA, Sudhir VS, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, Levin A. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. Crit Care. 2007,11(31):15-28.
16. Bernardina LD, Dicciniz S, Belasco AGS, Bittencourt ARC, Barbosa DA. Evolução clínica de pacientes com insuficiência renal aguda em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2008, 21(número especial): 174-8.

Recebido em: 05.05.2016

Approved em: 10.05.2016

# SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM INTENSIVISTAS

BURNOUT SYNDROME IN NURSING PROFESSIONALS INTENSIVE

Artigo de Revisão

Emanuella Lisboa Baião Lira<sup>1</sup>

Joice Requião Costa<sup>1</sup>

Patrícia Shirley de Sousa<sup>3</sup>

Marcelo Domingues de Faria<sup>3</sup>

## RESUMO

Objetivou-se conhecer os fatores causadores de estresse, seus efeitos, sinais e sintomas em profissionais de enfermagem, que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma revisão sistemática, em os dados foram coletados entre julho e agosto de 2016, nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDNF, partindo dos descritores "Esgotamento profissional", "Enfermagem" e "Unidades de Terapia Intensiva", segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Diante dos 12 artigos selecionados, publicados nos últimos 10 anos, pôde-se observar que a Síndrome de Burnout traz diversas consequências na saúde dos profissionais, como depressão, doenças gastrointestinais, cardiovasculares, úlceras pépticas, insônia, prejuízos no desempenho profissional e isolamento. Espera-se a contribuição para novas pesquisas voltadas ao impacto da síndrome na saúde dos profissionais, considerando a necessidade de mecanismos para prevenção e tratamento eficazes e por fazer parte dos distúrbios psiquiátricos que mais acometem profissionais da saúde.

**Palavras-chave:** Esgotamento Profissional; Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

This is a systematic review that aims to know the factors causing stress, its effects, signs and symptoms in nursing professionals who work in intensive care units. Data collection was carried out between July and August 2016, in the databases LILACS, SCIELO and BDNF, starting with the descriptors "Burnout", "Nursing" and "Intensive Care Units" according to the Descriptors in Health Sciences (DECS). Before the 12 selected articles published in the last 10 years, it was observed that the Burnout Syndrome brings several consequences on health professionals, such as depression, gastrointestinal diseases, cardiovascular, peptic ulcers, insomnia, loss on work performance and isolation. contribution is expected for new research focused on the impact of the syndrome in health professionals, considering the need for mechanisms for effective prevention and treatment and to be part of psychiatric disorders that most affect health professionals.

**Keywords:** Burnout; Nursing; Intensive Care Units.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). E-mail: emanuellalisboabaiao@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Docente do curso de Graduação pela UNIVASF. Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas pela UNIVASF.

<sup>3</sup> Docente da Pós graduação em Ciências da Saúde e Biológicas, *Scriptu Sensus* (Mestrado) pela UNIVASF.



## INTRODUÇÃO

A síndrome de Burnout é considerada disfuncional, exposta por sentimentos de fracasso e fadiga devido ao grande desgaste físico e trabalho direto com pessoas. O profissional perde a vontade de se relacionar com os demais trabalhadores e com o ambiente de trabalho, considerando-os não mais importantes. A síndrome envolve três aspectos importantes, sendo eles: esgotamento profissional, despersonalização e exclusão no trabalho<sup>(1,2)</sup>.

Sabe-se, que essa síndrome pode se manifestar de diversas formas, quando, fisicamente, o profissional apresenta fadiga intensa, sono prejudicado, mudanças no apetite e dores musculares; e, psicologicamente, com falta de atenção, sentimentos de ansiedades, depressão e decepções. Além disso, os indivíduos estão expostos a mudanças de comportamento, riscos de negligências no trabalho, risco de irritabilidade, impossibilidade para se concentrar, momentos de conflitos entre os colegas, descumprimento de horários de serviço e ainda isolamento no trabalho<sup>(3,4)</sup>.

O absenteísmo é uma das principais consequências dos fatores estressantes no trabalho. Segundo o Ministério do Trabalho e Previdência Social, no ano de 2007, cerca de 4,2 milhões de trabalhadores foram afastados do serviço e, destes, 3.852 profissionais com diagnóstico de Síndrome de Burnout<sup>(5)</sup>.

Por conta desse afastamento profissional, os fatores estressores são motivos de preocupação para as chefias. A falta ao trabalho por parte dos empregados está na maioria das vezes, relacionada ao descontentamento no serviço, longos plantões e trabalhos em setores que proporcionam cuidados intensivos ao paciente<sup>(6)</sup>.

Existem profissões que possuem maior risco ao aparecimento da SB, como os profissionais de saúde, de educação, bombeiros e outros que atuam diretamente com pessoas e estão expostos a maior tensão emocional e estresse crônico, devido às condições de trabalho. Destaca-se, a enfermagem, por estar exposta a excessiva carga física e emocional, além da sobrecarga no serviço com grandes jornadas de trabalho, sendo que os profissionais atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) possuem maior risco de serem acometidos pela SB<sup>(7)</sup>. O trabalho realizado em UTI exige do pessoal de enfermagem esforço maior para suportar a fadiga física e mental, na tentativa de evitar prejuízos em sua atuação e afastar riscos durante o cuidado ao paciente<sup>(8)</sup>.

Diante disso, destaca-se a relevância de investigar os fatores associados com a SB em profissionais de enfermagem que atuam em ambientes de cuidados intensivos, pois propiciam momentos de estresse e fadiga, podendo comprometer o atendimento ao paciente. Fica evidente a importância de contemplar e investir em estudos sobre a temática para, assim, compreender os aspectos que colaboram ao processo saúde-doença dos profissionais de enfermagem. Diante disto, este artigo teve o objetivo de conhecer os fatores causadores de

estresse, seus efeitos, sinais e sintomas em profissionais de enfermagem, que atuam em UTI, já disponíveis na literatura.

## METODOLOGIA

Para redação deste artigo, foi realizada revisão sistemática, cuja metodologia proporciona a incorporação de vários tipos de estilos de pesquisas, com o objetivo de investigar o entendimento de um fenômeno<sup>(9)</sup>.

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2016, considerando artigos de periódicos científicos publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis em textos completos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF).

O levantamento bibliográfico partiu dos seguintes descritores: I) esgotamento profissional; II) enfermagem e; III) Unidades de Terapia Intensiva, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo que, na base de dados SCIELO, foram utilizados os termos “esgotamento profissional” e “Enfermagem”; na LILACS, “esgotamento profissional” e “Unidades de Terapia Intensiva”; e na BDENF, os três descritores.

Como estratégia de análise e síntese de conhecimento das obras selecionadas a apresentação dos fatores geradores de estresse, seus efeitos, sinais e sintomas em enfermeiros atuantes em UTIs. Assim, chegou-se a discussão dos principais destaques, fundamentada na literatura pertinente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conformes os descritores nomeados para o tema, foram levantados 94 artigos nas bases de dados. Desses, 14 foram eliminados, 6 por estarem repetidos nas bases de dados e 8 por serem revisões sistemáticas. Após leitura exploratória dos estudos, foram escolhidos 12 para análise.

Ao caracterizar os artigos escolhidos, constatou-se que, nos anos 2008 e 2013, houve o maior número de publicações, com três estudos cada (25%); em 2011 e 2012 com dois estudos cada (6,66%); e nos anos 2014 e 2015 foram realizados apenas um (8,33%) em cada ano. Constatou-se que todos os estudos foram realizadas no Brasil e apenas um artigo no idioma inglês. Na análise do tipo de metodologia de cada pesquisa, 8 (66,66%) dessas eram de abordagem quantitativa e 4 (33,33%) qualitativas.

A SB é caracterizada por três situações, sendo elas a exaustão emocional, a despersonalização e realização profissional. Na exaustão emocional, há uso abusivo de fármacos psicoativos e os principais sintomas são: a) gastrite nervosa; b) ansiedade; c) disfunção do sono; d) dores de cabeça; e) dores musculares. Há, ainda, a despersonalização, com comportamentos de insensibilidade com colegas. E quando se refere à realização profissional, os indivíduos apresentam desmotivação, sentimento de incapacidade, desvalorização e esmorecimento no trabalho<sup>(10)</sup>.

Inicialmente, foram abordados os fatores estressores na equipe de enfermagem atuante em UTI. Estudos mostram que estruturas físicas inadequadas e falta ou precariedade de recursos materiais são um dos principais fatores que levam os profissionais ao estresse, supondo que a escassez de materiais contribui para diminuição da qualidade do atendimento prestado e exige maior esforço físico e psicológico dos profissionais. Outros fatores abordados são as relações interpessoais, como contribuintes para atritos na equipe: a falta de respeito, de vínculos de amizade, de postura ética e compreensão, assim como a diversidade de comportamentos e personalidades<sup>(11,12)</sup>.

Faz-se necessário a compreensão e contribuição mútua de todos os profissionais, descartando a individualidade e a competitividade. A boa relação grupal é indispensável para a saúde individual e profissional do indivíduo<sup>(13)</sup>.

Estudo<sup>(11)</sup> realizado com enfermeiros de UTI, num hospital do sul do Rio Grande do Sul, refere-se ao gerenciamento de setores fechados como sendo outro fator estressor ao enfermeiro, devido ao excesso de responsabilidades imposto ao cargo de chefia. O fato da UTI possuir uma estrutura conservadora, a implementação de novas estratégias de trabalho é considerada estressante ao gerente de enfermagem da unidade. Tal pesquisa ressalta algumas reclamações dos profissionais, como a função exaustiva e a sobrecarga de serviços técnicos e burocráticos, dentre eles, a organização da unidade e produção de escalas, normas e planilhas.

A sobrecarga de trabalho também tem papel importante quando se consideram os fatores estressantes. Os profissionais ficam sobrecarregados principalmente pela redução de recursos humanos, absenteísmo de outros colegas e complexidade dos procedimentos em UTIs. A maioria dos participantes do estudo realizado em UTIs de dois hospitais privados em Porto Alegre (RS) afirma possuir mais de um vínculo de trabalho, acumulando funções e, em alguns casos, em turno noturno, prejudicando o sono do trabalhador que já passou o dia em atividade, aumentando a sobrecarga<sup>(14)</sup>.

No geral, as pesquisas abordam a desvalorização da área da enfermagem, a falta de reconhecimento no serviço e situações de sofrimento vivenciadas juntamente com os familiares, como a morte de pacientes. As equipes de enfermagem questionam a falta de sensibilização com os profissionais e falta de apoio por parte das instituições em que trabalham, enfatizando a necessidade de sensibilização quanto à percepção dos profissionais nos serviços hospitalares<sup>(14)</sup>.

Discutiu-se o gênero, com foco nos profissionais de enfermagem de UTIs de um hospital público de São Paulo (SP), constatando que as mulheres apresentam maior probabilidade de serem acometidas pelo estresse, quando comparadas aos homens<sup>(15)</sup>. As mulheres conseguem expressar melhor seus sentimentos, sendo essa uma das justificativas para serem mais propensas ao estresse e possuírem pior qualidade de vida<sup>(16)</sup>.

Estudo realizado em uma UTI de um hospital de cuidado terciário, filantrópico e de grande porte na cidade de Divinópolis (MG) reforça que a SB pode acarretar diversos sinais e sintomas, como desinteresse e disposição no trabalho, ansiedade, sentimento de culpa, sofrimento e incapacidade. Devido à falta de esclarecimento sobre a patologia, muitos profissionais acometidos deixam de receber diagnóstico clínico e tratamento adequado<sup>(17)</sup>.

A síndrome de Burnout provoca diversos efeitos na saúde do trabalhador, dentre eles, destaca-se o sono dos profissionais de enfermagem que costuma ser prejudicado, devido à sobrecarga de trabalho e longos períodos de serviço. Tal fato pode gerar várias disfunções cognitivas, cardiovasculares e gastrointestinais, além de alterações do humor, diminuição no desempenho profissional, isolamento social e laboral<sup>(18)</sup>.

Evidencia-se que essa patologia traz sérias consequências físicas e psicológicas à saúde dos profissionais, como fadiga crônica, dores de cabeça, dores musculares e articulares, enxaqueca, irritabilidade, ansiedade, úlceras pépticas, distúrbios do sono, depressão e interferências fora do trabalho, como ausência em momentos familiares, em cuidados e lazer com os filhos e cônjuges<sup>(19,20)</sup>.

A equipe de enfermagem tem demonstrado maiores dimensões na SB no contexto mundial, atingindo a capacidade produtiva desses profissionais, acarretando conflitos trabalhistas e até mesmo, dependendo do nível elevado de estresse, levar ao suicídio. O grau de estresse laboral pode ser evidenciado em todas as hierarquias da enfermagem, em auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros<sup>(21,22)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado desse estudo permitiu a identificação dos principais fatores que levam a equipe de enfermagem ao estresse em Unidades de Terapia Intensiva, dentre eles: estrutura física inadequada, alta e precariedade de recursos materiais, relações interpessoais, gerenciamento de setores fechados, sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções, pouco reconhecimento das instituições, desvalorização da classe e momentos de sofrimento, como a morte de paciente.

Constatou-se, ainda, diversas consequências na saúde dos profissionais acometidos pela patologia, como depressão, doenças gastrointestinais, cardiovasculares, úlceras pépticas, distúrbios do sono, prejuízos no desempenho profissional, isolamento, dentre outros. Salienta-se, então, a importância de o profissional saber identificar os sinais e sintomas da SB para, assim, obter o diagnóstico preciso e tratamento específico e eficaz.

Por fim, espera-se que esse estudo possa contribuir para a realização de novas pesquisas voltadas ao impacto da SB na saúde dos profissionais de enfermagem, pois faz parte dos distúrbios psiquiátricos que mais acometem os profissionais da saúde e que ainda necessita de estudos direcionados à promoção da prevenção e tratamento eficaz.

## REFERÊNCIAS

---

1. Gil PRM, Carloto MS, Câmara SG. Validação da versão brasileira do questionário para a avaliação da Síndrome de Burnout em trabalhadores. *Rev. Saúde Pública*, 2010, 44(1): 140-147.
2. Murofese NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2005, 13(2): 255-261.
3. Guimarães LAM, Cardoso WLCD. Atualizações da Síndrome de Burnout. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
4. Menegaz FDL. Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública [Dissertação]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
5. Gonçalves E. Síndrome de burnout: desconhecida, mas perigosa. *Folha de Londrina*. 2008, 2: 7.
6. Zborel BLR. Why nurses are calling in sick: the impacto of as health-care restructuring. *Can J. Nurs Res*, 2002, 33(4): 89-107.
7. Ribeiro C, Barbosa JÁ, Oliveira MS. Síndrome de burnout e a enfermagem: revisão da literatura. *Web artigos*. São Paulo. 2008. [Acesso em: 10 abril 2016]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/sindrome-de-burnout-e-a-enfermagem/11653/>
8. Machado DA, Louro TQ, Figueiredo NMA, Vianna LMA. O esgotamento dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa sobre a Síndrome de Burnout em UTI. *Revista de pesqui. Cuid. Fundam.* (online), 2012, 4(4): 2765-2775..
9. Gil CA. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas; 2002.
10. Fogaça MC, Carvalho WB, Citero VA, Martins LAM. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, 2008, 20(3): 261-66.
11. Barboza CN, Braga LL, Perleberg LT, Bernardes LS, Rocha IC. Estresse Ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de Pelotas (RS). *Rev Enferm UFSM*, 2013, 3(3): 374-382.
12. Lima ET, Neves FMO, Studart RM, Dantas RT. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm*, 2013, 26(5): 421-427.
13. Tamayo MR, Trócolis BT. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização de Burnout (ECB). *Psicol Estud*, 2009, 14(3): 213-221.
14. Monteiro JK. Sofrimento Psíquico de Trabalhadores de Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, maio-ago 2012, 12(2):245-250.
15. Andolhe R, Barbosa RL, Oliveira EM, Costa ALS, Padilha KGP. Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2015, 49(esp): 58-64.
16. Oliveira ERA, Gargia AL, Gomes MJ, Bittar TO, Pereira AC. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2012, 17(3): 741-7.
17. Machado RM, Oliveira SP, Ferreira TC, Campos CG, Botti NCL, Santos RC. Síndrome de Burnout em centro de terapia intensiva infantil da região centro-oeste de Minas Gerais. *R. Enferm. Cent. Oeste. Min*, 2011, 1(2): 201-209.
18. Barboza JIRA, Moraes EL, Pereira EA, Reimão RNAA. Avaliação do padrão de sono dos profissionais de Enfermagem dos plantões noturnos em Unidades de Terapia Intensiva. *Einstein*, 2008, 6(3): 296-301.
19. Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2015, 27(2):125-133.
20. Palazzo LS, Carloto MS, Aerts DR. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Rev Saúde Pública*, 2012, 46(6):1066-73.
21. Jofre AV, Valenzuela SS. Burnout em personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Aquichán*, 2005, 5(1): 56-63.
22. Coronetti A, Nascimento ER, Barra DC, Martins JJ. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *ACM Arq Catarin Med.*, 2006, 35(4): 36-43.

---

Recebido em: 01.05.2016

Aprovado em: 13.05.2016

# INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

USED INSTRUMENTS FOR MONITORING AND EVALUATION OF PRESSURE ULCERS BY: AN INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Igor Cordeiro Mendes<sup>1</sup>

Leidiane Minervina Moraes de Sabino<sup>1</sup>

Márcio Flávio Moura Araújo<sup>2</sup>

Vívian Saraiva Veras<sup>2</sup>

Ana Kelve de Castro Damasceno<sup>3</sup>

## RESUMO

Objetivou-se identificar as evidências disponíveis na literatura sobre os instrumentos utilizados para avaliação e acompanhamento de úlceras por pressão. As etapas do estudo são: Identificação do problema ou da temática; Amostragem (seleção dos artigos); Categorização dos estudos; Definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados; Análise e discussão dos artigos; Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados / apresentação da revisão integrativa. Selecionou-se nove artigos desenvolvidos em diversos países que foram categorizados da seguinte forma: escalas para prevenção de úlcera por pressão em ambientes diversos, escalas para prevenção de úlcera por pressão em Unidades de Terapia Intensiva e Protocolos Clínicos. Por fim, conclui-se que existem lacunas na literatura científica, sendo necessário o desenvolvimento de estudos que apresentem uma maior evidência da confiabilidade e validade do uso desses instrumentos nos mais diversos ambientes de cuidado.

**Palavras-chave:** Úlcera por Pressão; Escalas; Protocolos; Enfermagem.

## ABSTRACT

This study aimed to identify the available evidence in the literature on the instruments used for evaluation and monitoring of pressure ulcers. The steps of the study are: Identification of the problem or issue; Sampling (selection of articles); Categorization of studies; Definition of information to be extracted from studies reviewed; Analysis and discussion of articles; Synthesis of knowledge evidenced in the analyzed articles / presentation of the integrative review. Was selected nine articles in several developed countries were categorized as follows: scales for pressure ulcer prevention in different environments, scales for pressure ulcer prevention in Intensive Care Units and Clinical Protocols. Finally, it is concluded that there are gaps in the scientific literature, it is necessary to develop studies that use a higher evidence of reliability and validity of the use of these instruments in various care environments.

**Keywords:** Pressure Ulcer; Scales; Protocols; Nursing.

<sup>1</sup> Enfermeiro (a). Doutorando (a) em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: igormendesufce@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro (a). Doutor (a). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Enfermagem da UFC.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um ambiente que, na maioria das vezes, apresenta uma demanda especializada com o uso de tecnologias complexas, sendo necessário que toda a equipe de saúde priorize a estabilização do paciente. Devido à gravidade das condições clínicas e realização de terapias complexas, o indivíduo em estado crítico possui características específicas, necessitando de maior vigilância e acompanhamento rigoroso. Geralmente esses indivíduos encontram-se mais expostos a procedimentos invasivos, tornando-os suscetíveis a desfechos desfavoráveis que resultam em maior tempo de hospitalização<sup>(1)</sup>.

Diversos são os motivos que geram uma internação hospitalar prolongada desses pacientes críticos na UTI, desde as alterações de sistemas isolados e em conjunto até a ocorrência de infecções locais e generalizadas. Devido à complexidade do estado de saúde dos indivíduos internados em UTI e a demanda de inúmeras intervenções que exigem tempo dos profissionais, a realização de procedimentos que tenham o intuito de promover a manutenção da higiene corporal, incluindo a integridade cutânea, os aspectos emocionais e a interação com os familiares, podem ser negligenciados ou comprometidos<sup>(2)</sup>.

Diante disso, uma das possíveis complicações relacionadas ao processo de internação prolongada na UTI consiste nos prejuízos relativos à mobilização corpórea voluntária. Nesses casos, a principal evolução negativa, caso não realizada intervenções pertinentes, consiste na ocorrência de úlceras por pressão<sup>(3)</sup>.

Existem diversas ações de enfermagem que podem ser implementadas com o intuito de prevenir as UP, destacando-se as seguintes: a mobilização e o (re)posicionamento adequado do paciente; os cuidados com a pele por meio de uso de técnicas apropriadas de higiene, utilização de cremes hidratantes; a indicação e o monitoramento das condições nutricionais e ingestão hídrica, entre outros<sup>(4)</sup>.

Para auxiliar nesse processo, é importante que os profissionais utilizem tecnologias validadas, baseadas em evidência científica, que proporcionem um embasamento técnico para a realização da avaliação, acompanhamento e prevenção das UP. A utilização dessas tecnologias facilita esse processo, melhorando a assistência prestada a esses indivíduos durante a internação hospitalar<sup>(5)</sup>.

Existem alguns instrumentos de medida ou escalas de avaliação de risco com o objetivo de possibilitar subsídios aos profissionais de saúde quanto ao aperfeiçoamento e entendimento de habilidades clínicas necessárias para o processo avaliativo de risco para UP, colaborando, conseqüentemente, com a prevenção dessas lesões. As escalas de Norton, Gosnell, Waterlow e Braden são as mais utilizadas nas Américas e na Europa, diferindo quanto à abrangência, complexidade e facilidade de uso. Além desses, algumas unidades hospitalares e pesquisadores de universidades desenvolvem protocolos para prevenção de úlcera de pressão, principalmente em unidade de terapia intensiva<sup>(6,7)</sup>.

Diante do exposto, reconhecendo que as UP constituem um indicador da qualidade da assistência hospitalar e verificando os elevados índices de prevalência desse agravo, percebe-se a relevância de trabalhar essa temática. Além disso, conhecer os instrumentos que são utilizados no processo de avaliação, acompanhamento e prevenção das UP é de grande relevância, pois essas tecnologias devem ser frequentemente utilizadas, buscando reduzir os índices de UP nas unidades hospitalares. Dessa forma, o objetivo do estudo consiste em identificar as evidências disponíveis na literatura sobre os instrumentos utilizados para avaliação e acompanhamento de úlceras por pressão.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual tem o propósito de avaliar a literatura científica existente possibilitam a associação de múltiplas pesquisas relevantes e propiciam o alcance de conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo. Sendo assim, tem o potencial de elaborar conhecimento em enfermagem, produzindo um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade<sup>(8)</sup>.

Embora os métodos para a condução de revisões integrativas variem, existem padrões a serem seguidos. Na operacionalização dessa revisão, utilizaram-se as seguintes etapas, baseado em especialistas com adaptação<sup>(9)</sup>, conforme fluxograma a seguir:

**Figura 1.** Etapas para realização da revisão integrativa.

<b>1</b>	Identificação do problema ou da temática;
<b>2</b>	Amostragem (seleção dos artigos)
<b>3</b>	Categorização dos estudos
<b>4</b>	Definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados
<b>5</b>	Análise e discussão dos artigos
<b>6</b>	Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados / apresentação da revisão integrativa

**Fonte:** Baseado em Recomendações de Especialista com Adaptação<sup>(9)</sup>.

Sendo assim, a pergunta definida para este estudo foi: quais os instrumentos utilizados pelos profissionais de enfermagem para avaliação e acompanhamento de úlceras por pressão na unidade de terapia intensiva?

Os critérios de inclusão adotados pelo presente estudo foram: a publicação possuir informações relativas aos instrumentos utilizados pelos profissionais de enfermagem para avaliação e acompanhamento de úlceras por pressão; estar disponível eletronicamente; ser classificado como artigo original ou revisão sistemática; estar divulgado em inglês, espanhol e português; ter publicações completas com resumos disponíveis nos últimos 10 anos.

Para realizar a seleção dos estudos, foram utilizados os sistemas de bases de dados importantes no contexto da saúde. Por meio do acesso *online*, foram utilizadas nas seguintes bases de



dados: PUBMED (*National Library of Medicine*), MEDLINE/BVS (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Biblioteca Virtual em Saúde*), LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). O levantamento de artigos ocorreu nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015.

Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso na íntegra, publicações duplicadas, bem como estudos que não abordem temática relevante ao objetivo da revisão.

A terminologia em saúde utilizada foi consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), pelos quais identificaram-se os seguintes descritores, utilizando os idiomas português, inglês e espanhol: úlcera por pressão, escalas, protocolos e enfermagem. Foram realizadas combinações entre os descritores para obtenção de resultados mais ampliados.

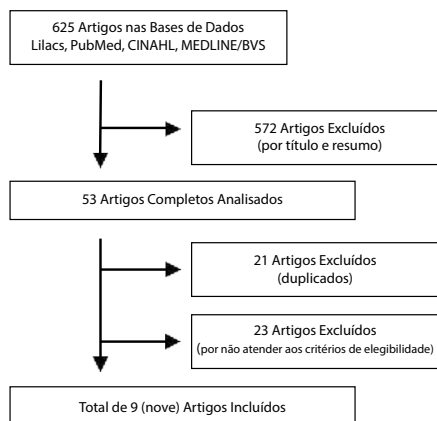
Após a busca dos estudos e obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, foi realizada a leitura exaustiva do título e do resumo de cada artigo científico a fim de verificar a sua adequação com a questão norteadora da presente investigação. Ressalta-se que a busca, a seleção dos artigos e a extração dos dados foram realizadas por um único pesquisador.

A análise dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. Foram obtidos os principais dados de cada artigo por meio de um formulário de coleta de dados adaptado para direcionamento da leitura e extração dos dados pertinentes, o qual foi preenchido para cada artigo da amostra final do estudo<sup>(10)</sup>. Foram coletados dados sobre a identificação do artigo e autores; ano e país de publicação; objetivos do estudo; características metodológicas; resultados e conclusões.

## RESULTADOS

Após a análise das bases de dados, através da utilização dos descritores selecionados, obteve-se a seguinte amostragem, conforme figura 2.

**Figura 2.** Organograma do processo de seleção de artigos inclusos na revisão integrativa. Fortaleza, 2015.



Dessa forma, identificou-se, nas bases de dados selecionadas, um quantitativo de 625 artigos. Após leitura dos títulos e resumos dos mesmos, excluí-se um total de 572 artigos por não se adequarem a temática de interesse dessa pesquisa. Sendo assim, 53 artigos foram analisados completamente e observados todos os tópicos na íntegra, sendo excluídos 21 artigos por duplicidade e 23 artigos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Por fim, selecionaram-se, para compor a amostra desse estudo, nove artigos.

Os artigos excluídos abordavam as seguintes temáticas: avaliação de intervenções para prevenção de úlceras por pressão; análise da incidência/prevalência desse agravo; avaliação do conhecimento de profissionais acerca das UP; correlação da ocorrência de UP com outras variáveis; estudos de revisão; análise da utilização dos instrumentos para prevenção de UP, mas não a composição dos mesmos; outras temáticas relacionadas à área da saúde, em específico, assuntos relativos à enfermagem.

**Tabela 1.** Caracterização dos Estudos da Revisão Integrativa. Fortaleza-CE, 2015.

ESTUDO	N	REFERÊNCIAS
<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>		
Até 2010	02	11, 12
Após 2010	07	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
<b>TIPO DE INSTRUMENTO</b>		
Escalas	07	11, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Protocolos Clínicos	02	12, 18
<b>DESCRITORES UTILIZADOS NA BUSCA</b>		
Úlcera por Pressão; Escalas e Enfermagem	07	11, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Úlcera por Pressão; Protocolos e Enfermagem	05	12, 13, 14, 15, 18
<b>PAÍS DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO</b>		
Brasil	02	13,17
Coreia	01	16
Cuba	01	11
EUA	03	12, 15, 18
Portugal	01	19
Noruega	01	14

Em relação à caracterização dos manuscritos selecionados, observou-se que, embora o corte de tempo estabelecido como critério de elegibilidade tenha sido entre 2005 a 2015, a maioria dos artigos escolhidos foram publicações recentes a partir de 2011. Além disso, os trabalhos selecionados mais prevalentes foram relativos a escalas com o objetivo de identificar precocemente o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Em relação aos descritores utilizados, a maioria dos artigos foram identificados quando utilizados a seguinte combinação de descritores: Úlcera por Pressão; Escalas e Enfermagem.

**Tabela 2.** Categorização dos Artigos da Revisão Integrativa. Fortaleza-CE, 2015.

ESTUDO	N	REFERÊNCIAS
<b>ESCALAS PARA PREVENÇÃO DE UP EM AMBIENTES DIVERSOS</b>		
Elencam basicamente informações relacionadas ao estado geral do paciente (em relação a consciência, mobilidade e umidade), bem como outros fatores considerados de risco para o desenvolvimento de UP.	05	11, 13, 14, 15, 17
<b>ESCALA PARA PREVENÇÃO DE UP EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA</b>		
Além das informações gerais, relativas as condições de pele e umidade, são acrescentados tópicos relevantes presentes na UTI que aumentam o risco de UP.	02	16, 19
<b>PROTOSCOLOS CLÍNICOS</b>		
Abordam informações específicas relacionadas a indicações clínicas preconizadas para a prevenção e/ou tratamento de UP.	02	12, 18

Quanto à categorização dos manuscritos, estabeleceu-se a seguinte divisão a partir dos assuntos abordados no material selecionado: escalas para prevenção de úlcera por pressão em ambientes diversos, escalas para prevenção de úlcera por pressão em Unidades de Terapia Intensiva e Protocolos Clínicos. As escalas para prevenção de úlcera por pressão em ambientes diversos elencam basicamente informações relacionadas ao estado geral do paciente (em relação a consciência, mobilidade e umidade), bem como outros fatores considerados de risco para o desenvolvimento de UP. Quanto às escalas para prevenção de úlcera por pressão em Unidades de Terapia Intensiva, além das informações gerais, já contidas nas outras escalas supracitadas, apresentam também tópicos relevantes presentes na UTI que aumentam o risco de UP. Sobre os Protocolos Clínicos,

abordam informações específicas relacionadas a indicações clínicas preconizadas para a prevenção e/ou tratamento de UP.

## DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi desenvolvida a partir da categorização dos estudos, conforme estabelecido na Tabela 2. Dessa forma, inicialmente, serão tratadas das escalas para prevenção de úlcera por pressão em ambientes diversos, logo após, serão abordadas as escalas para prevenção de úlcera por pressão em Unidades de Terapia Intensiva e, posteriormente, será discutido acerca dos Protocolos Clínicos.

Quanto às escalas para prevenção de úlceras por pressão em ambientes diversos, identificou-se, nos estudos selecionados, a abordagem das tabelas de Norton, Waterlow e Braden, sendo as que apresentam valor preditivo testado e, dessa forma, confiáveis para utilização na avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão. Embora existam mais de 40 escalas que possuem o escopo de prevenir a úlcera por pressão ou avaliar o risco para o desenvolvimento da mesma, sabe-se que a maioria são instrumentos construídos a partir de opiniões de especialistas ou adaptações de outras escalas já existentes. Uma grande quantidade dessas escalas não atribui definições para mensuração dos fatores de risco, tampouco empregam técnicas estatísticas adequadas, sendo, portanto, pouco referenciadas na literatura científica confiável<sup>(5)</sup>.

A escala de Norton avalia cinco parâmetros para grau de risco: condição física; nível de consciência; atividade; mobilidade; incontinência. Cada parâmetro deve ser pontuado com valores de 1 a 4. A soma dos cinco níveis produz um escore que varia de 5 a 20 pontos, interpretados da seguinte forma: <14 (risco) e < 12 (alto risco). Além disso, quanto menor for o somatório final maior será o risco para o desenvolvimento de UP<sup>(11)</sup>.

Em estudo desenvolvido em Matanza, Cuba, com o escopo de demonstrar os benefícios da utilização da escala de Norton em pacientes clinicamente críticos, observou-se que essa escala aborda em detalhes os aspectos físicos da influência do paciente sobre a ocorrência da lesão, ajudando a prever os pacientes que estão propensos ao desenvolvimento de úlceras e favorecendo o estabelecimento precoce de medidas preventivas<sup>(11)</sup>.

Em relação à escala de Braden, verifica-se que a mesma avalia os seguintes parâmetros: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. A pontuação máxima é de 23 pontos e quanto menor for a pontuação maior será o risco para UP, sendo uma das escalas mais utilizadas em todos os cenários para avaliar o risco para desenvolvimento de úlceras por pressão<sup>(5)</sup>.

Entretanto, a utilização da escala de Braden em Unidades de Terapia Intensiva é questionável. Em estudo realizado em três UTI adulto de Ohio, Estados Unidos, com o propósito de avaliar a validade da escala de Braden para a previsão de úlceras de pressão em pacientes de UTI, chegou-se a seguinte conclusão: a escala de Braden mostra validade preditiva insuficiente e precisão insatisfatória quanto a identificação do risco de úl-



ceras por pressão em pacientes de UTI; a escala de Braden pode não refletir suficientemente as características dos pacientes de UTI; mais pesquisas são necessárias para determinar quais os possíveis fatores preditivos são específicas para a UTI, a fim de aumentar a utilidade da escala de Braden para a previsão de úlceras de pressão em pacientes de UTI<sup>(12)</sup>.

Vale destacar a existência de instrumentos específicos e validados para detecção do risco de a criança desenvolver UP, direcionam o raciocínio clínico e a intensidade das medidas preventivas. A escala Braden Q, uma versão pediátrica da escala de Braden, avalia os riscos por meio de dois parâmetros: o primeiro considera a intensidade e a duração da pressão por meio da avaliação da mobilidade, atividade e percepção sensorial; e o segundo, a tolerância dos tecidos pela avaliação da umidade, cisalhamento, nutrição, perfusão e oxigenação dos tecidos. Embora outras escalas tenham sido desenvolvidas a partir da observação direta de crianças, a escala de Braden Q tem sido a mais estudada e utilizada internacionalmente até o momento<sup>(13)</sup>.

Quanto a escala de Waterlow, consiste em um instrumento que avalia sete tópicos principais: relação peso/altura (IMC), avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite, e medicações. Além de quatro itens que pontuam fatores de risco especiais, subnutrição do tecido celular, *déficit* neurológico, tempo de cirurgia, acima de duas horas e trauma abaixo da medula lombar. Quanto mais alto o escore maior será o risco de desenvolver UP<sup>(14)</sup>.

Estudo desenvolvido em João Pessoa-Paraíba, Brasil, com o objetivo de mensurar o risco para úlcera por pressão em idosos hospitalizados, identificou a importância e abrangência da escala de Waterlow, pois, através da avaliação de múltiplos parâmetros, pode-se identificar de maneira satisfatória o risco para o desenvolvimento de UP, proporcionando o estabelecimento precoce de intervenções que tenham o intuito de prevenir essas lesões. Nesse estudo, constatou-se que idosos evidenciam risco elevado de desenvolver úlcera por pressão, fazendo-se necessária a adoção de medidas para preveni-las, como reduzir o período de hospitalização e melhorar o cuidado de enfermagem daqueles com doenças crônicas e imobilidade<sup>(14)</sup>.

Em relação à Escala para Prevenção de UP em Unidade de Terapia Intensiva, identificou-se apenas uma específica para esse ambiente hospitalar denominada de escala de avaliação de risco de UP Cubbin e Jackson. Essa escala inclui itens específicos relacionados ao ambiente de terapia intensiva, tais como a hemodinâmica e respiração, enquanto a escala de Braden tem itens que podem ser aplicadas a qualquer configuração clínica. Outros itens que são avaliados nessa escala são: incontinência, higiene, nutrição, mobilidade, condição mental, peso, idade e condições gerais de pele, sendo alguns desses tópicos comuns a outras escalas. Cada item tem uma escala de 4 pontos; Assim, o total de pontos é 40. Quanto menor o total de pontos, maior será a probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão<sup>(15,16)</sup>.

Alguns estudos evidenciam que a escala de Cubbin e Jackson apresentam confiabilidade e validade maior que outras escalas para avaliação de risco de úlcera por pressão em Unidades de Terapia Intensiva. Em pesquisas realizadas na Coreia e em Portugal, conclui-se que essa escala apresenta maior valor preditivo que outras quando utilizadas em ambientes de terapia intensiva, sendo, portanto, mais confiáveis nesse contexto específico<sup>(15,16)</sup>.

Sobre os estudos selecionados que apresentavam informações acerca de protocolos clínicos, observou-se que os mesmos expunham protocolos exclusivos criados e aplicados em instituições específicas. Os mesmos possuíam algumas características em comum, como: a descrição da necessidade do uso de escalas para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e o estabelecimento de ações padronizadas com o intuito de prevenir a ocorrência desse agravo<sup>(17,18)</sup>.

Um dos protocolos referiu a utilização de uma escala específica para avaliação do risco de desenvolvimento de UP específicas para pacientes no perioperatório, abordando alguns aspectos específicos desse público, como o tipo de anestesia, a perda de sangue e a duração do processo operatório. Algumas intervenções mencionadas nesse protocolo são as seguintes: necessidade de educação pessoal sobre os riscos, prevenção, avaliação e documentação de úlceras por pressão; utilização de colchões poliuretano-uretano viscoelásticas; uso de botas de alívio da pressão; utilização de almofada de gel sob o sacro se estiver usando um cobertor aquecimento; uso de um curativo de silicone sacral para pacientes cardiovascular, transplante de fígado e neurocirurgia que estão sobre a cama por mais de 4 horas<sup>(18)</sup>.

O outro protocolo referiu a utilização da escala de Braden para avaliação do risco de úlcera por pressão, sendo avaliado sempre que um paciente for internado, quando o protocolo é iniciado, e também quando o paciente for transferido ou tiver alta da UTI. As intervenções elencadas pelo referido protocolo são as seguintes: uso de menos barreiras entre o paciente crítico e a cama para reduzir o atrito; utilização de uma folha plana, e não lençol, para esses pacientes específicos que tenham risco de UP; Uso de uma almofada inferior de umidade em torcida, e não almofadas pesadas, para reduzir a fricção e permitir o movimento fácil do paciente; reposicionar paciente deslizando folha plana ao longo de um colchão insuflado máximo; utilização da posição Trendelenberg reverso em pacientes bariátricos que estão recebendo ventilação mecânica<sup>(17)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a identificação de uma multiplicidade de instrumentos que possuem o escopo de avaliar o risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, observa-se a importância dessa temática, pois o estabelecimento precoce de intervenções visando a prevenção desse agravo proporciona uma redução considerável desse indicador da qualidade da assistência hospitalar.

Entretanto, verifica-se que existem lacunas na literatura científica, principalmente no que concerne a realização de estudo que

avaliem a confiabilidade e a validade da utilização desses instrumentos nos mais diversos contextos e ambientes de cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Cremasco MF, Wenzel F, Sardinha FM, Zanei SSV, Whitaker IY. Úlcera por pressão: risco e gravidade do paciente e carga de trabalho de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(esp): 897-902.
2. Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Velásquez-Meléndez G. Fatores associados à úlcera por pressão em pacientes internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(4): 1070-6.
3. Cerri A, Roehrs H, Crozeta K, Sarquis LMM, Palu L. Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. *Cogitare Enferm.* 2011; 16(3): 463-70.
4. Diccini S, Camaduro C, Iida LIS. Incidência de úlcera por pressão em pacientes neurocirúrgicos de hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2): 205-9.
5. Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(5): 695-700.
6. Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010; 22(2): 175-85.
7. Dantas DV, Torres GV, Dantas RAN. Assistência aos portadores de feridas: caracterização dos protocolos existentes no Brasil. *Ciênc. Cuid saúde.* 2011; 10(2): 366-72.
8. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 758-64.
10. Ursi ES. Prevenção de lesão de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
11. Hinojosa IJ, Moreira GD, Guerra HR. Beneficio de la aplicación de la escala de Norton em pacientes graves. *Unidad de Cuidados Intensivos: Hospital Militar Docente* Dr Mario Muñoz Monroy, Matanzas:febrero-diciembre 2009. *Rev. medica electron.* 2010; 35(2): 1-6.
12. Racco M, Phillips B. Developing a Protocol for Intensive Care Patients at High Risk for Pressure Ulcers. *Critical Care Nurse.* 2010; 30(3): 77-80.
13. Fernandes MGM, Costa KNFM, Santos SR, Pereira MA, Oliveira DST, Brito SS. Risco Para Úlcera por Pressão em Idosos Hospitalizados: Aplicação da Escala de Waterlow. *Rev. enferm. UERJ.* 2012; 20(1): 56-60.
14. Fossum M, Söderhamn O, Cliffordson C, Söderhamn U. Translation and testing of the Risk Assessment Pressure Ulcer Sore scale used among residents in Norwegian nursing homes. *BMJ Open.* 2012; 2(1): p. 1-5.
15. Hyun S, Vermillion B, Newton C, Fall M, Li X, Kaewprag P, Moffatt-Bruce S, Lenz ER. Predictive Validity of the Braden Scale for Patients in Intensive Care Units. *Am J Crit Care.* 2013; 22(6): 514-20.
16. Kim E, Choi M, Lee J, Kim YA. Reusability of EMR Data for Applying Cubbin and Jackson Pressure Ulcer Risk Assessment Scale in Critical Care Patients. *Healthc Inform Res.* 2013; 19(4): 261-70.
17. Maia ACAR, Pellegrino DMS, Blanes L, Gal Dini GM, Ferreira LM. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. *Rev. paul. pediatr.* 2011; 29(3): 405-14.
18. Mathias JM. Use of refined protocols reduces pressure ulcer rates. *OR Manager (OR MANAGER).* 2013; 29(12): 1-4.
19. Sousa B. Tradução, adaptação e validação para o português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2013; 25(2): 106-14.

Recebido em: 07.05.2016

Aprovado em: 17.05.2016

# CUIDADO MATERNO COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO APÓS-ALTA HOSPITALAR

MOTHER CARE WITH PREMATURE NEWBORN AFTER DISCHARGE

Artigo de Revisão

Regina Célia Carvalho da Silva<sup>1</sup>

Daisyane de Carvalho Pinheiro<sup>2</sup>

Tayrine Nogueira Moreira dos Santos<sup>2</sup>

Márcia Maria Tavares Machado<sup>3</sup>

Livia Silva de Almeida Fontenele<sup>4</sup>

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as evidências na literatura sobre o preparo dos pais para alta hospitalar do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre fevereiro e março de 2014, na Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME. Foram selecionados dez artigos, a partir da questão norteadora: Como os pais estão sendo preparados para cuidar os recém-nascidos prematuros no domicílio após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal? A partir da análise surgiram duas categorias temáticas: Preparo das mães para cuidarem de seus filhos prematuros após alta da UTIN e a percepção das mães sobre o cuidado do filho prematuro após alta da UTIN. Conclui-se, que há necessidade de apoio da equipe de saúde após alta do recém-nascido prematuro para a prática do cuidado no domicílio.

**Palavras-chave:** Alta do Paciente; Recém-Nascido; Unidade de Terapia Intensiva.

## ABSTRACT

The aim of this study was to understand the evidence in the literature evidence on the preparation of parents for discharge of premature newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. It is an integrative literature review, conducted between February and March 2014, the Virtual Health Library - BIREME. Ten articles were selected from the guiding question: How Parents are being prepared to care for premature newborns at home after discharge from the Neonatal Intensive Care Unit? From the analysis there were two themes: Preparation of mothers to care for their premature babies after discharge from the NICU and mothers' perception about the care of premature infants after discharge from the NICU. It follows that ha a need to support the health team after discharge from premature newborns to the practice of care in the home.

**Keywords:** Patient Discharge; Newborn; Intensive Care Unit.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva UFC-UECE-UNIFOR. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. E-mail: reginacarvalho741@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Graduada pela UNIFOR.

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-Doutora pela Harvard University. Docente e Pesquisadora do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC).

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da UNIFOR.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observa-se um aumento na taxa de sobrevivência de recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer, devido aos avanços no suporte tecnológico e de terapia, no conhecimento científico e nas recentes estratégias nutricionais, que tem melhorado a assistência neonatal. Embora estejam sobrevivendo, não se pode afirmar que os esforços garantam uma sobrevida sem alterações. Durante o período pós-natal o recém-nascido pode sofrer intercorrências clínicas, ser submetido a procedimentos invasivos durante a internação, ou mesmo apresentar doenças que podem deixar sequelas permanentes com impacto no desenvolvimento global. Alterações de desenvolvimento e problemas na função de alimentação são frequentes nessas crianças<sup>(1)</sup>.

No decorrer do desenvolvimento, as crianças que nascem de parto prematuro ou/e com baixo peso, quando comparadas a crianças com peso igual ou superior a 2.500g a termo, têm mais tendências a apresentar: deficiências cognitivas<sup>(2,3)</sup>, problemas de desempenho escolar<sup>(4)</sup> e dificuldades comportamentais<sup>(5,6)</sup>. Verifica-se ainda que quanto mais baixo o peso de nascimento, mais dificuldades ocorrem no curso do desenvolvimento<sup>(7)</sup>.

Vale destacar que as condições socioeconômicas<sup>(8)</sup> da família e a disponibilidade dos serviços de saúde, sobretudo, o seguimento ambulatorial por equipe multiprofissional<sup>(9,10)</sup> tem papel significativo no sentido de atenuar ou agravar o desencadeamento dessas dificuldades.

O desenvolvimento adequado da criança encontra-se associado à saúde neonatal do bebê, assim como a características maternas, variáveis do ambiente familiar e programas de intervenção precoce para detecção, atenuação e, se possível, reversão de problemas. A relevância da intervenção precoce, como atenuante da tendência negativa que as crianças nascidas pré-termo e com baixo peso possuem no desenvolvimento dos primeiros anos de vida, podem se estender até a adolescência<sup>(9)</sup>.

Dessa forma, a alta hospitalar da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve se dar de forma contínua, sem interrupções bruscas e quando a família estiver plenamente preparada para dar continuidade ao cuidado no domicílio. A falta de um planejamento adequado da alta hospitalar tem sido causa de reinternações e até óbito de crianças que saíram com potencial de recuperação da UTIN. A preparação adequada dos pais pode reduzir reinternações, gerenciar o cuidado no domicílio com domínio do uso de medicações e alimentação, além de garantir que os pais reconheçam problemas em momento oportuno e saibam quando buscar ajuda no serviço de saúde<sup>(11)</sup>.

Diante do exposto o objetivo do estudo foi conhecer as evidências disponíveis na literatura sobre o preparo dos pais para alta hospitalar do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

## METODOLOGIA

Optou-se pelo método de revisão integrativa que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribui para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste é obter um profundo entendimento acerca de um determinado fenômeno com base em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor identifique as características reais dos estudos incluídos no estudo<sup>(12)</sup>.

Elaborou-se como pergunta norteadora para responder ao objetivo geral da pesquisa: Como os pais estão sendo preparados para cuidar os recém-nascidos prematuros no domicílio após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

O levantamento bibliográfico foi realizado entre fevereiro e março de 2014 nas bases de dados contidas na Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME. Como critérios de inclusão, foram definidos: publicações entre 2008 e 2014, pesquisas disponíveis eletronicamente nas bases de dados selecionadas nos idiomas português e inglês, cujos resultados atendiam ao objetivo do estudo. Em relação aos critérios de exclusão, foram eliminados os manuais, editoriais e as cartas ao editor.

Obedeceu-se uma sequência coerente dos descritores para as buscas na base de dados escolhidas, na primeira pesquisa foram utilizados: “prematuro”, “alta hospitalar” e “UTI neonatal”, onde foram identificados 46 artigos. Na segunda pesquisa acrescentou-se: “família” e “assistência à saúde”, onde foram localizados 12 trabalhos. Foram selecionados dez artigos para compor esta pesquisa integrativa, os que obedeceram aos critérios de inclusão estabelecidos e que estavam disponíveis em textos completos, sendo oito periódicos nacionais e dois periódicos internacionais, os demais não correspondiam com a proposta inicial da pesquisa.

Para auxiliar a coleta utilizou-se um formulário, com título do artigo, do periódico, idioma, ano de publicação e nomes dos autores. Quanto às características metodológicas, foram verificados: tipo de publicação e objetivo ou questão de investigação. Após exaustiva leitura, os artigos selecionados foram organizados em tabelas e analisados e categorizados em temáticas previamente elaboradas. Os resultados foram analisados e discutidos conforme a literatura pertinente.

## RESULTADOS

A principal inquietação do profissional que atua em UTIN volta-se para a manutenção da vida dos recém-nascidos, cada vez mais prematuro. Para isto, prioriza a qualidade da assistência prestada no ambiente hospitalar, por meio de qualificações técnicas e equipamentos de alta densidade

tecnológica. A sobrevivência do recém-nascido prematuro sob cuidados intensivos amplia a necessidade de cuidados no âmbito domiciliar. Tais cuidados passam a serem desempenhados pelos pais e familiares.

**Quadro 1.** Síntese dos artigos encontrados nas bases de dados, de acordo com Título do periódico, autor, objetivos e resultados. Fortaleza, CE, Brasil, 2014.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO (S)	RESULTADOS
Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa	CHIODI, et al.	Identificar as necessidades de educação em saúde da família do recém-nascido pré-termo.	Estratégias profissionais desejáveis. Necessidade de práticas educativas com metodologia ativa.
Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna	FROTA, M.A et al.	Conhecer a percepção da mãe sobre a alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio após a primeira semana de alta.	Evidenciou que as mães não recebem orientações para a alta hospitalar dos profissionais de saúde.
Are families prepared for discharge from the NICU?	SMITH, V.C et al.	Quantify and compare the family's and the nurse's perception regarding the family's discharge preparedness. Determine which elements contribute to a family's discharge preparedness.	Assistência com a seleção pediatra e preparação casa pode melhorar o percentual de famílias preparadas para a alta.
Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta	GUBERT, J.K et al.	Avaliar o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após alta da UTIN. O estudo consiste de uma pesquisa exploratória e descritiva na modalidade estudo de caso.	Necessidade de apoio da equipe de saúde no primeiro mês em casa.
O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal	VIEIRA, C.S; MELLO, D.F	Descrever como ocorre o cuidado do pré-termo e baixo peso egresso da unidade de terapia intensiva neonatal, no que tange ao seguimento dessa clientela no contexto do domicílio.	O cuidado do RN ocorre de maneira fragmentada. Os serviços de saúde são focais e centrados no atendimento da demanda.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO (S)	RESULTADOS
Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar	MORAIS, A.C; QUIRINO, M.D; CAMARGO, C.L	Identificar, suporte social que mães de prematuros tiveram para cuidar dos filhos no domicílio, descrevendo os desafios enfrentados para o seguimento ambulatorial.	Os resultados evidenciaram as inúmeras dificuldades que as mães e familiares enfrentaram para conseguir o acompanhamento ambulatorial das crianças prematuras.
Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life	LOPEZ, G.L; ANDERSON, K.H; FEUTCHINGER J.	To conduct an integrative literature review to studies that focus on the transition of premature infants from neonatal intensive care unit (NICU) to home.	Visitas domiciliares por uma enfermeira foram um componente chave, fornecendo educação, apoio e cuidados de enfermagem. Um programa, portanto, deve consistir em fornecer aos pais de bebês prematuros com visitas domiciliares implementados por uma enfermeira ou ficar em contato com uma enfermeira
Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta	MELO, L.M et al.	Identificar as percepções e experiências maternas em relação aos cuidados com a alimentação durante o internamento do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e após a alta hospitalar.	Pondera-se que a realização de grupos de apoio, baseado em dinâmicas e no diálogo aberto informal entre mães e profissionais seja uma ferramenta útil a elucidações de dúvidas contra hábitos prejudiciais ao bebê.
A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro	SIQUEIRA, M.B.C.; DIAS, M.A.B	Analisar a percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro.	A vivência das mães é marcada pelo trauma do parto prematuro
A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação	SILVA, R.V	compreender a vivência da amamentação de mães de recém-nascidos prematuros durante a internação de seus filhos e como objetivo específico descrever a performance de amamentação e condições de suas mamas e lactação, por ocasião da alta dos filhos.	Processo de avaliação contínua das condições de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. Ações no desenvolvimento da amamentação.

A partir da análise dos artigos apresentados no quadro 1, dividiu-se as evidências científicas em duas categorias temáticas: Preparo das mães para cuidarem de seus filhos prematuros após alta da UTIN e a percepção das mães sobre o cuidado do filho prematuro após alta da UTIN.

### **O preparo das mães para cuidarem de seus filhos prematuros após alta da UTIN**

Constata-se que se tem investigado a participação da mãe e o conhecimento dos enfermeiros e de outros profissionais no que se refere ao cuidado no RN. Os resultados apontam que a visita domiciliar realizada pelos enfermeiros é uma importante estratégia para o conhecimento da situação socioeconômica e cultural da família.

No entanto, outras estratégias foram identificadas como úteis e eficazes na transição de prematuros e seus pais de UTIN para casa como proposta de melhorar a qualidade do cuidado, tais como: programas com utilização de diversas formas de comunicação, como telefones e videoconferência; visitas domiciliares e educação em saúde com o apoio de material gravado ou impresso<sup>(13)</sup>.

As instituições de saúde oferecem apoio a assistência e a educação, porém ainda não conseguiram atingir as metas de uma assistência integral e humanizada. Além de receber orientações dos profissionais, a família precisa desenvolver autonomia em relação aos cuidados do RN, e ser preparada para realizar um planejamento individualizado levando em conta os aspectos sociais, econômicos e culturais. A concepção de preparo para alta deve ser motivo de reflexão das equipes de saúde na obtenção de resultados positivos após a alta hospitalar<sup>(14)</sup>.

É comum as mães não receberem orientações da equipe acerca de como cuidar do bebê no domicílio. Estudo<sup>(15)</sup> sugere uma maior aproximação e interação dos profissionais de saúde com a família, para que as informações sejam repassadas e o cuidado tenha continuidade. Mesmo quando recebem informações, algumas mães não se sentem seguras e acabam adotando condutas inadequadas, especialmente com a alimentação, fazendo uso indiscriminado de mingaus e fórmulas lácteas<sup>(16)</sup>.

Propostas como a presença da equipe de saúde no primeiro mês em casa, sobretudo, da Estratégia Saúde da Família, já que esta é a referência primária da mulher diante das dificuldades encontradas em domicílio, destacam-se como relevantes<sup>(17)</sup>. Assim, acredita-se que as orientações disponibilizadas pelos profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção possam contribuir com o cuidado prestado pelos pais no domicílio.

### **Percepção das mães sobre o cuidado do filho prematuro após alta da UTIN**

As mães relatam despreparo, sobretudo, quanto à amamentação, alimentação e, ainda, destacam dificuldades para o acompanhamento ambulatorial dos filhos.

Essas apresentam uma preocupação pela manutenção da amamentação regular mesmo depois que retomam sua rotina.

O papel do profissional no auxílio do aleitamento materno e o estímulo na educação em saúde não foram evidenciados. Destaca-se a importância da atuação da equipe na obtenção da segurança e confiança na prática do cuidado com o RN<sup>(18)</sup>.

A insatisfação com os serviços do SUS, mostra-se presente nos discursos das famílias. É necessária uma articulação dos profissionais e dos diversos serviços para que o cuidado seja percebido de maneira indissociável<sup>(19)</sup>.

Mães que recebem alta hospitalar evidenciam dificuldades no acompanhamento em ambulatório<sup>(20)</sup>. Observa-se a deficiência na comunicação entre as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal com os serviços de acompanhamento ambulatorial. Isso faz com que o recém-nascido prematuro ao receber alta, não obtenha os encaminhamentos necessários que garantam apoio as dificuldades enfrentadas pela família.

Falhas na comunicação entre profissionais e familiares foram evidenciadas, dentre as quais, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno obtiveram uma preocupação maior, visto que a alimentação adequada ao recém-nascido influencia positivamente na recuperação e no desenvolvimento e crescimento saudável. Constatamos que as orientações são pontuais, sem aprofundamento, e, muitas vezes, a família retoma ao lar sem informações suficientes sobre os cuidados gerais e a alimentação adequada.

Os problemas de relacionamento entre os profissionais e a família ainda representam uma barreira dentro das Unidades Neonatais. O acolhimento terapêutico ao RN e a sua família são essenciais para exercer a boa prática do cuidar e promover maior empenho na busca pelo bem-estar. É necessário envolvimento por parte dos profissionais da saúde para que se perceba o outro e possa desvendar suas reais necessidades<sup>(21)</sup>.

O preparo da família e do recém-nascido prematuro para a alta hospitalar visa promover a saída da Unidade Neonatal e proporcionar meios para uma readaptação dos pais e dos bebês no ambiente domiciliar, sem traumas e com o mínimo de complicações possível.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora seja evidente a participação do enfermeiro nas discussões acerca dos cuidados com recém-nascido após alta hospitalar, os resultados não permitem estabelecer se as ações de enfermagem estão sendo efetivas para o preparo dos pais e da família dos prematuros internados.

Conclui-se, que além das orientações fornecidas na UTIN, há necessidade de apoio da equipe de saúde no primeiro mês em casa, sobretudo, da Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, implementar um rotina de visitas domiciliares aos recém-nascidos que receberam alta, averiguar às necessidades da mãe e da família com o cuidado e o manejo da criança pode ser considerada uma ação positiva para identificar precocemente às dificuldades e prevenir danos à saúde do prematuro.



## REFERÊNCIAS

---

1. Freitas M, Kernkraut AM, Guerrero SMA, Akopian STG, Murakami SH, Madaschi S et al. Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. *Einstein*, 2010; 8(2): 180-6.
2. Zomignani AP, Zambelli HJL, ANTONIO MARGM. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*, 2009; 27(2):198-203.
3. Stein REK, Siegel MJ, Bauman LJ. Are Children of Moderately Low Birth Weight at Increased Risk for Poor Health? A New Look at an Old Question. *Pediatrics* 2006; 118;217-223. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/1/217>. acesso em 25/09/10.
4. Méio M, Lopes CS, Morsch DS, Monteiro APG. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. 2004; 80:495-502
5. Pinto EB. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2009; 22 (1): 76-85.
6. Espírito Santo JL, Portuquez MW, Nunes ML. Status cognitivo-comportamental de prematuros de baixo peso ao nascimento em idade pré-escolar que vivem em países em desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 2009; 85(1): 35-41
7. Nobre FDA, Carvalho AEV, Martinez FE, Linhares MBM. Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano de Vida. *Revista Interamericana de Psicologia*, 2009; 43 (3): 442-450.
8. Eickmann SH, Lima MC, Motta MEFA, Romani SAM, Lira PIC. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. *Rev Saúde Pública* 2006;40(6):1073-81.
9. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. 2005;81(15Supl):101-110.
10. Rugolo LMSS, Betlin MA, Rugolo Junior A, Dalben I, Trindade CEP. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. *Revista Paulista de Pediatria*; 2007; 25(2):142-9.
11. Smith VC, Young S, Pursley DM, McCormick MC, Zupancic JA. Are families prepared for discharge from the NICU? *J Perinatol*. 2009; 29(9):623-9.
12. Broome M. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA. Editors. *Concept development in nursing: foundations, techniques and applications*. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company. 2000:231-50.
13. Lopez G, Anderson KH, Feutchinger J. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Netw*. 2012; 31: 207-214.
14. Chiodi LC, Aredes NDA, Scochi CGS. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. *Acta paul. enferm*. 2012; 25 ( 6): 969-74.
15. Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins EMCS, Chaves EMC, Silva CAB, Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Esc. Anna Nery*. 2013; 17 (2): 277-283.
16. Melo LM, Machado MMT, Leite AJM, Rolim KMC. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. *Revista: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2013 14(3): 512 -20.
17. Gubert JK, Viera CS, Oliveira BRG, Delatore S, Sanches MM. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. *Cienc Cuidado Saúde*. 2012 jan/mar; 11(1):146-55.
18. Silva RV, Silva IA. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. *Esc. Anna Nery*. 2009; 13 (1): 108-115.
19. Viera CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo tal. *Texto contexto - enferm*. 2009; 18 (1): 74-82.
20. Moraes AC, Quirino MD, Camargo CL. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. *Rev Eletr Enf*.2012. 14(3):654-662.
21. Farias LM, Cardoso MVLML, Oliveira MMC, Melo GM, Almeida LS. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na Unidade Neonatal. *Rev Rene*. 2010; 11(2):37-43.

---

Recebido em: 10.05.2016

Aprovado em: 20.05.2016

# ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2016



**Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho**

Presidente do Coren-CE  
 Enfermeiro do Instituto Dr. Jose Frota e da  
 Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

**E**nfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem traz mais uma edição da ReTEP, compartilhando além de artigos científicos valiosos para o engradecimento profissional. Partilhamos também as comemorações da Semana da Enfermagem, que reuniu cerca de 1800 profissionais e estudantes em uma caminhada na Avenida Beira Mar, chamando a atenção das autoridades e da população para a valorização que a Enfermagem merece. Palestras, cursos e exposições culturais foram pontos marcantes na capital e interior. Além disso, as sessões plenárias na Assembléia Legislativa e Câmara Municipal homenagearam profissionais que engradecem a categoria com suas contribuições, tanto acadêmicas como de luta em defesa da profissão.

Ainda observamos, principalmente entre os recém-formados, um certo desconhecimento sobre o verdadeiro papel do Coren, por isso aproveitamos para reiterar os fatos. A Enfermagem é uma profissão regulamentada, significa que o exercício, desde a formação profissional às competências e áreas de atuação, é regido por lei. A fiscalização do exercício profissional é a função primordial dos Conselhos de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) é responsável pela instalação dos Conselhos Regionais (Coren) e pela apreciação, em grau de recurso, das decisões de cada Coren. Cabe ao Cofen elaborar o código de ética profissional e, quando necessário, alterá-lo, ouvindo os Conselhos Regionais. O Cofen tem, ainda, importantes funções administrativas, zelando pela uniformidade dos procedimentos e bom funcionamento dos Conselhos Regionais e esclarecendo suas dúvidas. As atribuições do Cofen são definidas na lei Nº 5.905/1973.

Como órgão técnico, o Cofen tem um papel importante no dimensionamento de pessoal de Enfermagem e nas demais normativas técnicas de funcionamento dos serviços de Enfermagem. A função do Coren, não é sindical. Cabe aos sindicatos representar os interesses corporativos de sua categoria. O Conselho reconhece

que a valorização dos profissionais de Enfermagem tem reflexos na qualidade do atendimento prestado. Por isso, como órgão de regulamentação, temos apoiado enquanto Coren, importantes reivindicações da categoria, como a luta pela aprovação do piso salarial e a jornada de trabalho de 30 horas. Esses dois Projetos de lei tramitam na Câmara Federal e o Sistema Cofen/Conselhos Regionais destina ações intensivas para que sejam aprovados. É importante que os profissionais pressionem os deputados e senadores federais de seus estados, para se posicionarem a favor dos projetos.

As comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E), tem sido outro importante instrumento no fortalecimento das ações fiscalizatórias e desenvolvimento de ações que contribuem para o gerenciamento de instruções éticas e atividades que ampliam a segurança no trabalho e o amparo aos profissionais. As C.E.E. exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

Engajamos mais uma luta importante para o futuro da categoria: a luta contra o ensino à distância para graduação em Enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem, se posicionou contrário ao EaD e lançou campanha nacional, realizando uma mídia intensa em todos os canais de comunicação e promovendo através do Corens, audiências públicas em todas as capitais do país. O Sistema Cofen fez levantamentos que demonstram o funcionamento inadequado de cursos de EAD em enfermagem, os quais não seguiriam a regulamentação das diretrizes curriculares, funcionando em situação precária ou de forma clandestina. Os Conselhos de Enfermagem, são incansáveis na busca pela melhoria da qualidade profissional e na defesa dos direitos dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, que fazem a excelência da profissão. ●

## OSVALDO ALBUQUERQUE RECEBE PRÊMIO: EXCELÊNCIA EM RESPONSABILIDADE SOCIAL



O presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), Osvaldo Albuquerque Sousa Filho recebeu o prêmio Excelência de Responsabilidade Social do Instituto Anjos da Enfermagem, em juazeiro do Norte.

A honraria foi entregue a 4 personalidades cujas ações proporcionaram o desenvolvimento do programa Anjos da Enfermagem. Osvaldo Albuquerque recebeu pelo trabalho profícuo, desenvolvido por ele enquanto esteve presidente do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Além dele, foram agraciados o presidente do Cofen, Manoel Carlos Neri, Antônio Coutinho – conselheiro federal e o coordenador geral do Congresso Brasileiro dos conselhos de Enfermagem - CBCENF, Magno Guedes. ●

## ANJOS DA ENFERMAGEM, NÚCLEO CEARÁ RECEBE PRÊMIO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL

A njos da Enfermagem núcleo Ceará foi agraciado na categoria Diamante no IV Prêmio de Responsabilidade Social do Instituto Anjos da Enfermagem. A iniciativa conta com o apoio do Conselho Federal de Enfermagem.

A premiação foi entregue pelo presidente do Cofen, Manoel Carlos Neri da Silva e a presidente do IAE, Jakeline Duarte aos coordenadores do projeto em Fortaleza: conselheiro do Coren-CE, Antônio Mendonça e a professora Karla Rolim (Unifor). O núcleo Ceará é coordenado pela conselheira federal, Mirna Frota.



O Instituto Anjos da Enfermagem existe há 12 anos e atualmente é o maior Programa de Extensão Universitária e Responsabilidade Social da Enfermagem Brasileira, buscando transformar as pessoas por meio da Educação em Saúde e Humanização da Saúde. ●

# COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM DO HGF É EMPOSSADA



O presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, deu posse aos membros eleitos para compor a Comissão de Ética do Hospital Geral de Fortaleza, em solenidade realizada no auditório do HGF no dia 04 de abril.

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

As C.E.E. deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

Participaram da solenidade: Viviane Mamede, diretora da Comissão Permanente de Ética do Coren/CE, Romero Esmeraldo – diretor geral do HGF, Fátima Alencar – diretora do Seap, Valéria Viana – gerente da chefia de Enfermagem e Sérgio Pessoa – diretor médico do HGF. ●

## COMISSÃO DE ÉTICA | ENFERMEIROS

### MEMBROS EFETIVOS

- FERNANDA SCHERIDAN DE MORAES BEZERRA  
| PRESIDENTE
- GEUSA MARIA DANTAS LELIS  
| VICE-PRESIDENTE
- WALDELIA MARIA SANTOS MONTEIRO  
| SECRETÁRIA
- FABIOLA ALVES BARROS
- MARIA AUXILIADORA DE SOUZA MELO
- MARIA EURIDES AIRES NUNES PEREIRA
- ALDA COSTA DE CASTRO
- CLAUDIA CRISTINA DE LIMA MELO
- EDITE MARÇAL DE OLIVEIRA
- EVARILDA MARIA NOBRE FEITOSA
- MARIA DE LOURDES DE SOUZA

### MEMBROS SUPLENTES

- EVA MARQUES FALCAO DOS SANTOS
- GIOVANA DE ALMEIDA PINHEIRO
- MARY ANN GRANGEIRO GARCIA
- MIRIAN CELESTE DE VASCONCELOS
- MONICA FONTENELE BENEVIDES MEDEIROS
- ANA CRISTINA DE OLIVEIRA BORGES
- CLEUSYANE GOMES OTAVIANO
- FRANCISCA XAVIER DE OLIVEIRA
- MARIA ALDENIR OLIVEIRA DE ALMEIDA
- MARIA LIDUINA CORREIA MOREIRA



# COREN MÓVEL EM AÇÃO: VISITAS PARA ATENDIMENTO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM



**A** Unidade Móvel do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará tem descentralizado ações levando o Conselho aos locais de trabalho dos profissionais de Enfermagem. Neste primeiro trimestre foram várias ações que beneficiaram inscritos que atuam nos Hospitais Walter Cantídio, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Instituto do Câncer do Ceará, Hospital Geral e César Cals.

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem tem à disposição os serviços de atualização cadastral, emissão de boletos, negociações de débitos, emissão de certidões, orientações referentes à profissão, entrega de material informativo.

O Coren Móvel fica estacionado nas proximidades das unidades com atendimento das 09h às 14h. Essa facilidade beneficia principalmente os profissionais que tem duas jornadas de trabalho, ficando muitas vezes impossibilitados de se dirigir ao regional.

Caso necessite que o Coren Móvel atenda aos profissionais da sua unidade de trabalho, entre em contato com o Departamento de Fiscalização do Coren-CE (85) 3105.7857 ou envie email com sua solicitação para [fiscalizacao@coren-ce.org.br](mailto:fiscalizacao@coren-ce.org.br) ●



## ENFERMEIRA E DEPUTADA ESTADUAL AUGUSTA BRITO RECEBE PRESIDENTE DO COREN-CE



**A** enfermeira Augusta Brito, deputada estadual (PCdoB/CE), recebeu em audiência o presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho no Plenário 13 de maio da Assembléia Legislativa. O presidente pediu apoio e engajamento da parlamentar nas lutas pela valorização da Enfermagem:

- Qualidade da formação dos profissionais de enfermagem (não ao EaD);
- Regulamentação da jornada de trabalho em 30 horas semanais;
- Instituição do piso salarial profissional;
- Implementação do dimensionamento de pessoal nos locais de trabalho;
- Formação e capacitação permanente;
- Locais de trabalho em condições adequadas para uma assistência segura;
- Garantia de local adequado para o descanso.

“Uma profissão que lida com a vida não pode ser ensinada a distância”, lembrou Osvaldo Albuquerque numa referência ao tema que vem sendo amplamente debatido em audiências públicas por todo o país. A deputada recebeu ainda, a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, com dados sobre a situação da profissão no Ceará, realizada pela Fiocruz e patrocinada pelo Conselho Federal de Enfermagem.

“Sou uma enfermeira, que está deputada. Foi a profissão que escolhi para mim e da qual me orgulho. Quero juntamente com o Coren-CE, buscar uma maior valorização da categoria e reconhecimento de um trabalho digno que é realizado com muita dedicação pelos quase 60 mil enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem”, declarou Augusta Brito.

Em 2004, foi eleita prefeita do Graça, com um percentual de 63% dos votos válidos. Foi reeleita em 2008 e, após cumprir seu segundo mandato (2012), foi nomeada Secretária de Educação de São Benedito, exercendo o cargo até 2014, quando se candidatou a Deputada Estadual, galgando a eleição com 50.849 votos.

Augusta é presidente da Comissão de Juventude e faz parte das comissões de Infância e Adolescência (Vice-Presidente); Educação (Membro); Indústria, Comércio, Turismo e Serviço (Membro); Meio Ambiente e Desenvolvimento do Semiárido (Membro); Seguridade Social e Saúde (membro); Orçamento, Finanças e Tributação (Suplente); Trabalho, Administração e Serviço Público (Suplente); Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (suplente); Viação, Transporte e Desenvolvimento urbano (suplente); Fiscalização e Controle (suplente) e Defesa do Consumidor (suplente). ●



# COREN-CE E COMISSÃO DE SAÚDE DA OAB REALIZAM FISCALIZAÇÃO SURPRESA EM HOSPITAIS

**A** Comissão de Saúde da OAB/CE reuniu na sede da OAB-CE, representantes dos Conselhos de Saúde, Ministério Público e Tribunais de Contas para definir fiscalização conjunta aos principais Hospitais Públicos e Privados do Ceará.

O presidente da Comissão de Saúde, Ricardo César Vieira Madeiro, coordenou a mesa que contou com a promotora de justiça de defesa da saúde pública, Isabel Porto e o vereador Iraguassú Teixeira, presidente da Comissão de Saúde da Câmara Municipal de Fortaleza.

O conselheiro Antônio Mendonça, representou o presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho na reunião que contou ainda com as presenças do chefe do Departamento de Fiscalização, Adailson Vieira e o assessor jurídico do regional, Ernesto Pinho.

Foi elaborado um calendário de fiscalização, com efeito surpresa nas unidades hospitalares, para fiscalização conjunta aos principais Hospitais Públicos e Privados do Ceará. Já existe um questionário a ser aplicado elaborado previamente, mas ficou a cargo de cada conselho acrescentar perguntas que julgasse pertinente para elaboração do relatório de cada entidade. O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, solicitou que fossem incluídas os seguintes questionamentos:



- Existe déficit de pessoal de Enfermagem?
- Quantos profissionais de Enfermagem por equipe?
- Quais os vínculos dos profissionais de Enfermagem?
- Os profissionais dobram os plantões?
- Como está a situação do repouso? Está adequado?
- Quantos pacientes por corredor?
- Qual o quantitativo de macas?
- A classificação de risco é realizada por qual profissional?
- Existe falta de EPI?

Para concluir essa etapa será realizado o Fórum de Direito e Saúde, serão apresentados os relatórios aos gestores dos hospitais, secretários de saúde, prefeito, governador e sociedade civil. ●

# JUSTIÇA FEDERAL PROMOVE CONCILIAÇÃO DE DÍVIDAS COM O COREN-CE

**O** Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – COREN-CE com o apoio da Justiça Federal no Ceará, realizou a Semana da Conciliação. O objetivo é proporcionar aos inscritos no regional que se encontram inadimplentes, a oportunidade de uma negociação especial, para regularização de sua situação financeira perante o COREN-CE.

Na Semana da Conciliação, serão apreciadas ações administrativas, em que profissionais de Enfermagem,

em situação de inadimplência não ajuizada, discutirão com servidores conciliadores da JFCE e servidores do COREN-CE a melhor maneira de quitarem seus débitos.

Em se tratando de débito com cobrança ajuizada, informamos que a composição amigável redundará no arquivamento do processo. Além, noticiada fica V. Sa. que a manutenção de valores em atraso pode ocasionar suspensão do registro profissional, conforme parágrafo único do art. 8º da Lei nº 12.514/2011. ●

## ABERTURA DA SEMANA DA ENFERMAGEM NA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA



**E**nfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem foram homenageados na Assembléia Legislativa durante a sessão solene em homenagem aos profissionais de Enfermagem. A solenidade abriu a Semana de Enfermagem 2016. Atendendo ao pedido do presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque, a enfermeira e deputada Augusta Brito solicitou a homenagem, que foi subscrita pelo deputado Carlos Felipe.

Excepcionalmente, de 11 a 23 de maio de 2016 a data é celebrada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, com ações que marcam esse ano a luta pela valorização da categoria. Solenidades, audiência pública, mostras culturais e até uma marcha pela Enfermagem na Av. Beira Mar, fazem parte da programação da Semana da Enfermagem 2016.

O presidente do Coren-CE enalteceu as homenageadas pelos relevantes serviços prestados: Espirito Santo Telma Cordeiro (Enfermeira), Neiva Francenely Cunha Vieira (Enfermeira), Ângela Maria Uchôa Rodrigues (Enfermeira), Vera Lúcia Torres dos Santos (Técnica de Enfermagem) e Raimunda Lopes da Costa (Auxiliar de Enfermagem), aproveitando a oportunidade para cobrar das autoridades o reconhecimento e a valorização que a categoria merece. Lembrou da morosidade e do descaso dados aos Projetos de Lei que “dormitam” na câmara federal e que tratam da aprovação do piso salarial e das 30 Horas para a Enfermagem. E ressaltou: “Nos descobrimos quase órfãos em direitos, apesar de cumprir e muito bem nossos deveres! Não se faz saúde, sem a enfermagem. Aliás nem o SUS, que tanto defendemos, não existiria sem a enfermagem”. ●

## PALESTRAS E OFICINAS DISCUTEM O BEM ESTAR DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM



A Semana da Enfermagem 2016, realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará com apoio do Cofen, reuniu profissionais e acadêmicos de Enfermagem, abriu o ciclo de palestras da programação. A acolhida foi feita pelo presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, que destacou a importância do bem estar dos profissionais de Enfermagem, como preceito básico para a categoria.

A primeira palestra teve como tema: Enfermagem de ontem, hoje e amanhã: sou protagonista desta história, com a enfermeira Kamila Sindeaux. Ela possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (2005). Especialização em Saúde do Idoso – UECE (em andamento). Atualmente é Enfermeira da Medicina Preventiva – UNIMED Fortaleza, gestora do Programa GDC (Gerenciamento de Doentes Crônicos) e integrante da equipe do Programa de Desenvolvimento Continuo do Colaborador (PDCC). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Gerontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: idoso, enfermagem gerontológica, cuidador de idosos, doenças não-transmissíveis e ensino e pesquisa. ●





## CAMINHADA PELA ENFERMAGEM INVADE A AV. BEIRA MAR

A manhã do sábado (14), ficou iluminada com a Caminhada pela valorização da Enfermagem que levou profissionais e acadêmicos para a Avenida Beira Mar, em Fortaleza. A principal orla marítima da capital cearense foi palco de uma marcha que pediu por melhores condições de trabalho, aprovação do piso salarial e carga horária de 30 horas semanais para a categoria, além de um manifesto contra o EaD (Ensino à Distância) para os cursos de Enfermagem. Acadêmicos, profissionais da ativa e remidos uniram suas vozes e marcharam com palavras de ordem, chamando a atenção e ganhando o apoio da população que acompanhou com aplausos e agitar de bandeiras em suas janelas.

Um mini trio elétrico, conduzido pela cantora Ra-faella Manville, garantiu a alegria da caminhada com muita música e animação. Em paradas programadas, foram ouvidos os representantes da Enfermagem, que reforçaram as bandeiras de luta da categoria. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, presidente do Coren-CE, conclamou a classe: “Precisamos mudar essa realidade, pois a maior força de trabalho do SUS, merece respeito e valorização profissional”.

Estiveram presentes, representantes do Sindsaúde, Senece e coordenações dos cursos de Enfermagem das Universidades do estado. ●



## UNIFOR ABRE COMEMORAÇÕES DA SEMANA DA ENFERMAGEM

A Universidade Fortaleza realizou na segunda-feira (16), no Teatro Celina Queiroz, a solenidade de abertura da Semana da Enfermagem, promovida pelo curso de Enfermagem da Unifor.

O evento reuniu professores, profissionais e acadêmicos da graduação de Enfermagem e durante três dias (16 a 18/05), promoveu palestras e cursos, além de uma programação cultural com apresentação de talentos.

A conferência foi ministrada pela enfermeira Francisca Lucélia Ribeiro de Farias, membro da Academia Cearense de Enfermagem. O presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, em seu pronunciamento, voltou a enfatizar a campanha nacional que combate o Ensino à distância para a Enfermagem – EaD. ●



## SEMANA DA ENFERMAGEM MOVIMENTA O INTERIOR COM PALESTRAS PROMOVIDAS PELO COREN-CE



A Semana da Enfermagem 2016, realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem do Ceará com apoio do Cofen, reuniu profissionais e acadêmicos de Enfermagem nos municípios assistidos pelas subseções do Coren-CE. O ciclo de palestras da programação acon-

teceu nas cidade de Juazeiro do Norte (16), Limoeiro do Norte (17) e Sobral (18). As palestras tiveram como principal tema a "Enfermagem de ontem, hoje e amanhã: sou protagonista desta história" e foi proferida pela com a enfermeira Kamila Sindeaux. ●

## PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SÃO HOMENAGEADAS NA CÂMARA MUNICIPAL



A Câmara Municipal de Fortaleza (CMF) homenageou profissionais de Enfermagem em Sessão Solene que marca as atividades da Semana de Enfermagem 2016, realizada pelo Coren-CE. Mais uma vez e honrosamente, a autoria do requerimento é do médico e vereador Iraguassú Teixeira. Tratado carinhosamente como "amigo da Enfermagem", o parlamentar que é casado com uma enfermeira, dedica anualmente o reconhecimento ao trabalho dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem na CMF.

O presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, que já recebeu a honraria na Câmara enquanto presidente do Cofen, ressalta que as homenagens são também um reconhecimento ao trabalho e dedicação daqueles que abraçam a profissão como nobre missão.

As homenageadas deste ano, indicadas pelo plenário do Coren-CE, são as enfermeiras Maria José Nascimento Flor, Felícia Fátima Sousa Teixeira e a auxiliar de enfermagem Leny da Silva Costa. ●

## AUDIÊNCIA SOBRE EAD EM ENFERMAGEM AGUARDA POSICIONAMENTO DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA



**A**udiência pública sobre o Ensino à Distância (EAD) nos cursos de enfermagem, realizada, no Complexo de Comissões da Assembleia Legislativa do Ceará, teve como encaminhamento a solicitação por um posicionamento público da Assembleia Legislativa sobre o assunto, a ser enviado ao Ministério da Educação (MEC).

Requerida pela deputada Augusta Brito e presidida por Rachel Marques, a audiência partiu da mobilização do Conselho Regional de Enfermagem (Coren-CE), profissionais, professores e até mesmo de acadêmicos de Enfermagem, que solicitaram a elaboração de uma carta dos deputados ao MEC contra a abertura e o credenciamento de novos cursos da modalidade EAD na área.

“Os profissionais da categoria têm uma posição contrária a esses cursos e procuraram a deputada Augusta, que é enfermeira, para exigir que as aulas e as práticas de estágio supervisionado sejam presenciais”, destacou Rachel Marques.

Conforme a representante do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), Carmem Lupi, há 69.416 vagas ociosas nos cursos presenciais de enfermagem em todo o Brasil. Portanto, segundo ela, é necessário o melhor aproveitamento dessas vagas. Ela também demonstrou, por meio de um levantamento, o funcionamento inadequado

de cursos de EAD em enfermagem, os quais não seguiriam a regulamentação das diretrizes curriculares, funcionando em situação precária ou de forma clandestina.

Ela também ressaltou que, em termos numéricos, a Enfermagem é a segunda profissão, com mais profissionais registrados no País, totalizando cerca de 1,9 milhão, com 22,81% desse total concentrados no Nordeste. Por isso, ela afirmou que o movimento não é contra ao EAD, podendo ser utilizado na capacitação de profissionais já formados, mas na graduação em enfermagem por meio dessa modalidade. Além disso, ela destacou a necessidade da formação presencial também de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Para o presidente do Coren-CE, Osvaldo Albuquerque, o EAD em enfermagem é uma prática irresponsável, de precarização e mercantilização da formação. Segundo os representantes da categoria, em todos os estados está havendo mobilizações na luta contra essa modalidade de ensino na área.

Presentes à reunião desta terça-feira, a conselheira federal do Cofen, Mirna Frota, o representante da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Educação Superior do Ceará (Secitece), o professor doutor Cândido Neto e a diretora do Sindicato dos Enfermeiros do Ceará (Senece), Albertisa Rodrigues Alves. ●



# NOITE DE HOMENAGENS NA ENTREGA DA COMENDA GENTE QUE AMA ENFERMAGEM



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará realizou a solenidade de entrega da Comenda “Gente que ama a Enfermagem”, marcando o encerramento das comemorações da SENF – Semana da Enfermagem 2016.

Com base na Decisão Coren-CE 051/2016 e em razão dos notáveis serviços prestados a Enfermagem cearense o Conselho Regional de Enfermagem do Ceará concedeu a comenda Gente que ama a Enfermagem, as seguintes profissionais: enfermeira Maria de Fátima Belarmino de Souza Lucena, técnica de enfermagem Maria de Nazare Oliveira de Brito e a auxiliar de Enfermagem Maria Ecília Lopes da Silva.

#### **Maria de Fátima Belarmino de Souza Lucena**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB, João Pessoa, Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Estadual do Ceará, Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente e Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora do Núcleo de Segurança do Paciente do Instituto Dr. José Frota e Coordenadora da Central de Material e Esterilização do Hospital Antônio Prudente.

#### **Maria de Nazare Oliveira de Brito**

Auxiliar de Enfermagem pelo Colegio Estadual Justiniano de Serpa e Técnica de Enfermagem pelo MBL Saúde. Em seus 38 anos de trabalho desempenhou sua

função no Hospital da Polícia militar do Ceará, Hospital e Maternidade Angeline, Hospital Antônio Prudente, Otolíngua e Samu Ceará atualmente. Há 27 anos presta serviço, através de concurso pela SESA no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, na qualidade de instrumentadora do transplante cardíaco e implante de dispositivo Coração Artificial e ECMO.

#### **Maria Ecília Lopes da Silva**

Formada em Auxiliar de Enfermagem e Técnica de Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará – UECE. Curso de aperfeiçoamento em assistência de Enfermagem a clientes clínicos e cirúrgicos. Curso de Atendimento Pré Hospitalar de Urgência. Curso de Reciclagem para auxiliares de Enfermagem Socorrista. Suporte Avançado no atendimento ao paciente Grave. Fundamentos da Assistência de enfermagem. Curso de Atualização em Enfermagem Obstétrica. Atua na Maternidade Escola Assis Chateaubriand desde 1990 e no SAMU Fortaleza desde 1992.

Reconhecendo que a História da Enfermagem cearense, conta com o apoio e dedicação de personalidades, cujas ações contribuem para o engrandecimento da profissão, o Coren-CE conferiu Menção Honrosa ao vereador Iraguassú Teixeira e a enfermeira e deputada estadual Augusta Brito. ●

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

**Artigo Original:** Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

**Artigo de Revisão:** Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

**Atualidade:** Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

**Resenha:** Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

### 1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

### 2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>).

### 3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecedentes por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

### 4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios ins-

titucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

### 5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal<sup>(7)</sup>.

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador<sup>(1-5)</sup>.

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas”<sup>1:30-31</sup>.

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \*primeira nota, \*\*segunda nota, \*\*\*terceira nota.

### Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.
3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

**POR CORREIO COMUM:** ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima - CEP: 60.415-000

- Fortaleza-Ceará

**POR E-MAIL:** [retep@coren-ce.org.br](mailto:retep@coren-ce.org.br) ●





CUIABÁ-MT-2016  
**19°CBCENF**  
CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM

A cidade  
verde  
vai ficar  
repleta de  
profissionais  
de branco.

**De 18 a 21 de outubro**  
Centro de Eventos do Pantanal  
Cuiabá - MT

Programação cultural  
com shows nacionais.

**Tema - Inovação e tecnologia em Enfermagem:  
avanços para a profissão.**

Todo ano o CBCENF reúne milhares de profissionais de enfermagem e de outras áreas, interessados na saúde coletiva, na pesquisa e na atualização profissional. O evento conta com palestras, mesas-redondas, oficinas e *workshops* em torno do tema central, além de uma intensa programação cultural para integrar os participantes. **Não perca o maior evento anual da área de saúde da América Latina. Inscreva-se já.**

**Para participar e inscrever trabalhos científicos acesse:**  
[cbcenf.cofen.gov.br](http://cbcenf.cofen.gov.br)



ISSN 1984-753X  
ISSN (online) 2177-045x