

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

RETEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional
Journal of Trends of Professional Nursing

v. 10 n. 1 2018



www.coren-ce.org.br

Sumário

- [2](#) Editorial
- [3](#) Processo de Enfermagem: aplicação em hospitais de uma capital brasileira
Nursing Process: application in hospitals of a Brazilian capital
Larissa Bento de Araújo Mendonça, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Cláudia Rayanna Silva Mendes, Laryssa Miranda Vidal, Katharine Bezerra Dantas, Ires Lopes Custódio.
- [10](#) Produção artesanal de cal e os riscos à saúde dos trabalhadores
Artisanal production of lime and risks to worker's health
Maria Aline Moreira Ximenes, Antônio Ademar Moreira Fontenele Junior, Natália Ângela Oliveira Fontenele, Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão, Josiane da Silva Gomes, Lívia Moreira Barros, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto.
- [17](#) Abordagem aos usuários com hipertensão e diabetes sob a ótica dos gestores da saúde
Approaches to users with hypertension and diabetes under the opinion of health managers
Francisco Kelton Pereira Neves, Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, Roberta Magda Martins Moreira, Amanda Maria Braga Vasconcelos, Géssika Dias Pereira de Oliveira, Joao Vitor Teixeira de Sousa, Heryca Laiz Linhares Balica, Marcos Aguiar Ribeiro.
- [24](#) Usuários com HIV/Aids: um estudo sobre recidivas de tuberculose
Users with HIV/AIDS: a study on tuberculosis recurrences
Manuel Pereira de Sousa Filho, Adriana Rolim Campos Barros, Zélia Maria de Sousa Araújo Santos.
- [29](#) Interações medicamentosas envolvendo antibacterianos na prática clínica de enfermagem: revisão integrativa
Drug interactions involving antibacterials in the nursing clinical practice: integrative review
Luciana Maria Oliveira de Sousa, Francisco Mauricio Sales Cysne Filho, Jamilly Cunha de Almeida, Débora Valente da Silva, Francisco Antônio da Cruz Mendonça, Luis Rafael Leite Sampaio.
- [38](#) Fortalecimento do desenvolvimento docente na enfermagem: contribuições do Pet-Saúde/GRADUASUS
Strengthening the nursing teacher development: contributions from Pet-Health/GRADUASUS
Ívina Alessa Bispo Silva, Isabelly Oliveira Ferreira, Joaquim Ismael de Sousa Teixeira, Ana Karoline Barros Bezerra, Jamylle Lucas Diniz, Ismael Brioso Bastos, Marcos Aguiar Ribeiro, Maristela Inês Osawa Vasconcelos.
- [45](#) Apoio matricial como estratégia de promoção da cultura de paz na escola
Matricial support as a strategy for the promotion of peace culture in school
Joaquim Ismael de Sousa Teixeira, Isabelly Oliveira Ferreira, Ívina Alessa Bispo Silva, Jamylle Lucas Diniz, Ismael Brioso Bastos, Ana Karoline Barros Bezerra, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Maristela Inês Osawa Vasconcelos.

**Dra. Ana Paula Brandão da Silva Farias**

Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE).

Há 10 anos surgia a Revista Tendências da Enfermagem Profissional (ReTEP), um produto do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE), com o claro objetivo de propiciar espaço para a divulgação de estudos e pesquisas científicas desenvolvidos por enfermeiros.

Aqui, o nosso recorte é a Enfermagem e a sua importância, seja no desenvolvimento tecnológico, propiciando uma melhoria da qualidade de vida de profissionais e clientes/pacientes; ou como produtora de conhecimentos necessários à atualização de saberes a serem ensinados nos espaços de formação dos profissionais de enfermagem.

Nesta edição comemorativa, apresentamos a comunidade acadêmica e demais profissionais de enfermagem com um novo *layout*. Também anunciamos que a revista em breve disponibilizará todo o seu acervo em formato eletrônico.

Nestes 10 anos de ReTEP, agradecemos de modo especial a cada um dos autores dos artigos que fazem parte da história da nossa Revista; e desejamos sucesso aos futuros autores, aqueles que darão vida às próximas edições desse periódico, que já faz parte da história da pesquisa e divulgação científica da Enfermagem cearense.

Vida longa à ReTEP!

Um forte abraço!

ARTIGO ORIGINAL



Processo de Enfermagem: aplicação em hospitais de uma capital brasileira

Nursing Process: application in hospitals of a Brazilian capital

Larissa Bento de Araújo Mendonça¹, Francisca Elisângela Teixeira Lima², Cláudia Rayanna Silva Mendes³, Laryssa Miranda Vidal⁴, Katharine Bezerra Dantas⁵, Ires Lopes Custódio⁶.

1 Enfermeira. Integrante do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Enfermagem em Pediatria (GECEP). Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. **2** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Líder do GECEP (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. **3** Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFC). Integrante do GECEP (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. **4** Enfermeira. Mestranda em Enfermagem (UFC). Integrante do GECEP (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. **5** Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Integrante do GECEP (UFC). Oeiras, PI, Brasil. **6** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem (UFC). Integrante do GECEP. Fortaleza, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to analyze the use of the Nursing Process in hospitals in the City of Fortaleza-CE. **Methods:** descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted in 47 hospitals. Data collection was based on interviews with the nursing directors of the institutions in 2012. **Results:** it was verified that the majority (53%) of the institutions had the Nursing Process implanted. Stages of the nursing process were: data collection (92%), nursing diagnoses (64%), planning (12%), implementation of the care plan (92%) and nursing evaluation (96%). Among the institutions that did not have the method, 68.2% had tried to implant at least once. **Conclusion:** the majority of the institutions (53%) had the Nursing Process implanted, however, only 12% of the institutions were adequate regarding the accomplishment of all their stages.

Descriptors: Nursing Process. Quality of Health Care. Nursing Service, Hospital. Nursing Care. Nursing Assessment

Resumo

Objetivo: analisar a utilização do Processo de Enfermagem em hospitais da Cidade de Fortaleza-CE. **Métodos:** estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em 47 hospitais. A coleta deu-se a partir de entrevistas com os diretores de enfermagem das instituições, em 2012. **Resultados:** constatou-se que a maioria (53%) das instituições tinha o Processo de Enfermagem implantado. As etapas do processo de enfermagem realizadas eram: levantamento de dados (92%), diagnósticos de enfermagem (64%), planejamento (12%), implementação do plano de cuidados (92%) e avaliação de enfermagem (96%). Dentre as instituições que não possuíam o método, 68,2% já havia tentado implantar pelo menos uma vez. **Conclusão:** a maioria das instituições (53%) possuía o Processo de Enfermagem implantado, no entanto, somente 12% das instituições estavam adequadas no que diz respeito à realização de todas as suas etapas.

Descritores: Processos de Enfermagem. Qualidade da Assistência à Saúde. Serviço Hospitalar de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Avaliação em Enfermagem.

Autor

Correspondente

Larissa Bento de Araújo Mendonça.
E-mail:
laraenfermagem@hotmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão

28/05/2018

Aprovação

28/12/2018

Introdução

O Processo de Enfermagem (PE) representa um modelo tecnológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever e explicar as necessidades humanas dos indivíduos, famílias e coletividades para determinar que aspectos dessas necessidades exigem intervenções de enfermagem.^(1,2)

Pode-se considerá-lo como uma atividade deliberada, lógica e racional mediante a qual a prática de enfermagem é desempenhada sistematicamente, a partir de cinco etapas inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.⁽¹⁻⁴⁾

Na busca por estudos científicos em livros e bases de dados (LILACS, IBECs, MEDLINE, COCHRANE e SCIELO) que abordassem a implementação do PE em instituições hospitalares, observou-se que os estudos são escassos.

Dentre os estudos encontrados, um trabalho desenvolvido pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de São Paulo, realizado nas instituições de saúde em nível estadual, constatou que 65% das instituições não sabiam como implantar o PE, 38% estavam em fase de implantação, 15% apresentaram relutância e/ou impedimento dos profissionais e em 10% houve impedimento por parte da instituição.⁽⁵⁾

Ressalta-se que a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº358/2009 considera o PE como um método de trabalho deliberado e sistemático que deve ser realizado em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.⁽⁴⁾ Mesmo assim, a partir do observado na prática assistencial dos pesquisadores, o PE encontra-se em processo de consolidação nas instituições hospitalares da Cidade de Fortaleza/CE.

Diante dessas considerações, objetivou-se analisar a utilização do PE nos hospitais da Cidade de Fortaleza.

Métodos

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em hospitais públicos, particulares e filantrópicos de

Fortaleza.

Para identificação dos hospitais, realizou-se levantamento nos registros disponíveis do COREN Ceará e consulta ao site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos quais foram identificados 67 hospitais.

Os seguintes critérios foram estabelecidos para incluir os hospitais: ser hospital com internamento, ter atendimento 24 horas, ter diretor(a) de enfermagem disponível para responder à entrevista durante o período estabelecido para a coleta de dados. Foram excluídas instituições com serviços suspensos durante o período de coleta.

Diante desses critérios, dez instituições não foram incluídas (oito hospitais dia e duas clínicas especializadas) e oito foram excluídas, pois encontravam-se fechadas ou estavam com atividades suspensas. Assim, 49 hospitais atendiam aos critérios estabelecidos. No entanto, dois diretores de enfermagem não aceitaram participar do estudo, o que permitiu a inclusão de 47 instituições. Destas instituições, 20 eram hospitais públicos, 26 hospitais particulares e um filantrópico.

A coleta de dados ocorreu entre abril e agosto de 2012 e se deu por meio de entrevista semiestruturada individualizada com os(as) diretores(as) de enfermagem das instituições.

Para realização da entrevista foram utilizados dois roteiros, ambos elaborados pelos pesquisadores: o roteiro A, para instituições sem o PE e o roteiro B, para instituições com o PE. Ambos os roteiros continham dados da instituição (origem, nível do hospital e porte) e dos diretores de enfermagem (tempo de formação, direção e maior titulação). A diferença entre os roteiros esteve relacionada aos aspectos da implantação do PE na instituição, pois no roteiro A, havia questões relacionadas às justificativas para a sua não implantação, enquanto no roteiro B, abordava-se a realização das etapas do PE.

Os dados foram armazenados em um banco produzido pelo Excel, processados e analisados de forma descritiva. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis, além de medidas de tendência central. Os resultados estão apresentados em forma de tabelas.

Para realização do estudo, foi solicitada autorização aos gestores das instituições, os

quais assinaram a carta de anuência. Após isso, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, para ser apreciado, recebendo parecer favorável (Protocolo número 190/11).

Resultados

A partir da avaliação dos 47 hospitais, constatou-se que 25 (53%) das instituições possuíam o PE implantado, enquanto 22 (47%) não dispunham do PE.

Conforme a tabela 1, com relação aos dados das instituições pesquisadas que possuíam o PE implantado, 52% eram de origem pública, 44% de origem privada e 4% de origem filantrópica. No que diz respeito às instituições que não possuíam o, a maioria era de origem privada (68,2%).

Os hospitais com o PE tiveram a seguinte classificação quanto ao nível: secundários (60%) e terciários (40%), cujo percentual foi semelhante aos hospitais que não possuem o método, pois teve-se secundário (59%) e terciário (32%), mas havia 9% primário.

Com relação ao porte, predominou o médio nas instituições com e sem o método, sendo que a média de leitos nas instituições com o método foi de 192 leitos e sem o método foi de 121,2 leitos.

Com relação ao tempo de formação, a maioria dos diretores havia concluído o curso de graduação há pelo menos dez anos. Sobre o tempo de permanência na direção a maioria estavam no cargo de direção entre um a cinco anos. A titulação predominante foi a especialização e somente 8% dos entrevistados tinham mestrado.

Conforme a tabela 2, estão descritas as etapas para realização do processo de enfermagem, ressaltando que as etapas foram pontuadas de acordo com as etapas citadas na Resolução do COFEN 358/2009⁽⁴⁾, bem como referenciadas por Alfaro-Lefevre.⁽¹⁾

Quando indagados sobre as etapas do processo de enfermagem, 12% dos diretores afirmaram realizar todas as etapas na instituição. O levantamento de dados foi citada por 92% dos diretores, a identificação dos diagnósticos de enfermagem foi citada por 64%, o planejamento, era realizada em sua totalidade (resultados esperados e prescrição

de enfermagem) em 12% das instituições, a etapa da implementação do plano de cuidados foi citada por 92% dos pesquisados e a avaliação de enfermagem era realizada em 96% dos hospitais pesquisados.

Tabela 1 - Distribuição das instituições quanto às características gerais e dados sobre os diretores de enfermagem. Fortaleza, CE, Brasil, 2012.

Características das instituições	Instituições com o método			Instituições sem o método		
	n=25	%	Média	n=22	%	Média
Origem da instituição						
Pública	13	52		7	31,8	
Privada	11	44		15	68,2	
Filantrópica	1	4		0	0	
Nível do Hospital						
Primário	0	0		2	9,0	
Secundário	15	60		13	59,0	
Terciário	10	40		7	32,0	
Porte da instituição						
Pequeno porte (≤ 49 leitos)	1	4		4	18,2	
Médio porte (50-149 leitos)	12	48	192	15	68,2	121,2
Grande porte (≥ 150 leitos)	12	48		3	13,6	
Características dos diretores de enfermagem						
Tempo de formação (em anos)						
1 - 5	6	24		5	22,7	
5 - 10	0	0	18,8	4	18,1	16,3
≥ 10	19	76		13	59,2	
Tempo de Direção (em anos)						
< 1	5	20		4	18,1	
1 - 5	11	44	4,2	11	50,2	5,1
5 - 10	6	24		2	9,0	
≥ 10	3	12		5	22,7	
Maior Titulação						
Graduação	0	0		2	9,0	
Especialização	23	92		17	77,2	
Mestrado	2	8		3	13,8	

Fonte: dados do estudo.

Tabela 2 – Distribuição das etapas do PE utilizadas nas instituições com o método implantado, Fortaleza, CE, Brasil, 2012..

Etapas do PE	n=25	%
Levantamento de dados	23	92
Diagnóstico de enfermagem	16	64
Planejamento (resultados esperados)	3	12
Planejamento (prescrição das intervenções)	23	92
Implementação do plano de cuidados	23	92
Avaliação de enfermagem	24	96
Outras (anotações de enfermagem)	14	56

Fonte: dados do estudo.

Tabela 3 - Distribuição das tentativas e dificuldades para a implantação do PE nas instituições que não possuem o método implantado.

Dados sobre a implantação do processo de enfermagem	N	%
Houve alguma tentativa de implantar o método		
Não	7	31,8
Sim	15	68,2
Dificuldades encontradas para a implantação do método		
Déficit de funcionários da enfermagem	9	40,9
Falta de interesse dos enfermeiros	9	40,9
Falta de interesse dos técnicos e auxiliares de enfermagem	9	40,9
Falta de tempo da equipe enfermagem	7	31,8
Falta de apoio por parte da instituição	6	27,2
Falta de tempo do gestor de enfermagem	5	22,7
Superlotação das unidades	4	18,1
Déficit de conhecimento sobre o processo de enfermagem	3	13,6
Falta de reconhecimento da importância do processo de enfermagem	2	13,3
Falta de reconhecimento pelas operadoras de saúde	2	9
Grande rotatividade dos enfermeiros	2	9

Fonte: dados do estudo.

Conforme a tabela 3, com relação às tentativas de implantação do PE nas instituições, evidenciou-se que a maioria (68,2%) tentou implantar o método, cuja tentativa ocorreu uma vez (60%), duas (33,3%) ou três vezes (6,6%) e um diretor relatou não saber informar o número de tentativas.

Os fatores mais prevalentes que limitaram a implantação do PE foram: déficit de profissionais de enfermagem (40,9%), desinteresse de enfermeiros e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (40,9%) e pouca disponibilidade de tempo da equipe enfermagem (31,8%).

Discussão

Durante a busca por literaturas que abordassem a análise da implantação do PE em hospitais brasileiros ou no exterior, observou-se que, em alguns estudos, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se referia ao Processo de Enfermagem, e isso pode se dar ao fato de que há uma interpretação inadequada, de alguns autores, acerca da definição de SAE e PE, sendo que os trabalhos citados nesse estudo se referem a pesquisas envolvendo o PE.

Ao se levantar estudos que abordassem a aplicação do PE em hospitais, encontrou-se somente um estudo realizado em 18 hospitais de São Paulo, o qual evidenciou que a SAE era praticada por apenas 44,5% das instituições estudadas.⁽⁶⁾ Com relação às características das instituições hospitalares, o mesmo estudo evidenciou que das 18 instituições pesquisadas, 67% eram de natureza pública⁽⁶⁾, concordando com o levantamento de dados deste estudo.

No que diz respeito às características dos diretores de enfermagem das instituições, estudo realizado com 32 enfermeiras de uma maternidade em Fortaleza-CE, revelou que as participantes possuem tempo de formação entre três a 23 anos e a maioria atua na instituição há mais de nove anos.⁽⁷⁾

Corroborando com os dados desta pesquisa, estudo realizada com 16 enfermeiras constatou que o tempo de experiência na instituição em que as mesmas atuam prevaleceu entre dez e 20 anos (78,5%).⁽⁸⁾ Outro estudo realizado com enfermeiros identificou que 16,3% eram formados há pelo menos dez anos e 71% tinham a especialização como maior titulação.⁽⁹⁾

As etapas do PE realizadas nas instituições com o método implantado são as seguintes: levantamento de dados (92%), diagnósticos de enfermagem (64%), planejamento (resultados esperados) (12%), planejamento (prescrição das intervenções) (92%), implementação do plano de cuidados (92%) e avaliação de enfermagem (96%).

Estudo que teve como objetivo identificar os benefícios e as dúvidas para a implementação do PE em um Hospital Escola do Rio Grande do Sul evidenciou que a maioria dos entrevistados (97%) detinha conhecimento sobre todas as etapas do PE, porém existiam dificuldades para a sua adequada execução (31%), principalmente pela falta de tempo dos mesmos (69%).⁽¹⁰⁾

Um outro estudo, realizado em 2009, em Porto Alegre, com o objetivo de descrever como as etapas do PE eram realizadas em um hospital público, demonstrou que a etapa de levantamento de dados é a mais realizada e foi encontrada em mais de 90% dos prontuários em todas as unidades do referido hospital.⁽¹¹⁾

No entanto, limitações na realização da etapa do levantamento de dados foram encontrados em um estudo realizado com 135 prontuários de pacientes adultos internados em unidades de cardiologia, doenças infecto-parasitárias e neurocirurgia de um Hospital Universitário em São Paulo, o qual evidenciou que as principais justificativas apontadas por 21 enfermeiras (72,4%) para não realização do instrumento de levantamento de dados do paciente foi a falta de tempo (20,7%), não envolvimento dos mesmos (13,8%), não conhecimento do método (6,9%) e falta de cobranças (6,9%) da instituição.⁽¹²⁾

Apesar da constatação do tempo demandado para a realização de cada fase do PE, e principalmente durante o levantamento de dados, deve-se considerar fundamental esta etapa, por constituir um referencial que permite o desdobramento de todas as fases seguintes.⁽¹³⁾

Com relação a etapa dos diagnósticos de enfermagem, autores referem que o diagnóstico de enfermagem foi a fase em que os profissionais sentiram mais dificuldades (58,5%), seguindo-se as fases da evolução de enfermagem (34,2%) e planejamento da assistência (32%).⁽¹³⁾

Em pesquisa realizada em 2010 com o objetivo de analisar as etapas de execução da SAE, identificou que quase todos os prontuários pesquisados continha a prescrição de enfermagem (99%), sendo essa etapa realizada semanalmente pelos enfermeiros, porém, não seguindo uma revisão e avaliação sistemática do cliente em relação aos cuidados prescritos durante a semana, pois a maioria das prescrições apresentavam-se sem alterações ou novas intervenções.⁽¹⁴⁾

Acerca das limitações encontradas para implantar o PE nas instituições que não possuem o método, os diretores relataram principalmente o déficit de funcionários (40,9%), falta de interesse dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem (40,9%), falta de tempo da equipe (31,8%), falta de apoio da instituição (27,2%), falta de tempo do gestor (22,7%), superlotação das unidades (18,1%) e déficit de conhecimento sobre o método (13,6%).

Estudo realizado em 2006, com diretores e coordenadores de instituições de saúde, identificou que os participantes relataram o déficit de funcionários da enfermagem como fator limitante para a realização do método. No aspecto organizacional, a falta de pessoal de enfermagem é um fator que predomina prejudicando a implementação da SAE.⁽¹⁵⁾

Pesquisa qualitativa desenvolvida com 32 enfermeiras de uma maternidade de Fortaleza-CE constatou que algumas entrevistadas relataram que a equipe não demonstrava interesse em compreender e realizar o PE adequadamente.⁽⁷⁾ Isto é apontado como obstáculo para implementar o método na prática, visto que para sua implementação nos serviços necessita-se do envolvimento dos profissionais e do compromisso para ultrapassar as dificuldades

A aplicação do PE é possível quando, além das condições proporcionadas pelas instituições de saúde, há um esforço individual por parte de cada enfermeiro na procura por novas oportunidades educacionais, discussões entre a equipe de enfermagem sobre suas dificuldades e soluções para estas últimas.⁽¹⁶⁾

Com relação à falta de tempo dos enfermeiros, alguns autores citam que os profissionais desempenham vários papéis no trabalho cotidiano, ora atuando na prática

assistencial, exercendo atividades educacionais frente a sua equipe e o paciente, ora no gerenciamento de unidades hospitalares⁽¹⁷⁾, de forma que a falta de tempo de enfermeiros para executar o trabalho de enfermagem pode ser consequência da ausência de prioridade desta tarefa no seu fazer, ou seja, eles realizam certas atividades que, possivelmente, poderiam ser delegadas a outros profissionais, em detrimento daquela que é fundamental ao seu trabalho.⁽¹⁸⁾

O profissional de enfermagem, para desempenhar o que é próprio do ser fazer profissional, precisa muito mais do que ter o domínio intelectual e tecnológico do seu saber, requer, também, o apoio da instituição, que deve possibilitar a reorganização do serviço, a alocação de recursos humanos e materiais e priorização da assistência.⁽¹⁹⁾

As instituições de saúde cumprem parte de sua missão social quando estimulam o bom desempenho profissional, oferecendo condições que favoreçam a motivação, a valorização e a realização dos profissionais envolvidos no processo de cuidar. A essência da enfermagem é o cuidar, é atender as necessidades de saúde das pessoas e assistilos de forma integral.^(19,20)

É relevante, ainda, ressaltar que a aplicação efetiva do PE conduz à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e estimula a construção de conhecimentos teóricos e científicos com base na melhor prática clínica.⁽¹¹⁾

Conclusão

A análise da aplicação do PE somente a partir da visão dos diretores de enfermagem permite, de forma limitada, a realização de inferências quanto aos fatores que de fato interferem nesse processo, uma vez que os demais atores (enfermeiros assistenciais, auxiliares e técnicos de enfermagem) podem sinalizar outros elementos que podem interferir nessa dinâmica.

Os fatores limitantes da implantação do PE foram o déficit de profissionais de enfermagem e o desinteresse de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Diante disso, a divulgação de dados sobre a melhoria da qualidade da assistência a partir do uso do PE poderia contribuir para a mudança de atitude,

de profissionais e gestores, no que concerne ao uso e/ou estímulo à implantação do PE.

Em suma, a implementação do PE ocorre de forma, ainda, bastante fragmentada em algumas instituições, o que indica a necessidade de reorganização dessa metodologia, por meio da análise dos instrumentos utilizados, e, sobretudo, do investimento na educação permanente da equipe de enfermagem

Por fim, destaca-se a necessidade de mais pesquisas sobre a aplicação do método, principalmente a forma com que ele vem sendo aplicado em hospitais.

Referências

1. Alfaro-lefevre R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamento para o raciocínio clínico. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Leadebal ODCP, Fontes WD, Silva CC. Learning process of nursing: planning and insert into matrizes curriculum. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [citado 2014 mai. 17];44(1):190-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a27v44n1.pdf>
3. Carvalho EC, Kusumota L. Nursing process: difficulties for its utilization in practice. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [citado 2014 jul. 3]; 22(esp):554-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/en_22.pdf
4. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN Resolução nº358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 2009 [citado 2014 jul. 2]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o que somos, fazemos e teremos que assumir [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2002 [citado 2014 mai. 12]. Disponível em: URL:<http://www.corensp.org.br/revista/anteriores/anteriores.html>
6. Monte ADAS, Adami NP, Barros ALBL. Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em instituições hospitalares. Acta Paul Enferm [Internet]. 2001 [citado 2014 abr. 4];14(1):89-97. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/acta/index.php?volume=14&numero=1&item=res10.htm#>
7. Freitas MC, Queiroz TA, Souza JAV. O processo de enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Re Bras Enferm [Internet]. 2007 [citado 2014 abr. 7];60(2):207-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200015&lng=en&nrm=iso&tIng=pt
8. Ledesma-Delgado ME. Significado atribuído ao processo de enfermagem por enfermeiras de um

hospital no México: entre o fazer rotineiro e o pensar idealizado. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

9. Bastos JAS. Graus de dificuldade para formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

10. Azeredo LG, Silva RM, Lima AAA. Nurses and implementation of the nursing care systematization: descriptive study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2010 [citado 2014 jan. 13];9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2933/659>

11. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Nursing process: from literature to practice: what are we actually doing? Rev Lat-am Enfermagem [Internet]. 2009 [citado 2014 jan. 4];17(3):302-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_04.pdf

12. Reppetto MA, Souza MF. Avaliação da realização e do registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um Hospital Universitário. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005 [citado 2014 out. 12]; 58(3):325-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a14v58n3.pdf>

13. Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [citado 2014 ago. 12]; 21(1):32-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_04.pdf

14. Neves RS, Shimizu HE. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2014 set. 16];63(2):222-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/09>

15. Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da assistência de enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006 [citado 2014 set. 26];59(5):675-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a15.pdf>

16. Duarte APP, Ellensohn L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2007 [citado 2014 set. 21];15(4):521-6. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a07.pdf>

17. Sperandio DJ. SAE: proposta de um software-protótipo. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

18. Caixeiro SMO, Dargam B, Thompson GN. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2008 [citado 2014 ago. 25];16(2): 2218-23. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a13.pdf>

19. Pimpão FD, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus

registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Rev. Enferm. UERJ [Internet]. 2010 [citado 2014 jun. 09]; 18(3): 405-10. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>

20. Costa PCP, Garcia APF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2016 [citado 2016 jun. 23];25(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf>

ARTIGO ORIGINAL



Produção artesanal de cal e os riscos à saúde dos trabalhadores

Artisanal production of lime and risks to worker's health

Maria Aline Moreira Ximenes¹, Antônio Ademar Moreira Fontenele Junior², Natália Ângela Oliveira Fontenele³, Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão⁴, Josiane da Silva Gomes⁵, Lívia Moreira Barros⁶, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto⁷.

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil. **2** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil. **3** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil. **4** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil. **5** Enfermeira. Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará (UFC). Sobral, CE, Brasil. **6** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil. **7** Enfermeiro. Doutor em Ciências (UNIFESP). Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to describe the lime production process, as well as to identify the risks to which the workers are subjected. **Methods:** descriptive study, with a qualitative approach, carried out with nine workers from a municipality in the Northwest of Ceará. Information was collected through interview and non-participant observation, based on the reference of the International Labor Organization. **Results:** production is rudimentary and the production stages (calcination, grinding, hydration, packaging and storage) expose workers to various risks, mainly physical, chemical and ergonomic, as well as accidents at work and illness. The main risks include exposure to calcination dust, lime handling, heat released by limestone burning, excessive and prolonged exposure to the sun, inadequate postures and lack of periodic breaks during work. **Conclusion:** the productive process of lime exposes workers to many risks, they do not make use of labor rights, needing that this productive be effectively accompanied by health surveillance, as well as the guarantee of social and human protection.

Descriptors: Occupational Health. Working Conditions. Occupational Risks.

Resumo

Objetivo: descrever o processo produtivo da cal, além de identificar os riscos aos quais os trabalhadores estão submetidos. **Métodos:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com nove trabalhadores de um município do Noroeste do Ceará. As informações foram coletadas por meio de entrevista e da observação não participante, com base no referencial da Organização Internacional do Trabalho. **Resultados:** a produção possui caráter rudimentar e as etapas de produção (calcinação, moagem, hidratação, empacotamento e armazenamento) expõem os trabalhadores a diversos riscos, principalmente físicos, químicos e ergonômicos, além de acidentes de trabalho e adoecimento. Dentre os principais riscos destacam-se a exposição à poeira da calcinação, manuseio da cal, calor liberado pela queima do calcário, exposição excessiva e prolongada ao sol, posturas inadequadas e falta de pausas periódicas durante o trabalho. **Conclusão:** o processo produtivo da cal expõe os trabalhadores a muitos riscos, não gozam de direitos trabalhistas, necessitando que esse processo produtivo seja efetivamente acompanhado pela vigilância à saúde, além da garantia de proteção social e humana.

Descritores: Saúde do Trabalhador. Condições de Trabalho. Riscos Ocupacionais.

Autor Correspondente
Maria Aline Moreira Ximenes. E-mail: aline.ximenes11@hotmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão
02/07/2018
Aprovação
29/12/2018

Como citar: Ximenes MAM, Fontenele Júnior AAM, Fontenele NAO, Brandão MGSA, Gomes JS, Barros LM, Ximenes Neto FRG. Produção artesanal de cal e os riscos à saúde dos trabalhadores. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(1):10-16. Disponível em:

Introdução

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Federal de 1988, e sua regulamentação, pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, reforçaram o conceito ampliado de saúde, além de incluir a saúde do trabalhador⁽¹⁾ que passou a ser definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.⁽²⁾

Com o avançar do SUS e do processo de implantação, implementação e descentralização de políticas setoriais, ações e serviços, a Saúde do Trabalhador ganha prioridade. Neste contexto, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é uma importante ferramenta para a incorporação programática das ações de promoção, vigilância e assistência à saúde, na rotina dos profissionais da saúde, nos diferentes níveis de atenção, durante o processo saúde-doença-cuidado-trabalho, com o apoio técnico dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Como estratégia de consolidação de tal área, em agosto de 2012, o Ministério da Saúde institucionaliza a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, com o intuito de desenvolver a atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.⁽³⁾

Destarte, no Brasil, nos últimos anos, apesar do avanço nas políticas de saúde do trabalhador, tem havido um retrocesso nas políticas trabalhistas como um todo, e apesar do intenso processo de industrialização e das transformações nos modelos produtivos, ainda coexistem modelos produtivos muito primitivos, com sistema de exploração do trabalhador em ambientes insalubres, como ocorre na produção de cal, sistema antigo e artesanal de um importante produto para a

construção civil, que tem influenciado de forma significativa na condição social e no adoecimento dos trabalhadores.

A indústria de produção da cal expõe os trabalhadores a riscos, agravos e doenças por conta do material particulado sólido, que possibilita a geração de lençóis de poeiras. Em pesquisa realizada em município próximo ao deste estudo, também na Zona Noroeste do Ceará, onde são encontradas diversas fábricas de cal, foi identificado o emprego de força intensa com repetitividade dos movimentos, postura inadequada, exposição à poeira, fumaça e elevada temperatura, com longas e intensas jornadas de trabalho e sem o adequado vínculo trabalhista.⁽⁴⁾

Outro estudo mostra que os trabalhadores das caieiras efetuam a retirada das pedras de calcário da mina, em seguida queimam a pedra de calcário no forno, "cardeiam", ensacam e carregam os caminhões. Todo esse processo caracteriza o ambiente de trabalho como potencial fonte de doenças ou agravos à saúde dos trabalhadores.⁽⁵⁾

Tais condições observadas nas caieiras levaram ao desenvolver deste estudo, que tem como objetivo descrever o processo produtivo da cal, além de identificar os riscos aos quais os trabalhadores estão submetidos.

Métodos

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada de janeiro a março de 2018, em um município da Região Noroeste do Ceará, com nove trabalhadores da produção artesanal de cal. Para garantir o anonimato e preservar as identidades dos participantes, foi utilizado o termo "Trabalhador" seguido de um numeral arábico, a exemplo de: "Trabalhador 1".

A coleta das informações foi realizada por meio de uma entrevista, com perguntas inerentes ao processo produtivo da cal e as demais sobre a percepção dos trabalhadores sobre os riscos e a proteção à sua saúde, e da observação não participante. As entrevistas foram gravadas e ocorreram no ambiente de trabalho ou em suas proximidades, a depender da disponibilidade de cada trabalhador. O material foi transcrito, sistematizado e categorizado conforme o referencial de Minayo.⁽⁶⁾

Durante o processo foi observado como ocorre o processo de trabalho dos participantes (desde a queima do calcário, a moagem, a hidratação do pó, o empacotamento, o fechamento dos sacos de cal e o empilhamento), a identificação das diferentes funções que cada trabalhador desempenha, os tipos de instrumentos de trabalho utilizados, as condições de trabalho as quais estavam submetidos, os equipamentos de proteção individual (EPI) que utilizavam e os riscos, doenças e agravos aos quais estavam expostos.

Quanto à avaliação de riscos, que foi realizada durante a observação, utilizou-se como referencial o proposto pela Organização Internacional do Trabalho (OIT)⁽⁷⁾, que sugere o exame detalhado do ambiente de trabalho, a fim de identificar os perigos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e organizativos) e a avaliação de seus possíveis danos.

A avaliação do risco leva em conta, tanto a probabilidade deste causar danos para as pessoas, quanto o nível de gravidade da lesão que possa ocorrer e deve incluir cinco etapas: 1) a identificação dos perigos; 2) a identificação daquelas pessoas que podem sofrer danos, e de que maneira; 3) a avaliação dos riscos e a maneira de controlá-los; 4) o registro dos resultados da avaliação e o estabelecimento de prioridades, com a prioridade para aquilo que deve melhorar; 5) a revisão e atualização da avaliação, quando necessário". No entanto, neste estudo, trabalhou-se somente com as etapas um e dois, e parte da três. Na etapa três, foi realizada apenas a avaliação dos riscos. Por conseguinte, os riscos encontrados foram mapeados e categorizados.⁽⁷⁾

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, com parecer nº 1.344.066, e faz parte de uma pesquisa maior intitulada "Doença, labor e trabalho no semiárido cearense: avaliação do perfil dos acidentes e da mortalidade por causas relacionadas ao trabalho na Zona Norte do Ceará".

Resultados e Discussão

Os nove participantes do estudo são do sexo masculino, casados e com idades entre 28 e 77 anos. Em relação ao grau de escolaridade,

três não foram alfabetizados, três cursaram o ensino fundamental e três concluíram o ensino médio. Nenhum dos trabalhadores apresentava vínculo empregatício.

Sobre a renda, declararam um valor aproximado de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por mês, visto que o valor recebido dependia da produção semanal. Somente um entrevistado recebia um salário mínimo, referente à aposentadoria, trabalhava na caieira como estratégia de complementação da renda familiar.

A carga horária semanal também era variada, com cerca de seis a oito horas por dia, posto que há um valor determinado de cal a ser produzido e o tempo é regulado pela finalização da produção. Em relação ao vínculo empregatício, sete dos sujeitos tinham apenas esta atividade como fonte de renda, um desenvolve a agricultura de subsistência para auxiliar na renda familiar e um é aposentado. Em referência aos anos de trabalho na produção de cal, há uma variação de dois a 35 anos

O processo produtivo da cal

O processo de fabricação da cal se inicia na jazida de calcário, dela é extraída a rocha utilizada para fabricação da cal. Para que a rocha seja extraída da jazida, o processo mais utilizado é o desmonte por meio de explosivos. Após essa etapa, as pedras são transportadas aos fornos, denominados pelos trabalhadores como "caieiras". O forno é um dos principais equipamentos do processo, nele ocorre a calcinação da rocha calcária e a transformação em cal. Na fábrica em questão, o forno é construído de pedras sobre o solo por meio de processos manuais, sendo estes normalmente de baixa capacidade de produção. No cenário deste estudo, o processo produtivo se inicia com o enchimento dos fornos para a queima do calcário, conforme descrito na figura 1.

A produção de cal se dá a partir do calcário (CaCO₃). A matéria prima é extraída, selecionada e, depois, o calcário é submetido a elevadas temperaturas dentro de fornos à lenha, esse processo é chamado calcinação. O resultado desse processo será o CaO (óxido de cálcio ou a cal). Após a retirada da cal do forno, esta é moída por máquinas e, em seguida, vai para a produção da cal hidratada. É preciso que

Figura 1 – Etapas do processo produtivo da cal.



Fonte: dados do estudo.

aconteça uma reação entre a cal virgem e a água (H₂O), neste processo a cal é hidratada. Ao final da produção ocorre o ensacamento e distribuição do produto.

No local deste estudo, a produção possui um caráter bastante rudimentar e as tarefas não são bem divididas entre os trabalhadores, visto que a maioria afirmou fazer um pouco de tudo, desde a colocação da pedra no forno ao empacotamento, o que impossibilita a adoção de medidas de precaução adequadas em cada fase da produção. Apenas um trabalhador afirmou ficar responsável somente por uma função, a calcinação. No entanto, não foi observado o uso de EPI apropriado para sua função. Os instrumentos mais utilizados são as pás, enxadas, as máquinas de moer e as mangueiras.

Os caieiros preparam o forno para a calcinação escavando o chão, abastecendo-o com troncos de madeira a serem queimados. Quando há o aquecimento total do forno, adicionam as pedras de calcário para queimar, por volta de dois dias. Ao término do processo, os caieiros retiram as pedras e as colocam em máquinas a fim de processá-la, até o ponto de pó. Em seguida, utilizam mangueiras para molhar esse pó e deixá-lo mais concentrado, adequado para ser empacotado, com o auxílio de pás, e à medida em que os sacos atingem o limite, são amarrados, empilhados e armazenados.

Compreensão sobre os fatores de risco

Ao serem questionados sobre o que identificavam como riscos no ambiente de trabalho, emergiram as seguintes falas:

Num trabalho desse, a gente é exposto demais. A saúde fica prejudicada [...] (Trabalhador 1).

[...] essa camisa na cabeça, as roupas de baixo, às vezes fica muito quente, aí corre o risco de se queimar com a pedra de cal (Trabalhador 2).

A falta de proteção, que prejudica a saúde (Trabalhador 3)

Esses riscos, isso prejudica muito a gente, faz muito mal, essa poeira [...] (Trabalhador 4).

Tudo isso aqui prejudica a saúde. Hoje eu vivo doente (Trabalhador 6).

Piora a saúde da gente que trabalha aqui, muita poeira, fumaça (Trabalhador 7).

É ruim para a saúde trabalhar aqui, devido a quentura e muita fumaça (Trabalhador 8).

Prejudica a saúde, sinto muita dor nas costas (Trabalhador 9).

Considerando as falas, é possível conhecer as condições de trabalho, que se mostram inadequadas, apresentando riscos que vão desde o risco de queimaduras, à intoxicação pelo pó do calcário e pela fumaça. A forma como os caieiros percebem o ambiente de trabalho revela a noção do prejuízo para a saúde e para a qualidade de vida, diante da exposição à poeira, fumaça, ambiente quente, carga elevada de trabalho, impactos diretos no processo saúde-doença-cuidado-trabalho.

Foi possível constatar também que todos os entrevistados expressaram algum conhecimento acerca dos riscos presentes em seu local de trabalho. No entanto, outros fatores não foram levados em consideração, embora tenham sido observados, como a exposição excessiva ao sol, os movimentos repetitivos, as posturas inadequadas, a falta de organização das tarefas e as pausas reduzidas, para que não comprometa a produtividade.

Medidas preventivas e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI)

Em relação ao questionamento sobre o uso de EPI, emergiram os seguintes relatos:

Só uso óculos e os panos (Trabalhador 1).

Uso óculos, coloco a blusa na cabeça. Só isso mesmo (Trabalhador 2).

[Uso] óculos, mangas compridas, máscara improvisada... (Trabalhador 3).

[Uso] óculos e protetor de ouvido. É para a gente usar luva, mas aqui a renda é tão pouca, que não dá para comprar (Trabalhador 4).

A maioria dos trabalhadores entrevistados afirma utilizar óculos de proteção e camisas de mangas longas, alguns mencionaram o uso do protetor auditivo e da “máscara improvisada”, representada por um pano preso cobrindo nariz e boca, com o objetivo de amenizar a inalação direta da poeira. Diante disso, é possível constatar os riscos enfrentados por estes trabalhadores, por conta da exposição diária e a não disponibilidade de EPI completo.

O “Trabalhador 6” afirma que nunca utilizou nenhuma medida preventiva e, devido a estas práticas, adquiriu doenças de curso crônico responsáveis por seu afastamento do trabalho e aposentadoria por invalidez.

Acidentes de Trabalho na Produção da Cal

Quando questionados sobre acidentes de trabalho, foram extraídas as seguintes falas:

Já tive irritação no olho por cal, passei meses sem trabalhar. Também já queimei meu pé na cal quente (Trabalhador 4).

Já tive uma queimadura muito grande, ficou inchada, cheia de bolhas. Fiquei um tempo sem trabalhar e sem receber dinheiro (Trabalhador 8).

Dos nove participantes da pesquisa, apenas dois relataram ter sofrido acidentes no local de trabalho (acidente típico) ou quando iam trabalhar (acidente de trajeto). No entanto, vale destacar que o conceito de acidente pode variar de acordo com a percepção do trabalhador. Dessa forma, outros pequenos eventos podem ter sido ignorados por serem considerados sem importância.

Avaliação dos riscos à saúde de trabalhadores na produção de cal

Quanto à avaliação de risco, utilizou-se um roteiro de observação com base no referencial proposto pela OIT⁽⁷⁾, que sugere o exame detalhado do ambiente de trabalho, a fim de identificar os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e organizativos, além da avaliação de seus possíveis danos.

A partir da observação, foi possível identificar os riscos e ainda associar algumas doenças ou agravos que podem ser acarretados, listados no quadro 1.

Quadro 1 – Riscos à saúde dos trabalhadores na produção de cal.

Riscos	Agentes	Riscos de Agravos/Doenças
Físicos	Ruídos e vibrações das máquinas de moagem.	Diminuição da audição e PAIR; Fadiga nervosa; Irritabilidade; Estresse; Dor de cabeça; Dores nos membros, na coluna e nas articulações; Distúrbios osteomusculares.
	Temperaturas excessivas do forno.	Queimadura (calor); Desidratação; Envelhecimento precoce.
	Radiações devido a exposição à radiação solar.	Queimaduras; Lesões nos olhos e na pele; Insolação; Desidratação; Envelhecimento precoce; Câncer de pele e outros.
Químico	•Inalação de poeira da cal; •Fumaça da queima da madeira e das pedras de calcário; •Contato físico com a cal.	Alergias; Agravamento de doenças respiratórias em vias aéreas inferiores; Pneumoconiose; Queimadura química (Cal).
Biológico	•Exposição a vetores de doenças infecciosas; •Microorganismos patogênicos; •Animais peçonhentos.	Doenças contagiosas; Feridas pós-mordida; Envenenamento por picada.
Ergonômico	•Movimentos repetitivos; •Posturas inadequadas; •Esforço físico excessivo.	Dor lombar crônica; Lesões por esforços repetitivos (LER); Doenças Osteoarticular Relacionada ao Trabalho (DORT).
Organizati- vos	•Estímulo à produtividade; •Longas e exaustivas jornadas de trabalho, sem pausas, sem feriados; •Sem direitos trabalhistas.	Distúrbios mentais relacionados à fadiga; Depressão; Prejuízos aos papéis sociais.

Fonte: dados do estudo

Os caieiros deste estudo apresentam significativo conhecimento sobre os riscos aos quais estão expostos durante o processo produtivo da cal, além de compreenderem suas necessidades relativas ao processo saúde-doença-cuidado-trabalho.

Uma das queixas presentes em quase todas as falas foi em relação à poeira resultante da calcinação e ao manuseio da cal sem o uso de máscaras apropriadas, o que contribui para o acometimento por várias doenças.

Considerando a instalação progressiva das partículas oriundas da poeira nos pulmões, a exposição também pode causar o desenvolvimento da pneumoconiose, definida pela OIT como “doença pulmonar causada pelo acúmulo de poeira nos pulmões e reação tecidual à presença dessas poeiras”.⁽⁸⁾

Outros relatos relevantes versam sobre a dor lombar, configurada como um dos principais fatores associados ao surgimento e agravamento dos quadros de lesão por esforço repetitivo, incluindo fatores biomecânicos, como as contrações musculares prolongadas e as posturas inadequadas, frequência e força empregada no movimento repetitivo intensificadas por inadequações do posto de trabalho, fatores da organização do trabalho, como ausência de pausas e incentivo à produtividade.⁽⁹⁾

Foram ressaltadas ainda questões relacionadas ao calor e às queimaduras como causadores de doenças e acidentes de trabalho. Um estudo, realizado no Rio Grande do Norte, mostrou que um dos riscos mais críticos inerentes às atividades de beneficiamento da cal diz respeito ao calor emanado dos fornos, que operam a temperaturas superiores a 700°C. Sendo assim, os empreendimentos e agentes reguladores devem direcionar esforços para mitigar os impactos desses elementos à saúde humana. As principais medidas dizem respeito à não permanência dos empregados a tais exposições, a capacitação para os perigos associados e a utilização dos equipamentos necessários para a correta proteção.⁽¹⁰⁾

Muitos destes riscos identificados estão em consonância às conclusões de outros estudos, realizados em seis fábricas de cal do Interior do Ceará e em uma fábrica no Rio Grande do Norte, que apontaram problemas relacionados

à força intensa por contração muscular relativamente prolongada, repetitividade, posturas inadequadas, exposição à poeira, à temperatura elevada, ao sol e à fumaça.^(5,10)

Diante do processo de trabalho dos caieiros e dos riscos aos quais estão expostos, é essencial o uso dos EPI, como capacetes, óculos, máscaras, luvas, botas, avental e roupas adequadas para as elevadas temperaturas a que estão expostos. É um desafio assegurar a proteção dos trabalhadores e a prevenção dos riscos, agravos e doenças quando não há a disponibilização pelos empregadores e o uso adequado dos EPI. Provavelmente, a falta de vínculo empregatício e a baixa renda dos participantes, somadas à falta de informações, são fatores que interferem para o desenho desse triste e preocupante cenário.

Para tanto, não basta só a responsabilidade do empregador em adquirir os EPI e orientar os trabalhadores quanto ao seu uso, pois também devem propiciar condições de trabalho adequadas para a realização dessa atividade. A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) também pode contribuir, com o apoio do CEREST, na avaliação dos trabalhadores, por meio de ações de educação em saúde e na implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; nos componentes da vigilância à saúde aos riscos e na promoção da saúde e assistência aos doentes.⁽¹¹⁾

Conclusão

A produção da cal é uma atividade importante para a economia, principalmente, para abastecer a construção civil. No entanto, a realidade dos trabalhadores deste setor é preocupante, uma vez que suas condições de trabalho comprometem sua saúde, também sendo limitados o vínculo empregatício e a garantia de direitos trabalhistas.

Este estudo apontou que o ambiente de trabalho durante a produção da cal é um espaço gerador de riscos de diversas ordens, principalmente físicos, por conta do calor do forno e do sol; químicos, por causa da poeira da cal; ergonômicos, pela exaustiva e impactante jornada de trabalho; além dos possíveis acidentes e adoecimento; e, por fim, muitas vezes, sem a garantia de direitos trabalhistas.

Contudo, estes trabalhadores precisam do acompanhamento dos serviços de saúde em articulação com outros setores, com foco nas ações de vigilância à saúde do trabalhador, na garantia de direitos trabalhistas, além de proteção social, como estratégia de resgate da cidadania e dignidade.

Referências

1. Silva A, Sinval LF, Rodrigues-Junior A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Rev Bras Saude Ocup.* [Internet] 2016 [citado 2018 jun. 1] 41(16):1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e16.pdf>
2. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.*
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.*
4. Silva CP, Dias MAS, Carvalho MVM, Negreiros JA, Silva RM. Processo de trabalho dos caieiros na perspectiva da saúde do trabalhador. *Sanare.* [Internet]. 2010 dez. [citado 2018 mai 29];9(2):21-8. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/12>
5. Silva CP, Rodrigues AB, Dias MAS. Percepção de caieiros quanto às consequências do trabalho no processo saúde-doença. *Rev Saúde Pública.* [Internet] 2007 [citado 2018 jun. 1];41(5):858-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000500021&script=sci_abstract&tlng=pt
6. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
7. Organização Internacional do Trabalho (OIT). Programa de Actividades Sectoriales. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre seguridad y salud en la agricultura. Ginebra (CH): Oficina Internacional del Trabajo; 2010. [citado 2017 jun. 18]. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_112442.pdf.
8. Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. Programa Nacional de Eliminação da Silicose. São Paulo: Ministério do Trabalho; 2002.
9. Barbosa MSA, Santos RM, Figueiredo TMCS. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). *Rev bras enferm* [Internet]. 2007 out. [citado 2018 jun. 1];60(5):491-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000500002&script=sci_abstract&tlng=pt
10. Nascimento IB, Costa ACF, Cunha APA, Moura FN. Análise de riscos do beneficiamento da cal no Município de Governador Rosado no Estado do Rio Grande do Norte. *Revista tecnologia & informação.* [Internet] 2014 mar./jun. [citado 2018 mai. 29];1(2):51-62. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/tecinfo/article/download/670/439>
11. Bianchini AM, Macedo ML. Subnotificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho: proposta de ação junto a uma equipe de estratégia saúde da família em um Município do Vale do Taquari-RS. In: Alves, LMS e Krug SBF, organizadores. *Saúde do trabalhador: realidades, intervenções e possibilidades no Sistema Único de Saúde.* 1ªed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2017.

ARTIGO ORIGINAL



Abordagem aos usuários com hipertensão e diabetes sob a ótica dos gestores da saúde*

Approaches to users with hypertension and diabetes under the opinion of health managers

Francisco Kelton Pereira Neves¹, Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque², Roberta Magda Martins Moreira³, Amanda Maria Braga Vasconcelos⁴, Géssika Dias Pereira de Oliveira⁵, Joao Vitor Teixeira de Sousa⁶, Heryca Laiz Linhares Balica⁷, Marcos Aguiar Ribeiro⁸.

*Extraído da dissertação de mestrado "Atenção às condições crônicas hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral – CE. Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, 2018, Sobral, CE, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

1 Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **2** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE, Brasil. **3** Enfermeira. Discente Mestrado Acadêmico em Saúde da Família. Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE, Brasil. **4** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **5** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **6** Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **7** Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral, CE, Brasil. **8** Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Secretaria de Saúde. Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to identify the approaches implemented to users with hypertension and/or diabetes in the context of the Family Health Strategy. **Methods:** it is a qualitative descriptive study. Data collection was based on semi-structured interviews conducted with health managers from a municipality of Ceará, in 2017. The discourses were analyzed with support of the software NVivo11. **Results:** several approaches have been taken, from an individual perspective to a more collective approach. Some units are organized into diary schedules, others use flexible schedules, or perform diluted attention on spontaneous demand or in groups. **Conclusion:** it is important that the forms of attention to these users be rethought, prioritizing the approaches that allow the analysis of the various dimensions involved in the care of the chronic conditions, making possible an assistance that invest in educational actions in the individual and collective scope with a view to the incentive in the process of self-care and autonomy of the users.

Descriptors: Qualitative Analysis. Primary Health Care. Chronic Disease.

Resumo

Objetivo: identificar as abordagens implementadas aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** trata-se de um estudo qualitativo descritivo. A coleta de dados se deu a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores da saúde de um município cearense, em 2017. Os discursos foram analisados com suporte do software NVivo11. **Resultados:** verificaram-se abordagens diversas, desde uma perspectiva individual a uma abordagem mais coletiva. Algumas unidades se organizam em agendas engessadas, outras utilizam agendas flexíveis ou realizam uma atenção diluída na demanda espontânea ou em grupos. **Conclusões:** diante dos achados, é relevante que sejam repensadas as formas de atenção a esses usuários, priorizando as abordagens que permitam a análise das diversas dimensões envolvidas no cuidado às condições crônicas, possibilitando uma assistência que invista em ações educativas no âmbito individual e coletivo com vistas ao incentivo no processo de autocuidado e autonomia dos usuários.

Descritores: Análise Qualitativa. Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas.

Autor Correspondente
Francisco Kelton Pereira Neves. E-mail: kelton.neves94@gmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão
20/07/2018
Aprovação
30/12/2018

Como citar: Neves FKP, Albuquerque IMN, Moreira RMM, Vasconcelos AMB, Oliveira GDP, Sousa JVT *et al.* Abordagem aos usuários com hipertensão e diabetes sob a ótica dos gestores da saúde. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(1):17-23. Disponível em:

Introdução

No Brasil, vive-se uma transição epidemiológica singular, expressa por uma tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas. Com isso, a situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia oculta, a das doenças crônicas.⁽¹⁾

Além disso, verifica-se uma transição demográfica acelerada, onde a população, apesar de baixas taxas de fecundidade, continua crescendo⁽¹⁾, assim reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida.⁽²⁾ Esse aumento de idosos na população acarreta aumento da carga de doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Essas doenças têm capacidade de gerar inúmeras complicações ou até levar ao óbito. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT enfatiza que essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes.⁽³⁾

Neste cenário, dentre as condições crônicas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) configuram-se como epidemias mundiais e representam um grande desafio para os sistemas de saúde.⁽⁴⁾

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos, frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Dessa forma, a HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica.⁽⁵⁾ Por sua vez, a DM é considerada uma condição heterogênea de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação ou produção da insulina de insulina.⁽⁶⁾

No Brasil, HAS e DM figuram entre as principais causas de hospitalizações e morbimortalidade no SUS.⁽⁷⁾

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁽⁸⁾, a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de HAS foi de 21,4%, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas, e em relação ao DM, 6,2%, equivalente a 9,1 milhões de pessoas. No que se refere a análise por grandes regiões, o Nordeste tem um percentual de 19,4% de pessoas com HAS e 5,4% com DM.

Nesta perspectiva, a atual situação de saúde de predomínio das condições crônicas não pode ser respondida de maneira eficiente, efetiva e de qualidade por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas.⁽⁹⁾ Tal situação tem suscitado reflexões acerca da necessidade de ressignificar o modelo de atenção à saúde de forma a considerar o predomínio das condições crônicas.

Diante disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental para o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes. Todavia, a atenção a estas condições crônicas ainda representa um desafio, tendo em vista que a ESF precisa superar o cuidado centrado às condições agudas e qualificar a atenção às condições crônicas, de maneira resolutiva e integral, possibilitando o vínculo e a corresponsabilização dos usuários.

Portanto, o estudo objetivou descrever como ocorre o atendimento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, para a qual se aplicou a adaptação de uma matriz de avaliação de efetividade de intervenções para controlar e prevenir Doenças Crônicas Não Transmissíveis empregado na América Latina, proposta por De Salazar⁽¹⁰⁾, e utilizada no Brasil por Moysés S. T., Silveira Filho e Moysés S. J.⁽¹¹⁾

Neste recorte, têm-se como enfoque a sistematização da experiência de atenção às condições crônicas a partir das narrativas de gerentes e tutores do Sistema de Saúde de um município do interior cearense.

Neste sentido, foram considerados critérios de inclusão para os gestores: ter experiência

profissional de pelo menos três meses, visto que se considera este período um tempo razoável para vivenciar o cotidiano do trabalho, de forma a colaborar e dar subsídios para a pesquisa. Como critérios de exclusão: estar de férias, licença médica ou em afastamento por qualquer natureza no período da coleta de dados. Os gestores foram identificados pela letra "G", seguida de um numeral.

A coleta de dados se deu a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores da saúde (tutores do sistema de saúde e gerentes da Estratégia Saúde da Família, em um total de 4 e 18 respectivamente) de um município do interior do estado do Ceará, no ano de 2017. Os discursos foram registrados por um gravador de voz e em seguida transcritos e analisados a partir de uma análise textual descritiva e discursiva, onde foram descritos os achados e os sentidos possíveis com vistas à ampliação das compreensões relacionadas à atenção às condições crônicas⁽¹²⁾, com suporte do software N Vivo 11.

O estudo seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer favorável do Comitê de Ética sob nº 2.054.329.

Resultados

A partir da análise dos discursos de gerentes e tutores, verificou-se que no âmbito da ESF os usuários com as condições crônicas HAS e DM são abordados de diferentes maneiras e por diferentes profissionais, desde uma perspectiva individual a uma abordagem mais coletiva.

Na abordagem individual, os discursos demonstram que não existe um fluxo comum entre as UAPS, de modo que há uma considerável diversidade de modos de organização do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM.

(...) nós temos um dia de referência, que é sexta feira, para estar com esses pacientes, (...) para que a gente poder ter um tempo maior com eles, para avaliar pé diabético, ver a questão dos exames que precisam ser solicitados, verificar a periodicidade das consultas médicas, mas isso não é engessado, quando o paciente tem necessidade de renovação de receitas, tem pico hipertensivo, ou hiperglicemia, nós temos uma agenda flexível para encaixar esses pacientes (G3).

Neste cenário de diversidade de *modi operandi* do atendimento ao usuário, identificou-se, em algumas unidades, uma abordagem mais flexível, de forma que o usuário tem autonomia para escolher o melhor momento para ser atendido.

Os participantes utilizam o termo agenda flexível como estratégia de organização do trabalho em saúde, onde em todos os dias e turnos os profissionais têm a flexibilidade de atender usuários com situações de saúde e doença diferentes, ou seja, as agendas dos profissionais são organizadas de modo a possibilitar que em um mesmo turno o profissional possa atender as demandas espontânea e agendadas, como por exemplo, consulta aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, realização de pré-natal, puericultura e atendimento à demanda espontânea, como podemos verificar no discurso que segue.

A atenção leva em conta, primeiro, a questão da flexibilidade na agenda do profissional para atender àquela demanda, então não existe um dia fixo para isso, existe o dia de atendimento aos hipertensos e diabéticos, mas existe também, dentro da agenda flexível, o atendimento diário (G2).

Essa flexibilidade na agenda busca romper com uma concepção programática ainda existente na dinâmica de algumas UAPS, onde os turnos de atendimento são fixos e organizados por programas, de forma a existirem o "dia do Hiperdia", o "dia da hanseníase e tuberculose", o "dia da gestante", o "dia da realização do exame citopatológico", dentre outros.

Tal modo de organização do serviço ainda é influenciado pelo modelo técnico-assistencial de ações programáticas em saúde, elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e que alcançou todo o país, de maneira a influenciar as formas de organização da atenção. Segundo este modelo os programas são definidos por ciclos de vida ou por doenças, com a hierarquização interna das atividades e padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas.⁽¹³⁾

Nesta perspectiva, a flexibilidade na agenda é uma estratégia potente de organização e que pode possibilitar ao usuário um melhor acesso ao serviço de saúde, pois a atenção à saúde revela um cuidado fragmentado, baseado na

produção de atos e desarticulado das principais queixas dos usuários e, ainda pouca flexibilidade no atendimento aos que têm mais dificuldade de acesso, apresento impacto limitado um cuidado que seja descontínuo e parcelar, pois o que se quer e se precisa é um o serviço coletivo de qualidade, com equidade e de forma integral.⁽¹⁴⁾

Todavia, verifica-se que em alguns momentos esta flexibilidade na agenda implica na diluição do atendimento ao usuário com HAS e DM na demanda espontânea, onde o atendimento é breve, focado na relação assistencialista de queixa-conduta, centrado nos profissionais enfermeiros e médicos e com uma dinâmica que limita o tempo e espaço para a prática de exame físico, desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e interconsultas entre diferentes categorias profissionais, conforme a seguinte fala:

Continua sendo aquele sistema arcaico, paciente chega para renovar receita e ir embora. Ele chega e deixa a receita dele no SAME, a menina [auxiliar administrativo] tira o prontuário, pega uma pilha de receitas, a enfermeira só faz olhar para a receita, renova, o médico assina, entrega ao paciente e o paciente passa seis meses só vindo pegar medicação (G10).

No entanto, o que se observa é que mesmo com a organização desta agenda de atendimentos, grande número de usuários deseja atendimento por demanda espontânea, atendimento este marcado por renovação de receitas compulsórias e sem acompanhamento efetivo dos pacientes.⁽¹⁵⁾

O Caderno de Atenção Básica n. 28 reflete sobre essa situação, bem como traz orientações importantes para o desenvolvimento do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica. Nesse sentido, é importante que as equipes discutam e que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação do risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade, que muitas vezes, requer exceção ao que está padronizado.⁽¹⁶⁾

Contudo, além de um acolhimento a demanda espontânea eficaz, é necessário o acompanhamento desse usuário em seu ambiente domiciliar:

Esses pacientes são acompanhados também através de

visitas domiciliares mensalmente pelo Agente Comunitário de Saúde ou em intervalos menores, conforme necessidade, e também pelas outras categorias profissionais (G4).

O ambiente onde vive o usuário é entendido pela Saúde Pública como algo externo, de singular importância, onde se encontram potenciais fatores de risco à saúde como físicos, químicos, biológicos, nutricionais, econômicos, culturais, psicossociais e ecológicos, sendo necessário que os profissionais conheçam e planejem, em conjunto com a comunidade, ações proativas capazes de interferir positivamente nesses fatores contributivos para o incremento de doenças crônicas degenerativas e das causas externas (acidentes e violências).⁽¹⁷⁾

Desta forma, a visita domiciliar (VD) constitui um importante instrumento na prestação de cuidados à saúde do indivíduo, sua família e comunidade. Ela deve ser conduzida no bojo de um processo racional, orientada por objetivos definidos e pautados nos princípios da eficiência, com a finalidade de favorecer o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do usuário.^(18,19)

Assim, torna-se uma potente tecnologia de interação no cuidado à saúde, uma vez que permite conhecer melhor o usuário dentro do seu contexto ou meio ambiente, que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações socioafetivas entre os vários membros da família.⁽²⁰⁾ Essas ações constituem o cerne da Atenção Básica, portanto a prevenção das DCNT e a promoção da saúde a estes usuários. Na prática, entretanto, o que se tem observado com maior frequência é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença.^(21,22)

Quanto a abordagem coletiva, pode ser citada a abordagem aos usuários que aguardam o início do grupo "Hiperdia". Por meio da educação em saúde, os profissionais trabalham temas relativos a mudança de comportamento e promoção da saúde, configurando uma importante tecnologia de cuidado a esses usuários.

Assim, verifica-se na fala que segue, que a abordagem na sala de espera representa um momento importante na produção da saúde das UAPS.

(...) em unidades que fazem atendimento individual, no momento em que existe um público aguardando o atendimento, as equipes fazem abordagens na sala de espera com essa temática [hipertensão e diabetes]. Quando, na unidade, trabalham abordagens coletivas, também se aborda essa temática (G1).

Neste sentido, fazem-se necessárias tais metodologias de educação em saúde que vão além da informação, promovendo a ressignificação dos conceitos do processo saúde-doença e possibilitando, de fato o estabelecimento de novas práticas e novos processos de trabalho em saúde, que contribuam para o desenvolvimento de novas relações profissional-usuário, congruentes com os princípios da educação em saúde.⁽²³⁾

Esta compreensão de educação em saúde está expressa na seguinte fala:

Aí eu percebo, já no componente educação em saúde, que ainda precisa-se trabalhar com a corresponsabilização, não nesse foco apenas informativo, estou levando informação, mas no foco mesmo da pessoa compreender-se com comportamento de risco, se ver em uma situação, [perceber] que tem dificuldade de fazer a mudança, mas que ela pode conseguir se ela tem um apoio (G11).

Assim, a educação em saúde, quando se desenvolve por meio da escuta, da problematização e da produção conjunta do conhecimento, concretiza-se como um exercício de autonomia, favorece o processo de construção da cidadania, potencializando a expressão do cidadão nas diferentes dimensões do cuidado e do autocuidado.⁽²⁴⁾ Neste sentido, o enfoque da educação em saúde não deve se restringir apenas a transmissão de conhecimento como meio e processo de controle, é fundamental que aspectos subjetivos que interferem nos hábitos sejam investigados e considerados.

Além das salas de espera, as abordagens grupais configuram-se como importantes possibilidades de cuidado aos usuários com HAS e/ou DM, como apresentado no seguinte discurso:

Os grupos de convivência que nós temos hoje nos meus territórios é o grupo corpo e mente, que a gente trabalha componente de convivência e trabalha práticas corporais, que nesse grupo também tem pessoas com hipertensão e diabetes (G1).

A partir de então, infere-se que o desenvolvimento de ações educativas grupais podem interferir no processo de saúde-doença da população com HAS e/ou DM a partir do desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos a respeito do seu meio social e de suas condições de vida e saúde, o compartilhamento de conhecimentos que derivem das experiências, além da potencialização de processos coletivos para organizar e concretizar ações de mudança. Pressupõe ainda o ir além de uma perspectiva preventiva e de uma abordagem diretiva, ampliando-se na direção de uma práxis construtiva, pautada no desenvolvimento do diálogo.⁽²⁵⁾

No entanto, ainda é perceptível que alguns grupos têm uma prática educativa que reproduz abordagens tradicionais de transmissão de conhecimento, com conteúdos verticalizados, passados por palestrantes, e que não valorizam a autonomia e o saber dos usuários e os condicionam com o discurso de que "só ganha o remédio aqueles que participam do grupo".⁽¹⁵⁾

Assim, é importante que a abordagem seja centrada na pessoa e não somente na doença. Esta compreensão ampliada está expressa no discurso de segue.

(...) a gente tenta trabalhar não com patologia. Até porque o processo de educação em saúde está para além dessa caixinha, pois se a gente vai trabalhar com pessoas que tem algumas patologias, trabalhamos na perspectiva da convivência, poder, inclusive, trocar experiência,, e se eu fecho em uma caixinha só, fica só naquilo. [Dessa forma], não é aprendizagem, não é educação em saúde (G12).

Nesta perspectiva, deve ser trabalhado nos grupos temas envolvendo saúde, de maneira a evitar que os encontros sejam sempre relacionados com HAS e DM, e assim, não centralizar apenas na doença, mas principalmente na saúde. Além disso, é fundamental a participação dos usuários na elaboração da proposta do grupo.⁽²⁶⁾

No entanto, muitos profissionais ainda percebem saúde como o oposto de doença e ainda trabalham com esse enfoque a partir de discursos higienistas e assistencialistas e com a prescrição de hábitos e comportamentos individuais.⁽¹⁸⁾ Assim, o modelo assistencial e o processo de trabalho ainda estão estruturados tendo como foco a doença e todas as ações

Estão centradas no seu enfrentamento. Desse modo, é necessário colocar a 'doença entre parênteses' e deslocar a centralidade para o sujeito em sua singularidade.⁽²⁷⁾

Conclusão

No âmbito da atenção às condições crônicas, é possível identificar a inexistência de um padrão comum entre as UAPS, portanto, há uma pluralidade das formas de abordagens nos atendimentos individual e coletivo aos usuários com HAS e DM. Assim, algumas unidades se organizam em agendas engessadas com turnos fixos de atendimento influenciado por uma perspectiva programática de atenção à saúde, outras utilizam agendas mais flexíveis que possibilitam um melhor acesso, e outras sem um fluxo específico onde os usuários encontram-se diluídos na demanda espontânea ou em grupos de Hipertensão.

Vale destacar ainda que as abordagens coletivas, como grupos de convivência e práticas corporais, representam importantes tecnologias de cuidado, onde são trabalhados temas envolvendo saúde, de maneira a evitar que os encontros sejam sempre relacionados com hipertensão ou diabetes, e assim, não centralizar apenas na doença mas, sobretudo, na saúde.

Dessa forma, ressalta-se a importância de abordagens que permitam a análise das diversas dimensões envolvidas no cuidado às condições crônicas hipertensão e diabetes, possibilitando ampliar a visão para uma assistência não somente prescritiva, com foco na doença, mas que invistam em ações educativas no âmbito individual e coletivo que incentivem o processo de autocuidado e autonomia dos usuários.

Espera-se que esse estudo contribua para impulsionar novas formas do cuidado, denotando a necessidade de ampliar a visão para uma atenção centrada na pessoa, em sua singularidade. Além disso, ressalta-se que a escolha de incluir como participantes somente os gestores trouxe limitações ao estudo, de maneira que recomenda-se a incorporação e análise dos discursos dos trabalhadores que prestam cuidados diretos aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no âmbito da ESF.

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica. [Internet]. Brasil: IBGE; 2010 [citado 2018 nov. 20]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (2011-2022). [internet]. Brasília, (DF): MS; 2011 [citado 2018 set. 27]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
4. World Health Organization (WHO) Diabetes. Nota descritiva [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 2018 ago. 5]; Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
5. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Crdiol. 2016;107(3):104. DOI 10.5935/abc.20160151
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. [internet]. Brasília: MS; 2013 [citado 2018 nov. 13]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf
7. Organização Pan-Americana de Saúde. Linhas de cuidado hipertensão e diabetes. Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuida_do hipertensao_diabetes.pdf
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (2013). Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidade da Federação. [Internet]. [citado 2018 ago. 30]. Disponível em: <http://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS); 2011 [citado 2018 Out 25]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965
10. De Salazar L. Reflexiones y posiciones alrededor de evaluación de intervenciones complejas: salud. Santiago de Cali: Colección Ciencias Sociales; 2011.
11. Moisés ST, Silveira Filho AD, Moisés SJ. Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas

na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS); 2012.

12. Sousa RS, Galiazzi MC, Schmidt EB. Interpretações fenomenológicas e hermenêuticas a partir da análise textual discursiva: a compreensão em pesquisas na educação em ciências. *Ver Pesq Qualitativa* [internet]. 2016 [citado 2018 nov. 21];4(6):311-3. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/39/44>

13. Andrade LOM, Barreto ICHC, Cavalcanti CGCS. Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Silva MGC. *Epidemiologia e Saúde*. 8ª ed. Rio de Janeiro: medBook; 2017.

14. Silva FM, Budó MLD, Perlini NMOG, Garcia RP, Sehnem GD, Silva DC. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(3): 347-53. DOI <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140045>.

15. Cunha AAG. Proposta para fortalecimento do grupo educativo HIPERDIA em uma equipe de saúde da família, Patos de Minas/MG [Monografia 2014; Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imag/em/6138.pdf>

16. Brasil. Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. 1ª ed. Brasília, (DF): MS; 2011.

17. Machado ATGM. Saúde humana e ambiente [Internet]. 2005 [citado 2018 nov. 23]. Disponível em: www.ufmg.br/biblioteca/index.shtml

18. Souza CR, Lopes SCF, Barbosa MAA. Contribuição do enfermeiro no contexto de promoção a saúde através da visita domiciliar. *Rev UFG* [Internet]. 2004 [citado 2018 nov. 11];6(esp.). Disponível em: <http://www.proec.ufg.br>

19. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de Atenção Básica brasileira. *Cienc Saude Coletiva*. 2005 [citado 2018 set. 24];10(supl):231-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_abstract&tlng=pt

20. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 [citado 2018 ago. 23];23(1):165-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222014000100165&script=sci_abstract&tlng=pt

21. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

22. Machado LC. A visita domiciliar na visão dos profissionais de saúde e dos usuários no Município de

Aracaju - SE. [dissertação]. 2010 [citado 2018 nov. 25] Aracaju (SE): Universidade Tiradentes; 2010.

23. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KMO, et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Rev bras educ med*. 2012;36(1):40-50. DOI 10.1590/S0100-55022012000200006.

24. Gazzinelli MF, Souza V, Fonseca RMGS, Fernandes MM, Carneiro ACLL, Godinho LK. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [citado 2018 set. 14];49(2):284-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0284.pdf

25. Mascarenhas NB, Melo CMM, Fagundes NC. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção Primária. *Rev Bras Enferm*. 2012 [citado 2018 out. 23];65(6):991-9. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a16v65n6.pdf>

26. Rodrigues F, Moreira J, Souza PS, Ceretta LB, Tuon L. O funcionamento e a adesão nos grupos de Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*. 2012 [citado 2018 out. 14]; 5(3): 44-62. Disponível em: revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/download/139/174

27. Amarante P. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1996.

ARTIGO ORIGINAL



Usuários com HIV/Aids: um estudo sobre recidivas de tuberculose*

Users with HIV/AIDS: a study on tuberculosis recurrences

Manuel Pereira de Sousa Filho¹, Adriana Rolim Campos Barros², Zélia Maria de Sousa Araújo Santos³.

*Extraído da dissertação de mestrado "Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes de um Hospital de Fortaleza/CE com HIV/Aids e recidiva de tuberculose. Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, 2015, Fortaleza, CE, Brasil.

1 Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva (UNIFOR). Hospital São José de Doenças Infecciosas. Fortaleza, CE, Brasil. **2** Farmacêutica. Doutora em Farmacologia (UFC). Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, CE, Brasil. **3** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to characterize the patients with HIV/AIDS that presented tuberculosis recurrences. **Methods:** a documentary study, with a quantitative approach, carried out in a referral hospital in the treatment of infectious diseases in Ceará, Brazil, with 22 medical records. Data collection took place between March and June 2015. **Results:** the majority of the patients were between 38 and 57 years of age (72.6%), male (77.3%), with paid occupation (54.5%), single (45.5%), brown skin color (49.9%), catholics (45.5%), with monthly income less than a current minimum wage (R \$ 724.00) (63.6%), and schooling less than one year (40.0%). The majority of the cases were affected by pulmonary tuberculosis, both in the first infection (77.4%) and in the relapse (54.7%), followed by lymph node TB in the first incidence (18.1%) and recurrence (31.8%). **Conclusion:** TB/HIV coinfection presents itself as a serious public health problem and may be significantly related to gender and other social determinants, but still timidly exploited by the scientific literature. **Descriptors:** Tuberculosis. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Coinfection.

Resumo

Objetivo: caracterizar os pacientes com HIV/Aids que apresentaram recidivas de tuberculose. **Métodos:** estudo documental, de abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência no tratamento de doenças infectocontagiosas, no Ceará, com 22 prontuários. A coleta dos dados ocorreu entre março e junho de 2015. **Resultados:** predominaram os usuários entre 38 e 57 anos (72,6%), sexo masculino (77,3%), com ocupação remunerada (54,5%), solteiros (45,5%), cor parda (49,9%), católicos (45,5%), renda mensal inferior a um salário mínimo vigente (R\$ 724,00) (63,6%), e escolaridade inferior a um ano (40,0%). A maioria fora acometida por tuberculose pulmonar tanto na primeira infecção (77,4%) como na recidiva (54,7%), seguida da TB ganglionar na primeira incidência (18,1%) e na recidiva (31,8%). **Conclusão:** a coinfeção TB/HIV apresenta-se como um grave problema de saúde pública, podendo estar significativamente relacionada a questões de gênero e outros determinantes sociais, mas ainda explorado de forma tímida pela literatura científica.

Descritores: Tuberculose. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Coinfecção.

Autor

Correspondente

Zélia Maria de Sousa
Araújo Santos. E-mail:
zeliasantos@unifor.br

Não declarados conflitos de interesse

Submissão

28/05/2018

Aprovação

30/12/2018

Como citar: Sousa Filho MP, Barros ARC, Santos ZMSA. Usuários com HIV/Aids: um estudo sobre recidivas de tuberculose. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(1):24-28. Disponível em:

Introdução

A Aids é uma doença incurável, mas se o diagnóstico for detectado precocemente, existe a possibilidade de a doença não se desenvolver e o usuário manter uma qualidade de vida razoável. No Brasil, as estimativas indicam que mais de 500 mil pessoas vivem com HIV/Aids e que desse contingente, 150 mil são portadoras do vírus e não sabem.⁽¹⁾

A tuberculose (TB) e a Aids são doenças de magnitude tal que ultrapassam as barreiras biológicas, constituindo um grave problema social. A vulnerabilidade dos indivíduos é influenciada por, muitas vezes, não perceberem o risco, diminuindo, assim, a prática do autocuidado, além de terem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.⁽²⁾

A tendência epidemiológica da tuberculose em imunossuprimidos é diferente daquela em imunocompetentes, pois existe uma possibilidade maior de ocorrer resistência aos fármacos antituberculose. Além disso, a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* acelera o processo de replicação do HIV/Aids, o que pode dificultar a cura e resultar em um aumento da mortalidade em pessoas coinfectadas.⁽³⁾

A infecção pelo HIV é um dos fatores de risco para o adoecimento por TB, sendo que uma enfermidade leva à progressão da outra, acarretando transformações epidemiológicas em ambas as doenças. O risco para desenvolver TB em um indivíduo, sem infecção pelo HIV, pode variar de 5 a 15% no decorrer da vida, enquanto naqueles indivíduos infectados e coinfectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, a porcentagem varia de 5 a 15,0% ao ano, e 50% no decorrer da vida.⁽⁴⁾

Em um estudo anterior, realizado em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas, foram registrados 2.093 casos de TB pulmonar e extrapulmonar no período de 2008 a 2014. Em relação às notificações da coinfeção de TB pulmonar e extrapulmonar e HIV/Aids, no mesmo período foram 1.233 casos novos, 84 recidivas, 233 reingressos após abandono⁽⁵⁾, evidenciando o grave problema de Saúde Pública que a coinfeção tem representado.

A coinfeção TB pulmonar/HIV/Aids é um dos problemas mais alarmantes relacionados à

TB, e a infecção pelo HIV/Aids é um importante fator de risco para o desenvolvimento da TB, que é uma das complicações mais comuns no curso da infecção por aquele vírus. Ademais, a TB é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com o HIV/Aids.⁽⁶⁾

Reconhecer os aspectos clínicos e epidemiológicos da coinfeção TB e HIV/Aids estabelece um elemento fundamental para a definição de estratégias com vistas à redução do dano decorrente da associação TB/HIV/Aids, elevando-se, assim, a sobrevida e a qualidade de vida dessas pessoas. A conquista desses aspectos conjunturais dos sistemas de saúde é primordial para a concretização de chances de redução da carga da TB nos distintos contextos.⁽⁷⁾

Logo, mediante a problemática da associação TB/HIV/Aids para a Saúde Pública, o estudo objetivou caracterizar os pacientes com HIV/Aids que apresentaram recidivas de tuberculose.

Métodos

Estudo de natureza documental, desenvolvido em um Hospital de Referência para tratamento de doenças infectocontagiosas, no Ceará.

Selecionou-se 22 prontuários de usuários com HIV/Aids acometidos por recidiva de TB. Ressalta-se que havia notificação de 103 usuários no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NUHEP) do referido hospital, entre o período de 2008 a 2014. Desse total, 84 usuários tiveram confirmação do diagnóstico citado com base nos critérios do Ministério da Saúde (MS). No entanto, encontrou-se somente 22 prontuários destes usuários no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do referido hospital e que continham todas as informações necessárias ao objeto deste estudo.

Coletou-se os dados durante os meses de março a junho de 2015, por meio de um formulário que contee os dados sociodemográficos (idade, sexo, ocupação, estado civil, cor, religião, escolaridade, renda familiar) e dados clínicos (vícios, incidência, tipo de TB e internação).

Os dados coletados foram organizados em quadros, analisados estatisticamente e fundamentando na literatura selecionada.

O estudo desenvolveu-se com base na Resolução Nº 466/2012 do CNEP/CNS/MS.⁽⁸⁾ Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Fiel depositário (TFD) e da emissão do Parecer do Comitê de Ética do referido Hospital (Parecer nº 058-0009/CAAE nº 0058.0.42.000.09).

Resultados

De acordo com o quadro 1, predominaram os usuários na faixa etária de 38 a 57 anos (72,6%), sexo masculino (77,3%), ocupação remunerada (54,5%), solteiros (45,5%), cor parda (49,9%), católicos (45,5%), renda mensal inferior a um salário mínimo vigente (R\$ 724,00) (63,6%) e escolaridade inferior a um ano (40,0%).

O valor mediano das idades girou em torno de 45,87 anos, ou seja, 45 anos e 10 meses aproximadamente. Isso significa que 54,0% dos usuários desse estudo tinham idade inferior ao valor mediano encontrado, e 45,0% estavam acima desse. Ainda com referência à análise de tendência central desse estudo, observa-se que o valor médio das idades se estabeleceu em 46,59 anos (46 anos e 7 meses).

Os usuários eram procedentes das Secretarias Regionais (SR): 2 (9,0%) SR VII; 1 (4,5%) da SR I; 2 (9,0%) da SR II; 5 (22,7%) da SR III; 1 (4,5%) da SR IV; 6 (27,2%) da SR V e 3 (9,0%) da SR VI, predominando as pessoas da SER III e V.

Havia registro de uso de drogas lícitas e ilícitas, sendo que o tabagismo se destacou (86,3%), levando-se em conta os abstinentes. De modo geral, os usuários faziam uso de drogas, lícitas e/ou ilícitas.

O quadro 2 revela que a maioria dos usuários foi acometida de TB pulmonar tanto na primeira infecção (77,4%), como na recidiva (54,7%), seguida da TB ganglionar na primeira incidência (18,1%) e na recidiva (31,8%). Quanto à internação hospitalar, 11 (50,0%) não se beneficiaram desta intervenção.

De acordo com o quadro 3, 6 (35,2%) usuários tiveram de duas a quatro recidivas de TB. A média foi de 1,59 vezes (27/17). Ademais, vale salientar que para essa média, existe ampla margem de oscilação de recidivas ou de dispersão absoluta, conforme se verifica no valor do seu desvio padrão da ordem de 0,91

(14,12/17). Assim, verifica-se a incidência de recidivas em todo o público masculino e de forma heterogênea.

Quadro 1 - Distribuição dos usuários segundo as características sociodemográficas. Fortaleza, CE, 2014.

Características sociodemográficas (n=22)		f	%
Idade (anos)	29 – 37	04	18,1
	38 – 47	08	36,3
	48 – 57	08	36,3
	68 - 77	02	9,1
Sexo	Masculino	17	77,3
	Feminino	05	22,3
Ocupação	Sim	12	54,5
	Não	10	45,5
Estado civil	Solteiro	10	45,5
	Casado	04	18,1
	Outros	08	36,4
Cor	Parda	11	49,9
	Negra	07	31,8
	Branca	03	12,5
Religião	Católica	10	45,5
	Evangélica	04	18,4
	Outras	08	36,4
Renda familiar* (salários mínimos)	abaixo de 1	14	63,6
	1 - 2	05	22,7
	acima de 2	03	13,6
Escolaridade (anos)	abaixo de 1	09	40,9
	01 – 03	01	4,5
	04 – 07	03	13,6
	08 – 11	03	13,6
	acima de 11	06	27,8

Fonte: dados do estudo. $MD = 38 + [(22/2 - 4) / 8]9 = 45,87$

Anos. *Salário mínimo = R\$ 724,00. Cálculo da média: $(n^{\circ}$ de pacientes x ponto médio)/n = $1025/22 = 46,59$ anos

Quadro 2 - Distribuição dos usuários segundo características da infecção por TB. Fortaleza, CE, 2014.

Dados clínicos (n=22)		f	%
Incidência de TB			
Primeira infecção	Pulmonar	17	77,4
	Ganglionar	04	18,1
	Peritoneal	01	4,5
Recidiva	Pulmonar	12	54,7
	Ganglionar	07	31,8
	Laringea	01	4,5
	Meningoencefálica	01	4,5
	Intestinal	01	4,5
Nº de internações			
Nenhuma		11	50,0
Uma		06	27,2
Duas		03	13,6
Três ou mais		02	9,0

Fonte: dados do estudo.

A relevância da afirmação acima é verificada no Índice de Pearson, pois para os homens, houve uma dispersão relativa de 57,0% (0,91/1,59) sobre a respectiva média de recidivas no sexo masculino.

Observa-se que as recidivas de TB no público masculino ocorreram de forma muito variada, ou seja, houve uma larga dispersão no acometimento dessa doença junto a esse contingente da pesquisa. A grande dispersão referida, significa dizer que todos recidivaram. Certamente, uns, mais; outros, menos. Todavia, ninguém foi excluído das recidivas, assim, comprovando a sua heterogeneidade, confirmada pelo Índice de Pearson.

Reportando-se ao Quadro 4, deduz-se que as mulheres, em média, recidivaram mais que os homens, 1,80 vezes (9/5), com uma dispersão absoluta de 0,75 (2,80/5), assim alcançando um grande intervalo de oscilação para mais ou para menos, verificando-se, dessa forma a predominância de um considerável intervalo de dispersão absoluta do número de recidivas, tornando-se bastante variável ou heterogêneo. Reforça-se que a dispersão relativa é de 42,0% (0,75/1,80) sobre a média, mostrando razoável distanciamento em relação à mesma.

Quadro 3 - Distribuição dos homens segundo número de recidivas de TB, média e desvio padrão. Fortaleza, CE, 2014. n = 17

Código/ usuário	Nº de recidivas	S ²	P teste
P ₄	2	(2 - 1,59) ² = 0,16	
P ₅	3	(3 - 1,59) ² = 1,99	
P ₆	2	(2 - 1,59) ² = 0,16	
P ₇	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₈	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₉	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₁₁	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₁₃	4	(4 - 1,59) ² = 5,81	0,4090
P ₁₄	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₁₅	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₁₆	2	(2 - 1,59) ² = 0,16	
P ₁₇	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₁₈	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₁₉	3	(3 - 1,59) ² = 1,99	
P ₂₀	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₂₁	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	
P ₂₂	1	(1 - 1,59) ² = 0,35	

Fonte: dados dos estudo.

De acordo com o quadro 5, comparando-se a recidiva de TB entre homens e mulheres, constata-se que as mulheres recidivaram mais que homens (1,80 > 1,59), embora os homens apresentassem maior dispersão absoluta (0,91 > 0,75), como também maior dispersão relativa (57% > 42%).

Quadro 4 - Distribuição das mulheres segundo número de recidivas de TB, média e desvio padrão. Fortaleza, CE, 2014. n = 05

Código/ usuária	Nº de recidivas	S ²	P teste
P ₁	2	(2 - 1,80) ² = 0,04	
P ₂	2	(2 - 1,80) ² = 0,04	
P ₃	3	(3 - 1,80) ² = 1,44	0,3409
P ₁₀	1	(1 - 1,80) ² = 0,64	
P ₁₂	1	(1 - 1,80) ² = 0,64	

Fonte: dados dos estudo.

Quadro 5 - Análise de tendência central e de dispersão, segundo o sexo dos usuários. Fortaleza, CE, 2014. n = 22

Usuários	Média de recidivas	Desvio padrão	Coefficiente de Pearson
Masculino	1,59	0,91	57,0%
Feminino	1,80	0,75	42,0%

Fonte: dados dos estudo.

Discussão

As questões sociais, tais como trabalho, moradia, alimentação, escolaridade, dentre outras, interferem no acometimento de enfermidades. Sendo assim, admite-se o fato de que uma das causas principais da gravidade da situação atual da TB no mundo, esteja intimamente relacionada a desigualdade social e na síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida).

Os dados revelam forte relação da baixa escolaridade com as recidivas de TB. Provavelmente, a baixa escolaridade pode limitar a aquisição de novos conhecimento e/ou a compreensão sobre a doença, podendo repercutir em uma série de problemas, tais como a baixa adesão ao tratamento e, conseqüentemente, facilitar o surgimento das recidivas de TB.

Consoante os resultados, outro fato que merece destaque é que a maior incidência de pessoas contaminadas nesse estudo, são do

sexo masculino. Tal achado corrobora com os resultados de outro estudo⁽⁹⁾ que analisou a variável sexo com associação entre TB e HIV, constatando o predomínio do sexo masculino em sua maior vulnerabilidade e prevalência para a coinfeção por *Mycobacterium tuberculosis* e HIV.

Ressalta-se ainda que o fato de os homens terem maior liberdade sexual, aliada a uma interação social fora do domicílio, bem como constituírem maioria nas populações carcerárias podem justificar esse predomínio do sexo masculino.⁽³⁾

Conforme os resultados, observa-se que o maior índice de pessoas infectadas está entre solteiros. Acredita-se ser admissível, entretanto, ser eminentemente a maior incidência representativa apenas no público masculino, isso dá margem a uma situação polêmica. Em outro estudo, que também analisou o perfil de pessoas com coinfeção de TB/HIV(7), constatou-se que a condição do estado civil também mostra predominância de pessoas solteiras (79,0%).

No que concerne à religião, a predominância se justifica pelo fato de essa religião ser ainda a que tem maior número de seguidores. Sendo assim, é justo que nela se verifique a maior incidência das enfermidades, foco deste estudo.

O resultado dessa pesquisa está de acordo com outras pesquisas que corroboram a maior incidência de coinfeção HIV/Aids e recidiva de tuberculose em indivíduos da cor parda.⁽⁷⁾

A combinação de vários componentes de vigilância e fontes de dados melhora o conhecimento sobre as epidemias de AIDS e TB em grupos com risco aumentado para ambas as infecções.⁽¹⁰⁾

Conclusão

A maioria dos usuários foi acometida de TB pulmonar tanto na primeira infecção, como na recidiva, sendo predominante no sexo masculino, revelando-se a incidência de recidivas de forma muito variada.

A TB e suas recidivas em pessoas infectadas pelo HIV/Aids tem sido, relativamente, pouco abordada na literatura, o que instiga preocupação, pois o conhecimento sobre a temática é estruturante para o delineamento de políticas públicas de saúde mais eficazes.

Mediante os resultados do estudo, sugere-se ampliação de estudos com a finalidade de elaborar estratégias de combater a infecção pelo HIV/Aids e prevenção da TB, bem como sua recidiva, envolver a equipe de saúde na condução das pessoas à prevenção da infecção por HIV e adesão às condutas preventivas de risco e de controle do agravo, articulação com as autoridades sanitárias sobre o planejamento de ações com a finalidade de detecção e diagnóstico precoces, tratamento e controle das enfermidades elencadas neste estudo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2014.
2. Silveira JM. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em Centro de Referência para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida na Região Sul do Rio Grande do Sul. J Bras Pneumol [Internet]. 2006;32(1):48-55. DOI 10.1590/S1806-37132006000100011
3. Carvalho LGM. Coinfeção com *Mycobacterium tuberculosis* e vírus da imunodeficiência humana: uma análise epidemiológica em Taubaté (SP). J Bras Pneumol [Internet]. 2012;32(5): 424-9. DOI 10.1590/S1806-37132006000500009
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose: Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes. Brasília (DF): MS; 2009.
5. Ceará. Secretaria da Saúde. Informe epidemiológico: tuberculose. Fortaleza (CE): SESA-CE; 2014.
6. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Informe epidemiológico: tuberculose. Fortaleza (CE): SESA; 2008.
7. Santos Neto M. Perfil clínico e epidemiológico e prevalência da coinfeção tuberculose/HIV em uma regional de saúde no Maranhão. J Bras Pneumol [Internet]. 2012;38(6):724-32. DOI 10.1590/S1806-37132012000600007
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão nacional de Ética em Pesquisa Nº 412 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
9. Paiva DD. Tuberculose: patologia. Revista Hospital Pedro Ernesto [Internet]. 2011;5(2):104-20. Disponível: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=231
10. Prado TN, Caus AL, Marques M, Maciel EL, Golub JE, Miranda AE. Perfil epidemiológico de pacientes adultos com tuberculose e AIDS no Estado do Espírito Santo, Brasil: relacionamento dos bancos de dados de tuberculose e AIDS. J Bras Pneumol. 2011;37(1):93-9. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_artigo.asp?id=417

ARTIGO DE REVISÃO



Interações medicamentosas envolvendo antibacterianos na prática clínica de enfermagem: revisão integrativa

Drug interactions involving antibacterials in the nursing clinical practice: integrative review

Luciana Maria Oliveira de Sousa¹, Francisco Mauricio Sales Cysne Filho², Jamily Cunha de Almeida³, Débora Valente da Silva⁴, Francisco Antônio da Cruz Mendonça⁵, Luis Rafael Leite Sampaio⁶.

1 Enfermeira. Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza, CE, Brasil. **2** Farmacêutico. Mestrando em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. **3** Enfermeira. Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil **4** Enfermeira. Instituto do Rim. Fortaleza, CE, Brasil. **5** Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva (UNIFOR/UFC/UECE). Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. **6** Enfermeiro. Doutor em Farmacologia (UFC). Universidade Regional do Cariri (URCA). Crato, CE, Brasil.

Abstract

Autor Correspondente
Luís Rafael Leite Sampaio. E-mail: rafael.sampaio@urca.br

Não declarados conflitos de interesse

Objective: to identify in the literature the evidences of the main drug interactions involving antibacterials used in nursing clinical practice. **Methods:** literature integrative review, conducted in the Database of Nursing (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) with the descriptor "drug incompatibility". **Results:** the sample had sixteen articles that met the study objectives. For drug-drug interactions, the scientific productions revealed nineteen interactions involving antibacterials. **Conclusion:** it can be observed that the antibacterials promoted enhancement or reduction of the pharmacological action and/or side effects of other drugs, so that they also had their effect reduced. In some situations, both presented changes in its pharmacological effect and/or its side effects.

Descriptors: Drug Incompatibility. Nursing. Drug Interactions.

Resumo

Submissão
08/05/2018
Aprovação
31/12/2018

Objetivo: identificar na literatura as evidências das principais interações medicamentosas envolvendo antibacterianos utilizados na prática clínica de enfermagem. **Métodos:** revisão integrativa da literatura, realizada no Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *US National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed) com o descritor *drug incompatibility*. **Resultados:** a amostra contou com dezesseis artigos que atenderam aos objetivos do estudo. Para interações fármaco-fármaco, as produções científicas revelaram dezenove interações envolvendo os antibacterianos. **Conclusão:** pode-se observar que os antibacterianos promoveram potencialização ou redução da ação farmacológica e/ou efeitos colaterais de outros fármacos, de forma que também tiveram seu efeito reduzido. Em algumas situações, ambos apresentaram alterações em seu efeito farmacológico e/ou seus efeitos colaterais.

Descritores: Incompatibilidade de Medicamentos. Enfermagem. Interações de Medicamentos.

Como citar: Sousa LMO, Cysne Filho FMS, Almeida JC, Silva DV, Mendonça FAC, Sampaio LRL. Interações medicamentosas envolvendo antibacterianos na prática clínica de enfermagem: revisão integrativa. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(1):29-37. Disponível em:

Introdução

A resistência antimicrobiana tornou-se gradualmente uma das maiores ameaças à saúde pública global do século XXI.⁽¹⁾ Taxas aumentadas de resistência aos antimicrobianos podem levar a hospitalização prolongada, duração prolongada do tratamento, aumento dos custos do tratamento e aumento da mortalidade.⁽²⁾ De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), todos os anos nos Estados Unidos pelo menos 2 milhões de pessoas adquirem infecções graves com bactérias que são resistentes a um ou mais dos antibacterianos projetados para tratar infecções e 23.000 pessoas morrem a cada ano como resultado direto dessas infecções.⁽³⁾

Desta forma, ao se administrar esses fármacos em unidades hospitalares é importante observar tudo o que permeia seu uso, inclusive o seu efeito aliado a outras substâncias, pois a administração errônea dessa classe medicamentosa pode causar diversos danos, desde a não eficiência até a obtenção de resistência do organismo a esse tipo de terapia.⁽⁴⁾

Outra etapa importante para administração segura de medicamento é o preparo, uma vez que os erros cometidos durante o mesmo podem comprometer a segurança e eficácia da terapia medicamentosa realizada⁽⁵⁾, pois a preparação adequada previne a inativação dos antibacterianos e é um pré-requisito para maximizar a sua eficácia (considerando a relação farmacocinética/farmacodinâmica) e para minimizar a sua toxicidade.⁽⁶⁾

Além destes fatores, inerentes ao uso de antibacterianos, destaca-se também seu aprazamento, ação que permeia a prática de enfermagem. Assim, faz-se necessário que o profissional tenha conhecimento da farmacologia e de suas interações, pois esse é um fator importante para a correta ação medicamentosa e essencial para a minimização dos riscos de efeitos adversos, entendidos como qualquer resposta indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas.⁽⁷⁾

Interação medicamentosa consiste na ligação de um fármaco com outra substância, gerando respostas clínicas ou farmacológicas podendo causar variados níveis de disfunção

do fármaco. Essas interações podem ser de diferentes tipos, a depender de suas respostas farmacológicas, e se apresentam em uma variedade de sinais.⁽⁸⁾

Estudo com a finalidade de identificar as interações medicamentosas induzidas pelo aprazamento e os erros no preparo de antibacterianos administrados em clínicas de um hospital, mostrou que o aprazamento de antibacterianos pode potencializar possíveis interações medicamentosas, também sendo identificados erros de dose na administração dos medicamentos.⁽⁵⁾

Outro trabalho com o objetivo de explorar como os antibacterianos foram utilizados em hospitais secundários e terciários na província de Shaanxi, no Oeste da China, relatou que o uso irracional de antibacterianos é um dos principais impulsionadores da resistência antimicrobiana.⁽⁹⁾

Assim, é importante que o profissional responsável pelo aprazamento de medicações seja detentor do conhecimento acerca das interações medicamentosas, de modo a minimizar os riscos que podem levar a danos ao paciente. Logo, existe a necessidade da realização de estudos que facilitem o acesso ao conhecimento necessário para o aprazamento de medicações, auxiliando o profissional a garantir a administração adequada do fármaco, bem como maior qualidade na atenção à saúde.

Portanto, este artigo objetivou identificar evidências das principais interações medicamentosas, entre os fármacos da Renam⁽¹⁰⁾, a fim de auxiliar na atividade do aprazamento de fármacos por enfermeiros.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que objetiva sintetizar resultados obtidos de estudos de específico tema ou questão de forma sistemática, ordenada e abrangente através de seis etapas: identificação do tema da pesquisa, definição dos critérios de inclusão, seleção de estudos que compuseram a amostra, análise dos resultados dos artigos, interpretação dos resultados e síntese da revisão, possibilitando uma análise crítica dos resultados.⁽¹¹⁾

A seguinte questão norteadora foi estabelecida para guiar esta revisão: quais as

principais evidências acerca da interação medicamentosa relacionada à antibioticoterapia na prática clínica de enfermagem?

A pesquisa ocorreu no período de agosto a dezembro de 2016, por meio de busca eletrônica utilizando o *US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)*. Como recurso para a busca, utilizou-se o descritor "*drug incompatibility*" associado ao nome de cada antimicrobiano presente na *Renam*⁽¹⁰⁾, ambos na língua inglesa. Vale destacar que a busca também foi realizada no Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e na *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, não sendo obtidos resultados que atendessem ao objetivo do estudo.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos relacionados à temática proposta e publicados entre 2011 e 2016, em inglês, e eletronicamente disponíveis na íntegra. Foram excluídos estudos de revisão, relatos de experiência, editoriais, cartas aos editores, trabalhos publicados em anais de eventos, documentos de reflexão e publicações duplicadas. Pelo quantitativo de estudos obtidos, optou-se pelo recorte temporal no período entre 2011 e 2016. Após o cruzamento dos descritores, foram encontrados 19 artigos e entre estes, 16 atendiam aos critérios de inclusão.

A análise e síntese dos dados foram realizadas após minuciosa leitura dos artigos. Os dados extraídos foram organizados a partir de um instrumento que continha as seguintes categorias: título, ano de publicação, nome do periódico, delineamento, nível de evidência, antibacteriano, interação, justificativa para interação e a severidade da interação. Estes foram organizados em planilhas, no programa Microsoft Excel, e em seguida organizados em quadros.

O nível de evidência científica dos artigos foi determinado de acordo com o tipo de estudo, seguindo a classificação proposta pelo Centro de Medicina Baseada em Evidências de Oxford.⁽¹²⁾

A classificação das interações medicamentosas foram feitas com base no sistema *Micromedex*^{®(13)}, que classifica as interações quanto ao seu grau de severidade

em: contra indicada, quando os medicamentos são contraindicados para uso concomitante; importante, quando a interação pode representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves; moderada, quando a interação pode resultar em exacerbação do problema de saúde do paciente e/ou requerer uma alteração no tratamento; secundária, a interação resultaria em efeitos clínicos limitados, onde as manifestações podem incluir um aumento na frequência ou gravidade dos efeitos colaterais, mas geralmente não requerem uma alteração importante no tratamento; e desconhecida, quando a interação não é documentada na literatura.

Resultados

No quadro 1 encontra-se descrita a caracterização da amostra dos artigos (n=16) selecionados. Quanto ao ano de publicação, encontrou-se que 37,5% (6) dos artigos foram publicados em 2012, enquanto em 2013 (2) e 2015 (2) representaram, juntos, 25% da amostra, e por fim, os anos de 2014 (2) e 2016 (4) e tiveram uma porcentagem de 37,5%, do total. Para o tipo de estudo, encontrou-se que 31,25% (5) eram estudos pré-clínicos, 31,25% (5) prospectivos, 12,5% (2) clínicos, 12,5% (2) coorte e 12,5% (2) retrospectivos. Com relação ao nível de evidência, observou-se que 31,25% (5) dos artigos da amostra foram estudos pré-clínicos com nível de evidência 5 e 68,75% (11) da amostra com nível de evidência 2.

O quadro 2 contempla os antibacterianos, as interações, suas respectivas justificativas e a classificação da severidade das interações. Aos quais foram encontrados 19 interações farmacológicas para os antibacterianos encontrados nos estudos e listados a seguir: amoxicilina, amoxicilina/clavulanato, ampicilina, cefalexina, ceftriaxona, clindamicina, ciprofloxacino, cloranfenicol, gentamicina, imipenem e imipenem/cilastatina.

para as interações fármaco-fármaco, encontrou-se o antibacteriano potencializando a ação farmacológica e/ou efeitos colaterais nas seguintes associações: amoxicilina x varfarina, amoxicilina/clavulanato x varfarina, ampicilina x anlodipino, ciprofloxacino x varfarina, gentamicina x hidroclorotiazida e ciprofloxacino

Quadro 1 – Artigos que compuseram a amostra.

Título	Ano	Periódico	Delineamento	Evidên- cia
Assessment of drug-drug interactions in hypertensive patients at a superspeciality hospital ⁽¹⁴⁾	2015	Avicenna Journal of Medicine	Estudo observacional prospectivo	2
Potential drug-drug interactions in paediatric outpatient prescriptions in Nigeria and implications for the future ⁽¹⁵⁾	2016	Expert Review of Clinical Pharmacology	Estudo prospectivo	2
A study of potential drug-drug interactions among hospitalized cardiac patients in a teaching hospital in Western Nepal ⁽¹⁶⁾	2014	Indian Journal of Pharmacology	Estudo observacional prospectivo	2
Warfarin–Antibiotic Interactions in Older Adults of an Outpatient Anticoagulation Clinic ⁽¹⁷⁾	2012	The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy	Estudo de coorte retrospectivo	2
Warfarin-Drug Interactions: An Emphasis on Influence of Polypharmacy and High Doses of Amoxicillin/Clavulanate ⁽¹⁸⁾	2016	The Journal of Clinical Pharmacology	Estudo observacional transversal prospectivo	2
High-risk Antimicrobial Prescriptions Among Ambulatory Patients on Warfarin ⁽¹⁹⁾	2012	Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics	Estudo de coorte retrospectivo	2
Effects of orally administered antibiotics on the bioavailability of amlodipine: gutmicrobiota-mediated drug interaction ⁽²⁰⁾	2016	Journal of Hypertension	Estudo fisiológico e em animais	5
The Binding Interactions of the Macrolide Endectocide Ivermectin with the Antibiotics Ampicillin, Chloramphenicol and Tetracycline HCL ⁽²¹⁾	2012	Indian Journal of Pharmaceutical Sciences	Estudo experimental	5
Intravenous infusion of electrolyte solution changes pharmacokinetics of drugs: pharmacokinetics of ampicillin ⁽²²⁾	2014	Journal of Veterinary Pharmacology and Therapeutics	Estudo em animais	5
The effect of staggered administration of zinc sulfate on the pharmacokinetics of oral cephalixin ⁽²³⁾	2012	British Journal of Clinical Pharmacology	Ensaio transversal randomizado	2
Pharmacokinetic variability of clindamycin and influence of rifampicin on clindamycin concentration in patients with bone and joint infections ⁽²⁴⁾	2015	Infection	Estudo observacional monocêntrico	2
Ciprofloxacin and Rifampin Have Opposite Effects on Levothyroxine Absorption ⁽²⁵⁾	2013	Thyroid	Estudo prospectivo randomizado duplo-cego	2
Effect of ciprofloxacin and grapefruit juice on oral pharmacokinetics of riluzole in Wistar rats ⁽²⁶⁾	2012	Journal of Pharmacy And Pharmacology	Estudo em animais	5
Effects of Korean red ginseng extract on acute renal failure induced by gentamicin and pharmacokinetic changes by metformin in rats ⁽²⁷⁾	2013	Food and Chemical Toxicology	Estudo em animais	5
Reduced valproic acid serum concentrations due to drug interactions with carbapenem antibiotics: overview of 6 cases ⁽²⁸⁾	2012	Therapeutic Drug Monitoring	Estudo retrospectivo	2
The Effect of Different Carbapenem Antibiotics (Ertapenem, Imipenem/Cilastatin, and Meropenem) on Serum Valproic Acid Concentrations ⁽²⁹⁾	2016	Therapeutic Drug Monitoring	Estudo retrospectivo	2

Fonte: dados do estudo.

Quadro 2 – Caracterização dos efeitos das interações.

Antibacteriano	Fármaco	Repercussões da Interação	Severidade da Interação
Amoxicilina	Varfarina	Risco de eventos hemorrágicos clínico-significativos ^(15,17)	Importante
Amoxicilina/ clavulanato	Varfarina	Risco de eventos hemorrágicos quando utilizadas altas doses de amoxicilina/clavulanato ⁽¹⁸⁾	Importante
Ampicilina	Anlodipino	Aumento dos níveis plasmáticos do anlodipino ⁽²⁰⁾	Desconhecida
	Ivermectina	Existem possíveis interações de ligação entre os fármacos ⁽²¹⁾	Desconhecida
	Solução ringer/lactato	Diminuição da concentração plasmática de ampicilina ⁽²²⁾	Desconhecida
Cefalexina	Sulfato de zinco	Diminuição da concentração plasmática de cefalexina ⁽²³⁾	Desconhecida
Ceftriaxona	Carbonato de cálcio	Precipitação de partículas ⁽¹⁴⁾	Desconhecida
Clindamicina	Rifampicina	Diminuição da concentração plasmática de clindamicina ⁽²⁴⁾	Desconhecida
Ciprofloxacino	Artemeter/ lumefantrina	Tonturas repentinas, atordoamento, desmaios, falta de ar ou palpitações ⁽¹⁵⁾	Importante
	Insulina	Hiperglicemia ⁽¹⁴⁾	Importante
	Levotiroxina	Diminuição da concentração sérica de levotiroxina ⁽²⁵⁾	Moderada
	Riluzol	Aumento dos níveis séricos de riluzol ⁽²⁶⁾	Desconhecida
	Varfarina	Risco de eventos hemorrágicos clinicamente significativos ^(17,19)	Importante
Cloranfenicol	Ivermectina	Existem possíveis interações de ligação entre os fármacos ⁽²¹⁾	Desconhecida
Gentamicina	Furosemida	Nefrotoxicidade e/ou ototoxicidade ^(15,16)	Importante
	Hidroclorotiazida	Diminuição dos níveis séricos de potássio ⁽¹⁴⁾	Desconhecida

Fonte: dados do estudo.

x riluzol; o antibacteriano reduzindo o efeito farmacológico: ciprofloxacino x insulina, ciprofloxacino x levotiroxina, imipenem x ácido valpróico e imipenem/cilastatina x ácido valpróico; o antibacteriano tendo o seu efeito reduzido: solução ringer/lactato x ampicilina, cefalexina x sulfato de zinco, ceftriaxona x carbonato de cálcio e clindamicina x rifampicina; ambos tendo seu efeito farmacológico e/ou seus efeitos colaterais alterados: gentamicina x furosemida, gentamicina x metformina, ampicilina x iver-

mectina, ciprofloxacino x artemeter/lumefantrina e cloranfenicol x ivermectina (quadro 2).

Quanto a classificação da severidade da interação, encontrou-se que 52,64% (10) das interações foram classificadas como desconhecidas, 42,10% (8) importantes e 5,26% (1) como moderada.

Discussão

A classe farmacológica antibióticos agrega

drogas que combatem diversos tipos de microrganismos, como bactérias, fungos e parasitas⁽³⁰⁾, sendo amplamente utilizada frente a infecções. Contudo, os antibacterianos são protagonistas de numerosos casos de interações medicamentosas, como revela o quadro 2.

Desta forma, a utilização concomitante de amoxicilina e varfarina deve ser observada com atenção, pois a inserção da Amoxicilina promove o aumento do Índice Internacional Normalizado (INR), possivelmente levando à hemorragia clinicamente significativa, podendo ser necessário o ajuste de dose da varfarina ou substituição da Amoxicilina por outro antimicrobiano, fazendo-se importante o monitoramento do paciente.^(15,17) A combinação entre amoxicilina/clavulanato e varfarina é igualmente perigosa, onde altas doses de amoxicilina/clavulanato estão associadas com maior risco de eventos hemorrágicos quando comparados com doses convencionais utilizadas.⁽¹⁸⁾ A exemplo dos antibacterianos acima listados, o resultado do uso concomitante de ciprofloxacino com varfarina mostrou-se semelhante, também elevando o INR, merecendo iguais cuidados e atenção.^(17,19)

Foi encontrado que ampicilina associada ao anlodipino ocasiona o aumento da biodisponibilidade deste por supressão da atividade metabólica da flora intestinal pela ampicilina, gerando como consequência, a elevação dos níveis plasmáticos do anlodipino, o que pode ocasionar tanto o aumento da sua potência terapêutica quanto dos seus efeitos colaterais.⁽²⁰⁾ Um estudo experimental concluiu que existem possíveis interações de ligação entre a ivermectina com ambos os antibacterianos ampicilina e cloranfenicol, podendo afetar a eficácia da farmacoterapia através da diminuição da biodisponibilidade das drogas.⁽²¹⁾ Outro caso de alteração farmacocinética com a ampicilina foi relatado na associação desta com solução ringer/lactato, diminuindo sua concentração plasmática em até 30% devido ao comprometimento da estabilidade da droga, o que chama a atenção para a necessidade de especial atenção na administração intravenosa de ampicilina juntamente com soluções eletrolíticas, visto que sua concentração

plasmática também é afetada em 16% quando administrada em solução de cloreto de sódio 0,9%.⁽²²⁾

Administração concomitante de cefalexina e sulfato de zinco causa diminuição da concentração plasmática da cefalexina, prejudicando sua eficácia. Desta forma, o sulfato de zinco deve ser administrado 3 horas após a administração da cefalexina, a fim de se evitar a interação entre as drogas.⁽²³⁾

Deve-se evitar a utilização de ceftriaxona e carbonato de cálcio, pois como resultado acontece formação e precipitação de partículas, comprometendo a farmacocinética das drogas e como consequência sua atividade.⁽¹⁴⁾

A combinação de clindamicina e rifampicina resulta na diminuição da concentração plasmática da clindamicina, isto ocorre devido à poderosa atividade indutora do citocromo P450 pela rifampicina. Supõe-se que na administração oral da clindamicina a depleção dos seus níveis plasmáticos seja ainda maior, devido à metabolização hepática de primeira passagem, o que se sugere, desta forma, a administração da droga por infusão.⁽²⁴⁾

De todos os antibacterianos listados no quadro 2, o ciprofloxacino foi o mais frequente, aparecendo 5 vezes em interações medicamentosas com outros fármacos. A associação dos medicamentos artemeter/lumefantrina com ciprofloxacino desencadeia efeitos indesejáveis tais quais tonturas repentinas, desorientação, desmaios, falta de ar ou palpitações.⁽¹⁵⁾ Em pacientes diabéticos que fazem uso da insulina, deve-se redobrar a atenção quando na utilização do ciprofloxacino, visto que o uso deste resulta em hiperglicemia.⁽¹⁴⁾ Com a levotiroxina, o ciprofloxacino ocasiona a diminuição da sua absorção, reduzindo sua concentração sérica como consequência, o que deve ser observado com cautela, visto a necessidade do uso contínuo da levotiroxina por pacientes com hipotireoidismo, revelando-se uma combinação perigosa de elevado interesse clínico.⁽²⁵⁾ Foi demonstrado que, sendo o ciprofloxacino um inibidor do complexo enzimático citocromo P450 1A2, complexo este responsável pela metabolização do riluzol, fármaco utilizado para o tratamento da esclerose lateral amiotrófica, a administração concomitante dos dois medicamentos aumenta os níveis sistêmicos do

riluzol, podendo desencadear o aparecimento de reações indesejadas.⁽²⁶⁾

A gentamicina aparece como um antibiótico que deve ser utilizado com cuidado em pacientes cardiopatas, pois sua utilização com diuréticos como furosemida e hidroclorotiazida pode ser responsável por danos severos. gentamicina e furosemida, quando utilizadas simultaneamente, ambas aumentam a nefrotoxicidade e/ou ototoxicidade da outra por sinergismo farmacodinâmico, podendo causar perda da audição, tontura, dormência, formigamento na pele, espasmos musculares ou convulsões que podem ser sinal de dano nervoso.^(15,16) Já gentamicina e hidroclorotiazida levam à diminuição dos níveis séricos de potássio, podendo desenvolver arritmias cardíacas.^(14,31) Ainda sobre a gentamicina, vale destacar nefrotoxicidade na sua utilização junto à metformina, reforçando o aumento da atenção na sua utilização em pacientes nefropatas.⁽²⁷⁾

Em pacientes que fazem uso de ácido valpróico, a utilização tanto de imipinem quanto da associação imipinem/cilastatina pode resultar na diminuição da concentração sérica de ácido valpróico, diminuindo sua ação terapêutica e possivelmente ocasionando o surgimento de crises epilêpticas.^(28,29)

Sendo o profissional de enfermagem o responsável pelo aprazamento e/ou administração de medicamentos no âmbito hospitalar, é essencial o conhecimento farmacológico acerca dos antibacterianos utilizados, visando o correto planejamento dos horários de administração e intervalos entre os medicamentos da prescrição médica⁽³²⁾, pois a administração de antibacterianos associada a outros medicamentos pode levar a interações medicamentosas que, ao afetar, por exemplo, sua concentração sérica, pode contribuir para o desenvolvimento da resistência bacteriana, uma importante ameaça à saúde, piorando significativamente o quadro clínico dos pacientes, podendo levar a danos irreversíveis.^(33,34)

Diante das possíveis interações encontradas e das complicações que o aprazamento inadequado pode ocasionar, salienta-se que a informatização da prescrição médica e do aprazamento da enfermagem pode contribuir para a prevenção desse tipo de interação

podendo ser criadas ferramentas no sistema informatizado que impedisse o aprazamento inadequado de medicamentos com possíveis interações.⁽⁵⁾

Conclusão

A partir do estudo, foi possível identificar evidências das principais interações medicamentosas para o aprazamento de antibacterianos na prática de enfermagem.

Foram encontrados, predominantemente, estudos publicados em 2012, pré-clínicos, prospectivos e com nível de evidência 2, nos quais os antibacterianos e suas interações, majoritariamente, obtiveram classificação de severidade como interações desconhecidas ou importantes.

Desta forma, evidencia-se as diversas possibilidades de interações medicamentosas envolvendo antibacterianos. Neste contexto, reflete-se que um aprazamento dos antibacterianos realizado pelo enfermeiro, sem considerar as possíveis interações, pode contribuir fortemente para seleção de cepas resistentes às atuais terapias antimicrobianas e consequente complicações de quadros clínicos.

Referências

1. Baur D, Gladstone BP, Burkert F, Carrara E, Foschi F, Döbele S, et al. Effect of antibiotic stewardship on the incidence of infection and colonisation with antibiotic-resistant bacteria and *Clostridium difficile* infection: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases* 2017; 17(9): 990–1001. DOI [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30325-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30325-0)
2. Naylor NR, Silva S, Kulasabanathan K, Atun R, Zhu N, Cavaleiro GM, et al. Methods for estimating the burden of antimicrobial resistance: a systematic literature review protocol. *Systematic Reviews BMC* 2016; 5(1): 187–92. DOI 10.1186/s13643-016-0364-8
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antibiotic resistance threats in the United State, 2013. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2013[citado 2019 jan. 14]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf>
4. Arteaga-livias, K, Panduro-correa, V, Salvatierra, JF, Damaso-mata, B. Adecuada prescripción antimicrobiana en servicios de medicina interna en un hospital público de Perú. *Acta méd. Peru.* [Internet]. 2016 [citado 2019 jan. 14]; 33(4):275-281. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172016000400003&lng=es&nrm=iso>.

5. Pereira FGF, Melo GAA, Galindo Neto NM, Carvalho REFL, Néri EDR, Caetano JA. Interações medicamentosas induzidas pelo aprazamento e os erros no preparo de antibacterianos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2018; 19:e3322. DOI 10.15253/2175-6783.2018193322
6. Longuet P, Lecapitaine AL, Cassard B, Batista R, Gauzit R, Lesprit P, et al. Preparing and administering injectable antibiotics: How to avoid playing God. *Médecine Et Maladies Infectieuses* 2016; 46(5): 242-68. DOI 10.1016/j.medmal.2016.01.010.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução Nº 36, de 26 de julho de 2013: segurança do paciente, serviços de saúde, garantia de qualidade, notificação, evento adverso. Brasília (DF): ANVISA; 2013[citado 2019 jan. 14]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
8. Leão DFL, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(1):311-318. DOI 10.1590/1413-81232014191.2124
9. Yan K, Xue M, Ye D, Yang C, Chang J, Jiang M, et al. Antibiotic prescribing practices in secondary and tertiary hospitals in Shaanxi province, western China, 2013-2015. *Plos One* 2018; 13(12): 1-10. DOI 10.1371/journal.pone.0207229
10. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME. Brasília: MS; 2018. [citado 2019 jan. 14]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/07/Rename-2018-Novembro.pdf>
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Inteinstein*. 2010; 8 (1): 102-6. DOI 10.1590/s1679-45082010rw1134
12. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2 [<http://www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf>]. Inglaterra: 2011. [atualizado 2014; acesso em 2016 Jan 16].
13. Micromedex® Healthcare Series [Internet database]. Greenwood Village, Colo: Thomson Reuters (Healthcare) Inc. Updated periodically [citado 2019 jan. 14]. Disponível: http://psbe.ufrn.br/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=248
14. Sivva D, Mateti UV, Neerati VM, Thiruthopu NS, Martha S. Assessment of drug-drug interactions in hypertensive patients at a superspeciality hospital. *Avicenna J Med*. 2015; 5(2): 29. DOI 10.4103/2231-0770.154194
15. Oshikoya KA, Oreagba IA, Godman B, Oguntavo FS, Fadare J, Orubu S, Masseur A, Senbanjo IO. Potential drug-drug interactions in paediatric outpatient prescriptions in Nigeria and implications for the future. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2016; 9(11):1-11. DOI 10.1080/17512433.2016.1232619
16. Sharma S, Chhetri H, Alam K. A study of potential drug-drug interactions among hospitalized cardiac patients in a teaching hospital in Western Nepal. *Indian J Pharmacol*. 2014; 46 (2): 152-56. DOI 10.4103/0253-7613.129303
17. Ghaswalla PK, Harpe SE, Tassone D, Slattum PW. Warfarin-antibiotic interactions in older adults of an outpatient anticoagulation clinic. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2012; 10(6): 352-60. DOI 10.1016/j.amjopharm.2012.09.006
18. Abdel-Aziz MI, Ali MAS, Hassan AK, Elfaham TH. Warfarin-drug interactions: An emphasis on influence of polypharmacy and high doses of amoxicillin/clavulanate. *J Clin Pharmacol*. 2016; 56(1): 39-46. DOI 10.1002/jcph.583
19. Lane MA, Devine ST, McDonald JR. High-risk antimicrobial prescriptions among ambulatory patients on warfarin. *J Clin Pharm Ther*. 2012; 37(2): 157-60. DOI 10.1111/j.1365-2710.2011.01270.x
20. Yoo HH, Kim IS, Yoo DH, Kim DH. Effects of orally administered antibiotics on the bioavailability of amlodipine: gut microbiota-mediated drug interaction. *J Hypertens*. 2016; 34(1): 156-62. DOI 10.1097/HJH.0000000000000773
21. Kandeel M, Elgazar W, Kitade Y. The binding interactions of the macrolide endectocide ivermectin with the antibiotics ampicillin, chloramphenicol and tetracycline HCL. *Indian J Pharm Sci*. 2012; 74(6): 592. DOI 10.4103/0250-474X.110635
22. Britzi M, Mazon Y, Lavy E, Soback S. Intravenous infusion of electrolyte solution changes pharmacokinetics of drugs: pharmacokinetics of ampicillin. *J. vet. Pharmacol. Therap*. 2014; 37(5): 445-50. DOI 10.1111/jvp.12122
23. Ding Y, Jia YY, Li F, Liu WX, Lu CT, Zhu YR, Wen AD. The effect of staggered administration of zinc sulfate on the pharmacokinetics of oral cephalexin. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(3):422-7. DOI 10.1111/j.1365-2125.2011.04098.x
24. Curis E, Pestre V, Jullien V, Eyrolle L, Archambeau D, Morand P, Van JCN. Pharmacokinetic variability of clindamycin and influence of rifampicin on clindamycin concentration in patients with bone and joint infections. *Infection*. 2015;43(4):473-81. DOI 10.1007/s15010-015-0773-y
25. Goldberg AS, Tirona RG, Asher LJ, Kim RB, Van Uum SH. Ciprofloxacin and rifampin have opposite effects on levofloxacin absorption. *Thyroid*. 2013; 23(11): 1374-78. DOI 10.1089/thy.2013.0014
26. Ravi PR, Vats R, Kora UR. Effect of ciprofloxacin and grapefruit juice on oral pharmacokinetics of riluzole in Wistar rats. *J. Pharm. Pharmacol*. 2013; 65(3): 337-44. DOI 10.1111/j.2042-7158.2012.01604.x
27. Lee YK, Chin YW, Choi YH. Effects of Korean red ginseng extract on acute renal failure induced by gentamicin and pharmacokinetic changes by metformin in rats. *Food Chem Toxicol*. 2013; 59: 153-59. DOI 10.1016/j.fct.2013.05.025
28. Park MK, Lim KS, Kim TE, Han HK, Yi SJ, Shin KH, Yu KS. Reduced valproic acid serum concentrations due to drug interactions with carbapenem antibiotics: overview

- of 6 cases. *Ther Drug Monit.* 2012; 34(5): 599-603. DOI 10.1097/FTD.0b013e318260f7b3
29. Wu CC, Pai TY, Hsiao FY, Shen LJ, Wu FLL. The effect of different carbapenem antibiotics (ertapenem, imipenem/cilastatin, and meropenem) on serum valproic acid concentrations. *Ther Drug Monit.* 2016; 38(5): 587-92. DOI 10.1097/FTD.0000000000000316
30. Wrzesinski J, Błaszczak L, Wrońska M, Kasprowicz A, Stokowa-Sołtys K, Nagaj J, Ciesiołka J. Mapping the interactions of selected antibiotics and their Cu²⁺ complexes with the antigenomic delta ribozyme. *FEBS Journal.* 2013; 280(11): 2652-664. DOI 10.1111/febs.12257
31. Pezhouman A, Singh N, Song Z, Nivala M, Eskandari A, Cao H, Karagueuzian HS. Molecular basis of hypokalemia-induced ventricular fibrillation. *Circulation.* 2015; 132(16): 1528-37. DOI 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.016217
32. Secoli SR. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Rev. esc. Enferm. USP.* 2001; 35(1): 28-34. DOI 10.1590/S0080-62342001000100005
33. Zimmerman S, Sloane PD, Bertrand R, Olsho LE, Beeber A, Kistler C, Mitchell CM. Successfully reducing antibiotic prescribing in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62(5): 907-12. DOI 10.1111/jgs.12784
34. Nicolle LE, Bentley DW, Garibaldi R, Neuhaus EG. Antimicrobial use in long-term-care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2000; 21(8): 537-45. DOI 10.1086/501798

RELATO DE EXPERIÊNCIA



Fortalecimento do desenvolvimento docente na enfermagem: contribuições do Pet-Saúde/GRADUASUS

Strengthening the nursing teacher development: contributions from Pet-Health/GRADUASUS

Ívina Alessa Bispo Silva¹, Isabelly Oliveira Ferreira², Joaquim Ismael de Sousa Teixeira³, Ana Karoline Barros Bezerra⁴, Jamylle Lucas Diniz⁵, Ismael Briosso Bastos⁶, Marcos Aguiar Ribeiro⁷, Maristela Inês Osawa Vasconcelos⁸.

1 Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS). Sobral, CE, Brasil. **2** Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS). Sobral, CE, Brasil. **3** Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS). Sobral, CE, Brasil. **4** Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS). Sobral, CE, Brasil. **5** Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS). Sobral, CE, Brasil. **6** Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS). Sobral, CE, Brasil. **7** Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Tutor do PET-Saúde/GraduaSUS. Sobral, CE, Brasil. **8** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Tutora do PET-Saúde/GraduaSUS. Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to report the experience of developing workshops on pedagogical evaluation strategies at a Public University of the countryside of the Ceará State. **Methods:** it is an experience report involving nursing undergraduate teachers at the pedagogical week of the course, in December 2017. **Results:** the workshops took place through stations, and in each season different evaluation methods were experienced. This experience is one of the PET-Health/GraduaSUS strategies in line with the objective image of teaching development and preceptor articulated to the needs of SUS. The evaluation strategies were: Seminar, written evaluations, Team Based Learning (TBL), portfolio, conceptual map, case study, LOG-BOOK, Objective Structured Clinical Examination (OSCE) and Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX). **Conclusion:** the moment contributed to the teachers reflecting on their pedagogical practice and from then on, could rethink their doing, in order to improve it, developing more collaborative teaching practices between teachers and students, with a view to qualifying health education.

Descriptors: Higher, Education. Learning. Educational Measurement. Nursing.

Resumo

Objetivo: relatar a experiência de desenvolvimento de oficinas sobre estratégias de avaliação pedagógica em uma Universidade Pública do Interior do Ceará. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência envolvendo docentes da Graduação em Enfermagem na ocasião da semana pedagógica do curso, em dezembro de 2017. **Resultados:** as oficinas aconteceram por meio de estações, sendo que em cada estação foram vivenciados diferentes métodos avaliativos. Esta experiência constituiu-se como umas das estratégias do PET-Saúde/GraduaSUS em consonância com a imagem-objetivo de desenvolvimento da docência e preceptor articulada às necessidades do SUS. As estratégias avaliativas abordadas foram: Seminário, avaliações escritas, *Team Based Learning* (TBL), portfólio, mapa conceitual, estudo de caso, LOG-BOOK, *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) e *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX). **Conclusão:** o momento contribuiu para que os professores refletissem sobre sua prática pedagógica e a partir de então, pudessem repensar o seu fazer, no intuito de aperfeiçoá-lo, desenvolvendo práticas docentes mais colaborativas entre professores e estudantes, com vistas a qualificação da formação em saúde.

Descritores: Ensino Superior. Aprendizagem. Avaliação Educacional. Enfermagem.

Autor Correspondente
Marcos Aguiar Ribeiro. E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão
02/07/2018
Aprovação
30/12/2018

Como citar: Silva IAB, Ferreira IO, Teixeira JIS, Bezerra AKB, Diniz JL, Bastos IB *et al.* Fortalecimento do desenvolvimento docente na enfermagem: contribuições do Pet-Saúde/GRADUASUS. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(1):38-44. Disponível em:

Introdução

Nas últimas duas décadas têm surgido questionamentos no âmbito educacional quanto à temática métodos avaliativos, considerados necessários ao processo ensino-aprendizagem, como meio de se avaliar a aquisição de conhecimentos.^(1,2)

Conforme o estabelecido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o ensino em Enfermagem, espera-se que ao final da formação o egresso esteja apto a ser um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de identificar e intervir em situações/problemas de saúde, pautado em rigor técnico-científico, ético e com olhar holístico, tendo como requisitos competências como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, liderança e educação permanente.⁽³⁾

No entanto, para se alcançar o proposto pelas DCN, é necessário a contínua atualização das práticas metodológicas de ensino, assim como a incorporação e a busca por novas estratégias que possam ser mais eficientes na avaliação do processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, as metodologias ativas configuram uma possibilidade para o processo formativo, estabelecendo o estudante como protagonista na construção de seu conhecimento, a partir da problematização e uma aprendizagem significativa e individualizada, que colabora para o desenvolvimento de sua autonomia e pensamento crítico-reflexivo, enquanto o professor assume o papel de mediador do processo ensino-aprendizagem.⁽⁴⁾

A educação superior passa por uma grande expansão desde metade do século XX. Esse crescimento foi impulsionado pelo reconhecimento do potencial do ensino superior para promover o desenvolvimento econômico e social. Tais demandas e expectativas acerca da educação superior implicam em mudanças de modelos padronizados e rígidos, para uma formação mais flexível, que se adapte e atenda as mudanças e necessidades sociais. Frente a este cenário, o sistema de educação superior enfrenta desafios, como a busca por uma formação de qualidade e a qualificação dos profissionais docentes.⁽⁵⁾

com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) produziu mudanças na saúde da população e no trabalho e formação dos profissionais desse campo. Para atender as transformações necessária à educação dos profissionais que atuarão no SUS, foi criado, no Ministério da Saúde (MS), o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que elaboraram novas estratégias para a política de formação e desenvolvimento para o SUS, dentre elas o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde).⁽⁶⁾

Ainda segundo a proposta de formação para o SUS, a SGTES implementou o PET-Saúde/GraduaSUS que teve como objetivo apoiar o desenvolvimento de projetos que se propunham a fortalecer mudanças curriculares alinhadas às DCNs e qualificar os processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada com o SUS e as instituições de ensino, buscando, assim, impulsionar o movimento de mudança na graduação em saúde com foco no SUS.

O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de desenvolvimento de oficinas sobre estratégias de avaliação pedagógica com docentes do curso de enfermagem de uma Universidade Pública do Estado do Ceará.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência, de abordagem qualitativa, desenvolvido pelo PET-GraduaSUS. A ação aconteceu com professores do curso de enfermagem de uma Universidade Pública do interior do Ceará, na semana pedagógica do curso, em dezembro de 2017.

As oficinas aconteceram por meio de estações, sendo que em cada estação havia a discussão de diferentes métodos avaliativos mediante as oficinas. As temáticas abordadas foram, portfólio crítico-reflexivo, mapas conceituais, prova escrita estilo Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), *Team Based Learning* (TBL), *Objective Structured*

Clinical Examination (OSCE), Observação Direta de Habilidades e Procedimentos (DOPS), Seminário, Log Books, *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX) e estudo de caso. Posteriormente, foi aplicado um instrumento para elaboração do planejamento das estratégias de avaliação de aprendizagem no semestre.

Resultados e Discussão

A partir de uma análise inicial dos métodos avaliativos comumente utilizados no Curso de Enfermagem e se atendo ao seu projeto político-pedagógico, buscou-se participar do momento de articulação e planejamento do semestre durante a Semana Pedagógica com o intuito de discutir métodos avaliativos que podem ser utilizados a fim de garantir melhorias no processo de avaliação da aprendizagem.

Os momentos de discussões foram pautados conforme os temas anteriormente apresentados, buscando gerar questionamentos aos docentes sobre as metodologias de avaliação e contribuir para o fortalecimento de sua visão crítica frente às estratégias. No decorrer das estações foi discutido sobre a atribuição de notas, estabelecimento de critérios, contexto de melhor aplicabilidade de cada estratégia apresentada, bem como os benefícios e desafios na efetividade destas.

Optou-se para melhor compreensão a discussão da experiência em três categorias que serão descritas a seguir: Seminário, Prova Estilo ENADE e TBL; Portfólio, Mapa Conceitual e Estudo de Caso e Log-Book, DOPS, OSCE e Mini-CEX.

Seminário, prova estilo ENADE e TBL

Na estação 1, para apresentação e discussão das metodologias, utilizou-se de diferentes abordagens. Em relação ao seminário, foi exposto um vídeo com uma apresentação de trabalho e solicitado que os professores atribuíssem nota e a justificassem, o que serviu de ponto de partida para as discussões. Referente às questões estilo ENADE, foi disponibilizado aos professores um material para leitura que continha as normas

para a elaboração das questões. Assim, após leitura do texto, foi solicitado aos professores de diferentes disciplinas que desenvolvessem, juntos, uma única questão que as contemplasse e estivesse consonante com as normas do ENADE. Assim, neste momento também foi discutido aspectos da elaboração de questões objetivas e subjetivas, tendo como referência as provas do ENADE. Esta vivência foi relevante e pertinente ao currículo modular do curso que tem como premissa a interdisciplinaridade entres conteúdos e práticas.

As reflexões sobre provas do ENADE possibilitou a ampliação do olhar dos docentes frente ao processo de construção de questões para avaliações escritas, de maneira que refletiu-se a necessidade de estimular o posicionamento crítico dos estudantes e superar a dicotomia teoria-prática por meio de questões que problematizem situações do cotidiano do trabalho do enfermeiro.

Em relação ao TBL, foi realizada a distribuição de um estudo sobre a estratégia e, posteriormente, feita uma explanação e discussão acerca do tema.

Quanto a utilização do seminário como estratégia de avaliação, as discussões envolveram a necessidade de haver critérios instituídos previamente, como postura correta durante a apresentação, domínio do assunto, organização do conteúdo, qualidade do slide dentre outros, sendo discutido também sobre a importância da criação de um roteiro para o aluno e a apresentação de um feedback do professor para o mesmo.

O seminário se constitui em uma prática didático-pedagógica muito utilizada em diferentes contextos, que é realizado mediante exposição oral de um conteúdo pré-estabelecido e, geralmente, desenvolvido em equipes. Esta estratégia fomenta o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e da oratória do estudante, assim como a exposição de opiniões, o ensino por meio da pesquisa dos conteúdos e interação em equipe. Alguns aspectos negativos que são pontuados no seminário dizem respeito ao fato de uma possível passividade do professor durante a aula e a não participação efetiva de todos os integrantes.⁽⁷⁾

Quanto ao ENADE, cabe salientar que frente ao crescimento de novos cursos e instituições,

assim como a expansão do acesso ao ensino superior, o Estado instituiu a avaliação externa como forma de assegurar a qualidade da educação superior. O ENADE é realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), que é vinculado ao Ministério da Educação. Por meio dos resultados do ENADE é possível identificar as fragilidades da formação a fim de buscar promover ações de melhoria nos cursos.⁽⁸⁾

As questões objetivas são as mais frequentes em seleções e avaliações externas, sendo importante que estas também sejam abordadas na formação. A depender da elaboração das perguntas, questões objetivas podem estimular o pensamento crítico-reflexivo do estudante, pois podem contemplar os conteúdos expostos em sala de aula relacionados com situações-problemas do cotidiano.⁽⁹⁾

O TBL constitui uma estratégia diferenciada para abordagem de questões abertas, curtas, de múltipla escolha, verdadeiro ou falso e casos clínicos. Esta metodologia fomenta o estudo individual por meio da resolução das perguntas, primeiramente, de forma individual e somente depois a resolução em equipe, sendo este um espaço propício para a discussão das respostas e construção do conhecimento. O feedback ao estudante deve ser dado o mais rápido possível, para que posteriormente as equipes possam recorrer e argumentar caso discorde de alguma resposta do gabarito. Um dos grandes potenciais do TBL é o desenvolvimento do trabalho em equipe, atendendo as exigências das DCN e do contexto da saúde atual, que necessita cada vez mais de abordagens mais complexas.⁽¹⁰⁾

Portfólio, Mapa Conceitual e Estudo de Caso

Na estação 2 foram trabalhados os métodos Portfólio, Mapa Conceitual e Estudo de Caso. Para isso, se utilizou da estratégia de roda de conversa para que os docentes refletissem sobre a possibilidade de utilização dessas metodologias como formas de se avaliar o aluno. No momento voltado ao Portfólio, foram apresentados exemplos, bem como instruções e roteiros de como desenvolvê-lo e a importância deste para a construção crítica e reflexiva do estudante.

As transformações atuais na sociedade interferem nos requisitos do perfil dos profissionais para cumprir com as exigências das situações de saúde da população, ocasionando a necessidade de se estabelecer mudanças no processo de ensino-aprendizagem para que durante a formação se consiga desenvolver profissionais capacitados para lidar com a complexidade dos problemas de saúde.

O portfólio crítico-reflexivo se apresenta como uma ferramenta de ensino, aprendizagem e avaliação que instiga o estudante na busca da sua compreensão e conhecimento sobre o assunto, por meio de reflexão, análise crítica e associação da teoria à prática, colocando o estudante como sujeito-ativo da aquisição do seu saber, enquanto o docente desenvolve o papel de mediador no processo.⁽¹¹⁾

Em relação aos Mapas Conceituais, foi realizada uma explanação sobre as funcionalidades de um dos aplicativos mais utilizados para a construção dos mapas, o CMap Tools. Posteriormente, os docentes puderam construir, em coletivo, um mapa conceitual sobre a própria temática com palavras e expressões que definissem esse tipo de metodologia. Já na abordagem sobre Estudos de Caso, se apresentou a descrição das opiniões de acadêmicos dos diversos semestres do curso a respeito dos critérios usados na construção dos estudos de caso na graduação e, logo após, ocorreu uma discussão a partir dos relatos apresentados.

O Mapa Conceitual se configura em uma estrutura com um conjunto de conceitos ligados por palavras-chaves e/ou setas que apresentam de forma sucinta determinado assunto.⁽¹²⁾ Para elaboração do Mapa Conceitual é necessário que o aluno faça interligações, por meio da aprendizagem significativa que acontece a partir da inserção de novos conceitos aos seus conhecimentos prévios.⁽¹³⁾ Sendo assim, essa é uma metodologia que é centrada no estudante, baseada em suas peculiaridades e aprendizagens anteriores, que torna mais fácil a assimilação de novos conteúdos e, assim, fomenta a autonomia do mesmo sobre sua educação.

O Estudo de Caso é uma ferramenta que possibilita desenvolver no estudante uma visão holística, podendo ser abordado diversos assuntos e em diferentes contextos, que

necessita de diferentes cuidados em saúde, e por envolver questões mais complexas exigem um maior entendimento para que o aluno tome condutas apropriadas. O Estudo de Caso pode ser desenvolvido individualmente ou em equipe. A discussão de um caso requer do professor domínio do conteúdo e preparação para situações e dúvidas que podem surgir. O docente, nesse momento, por meio de perguntas norteadoras, pode direcionar a discussão para atingir a reflexão e o objetivo proposto.⁽¹⁴⁾

Desta forma a utilização do estudo de caso colabora para fortalecer no estudante a habilidade de tomada de decisão, sendo capaz de envolver exemplos reais que permitem uma aproximação das condições de vida na atual sociedade e que requerem uma atenção integral, sendo também uma abordagem em que o estudante é protagonista no seu processo de aprendizagem, permitindo ao professor avaliar o desempenho deste frente às demandas de saúde.

Durante a estação sobre o Portfólio crítico-reflexivo, Mapas Conceituais e Estudo de Caso os docentes se mostraram bastante participativos, discutindo como poderiam melhorar utilização desses tipos de metodologias. As experiências, exitosas ou não, a respeito do emprego dessas metodologias foram relatadas no grupo, o que serviu como aprendizado e estímulo entre os próprios docentes para se trabalhar com elas a partir de então.

LOG-BOOK, DOPS, OSCE e Mini-CEX

Na estação 3 foram explorados os métodos Log-Book, DOPS, OSCE e Mini-CEX. Este momento ocorreu no laboratório de enfermagem, pois o uso destas metodologias devem ser realizadas em laboratórios para possibilitar a prática. Por tratarem-se de métodos pouco conhecidos pelos professores, inicialmente foi utilizado recurso audiovisual para apresentar as metodologias. Em relação ao Log-Book, explanou-se sobre o conceito do método, o que é avaliado e quais os passos para sua produção. Os docentes foram, ainda, orientados sobre a diferença do portfólio crítico-reflexivo e Log-Book, pois muitos o consideraram a mesma metodologia.

O Log-Book, ou Diário de Bordo, consiste em um instrumento onde o estudante narra suas experiências diárias e lhe permite refletir sobre o que foi realizado, constituindo uma ferramenta com capacidade de desenvolver a criticidade e reflexão sobre suas ações, contribuindo no processo de sua autonomia frente a construção de seu conhecimento.⁽¹⁵⁾ Frente a este contexto, a inserção do Log-Book na formação em enfermagem contribui para que o estudante identifique suas fragilidades e potencialidades, permitindo uma aprendizagem individualizada conforme suas necessidades.

No momento referente ao OSCE, inicialmente foi explanado sobre as competências e habilidades que devem ser observadas durante as práticas e apresentado instrumentos que podem ser utilizados para avaliação dos estudantes. Em seguida, foi apresentado um vídeo sobre a aplicação de uma prova utilizado o OSCE, para que os professores pudessem entender melhor o método. Posteriormente, foi apresentado um caso clínico para um estudante e solicitado que este encenasse as condutas a serem tomadas frente ao caso, para que assim, os professores avaliassem a partir das habilidades, conhecimentos e atitudes contidas no instrumento. Foi explicado aos professores sobre os elementos avaliadas durante a prática do Mini-CEX e OSCE, sendo apresentados, ainda, instrumentos que podem ser utilizados para avaliar as práticas.

Em relação ao DOPS foi apresentado aos docentes a metodologia, sendo realizado discussão sobre a implementação da mesma e explanação quanto ao instrumento utilizado para avaliar as habilidades e competências dos discentes no uso desse método, sendo disponibilizado material com exemplos de itens a serem observados.

Para o desenvolvimento do OSCE é necessário o delineamento das competências clínicas e a área do conhecimento que se visa avaliar, o que determina quais as condições e problemas o estudante deve estar apto a solucionar. O OSCE acontece por meio de estações, que deve ter sua duração definida conforme seu objetivo e os temas trabalhados em cada estação. Os recursos utilizados durante esta metodologia dependem das competências a serem avaliadas e da finalidade da estação, podendo ser: pacientes simulados, filmes,

manequins anatômicos, simuladores, entre outros materiais. É essencial que haja um examinador com os *checklists* para cada estação em que os estudantes irão passar.⁽¹⁷⁾

A aplicação do OSCE permite ao docente avaliar competências e habilidades que ele não conseguiria por meio de outras metodologias, como uma prova escrita, e proporciona ao estudante ser preparado e se aproximar da realidade, identificando erros e dificuldades que este possa ter nas práticas nos serviços de saúde.⁽¹⁶⁾ No contexto da formação em enfermagem, o OSCE possibilita promover o desenvolvimento humano e profissional frente às diversas situações, o que colabora para a formação de um profissional mais apto a atuar em cenários dinâmicos.

O Mini-CEX consiste em uma estratégia que utiliza uma escala de classificação, desenvolvida pelo *American Board of Internal Medicine* (ABIM), que visa avaliar seis competências clínicas nucleares que são: competências na entrevista/história clínica, exame físico, qualidades humanísticas/profissionalismo, raciocínio/juízo clínico, comunicação e aconselhamento e organização e eficiência. O mini-CEX é dividido em dois momentos: o de observação do aluno pelo examinador e o do feedback, que deve ser dado posteriormente.⁽¹⁸⁾

O DOPS consiste em uma metodologia semelhante ao mini-CEX, que visa especificamente avaliar as habilidades procedimentais dos estudantes, pois enquanto esse está desenvolvendo as atividades, o professor deve observar a sua execução e estabelecer critérios como: conhecimento prévio, preparação antes do procedimento, habilidade técnica, conduta pós-procedimento, entre outros. Assim como o mini-CEX, o professor deverá dar um *feedback* ao aluno. A diferença entre o DOPS e o mini-CEX consiste em que o primeiro é mais específico relacionado ao procedimento, enquanto o segundo, engloba critérios mais amplos.^(19,20)

A avaliação por competência tem por objetivo observar as atitudes dos alunos na realização de tarefas clínicas, bem como analisar a adequação a tais práticas, considerando que o exercício do profissional requer, além dos conhecimentos teóricos, também a empatia, processos intuitivos,

domínio afetivo, compreensão de diferentes valores e crenças, entre outros.

Desse modo, visando um perfil de enfermeiro generalista, humanístico, crítico e reflexivo se faz necessário que as instituições formadoras busquem avaliar competências e habilidades essenciais para o bom desempenho da enfermagem frente às complexas condições sociais de saúde que demanda uma atenção holística.⁽¹⁷⁾

Conclusão

As oficinas proporcionaram um momento de reflexão aos docentes sobre sua práxis a partir da discussão acerca da diversidade de estratégias para avaliação do aprendizado. Neste sentido, as oficinas constituíram-se como uma oportunidade para o compartilhamento de experiências, bem como reflexões e considerações sobre as expectativas acerca da avaliação da aprendizagem dos estudantes. Salienta-se que a utilização de novas estratégias não anula os métodos tradicionais, porém estes, isoladamente, parecem não proporcionar a perspectiva avaliativa necessária.

Espera-se que as oficinas sobre as estratégias avaliativas tenham contribuído para despertar inquietações nos docentes a fim de promover transformações no processo de ensino-aprendizagem, compreendendo que estas envolvem diversos fatores, o que as tornam complexas, e que se faz necessário a criação e ampliação de mais momentos para discussões e estudos em relação a avaliação do aprendizado na formação em enfermagem.

Referências

1. Oliveira JD, Paixão PCM. Avaliação no ensino superior: modalidades, funções e instrumentos avaliativos no processo de ensino e aprendizagem. 1ª ed. Paraná: Editora CESUMAR; 2014.
2. Luz AA. A avaliação no ensino superior. Educ rev [Internet]. 1997 [citado 2018 set. 10];1(13):55-66. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40601997000100004&lng=en&nrm=iso
3. Dias SR, Volpato, AN. Práticas inovadoras em metodologias ativas. 1ª ed. Florianópolis: Contexto Digital; 2017.
4. Brasil, Ministério da Educação. Resolução CNE/CES N. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em

- Enfermagem [Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa da União; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
5. Neves CEB. Desafios da Educação Superior. Sociologias [Internet]. 2007 [citado 2018 set. 10]; 1(17):14-21. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/sociologias/article/download/5620/3230>
6. Cavalheiro MTP, Guimarães AL. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. Caderno FNEPAS [Internet]. 2011 [citado 2018 set. 10]; 1(1):19-27. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wpcontent/uploads/2017/08/13-Formacao-para-o-SUS.pdf>
7. Prado C, Pereira IM, Fugulin FMT, Peres HHC, Castilho V. Seminars in dialectical perspective: experience in the Nursing Administration discipline. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [citado 2018 dez. 12]; 24(4):582-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400021&lng=en.
8. Griboski CM. O enade como indutor da qualidade da educação superior. Est Aval Educ [Internet]. 2012 [citado 2018 dez. 12]; 23(53):178-95. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1763/1763.pdf>
9. Nuhs AC, Tomio D. A prova escrita como instrumento de avaliação da aprendizagem do aluno de Ciências. Est Aval Educ [Internet]. 2011 [citado 2018 out. 2]; 22(49):259-284. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/eae/article/view/1976>
10. Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. Medicina [Internet]. 2014 [citado 2018 out. 22]; 47(3):293-300. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/7_Aprendizagem-baseada-em-equipes-da-teoria-a-pratica.pdf
11. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólios crítico-reflexivos: uma proposta pedagógica centrada nas competências cognitivas e metacognitivas. Interface [Internet]. 2015 [citado 2018 out. 1]; 19(54):573-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300573&lng=en
12. Tavares R. Construindo mapas conceituais. Ciênc cogn [Internet]. 2007 [citado 2018 out. 1]; 1(12):72-85. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/ce/article/view/641>
13. Souza NA, Boruchovitch E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. Educ rev [Internet]. 2010 [citado 2018 ago. 11]; 26(3):195-218. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982010000300010&lng=en&nrm=iso
14. Graham A. Como escrever e usar estudos de caso para ensino e aprendizagem no setor público. 1ª ed. Brasília: ENAP; 2010.
15. Boszko C, Güllich RIC. O diário de bordo como instrumento formativo no processo de formação inicial de professores de ciências e biologia. Biografia. [Internet]. 2016 [citado 2018 dez. 11]; 9(17):55-62. Disponível em: <http://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/biografia/article/view/5812/4796>
16. Franco CAGS, Franco RS, Santos VM, Uiem LA, Mendonça NB, Casanova AP, et al. OSCE para competências de comunicação clínica e profissionalismo: relato de experiência. e meta-avaliação. Rev bras educ méd [Internet]. 2015 [citado 2018 dez. 11]; 39(3):433-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300433&lng=en&nrm=iso&lng=pt
17. Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care physician's to break bad news: A performance based assessment of an educational intervention. Patient Education and Counseling [Internet]. 2006 [citado 2018 nov. 10]; 60(1):10-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16122897>
18. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de Competência Clínica em Estudantes de Medicina pelo Minixercício Clínico Avaliativo (Minix). Rev bras educ méd [Internet]. 2009 [citado 2018 ago. 25]; 33(2):166-75; 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200002
19. World Health Organization. Community Based Education in Health Professions: Global Perspectives [Internet]. Eastern Mediterranean: WHO; 2014 [citado 2018 nov. 5]. Disponível em: <https://www.hrhresourcecenter.org/node/5568.html>
20. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for Direct Observation and Assessment of Clinical Skills of Medical Trainees: A Systematic Review. JAMA [Internet]. 2009 [citado 2018 out. 4]; 302(12):1316-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19773567>

RELATO DE EXPERIÊNCIA



Apoio matricial como estratégia de promoção da cultura de paz na escola

Matricial support as a strategy for the promotion of peace culture in school

Joaquim Ismael de Sousa Teixeira¹, Isabelly Oliveira Ferreira², Ívina Alessa Bispo Silva³, Janylle Lucas Diniz⁴, Ismael Brioso Bastos⁵, Ana Karoline Barros Bezerra⁶, Ana Suelen Pedroza Cavalcante⁷, Maristela Inês Osawa Vasconcelos⁸.

1 Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitor/bolsista do Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), Sobral, CE, Brasil. **2** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), Sobral, CE, Brasil. **3** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), Sobral, CE, Brasil. **4** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora/bolsista do Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), Sobral, CE, Brasil. **5** Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitor do Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), Sobral, CE, Brasil. **6** Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Monitora do Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), Sobral, CE, Brasil. **7** Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (UFC). Secretaria de Saúde. Sobral, CE, Brasil. **8** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (UFC). Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Tutora do Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde/GraduaSUS), Sobral, CE, Brasil.

Abstract

Objective: to describe the application of an intervention, together with the teachers of a school, to promote a culture of peace. **Methods:** experience report about an intervention focused on the culture of peace carried out by members of the Health Work Education Program, health professionals and teachers of a public school in Sobral/CE, which occurred between February and March 2018. **Results:** the intervention was divided into two moments. In the first one, a survey of teachers' knowledge about the subject and a brief explanation about matrix support was carried out. In the second, a flow chart of the cases of violence was proposed and analysis and discussion of a situation of local violence was carried out, and a genogram, ecomap and care plan were constructed. **Conclusion:** the matriciation presented itself as a potent strategy to promote interdisciplinarity among teachers and health professionals, also contributing to the design of more assertive coping strategies in the face of violence.

Descriptors: Violence. Health Promotion. Education. Health.

Resumo

Objetivo: descrever a aplicação de uma intervenção, junto aos professores de uma escola, para promover a cultura de paz. **Métodos:** relato de experiência sobre uma intervenção com foco na cultura de paz realizada por membros do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, profissionais da saúde e professores de uma escola pública em Sobral/CE, ocorrido entre fevereiro e março de 2018. **Resultados:** a intervenção foi dividida em dois momentos. No primeiro, realizou-se uma sondagem dos conhecimentos dos professores sobre o tema e breve explanação sobre apoio matricial. No segundo, foi proposto um fluxograma dos casos de violência e realizada análise e discussão de uma situação de violência local, sendo construído genograma, ecomapa e plano de cuidados. **Conclusão:** o matriciamento se apresentou como estratégia potente para fomentar a interdisciplinaridade entre professores e profissionais da saúde, também contribuindo para o desenho de estratégias de enfrentamento mais assertivas frente à violência.

Descritores: Violência. Promoção da Saúde. Educação. Saúde.

Autor

Correspondente

Joaquim Ismael de Sousa Teixeira. E-mail: joaquimismaeldesousateixeira@gmail.com

Não declarados conflitos de interesse

Submissão

02/07/2018

Aprovação

31/12/2018

Como citar: Teixeira JIS, Ferreira IO, Silva IAB, Diniz JL, Bastos IB, Bezerra AKB *et al.*. Apoio matricial como estratégia de promoção da cultura de paz na escola. ReTEP [Internet] 2018 [citado em];10(1):45-51. Disponível em:

Introdução

No Brasil, os homicídios correspondem a principal causa de morte de jovens entre 15 a 24 anos. Diante desse cenário, a violência já é considerada um complexo problema de saúde pública, uma vez que traz consigo uma expressiva carga de adoecimento da população, impactando sobre as taxas de morbimortalidade na saúde individual e coletiva.⁽¹⁾

O fenômeno da violência é conceituado como todo ato que implique na ruptura de um nexos social pelo uso da força, negando a possibilidade da relação social que se instala pela comunicação, pelo uso da palavra ou diálogo a fim de se resolver um conflito, incluindo até mesmo práticas mais sutis e cotidianas, como o racismo, a intolerância e os mecanismos relativos à violência simbólica.⁽²⁾

O medo, a incerteza, a insegurança e a descrença podem ser cultivados nas pessoas, que podem traduzir todos esses sentimentos em comportamentos e hábitos violentos. Quando essa situação chega às salas de aula e influencia a vida de crianças e adolescentes tem-se prejuízos, sejam eles culturais, físicos, sociais e psicológicos, pois se o país apresenta um número significativo de jovens que se sentem reféns da violência e, ainda, muitos outros envolvidos com a criminalidade, não se pode ter uma boa perspectiva de futuro e desenvolvimento social.^(3,4)

Em contraponto a isso, acredita-se que a melhor maneira de se combater uma cultura de violência é a promoção de uma cultura de paz. A paz é entendida como um processo dinâmico, complexo, partilhado, entrelaçado em redes. Interessante notar a semelhança desse conceito àquele que se refere a atenção integral à saúde, mais especificamente no que diz respeito a Atenção Primária à Saúde (APS). Nele há a ideia de redes de atenção, as quais se comunicam entre si com dinamismo, exigindo níveis diferentes de complexidade na assistência prestada. Esse cuidado é realizado dentro de uma perspectiva dialógica e compartilhada entre diferentes disciplinas e práticas, em um processo semelhante ao que ocorre no apoio matricial.⁽⁵⁾

Além disso, a promoção da cultura de paz configura-se como um dos eixos de atuação

do Programa Saúde na Escola (PSE), onde estratégias de promoção da saúde são abordadas a partir das necessidades vistas no território para a prevenção das violências. Atualmente, crianças e jovens são considerados as principais vítimas desses agravos o que requer estratégias de construção partilhadas, como o apoio matricial, que impactem nesses casos, podendo amenizar e contribuir na atenção a esses casos.⁽⁶⁾

O apoio matricial ou matriciamento consiste numa estratégia de cuidado, onde uma equipe inter e multidisciplinar oferece um suporte técnico especializado, de modo a ampliar e qualificar a atuação desses profissionais em processo compartilhado de ações. Ele fornece às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) maior apoio quanto à responsabilização da assistência prestada, garantindo a integralidade da atenção bem como articulando sua continuidade. Para sua efetivação é preciso uma rede de cuidados onde cada especialista traz as contribuições em sua área.⁽⁷⁻⁹⁾

Diante do contexto apresentado, o presente estudo tem o objetivo de relatar a experiência de uma ação sobre promoção da cultura de paz desenvolvida em uma escola do interior do Estado do Ceará, a partir da estratégia do apoio matricial.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência, de caráter exploratório-descritivo e abordagem qualitativa. Estas são consideradas metodologias de observação sistemática da realidade, sem o intuito de testar hipóteses, mas estabelecendo relações entre os achados da realidade e bases teóricas que sejam relevantes à temática.⁽¹⁰⁾

Foi realizada uma ação sobre promoção da cultura de paz planejada e produzida por membros do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS), conjuntamente aos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do território, entre eles: enfermeiro, assistente social, psicólogo e residentes em Saúde da Família.

O PET-Saúde/GraduaSUS teve duração de dois anos, entre maio de 2016 e abril de 2018, e contemplou projetos que buscaram desenvolver mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para

cursos de graduação na área da saúde, além de qualificar os processos de integração ensino-serviço-comunidade de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde (SUS), projetos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação e as instituições de ensino. Em Sobral, no interior do Estado do Ceará, o PET foi realizado colaborativamente entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e o Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).⁽¹¹⁾

Composto por docentes (tutores), trabalhadores do SUS (preceptores) e estudantes de Graduação de Enfermagem e Medicina (monitores), o PET, a partir de uma agenda estratégica desenvolvida em Sobral/CE para a promoção da cultura de paz nos diferentes cenários educacionais, como escolas e universidades, reconheceu a necessidade de desenvolver uma ação que abordasse a temática e fosse trabalhada de maneira interdisciplinar entre saúde e educação.

Em um primeiro momento, foi realizado um levantamento das ações de promoção da cultura de paz que já ocorriam no município. Em seguida, foram analisadas as propostas e considerada a que mais dialogava com os princípios do PET.

Com a articulação entre membros do PET e profissionais da ESF foi retomada uma ideia que havia se desenvolvido anteriormente, mas que, atualmente estava desabilitada, de operacionalizar o Apoio Matricial em casos de violência em uma Escola Pública do município.

Dessa forma, foram desenvolvidos dois momentos com os professores da escola, durante encontros de planejamento pedagógico. O primeiro ocorreu em fevereiro de 2018 e o segundo em março do mesmo ano. Utilizou-se de ferramentas metodológicas como: rodas de conversas para discussão e apresentação da temática, além do uso de fluxograma, genograma e ecomapa para apresentação dos casos nos quais seria realizado o matriciamento.

Resultados e Discussão

A fim de uma melhor compreensão da experiência, dividiu-se este capítulo em dois

tópicos. No primeiro, relata-se como se deu a ação, impressões e aprendizados. No segundo, traz-se o que a literatura apresenta sobre o tema, tendências e novas estratégias de enfrentamento da violência em ambiente escolar articulado ao que foi vivenciado.

O matriciamento na escola: percepções e aprendizados

No primeiro encontro com os professores foi realizado uma sondagem dos conhecimentos prévios dos mesmos sobre o tema, por meio das perguntas: o que você entende por cultura de paz? Como você pode identificar situações de violência na escola? De que forma você pode atuar nesses casos?

Após esta etapa, realizou-se uma breve explanação sobre matriciamento, sua operacionalização na escola e as contribuições que essa prática pode trazer para o cuidado e prevenção aos casos de violência.

Foi observado que embora fosse uma ação que já havia sido desenvolvida na escola em anos anteriores, a maioria dos professores não tinha contato com a prática do apoio matricial, nem souberam responder como ele funcionava. Pela alta rotatividade dos profissionais da escola, grande parte deles ainda não havia presenciado momentos que abordassem sobre a cultura de paz, mesmo estando situados em um território com alto índice de violência no município e alvo de constantes programas de pacificação, como o Ceará Pacífico e o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD).^(1,5,6)

No segundo encontro, ocorrido na escola, em março de 2018, foi proposto, junto aos professores, um fluxograma do matriciamento, com os casos de violência identificados, bem como a articulação do Centro de Saúde da Família (CSF) e identificação de professores que estivessem à frente do processo na escola. Foram definidos que os momentos de matriciamento ocorreriam uma vez ao mês, a partir das 16 horas, no fim do expediente da escola, durante a semana, com apresentação de casos, se assim houvesse, e ainda, referenciar os alunos que passassem pelo processo de matriciamento ao CSF para acompanhamento especializado e mais próximo possível.

Ainda nesse segundo encontro, foi realizada a análise e discussão de uma situação de violência auto infligida identificada entre os alunos e, posterior a isso, construído conjuntamente, entre docentes e profissionais da saúde, o genograma e ecomapa do caso índice, elaboração de um plano de cuidados e de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo referenciado o aluno para acompanhamento com o psicólogo do Centro de Saúde da Família (CSF) do território. Além disso, foi pactuado entre escola e a equipe da ESF a elaboração de um termo de assentimento para o aluno e um termo de consentimento para os pais ou responsáveis.

Com o fim do período de vigência do PET-Saúde/GraduaSUS, encerrado em abril de 2018, houve a preocupação da descontinuidade da ação impulsionada pelo grupo tutorial. Para que isso não ocorresse, foi realizada articulação com os residentes em Saúde da Família do território onde estava situada a escola para que eles estivessem a frente do processo a partir de então. Desse modo, foi repassado todo o desenvolvimento da intervenção e do que ocorreu nos dois momentos em que o PET realizou, apropriando os residentes das informações necessárias para dar prosseguimento a ação.

A escola é um espaço privilegiado para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças e para que esse processo funcione é fundamental a articulação entre os diversos setores da sociedade, partilhando conhecimentos e somando esforços⁽²⁾. Houve boa receptividade da proposta pelos professores, que se fizeram presentes e participativos durante os encontros. Mesmo os dois momentos ocorrendo em sábados letivos, boa parte dos docentes permaneceu e se mostrou entusiasmada com a atividade.

Muitos professores relataram casos de violência que presenciaram na sala de aula, porém não se sentiam capacitados a intervir nessas situações, nem sabiam a quem recorrer. As dificuldades que surgiram durante a execução da experiência ficaram por parte da incompatibilidade de agendas e horários, o que foi contornado com a realização dos encontros em dois sábados e com no máximo 2 horas de duração.

Trabalhando a interdisciplinaridade: a construção do cuidado compartilhado e integral

Promover saúde e cultura de paz em um contexto escolar se traduz em importância quando diversos estudos têm demonstrado que professores, principalmente os da rede pública de ensino, relatam que presenciam comportamentos violentos entre alunos durante suas aulas. Desse modo, os setores saúde e educação devem trabalhar momentos e articulações eficientes para que haja um acompanhamento mais próximo a esses casos, até mesmo a fim de capacitar o educador em como agir frente a essas situações, sendo apoiado por uma equipe multiprofissional de saúde.⁽¹²⁾

Na Declaração Sobre uma Cultura de Paz⁽¹³⁾ é referido que a educação, em todos os níveis, é um dos meios fundamentais para construir uma cultura de paz. A escola constitui-se como espaço de fomento e construção de um conjunto de práticas e valores que se distanciam da cultura de repressão e violência, caminhando ao encontro de uma convivência mais humana e solidária a partir da observação e intervenção frente a cenários violentos.⁽¹⁴⁾

O professor tem o direito e o dever de educar para a paz, por meio de um processo criativo, com repercussões diretas no seu cotidiano. Milani⁽⁵⁾, em seus estudos com instituições de ensino que adotaram a Promoção da Cultura de Paz como manual para suas ações, identificou como eixos principais nelas: a inclusão, o protagonismo juvenil e a valorização da diversidade. Assim deve-se realizar esse movimento de trazer o jovem para perto da escola, capacitá-lo intelectualmente, cultural e socialmente, com respeito às diferenças, dando-lhes livre acesso a conhecimentos e práticas que sejam benéficas para seu desenvolvimento.⁽¹²⁾

Sob a ótica do conceito ampliado de saúde, entendido como o completo bem-estar físico, psíquico, social, financeiro e espiritual, promover a cultura de paz é também promover hábitos saudáveis de vida. A cultura de paz abrange todos os ideais e valores pelos quais a sociedade deseja, como justiça, igualdade, tolerância, respeito, educação e diálogo. Todos esses princípios são inerentes ao fazer da saúde,

portanto, é evidente a necessidade de um trabalho interdisciplinar, de junção de forças na busca por objetivos em comum: o bem-estar de crianças e jovens.^(5,12)

A escola, como espaço de formação e aprendizagem, além do seu aspecto cognitivo ou da prática curricular, deve-se constituir como um campo de interações sociais, crescimento integral, construção cultural e promoção de bem-estar. Atualmente, apesar de muitas estratégias, ainda ocorre um distanciamento entre saúde e escola. Existem programas, onde se encontra psicólogos e psicopedagogos trabalhando nessas instituições, porém, em sua maioria trata-se de um trabalho fragmentado, individual, sem comunicação ou articulação em rede. No caso da escola em questão, esse processo ocorria de forma muito limitada por falta de uma maior comunicação entre os setores.^(5,14,15)

Em um contexto educacional, para a construção de uma cultura de paz faz-se necessário um trabalho coletivo, que transpasse muros sejam estes das unidades de saúde ou das escolas. São necessárias ações, intervenções que provoquem mudanças de hábitos e atitudes, já que a paz é um processo que nasce no interior do homem e se exterioriza através dele na forma de uma cultura de valores e práticas saudáveis que afetam toda a população. É preciso que professores e trabalhadores da saúde compreendam de fato, do que se trata a paz e os mecanismos de combate a violência.^(14,15)

Alguns autores trazem três tipos de abordagem que estão presentes nos discursos e vivências dos profissionais quando se trabalha o referido tema. A primeira delas trata-se da repressão, adotada como solução para a violência, constituindo-se como medidas de força, policiamento, endurecimento de leis e regras; a segunda enfoca a estrutura socioeconômica como causa da violência, assumindo-se um sentimento de acomodação e impotência frente a uma realidade adversa, tendo assim consequente descrença em todas as tentativas e possibilidades de enfrentamento.^(16,17)

A terceira abordagem refere-se a própria cultura de paz, que enfatiza a viabilidade de se reduzir os níveis de violência por meio de intervenções baseadas na educação, saúde,

cidadania e melhoria da qualidade de vida, ou seja, um olhar holístico ao sujeito. É nesse tipo de abordagem que as ações públicas devem se pautar, com capacitação de professores reflexivos capazes de modificar sua realidade e profissionais de saúde dispostos a atuar em diferentes cenários. Para tanto, buscou-se modificar a ação de alguns profissionais da escola um tanto repressivas e de acomodação frente aos casos de violência, tendo em mente promover essa abordagem de uma verdadeira cultura de paz.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Para se chegar a uma cultura propriamente de paz, implica-se um processo de transformação individual e social, que exige ações em níveis micro, envolvendo valores, atitudes e estilos de vida e ações pacíficas; e macro, repensando-se os processos sociais, criação de políticas públicas, estruturas institucionais e programas educativos condizentes aos valores da paz, nível esse que exige qualificação profissional e um trabalho integrado entre setores da sociedade.⁽¹⁵⁾

A violência por ser um problema complexo e multifatorial pede uma agregação de saberes, comunicação e soma de conhecimentos entre profissionais da saúde e educação para que se compreenda o processo e se intervenha com efetividade e resolubilidade. O apoio matricial possibilita esse conjunto de ações transversais nas diferentes disciplinas e nesse caso entre os dois setores, com o suporte do vínculo já firmado entre professor e aluno, aliado às práticas do cuidado desenvolvidas por quem trabalha na saúde.^(19,20)

Ademais, o apoio matricial objetiva, nesses casos, um cuidado integral à saúde da criança e do adolescente vítima de violência, com atenção especial à família e aos determinantes sociais que envolvem o caso. Como iniciativa inovadora e que demanda certo tempo e preparo dos profissionais, essa prática requer incentivos por parte dos gestores e das instituições, como forma de valorizar a força de trabalho e promover a disseminação de ações semelhantes.^(19,20)

Então, práticas de educação e saúde trabalhadas juntas, nesse sentido do matriciamento dos casos de violência, podem ainda potencializar as intervenções de ambas as áreas no sentido de diminuir a sobrecarga dos casos que surgem e quando não tratados,

evoluem para quadros severos de problemas mentais e suicídio ou em relação a causas externas como envolvimento com o alcoolismo, tabagismo, abuso de drogas e mortes relacionadas a criminalidade. Para tanto, os desafios precisam ser superados com força de vontade, coragem, qualificação e apoio dos estados e prefeituras de modo a instituir modelos educação de qualidade e atenção integral à saúde em faixas etárias prioritárias como é o público infanto-juvenil.⁽²¹⁾

Ao vivenciar momentos como esse, no qual os setores saúde e educação se comunicam em prol de um mesmo objetivo, percebe-se o quanto enriquecedor é para a formação profissional. São nesses encontros intersetoriais e interdisciplinares com troca de saberes e práticas que a promoção de um cuidado integral à criança e ao adolescente verdadeiramente ocorre de forma efetiva e com resolubilidade. A partir de ações como essa percebe-se o quanto desafiador é se trabalhar coletivamente com dois setores que estão intimamente relacionados no crescimento e desenvolvimento dos jovens, sendo, portanto, indispensável um contato permanente entre ambos no combate aos agravos à saúde dessa população, bem como aos seus determinantes sociais.

Conclusão

Os desafios presentes na articulação entre escola e unidade de saúde vão além da incompatibilidade de horários entre os trabalhadores das duas áreas, sendo necessária uma linguagem clara e comum a todos, onde professores e profissionais da saúde compartilhem conhecimentos e práticas em prol de uma atenção personalizada e contínua às crianças e jovens em idade escolar, prevenindo, assim, agravos a saúde física e mental desses.

Ainda são escassas as experiências relatadas de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes em ambiente escolar.

Quanto às abordagens com foco na cultura de paz nas escolas, ressalta-se que não apenas se previne a violência, mas também se promove um cuidado ampliado com atenção ao bem-estar físico, psíquico e social de crianças e adolescentes. Por isso, é relevante

publicizar experiências exitosas para que mais profissionais sintam-se encorajados a atuar frente a essa problemática.

Espera-se que este relato possa instigar reflexões para atores sociais das duas áreas, que desejem transformar a realidade. Espera-se também que possa incentivar a atuação de gestores e da própria sociedade civil no sentido de valorização do seu trabalho e estímulo à mudança por meio de novas práticas atreladas ao ensino e ao cuidado e que a terapêutica dos casos de apoio matricial em crianças e adolescentes conte com a contribuição de educadores, os quais possuem olhar crítico e privilegiado da situação-problema por estarem mais próximos dos alunos e que, dessa forma, saúde e educação sejam uníssonas no desejo por serviços de qualidade.

Referências

1. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2013: homicídios e juventude no Brasil. Brasília (DF): Secretaria Geral da Presidência; 2013.
2. Sposito MP. A instituição escolar e a violência. Cadernos de Pesquisa [Internet]. 1998 [citado 2018 abr. 20]; 104: 58-75. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/717/733>
3. Silva M. (2013). A violência da escola na voz de futuros professores: uma probabilidade da produção da cultura da violência em ambientes escolares? Educar em Revista [Internet]. 2013 [citado 2018 abr. 28];49:339-53. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/er/n49/a19n49.pdf>
4. Marcondes Filho C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. São Paulo perspect [Internet]. 2001 abr./jun. [citado 2018 abr. 20];15(2):20-7. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/spp/v15n2/8573.pdf>
5. Milani F, Jesus RCDP. Cultura de paz: estratégias, mapas e bússolas. Salvador (BA): Edições Inpaz; 2003.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília (DF): MS; 2015.
7. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2009 fev. [citado 2018 abr. 20];14(1): 129-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a18v14n1.pdf>
8. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. Saúde Soc [Internet]. 2009 [citado 2018 abr. 20];18(1):26-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/05.pdf>
9. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 fev. [citado 2018 abr. 20];23(2):399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

10. Dyniewicz AM. Metodologia da Pesquisa em Saúde para iniciantes. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora; 2009.
11. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital N° 01/2016 de Seleção de Estudantes-PET-Saúde/GraduaSUS. Brasília (DF): MS; 2016 [citado 2018 mai. 1]. Disponível em:
<https://www.dropbox.com/s/tg69uh9p6f25gka/Edital%20PET-SaudeGraduaSUS.pdf?dl=0>
12. Muñoz MAD. Violência e escola: o desafio ético de educar para a paz. Interações [Internet]. 2013 jul./dez. [citado 2018 abr. 15];8(14):280-95. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/download/6165/6242>
13. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração sobre uma cultura de paz. [Internet] 1999. [atualizado 1999 Out 6; acesso em 2018 mai. 17]. Disponível em: http://comitepaz.org.br/dec_prog_1.htm
14. Dusi MLHM, Araújo CMM, Neves MMBJ. Cultura da paz e psicologia escolar no contexto da instituição educativa. Psicol Esc Educ [Internet]. 2005 jun. [citado 2018 abr. 15];9(1):135-45. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pee/v9n1/9n1a13.pdf>
15. Milani F. Violências versus cultura de paz: a saúde e cidadania do adolescente em promoção [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2004 [citado 2018 abr. 28]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10333/1/444444444444.pdf>
16. Neves MMBJ, Almeida SFC. A atuação da psicologia escolar no atendimento aos alunos encaminhados com queixas escolares. In: Almeida SFC, (Org.). Psicologia Escolar: ética e competências na formação e atuação relacional. Campinas (SP): Alínea; 2003.
17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25 ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1996.
18. Perrenoud P. Construir competências desde a escola. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul; 1999.
19. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012 [citado 2018 abr. 28];17(3):653-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11.pdf>
20. Campos GWS, Cunha GT. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc [Internet]. 2011 [citado 2018 abr. 28];20(4):961-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>
21. Garcia GYC, Santos DN, Machado DB. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 dez. [citado 2018 abr. 28];31(12):2649-2654. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2015.v31n12/2649-2654/pt>