

cadernos de

CIÊNCIA & SAÚDE

ISSN 2236-9503



FACULDADES
SANTO AGOSTINHO
Qualidade em Ensino Superior

VOLUME 5 . NÚMERO 1 . ANO 2015

CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE

EDITORIA CIENTÍFICA

Ana Augusta Maciel de Souza

EDITOR DE SUBMISSÃO

Flávio Júnior Barbosa Figueiredo

EDITOR DE SELEÇÃO DE MANUSCRITO

Alanna Fernandes Paraíso

EDITOR DE TEXTO

João Marcus Oliveira Andrade

CORPO EDITORIAL

Dra. Eunice Francisca Martins, Universidade Federal Minas Gerais, Minas Gerais-Brasil.

Dr. Sérgio Henrique Sousa Santos, Universidade Federal Minas Gerais, Minas Gerais-Brasil.

Dr. Lucinéia de Pinho, Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais-Brasil.

Me. Waldemar de Paula Júnior, Instituto Educacional Santo Agostinho, Minas Gerais-Brasil.

Dra. Flávia Márcia Oliveira, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe- Brasil.

Dra. Anna Caroline Campos Aguiar, Centro de Pesquisas René Rachou, Minas Gerais – Brasil.

Dra. Fabiane Matos dos Santos, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo – Brasil.

Dra. Nádia Aléssio Velloso, Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso- Brasil.

Dr. Carla Silvana Oliveira e Silva, Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais-Brasil.

REVISÃO LINGÜÍSTICA

Geane C. A. Sena.

DIAGRAMAÇÃO

Editoração gráfica: Maria Rodrigues Mendes

Capa: Débora Torres

Cadernos de Ciência e Saúde / Faculdades Santo Agostinho. – Vol. 1, n. 1, - . -
Montes Claros : Faculdades Santo Agostinho, 2011-
v. : il. 28 cm.

Semestral
Vol. 5, n. 1, 2015.
Organizador(a):
ISSN 2236-9503

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Faculdades Santo Agostinho . II. Título

CDU: 61

Catálogo: Bibliotecário Edmar dos Reis de Deus - CRB 6-2486.



S U M Á R I O

5 EDITORIAL

ARTIGOS DE PESQUISA

- 7** A ENFERMAGEM NO PARTO NORMAL ATIVO E A REDUÇÃO DO TRAUMA PERINEAL: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA
- 17** CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS NO HIPERDIA EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- 25** EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E APLICAÇÃO NOS DIFERENTES ÂMBITOS DE SAÚDE
- 35** FATORES RELACIONADOS AO ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO EM VITÓRIA DA CONQUISTA
- 47** INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO ENTRE PESSOAS QUE PROCURAM ABANDONAR O HÁBITO DE FUMAR
- 59** ORIENTAÇÕES PARA EXAME ENDOSCÓPICO: A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO
- 67** PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL SOBRE QUALIDADE DE VIDA
- 77** PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL PRIVADO EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BA
- 89** INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista *Cadernos de Ciência & Saúde da Faculdade Santo Agostinho*, Campus de Montes Claros, localizada na cidade de Montes Claros, no norte de Minas Gerais, teve seu início em 2011. Sob a responsabilidade da Comissão Docente, composta pela equipe diretora do Instituto Educacional Santo Agostinho, coordenadores do curso de Enfermagem, de Ensino pesquisa e Extensão, além de colaboradores de diferentes instituições, tem como objetivo de incentivar ainda mais a busca pelo conhecimento científico e estímulo ao pensamento crítico, ampliando os horizontes para a melhoria da formação profissional.

Com periodicidade semestral, a *Cadernos de Ciência & Saúde*, pode ser vista como um espaço multidisciplinar, apesar de ser idealizada pelo departamento de Enfermagem, a qual servirá de laboratório para as produções desenvolvidas pelos discentes ao longo da sua formação acadêmica. Através dessa prática, a apresentação dos conceitos científicos propiciará não somente o amadurecimento intelectual dos alunos, como também o desenvolvimento dos profissionais e da sociedade em geral.

O principal público-alvo da revista é a comunidade da FASA, a qual é formada por professores e alunos. Desse modo, a *Cadernos de Ciência & Saúde* fornece acesso livre a todos os trabalhos publicados, a fim de difundir em sua plenitude o conhecimento científico, solicitando-se apenas que os usuários citem a fonte.

Sabendo que a evolução e o desenvolvimento social também ocorrem através da informação, a *Cadernos de Ciência & Saúde* buscará, através de critérios pré-estabelecidos, divulgar materiais pautados em qualidade e relevância, de modo a transformar este veículo em um periódico respeitado.

Através dessa jornada, que se reinventa a cada edição, temos a certeza de que a confiança aplicada na revista possa perpetuar ao longo de várias edições. Só assim será possível vislumbrar um aumento da produção acadêmica local. Afinal, através de trabalho sério e exemplos docentes, podemos consolidar esse processo de iniciação científica, a qual envolve princípios éticos e responsabilidade com a informação e resulta em alicerces para a base da vida do profissional e do futuro pesquisador.

Leandro Ceotto Freitas Lima
Farmacêutico-Bioquímico
Doutor em Fisiologia
Universidade Federal do Espírito Santo

A ENFERMAGEM NO PARTO NORMAL ATIVO E A REDUÇÃO DO TRAUMA PERINEAL: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Érica de Brito Pitilin¹; Evanira Luisa Janjacomo Chiquetti²; Maicon Henrique Lentsck³; Patrícia Cavenague Diegues⁴; Daniela Savi Geremia⁵; Sandra Marisa Pelloso⁶

RESUMO: A assistência adequada de profissionais qualificados no momento do parto garante uma maternidade segura e livre de complicações futuras. Objetivou-se relatar a experiência vivenciada durante a assistência de enfermagem prestada em uma instituição filantrópica referência para parto normal de baixo risco na cidade de São Paulo, no período de julho a dezembro de 2012. Trata-se de um relato de experiência de estágio curricular que abordou a problemática desenhada a partir de métodos observacionais utilizando as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada (pesquisador participante) e participação das atividades clínicas/gerenciais. Foi possível o desenvolvimento de habilidades e reflexões a cerca de um parto humanizado e ativo e a atuação do enfermeiro na contribuição da redução do trauma perineal. A experiência foi significativa sinalizando que o cenário em questão é muito importante como campo de dispersão para o aluno de enfermagem que busca aprimorar seus conhecimentos na área da saúde da mulher. A interação da enfermagem na condução e preparo para o parto, com base nas diretrizes preconizadas vigentes no país, contribuem para o bem-estar materno e fetal.

DESCRITORES: Enfermagem; Parto normal; Humanização; Períneo; Assistência.

NURSING IN NORMAL CHILDBIRTH ASSETS AND REDUCTION OF TRAUMA PERINEAL

ABSTRACT: Adequate assistance of qualified professionals at delivery ensures a safe and free maternity future complications. The objective was to report the experience lived during the nursing care provided in a charity reference for normal delivery at low risk in the city of São Paulo, in the period July to December 2012. This is an experience report of curricular training that addressed the issue drawn from observational methods using the following techniques of data collection : daily stage , structured observation (participant researcher) and participation of clinical / managerial activities. It was possible to develop skills and reflections about a humanized and active birth and the nurses in contributing to the reduction of perineal trauma. The experience was significant, indicating that the scene in question is very important as to the stray field of nursing students seeking to enhance their knowledge in the area of women's health. The interaction of nursing in the conduct and preparation for delivery based on the guidelines recommended in force in the country contribute to maternal and fetal well-being.

KEYWORDS: Nursing; Natural childbirth; Humanizing; Perineum; Care.

¹ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente na Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, SC, Brasil. E-mail: erica.pitilin@uffs.edu.br

² Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Graduação e Pós- Graduação do Centro Universitário Filadélfia. Londrina, PR, Brasil. E-mail: evanira@sercomtel.com.br.

³ Mestre em Enfermagem. Professor Assistente na Universidade Estadual do Centro Oeste. Guarapuava, PR, Brasil. E-mail: maiconlentsck@yahoo.com.br

⁴ Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente da Graduação da Faculdade Campo Real. Guarapuava, PR, Brasil. E-mail: patycavenague@hotmail.com

⁵ Mestre em Enfermagem. Professora Assistente na Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, SC, Brasil. E-mail: daniela.geremia@uffs.edu.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem e Diretora Adjunta do Centro de Ciências da Saúde na Universidade Estadual de Maringá. E-mail: smpelloso@uem.br.

Local do estudo: Paraná. Universidade Estadual de Maringá.

Autor para correspondência: Érica de Brito Pitilin. Avenida Colombo, 5.790, Bloco 2, Jardim Universitário, Maringá, Paraná, Brasil, CEP 87020-900, Telefone: (42)99766924.

INTRODUÇÃO

A atuação do enfermeiro na assistência prestada à gestante é cada vez mais valorizada, principalmente, após a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 e, mais atualmente, na implantação de diretrizes da Rede Cegonha, que consiste em um novo paradigma para uma assistência qualificada e humanizada à gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 2011). É cada vez mais notável a autonomia desse profissional para a realização de alguns procedimentos e até mesmo a condução do parto normal sem distócia. Além disso, ao profissional enfermeiro portador de diploma de obstetriz ou de enfermeiro obstetra cabe ainda a assistência à parturiente e ao parto normal, identificação de distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico, realização de episiotomia, episiorrafia e anestesia local, quando indicado, amparado pela Lei do exercício profissional de enfermagem (BRASIL, 1986).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma atenção humanizada envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis por meio de procedimentos comprovadamente benéficos, que evitem as intervenções desnecessárias e que preservem a privacidade e autonomia da mulher (BRASIL, 2011). Nesta perspectiva, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi implantado no país com o objetivo de assegurar a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido garantindo, entre outros aspectos, a livre escolha da mulher na posição do parto, o direito a acompanhante de sua preferência, o incentivo à deambulação e ingestão de líquidos, além da oferta de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). Visando a humanização da atenção ao parto, também foram implementadas outras ações pautadas no reconhecimento

das mulheres como sujeitos dessa experiência, como a avaliação permanente da adequação da tecnologia e das práticas obstétricas empregadas, o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, a introdução no SUS do pagamento da analgesia peridural no parto normal e de taxas limite de cesarianas para o pagamento de partos cirúrgicos. Destaca-se, ainda, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna que conta com a adesão de estados e municípios que se comprometeram a implementar, dentre outras, medidas para a melhoria da qualidade da assistência à gestação e ao parto (BRASIL, 2004).

No entanto, apenas uma pequena parcela da população feminina brasileira recebe o atendimento humanizado no momento do parto. Apenas 30,4% dos partos receberam medidas para o alívio da dor, 16,3% contaram com a presença do acompanhante e em 71,6% foi realizada a episiotomia, com diferenças significativas entre as regiões brasileiras, em particular na região Sudeste (80,3%), Centro-Oeste (78,8%) e Sul (78,5%). Isso revela o uso rotineiro dessa prática e, conseqüentemente, a predominância de um modelo mais intervencionista na condução do parto normal (BRASIL, 2009). Além disso, o modelo intervencionista é ainda hegemônico no sistema público e privado de saúde expressado na manutenção de altas taxas de partos cirúrgicos.

Neste contexto, a gestante necessita de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que ofereçam a possibilidade de vivenciar a experiência do parto como processos fisiológicos. A alteração desse curso pode desencadear uma cascata de eventos desnecessários e sucessivos, aumentando-se o nível de complexidade e de risco dos procedimentos (SILVA *et al*, 2011). Reconhecer que o parto é um processo normal e que pode ser acompanhado sem interferência desnecessária é um desafio para os profissionais da saúde. O enfermeiro na sua prática pode tornar o trabalho de parto humanizado incorporando medidas de acordo com o modelo de assistência ao nascimento vigente em nosso país, tendo a mu-

lher como protagonista do seu parto que deve ser realizado por meio de práticas respeitadas e embasadas cientificamente.

Uma pesquisa americana comparou a assistência dada ao parto por enfermeiras obstetras e médicos e verificou que nos partos conduzidos pela enfermagem ocorreu 23,5% de episiotomia, 22,6% de períneo íntegro, 2,9% da extensão de laceração para terceiro e quarto graus, enquanto que entre os médicos a frequência de episiotomia foi 40,2%, 5,4% de períneo íntegro e 16,4% de laceração para terceiro e quarto graus (LOW, 2000). Assim, o parto quando conduzido por enfermeiros obstetras preserva a integridade física da mulher, evitando que mutilações desnecessárias sejam realizadas e garantindo uma maternidade segura e livre de complicações futuras. A enfermagem, caracterizada como disciplina teórico-prática, possui potencial para fomentar ideias inovadoras, desencadeando em alguns profissionais a motivação para novas experiências (BACKERS *et al*, 2012). O progresso constante nesta área exige que tais profissionais tenham uma base de conhecimento que lhes permita identificar os resultados esperados, as variações normais e as anormalidades na saúde da mulher durante o seu ciclo gravídico-puerperal (ORSHAN, 2010).

Para focar esse contexto assistencial, os coautores deste trabalho realizaram um estágio curricular, com a supervisão direta de uma enfermeira obstétrica, em uma instituição filantrópica referência para partos de baixo risco pelo Ministério da Saúde (MS); o que possibilitou a construção do presente artigo que traz alguns aspectos teóricos e práticos do momento vivido neste singular ambiente de assistência a mulheres durante o trabalho de parto. Diante das reflexões aqui iniciadas, o presente estudo teve como objetivo apresentar as experiências e as atividades vividas pelos estudantes do curso de pós-graduação, destacando a assistência de enfermagem obstétrica no manejo do curso clínico do trabalho de parto ativo e humanizado e a sua contribuição na redução do trauma perineal.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados durante a assistência de enfermagem à mulher em trabalho de parto na oportunidade de um estágio curricular do curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica do Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL) de Londrina-PR, no segundo semestre de 2012. O relato de experiência é uma ferramenta de pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (BASTOS; GUIMARÃES, 2003).

Os estágios ocorreram em uma instituição filantrópica referência para gestações de baixo risco e parto normal pelo MS. A referida instituição localiza-se na cidade de São Paulo e possui um total de 118 leitos, sendo 14 leitos no pré-parto, 04 salas de parto, 06 leitos pós-parto imediato, 88 na maternidade e 06 na terapia intensiva neonatal. Trata-se, portanto, de um estudo com um olhar qualitativo que abordou a problemática desenhada a partir de métodos observacionais utilizando as seguintes técnicas de coleta de dados: diário de estágio, observação estruturada (pesquisador participante) e participação das atividades clínicas/gerenciais. Não foram utilizados dados pessoais.

Conforme as diretrizes para pesquisa definidas pela resolução CNS/MS 466/2012, a pesquisa não necessitou da submissão para apreciação ética por se tratar de relato de experiência dos próprios autores, com anuência do local onde ocorreu o estágio curricular e garantias de confidencialidade dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as pacientes assistidas durante o período do estágio, observou-se uma proporção maior de pacientes casadas, entre 10 a 59 anos e baixa escolaridade. As pro-

fissões destas mulheres sugeriram baixos níveis socioeconômicos, sendo a maioria dona de casa. Em relação aos aspectos clínico-obstétricos foi visto que a maioria era múltipara, gesta III, teve o parto normal nas gestações anteriores, gestação única com apresentação cefálica e situação longitudinal. Por se tratar de gestações de baixo risco, as pacientes não possuíam nenhuma doença crônica degenerativa.

As etapas das atividades compreenderam o incentivo ao parto normal ativo e humanizado e a atuação do enfermeiro para a contribuição da redução do trauma perineal.

O ENFERMEIRO E O PARTO NORMAL ATIVO E HUMANIZADO

Prestar uma assistência à mulher durante todo o trabalho de parto, conduzir e realizar o parto sem distócia e promover os cuidados no pós-parto imediato eram os objetivos dos estágios. A instituição em que decorreu o estágio é referência para partos de baixo risco e tem como foco as diretrizes preconizadas pelo PHPN, a humanização da assistência, incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida e a presença do acompanhante de escolha da paciente durante todo o processo de parturição no âmbito do SUS.

No primeiro momento que chegavam à instituição, as gestantes eram acolhidas e avaliadas pelo enfermeiro por meio da consulta de enfermagem, sendo admitidas aquelas que estavam em verdadeiro trabalho de parto (02 a 03 contrações em 10 minutos e dilatação cervical mínima de 3cm). Após serem admitidas, eram encaminhadas para o pré-parto e conduzidas a um trabalho de parto ativo, com o estímulo da deambulação e do movimento. Esta primeira etapa fornecia subsídios para a elaboração de um plano de cuidados pelo enfermeiro que, embasado pelo conhecimento técnico e científico, estimulava a utilização de outros recursos para a aceleração desta primeira fase do trabalho de parto, como banho de aspersão ou banheira, massagens relaxantes,

bola suíça, música, aromas, também utilizados como medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante esta fase.

A dor, por ser uma experiência subjetiva e individual, era sempre valorizada. Segundo Hotelling (2010), para os profissionais que atendem as mulheres em trabalho de parto o manejo da dor é bastante importante para aumentar ou diminuir os sentimentos de autoestima da mulher e a sensação de satisfação geral com o parto, auxiliando-as em sua transformação para a maternidade. Assim, por meio de medidas não invasivas, a dor era minimizada proporcionando uma recuperação mais rápida e uma melhor satisfação do atendimento recebido. Tais medidas fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e natural que favorece a liberação de endorfinas e garante o relaxamento e a sensação de alívio (SOUZA *et al*, 2011). A associação de duas ou mais dessas medidas eram utilizadas em grande parte pelas parturientes durante a vivência nos estágios. Elas aprenderam a usar as bolas de parto e, sentadas ou encostadas na bola, podiam se movimentar de várias maneiras a fim de reduzir o desconforto. A bola suíça é um recurso que traz vantagens por seu baixo custo financeiro, pela promoção da posição vertical, conferindo liberdade à parturiente para adotar outras posições, pelo exercício do balanço pélvico e por suas características de objeto lúdico que traz benefícios psicológicos (SILVA *et al*, 2011).

Ademais, a postura vertical e a movimentação podem facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal (REZENDE, 2011). Logo, a postura assumida pela paciente tem importância expressiva na contratilidade uterina, ou seja, manter a parturiente em pé está associado a uma maior intensidade e eficiência das contrações em sua capacidade de causar dilatação cervical e, quanto mais efetivas, menor é a duração do trabalho de parto. Vale ressaltar que o decúbito dorsal afeta o fluxo sanguíneo comprometendo a circulação uteroplacentária.

Por esse motivo, durante o trabalho de parto no período do estágio, a paciente adotava a posição que desejasse e, como estratégia da assistência, evitava-se a posição supina.

Outro método não farmacológico utilizado era a massagem, realizada na maioria dos casos pelo acompanhante. A assistência contínua do parceiro e o auxílio de técnicas de controle da respiração apresentavam um grande benefício para as parturientes que se mostravam mais seguras e confiantes em relação ao parto. A finalidade da presença do acompanhante é oferecer apoio emocional reconfortando a mulher por meio do contato físico, palavras de estímulo e carinho nos momentos mais difíceis evitando, assim, que a mulher sintasse solitária, amedrontada e ansiosa (SAITO; RIESCO, 2008). Pesquisas demonstram que a presença do acompanhante esteve associada com a redução do uso de medicações para o alívio da dor, com o número de cesarianas e, até mesmo, a redução de casos de depressão pós-parto (BECK *et al*, 2009). Entretanto, limitações na infraestrutura de grande parte das maternidades brasileiras para acolher um (a) acompanhante escolhido (a) pela mulher, sem devassar a privacidade de outras, vem dificultando a implementação desta medida. Há também resistência por parte das instituições por temerem que a presença de acompanhante atrapalhe a rotina de trabalho já estabelecida.

Em consonância com a literatura atual da assistência à parturiente vigente no país, as práticas humanizadas durante a experiência dos estágios eram priorizadas a cada fase do trabalho de parto, valorizando algumas ações e erradicando outras como o jejum, práticas invasivas sem critério, tricotomia, enteroclistima, sondagem vesical, amniotomia e a indução do parto com ocitocina. Era realizado o mínimo necessário de toques vaginais em que a evolução clínica da parturição ditava a conduta dos exames e os intervalos entre eles. Os toques frequentes e sem apuro técnico são traumatizantes para os tecidos maternos, provocam edema da cérvix e proporcio-

nam maior risco de infecção (ACOG, 2009). A ruptura artificial da membrana amniótica era realizada apenas quando havia indicação formal como, por exemplo, para corrigir distócias funcionais. Para Rezende (2011), a amniotomia não deve ser realizada de rotina, uma vez que isoladamente não apresenta efetividade para acelerar o parto e, sim, contribui para o aumento da incidência de cesariana e de cardiocografia anormal. Por fim, a indução do trabalho de parto com ocitocina era feita após avaliação criteriosa de cada caso utilizando-se como referencial o Índice de Bishop, que avalia diversas situações como a dilatação, o apagamento, a altura da apresentação e a consistência, e a posição do colo (SANCHES-RAMOS; DELKE, 2011). Nas situações em que o trabalho de parto não evoluía para parto normal, após avaliação, a parturiente era encaminhada ao Centro Cirúrgico para realização de parto cesariana.

Assim, medidas simples e de baixo custo como deambulação, banho, oferta de líquidos, apoio emocional e segurança contribuem para uma prática assistencial adequada e humanizada podendo ser reproduzida em qualquer instituição. Garantir o bem-estar materno e fetal, além de uma experiência significativa para a mulher, faz-se indispensável para a prática da enfermagem. O enfermeiro deve descrever e discutir as várias opções de assistência com a cliente para que esta possa decidir sobre o tipo que lhe seja mais apropriado, tornando-se sujeito ativo durante todo o processo de trabalho de parto. Durante a vivência dos estágios, eram incentivados os recursos disponíveis, bem como seus benefícios, para o alívio e controle da dor de maneira natural. O trabalho de parto para essas mulheres era menos doloroso, mais seguro e repercutia em uma experiência positiva para um nascimento sem grandes traumas, além de uma redução fisiológica do tempo de duração de cada fase.

Infelizmente, a humanização da assistência ao nascimento como é preconizada pelo MS não condiz com a realidade evi-

denciada em várias instituições hospitalares no país, seja pela carência de recursos humanos, ausência de fiscalização e auditoria da garantia dos direitos previstos em lei, rotinas institucionais, ambiente físico inadequado, dificuldades financeiras, entre outros. O que se observa é uma dificuldade para a mudança nas práticas assistenciais do enfermeiro nas perspectivas de prestação de um atendimento humanizado e de qualidade para a mãe, o recém-nascido e para a família, resultando em uma assistência não humanizada (SOUZA; SILVA; MELLO, 2012; BECK *et al*, 2009).

REDUZINDO O TRAUMA PERINEAL

Como protocolo da instituição, a parturiente era encaminhada para a sala de parto quando completava os 10 cm de dilatação. A paciente poderia escolher se queria ter o parto na água, de cócoras, em quatro apoios ou em outra posição que desejasse. Preferencialmente, elas optavam pela posição semissentada, proporcionada pela própria mesa ginecológica, o que facilitava o período expulsivo e a proteção do períneo. A influência das mudanças de posição materna no parto vem sendo um tópico de interesse há muitas décadas em pesquisas. Um estudo com 20 ensaios clínicos sobre as posições no segundo período do parto em Cuiabá-MT confirmou que na posição vertical ou lateral havia uma diminuição da sensação dolorosa intensa durante o período expulsivo e menor índice de laceração quando comparada com a supina ou litotomia. Em outro estudo, a posição vertical e a lateral estiveram associadas à redução do tempo de expulsão fetal, redução do sangramento, menos chance de episiotomia e menor período de dor (GUPTA; HOFMEYR; SMYTH, 2008).

Além da posição semi-verticalizada para a prevenção do trauma perineal durante a passagem do feto, eram empregadas medidas como a eliminação do puxo prolongado, a restrição do uso de infusão endovenosa de ocitocina e o emprego de

técnicas para a proteção do períneo, uma vez que a passagem do feto pelo anel vulvoperineal pode lesionar a integridade do assoalho pélvico com laceração e frouxidão. Era exercida uma leve pressão com a mão dominante na região perineal enquanto que a outra protegia a sínfise púbica da mulher (Manobra de Ritgen).

Entre todos os partos conduzidos pelo grupo durante a vivência do estágio, houve uma baixa incidência de laceração perineal de terceiro e/ou quarto graus, uma vez que se respeitava esse tempo naturalmente e em apenas 15 deles foi realizada a episiotomia. Conforme as diretrizes estabelecidas pelo PHPN, a episiotomia era realizada diante de situações de sofrimento fetal, necessidade do uso de fórceps, fetos grandes e período expulsivo prolongado (BRASIL, 2002). A técnica empregada era a mediana lateral direita por apresentar menor risco de extensão para o reto e esfíncter anal. Para Santos e colaboradores (2008), o uso seletivo da episiotomia (que em geral não ultrapassa 30% dos partos) tem se mostrado mais benéfico para as mulheres do que o uso rotineiro, este último sendo classificado entre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

Para o desprendimento dos ombros, era tracionada a apresentação para baixo com objetivo de liberar o ombro anterior e depois para cima, auxiliando a saída do posterior. Neste momento era indicada a profilaxia da hemorragia puerperal por meio da administração de 10U de ocitocina intramuscular. Logo após o nascimento, era estimulada a amamentação antes da primeira hora de vida e o contato pele a pele entre a mãe e o bebê. Para o MS, estimular a amamentação no primeiro minuto, dentre as suas inúmeras vantagens, garante a prevenção de complicações hemorrágicas e o retorno uterino ao tamanho normal (BRASIL, 2011). Se fosse da vontade do pai/acompanhante, este poderia realizar o clampeamento do cordão umbilical.

A condução do terceiro período do trabalho de parto (delivramento) compreendia o manejo ativo das massagens uterinas e a

tração controlada do cordão umbilical. A revisão da placenta era realizada para verificar a sua integridade, analisando a presença das membranas ovulares, a fim de se verificar se houve a expulsão completa do cório e âmnio. Por fim, avaliava-se a presença de duas artérias e uma veia no cordão umbilical aproveitando para coletar amostra de sangue para tipagem sanguínea do recém-nascido. A amamentação ocorria na primeira hora de pós-parto e, após este período, a mulher era encaminhada ao alojamento conjunto.

Foi possível observar um baixo grau de intervencionismo durante a execução do parto normal indicando que a prática obstétrica na instituição está em acordo com as recomendações internacionais fundamentadas em evidências científicas. O curso clínico do trabalho de parto e o parto ocorriam de maneira natural. Paradoxalmente ao crescimento e à implementação de políticas governamentais no âmbito da saúde reprodutiva da mulher em nosso país, ainda convivemos com regiões desprovidas de programas e de profissionais habilitados, bem como poucos que incorporam na prática as diretrizes estabelecidas (ERDMANN, 2009).

CONCLUSÃO

Este estudo oportunizou uma leitura sobre a importância do papel do enfermeiro na assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto tornando-a sujeito ativo do processo da parturição. Além disso, essa experiência contribui para suscitar reflexões sobre a humanização do cuidado na parturição e a necessidade de se ter uma discussão mais ampla sobre o reconhecimento da enfermagem, sobretudo a enfermagem obstétrica, nesse tipo de assistência, com o propósito de transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive. A importância do suporte afetivo à mulher durante o trabalho de parto e o parto tem sido crescentemente enfatizada, seja para romper com a solidão

imposta a ela por rotinas institucionais tradicionalmente estabelecidas, seja por propiciar resultados obstétricos e neonatais mais favoráveis.

Um enfoque maior na assistência à parturiente por meio de medidas de baixo custo e baixa densidade tecnológica e alternativa para o alívio e controle da dor resultou em baixo grau de intervenções, baixa indicação de cesárias e menor proporção de partos com episiotomia e/ou lacerações, ficando evidente que, apesar de todo o avanço tecnológico, a enfermagem obstétrica é indispensável para executar o cuidado humanístico e capaz de influenciar a desmedicalização do parto. Parece ser a superação de uma prática que veio para aperfeiçoar os cuidados prestados com qualidade e de maneira humanizada.

Fica a sugestão de que se possa pensar na constituição de casas de parto ou instituições com esse perfil humanístico durante a assistência prestada à mulher, a fim de tornar o parto mais completo, respeitando a individualidade de cada paciente, seu contexto social, psicológico e cultural. Ainda, sugere-se que o contexto acadêmico enfoque também essa prática durante a formação generalista do profissional enfermeiro, tornando o cenário em questão um campo rico para a dispersão do conhecimento.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

REFERÊNCIAS

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin: Induction of labor. **Obstetrician & Gynecologists**, vol.114, n.2, p.386-397, 2009.

BACKES, D.S. *et al.* Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de**

Enfermagem, vol.16, n. 3, p.597-602, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300024>> Acesso em: 12 Abr.2013.

BASTOS, M.A.R.; GUIMARÃES, E.M.P. Educação a distância na área da enfermagem: relato de uma experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.11, n.5, p. 685- 691, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a18.pdf> Acesso em: 03 Fev. 2013.

BECK, C.L.C. *et al.* Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.30, n.1, p.54-61, 2009.

BRASIL. Portaria n° 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em 12 Abr. 2013

BRASIL. Resolução n°466, de 13 de Junho de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html> Acesso em: 21 Mai. 2014.

BRASIL. Lei n°7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Sessão 1. Fls 8853 a 8855.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto**. Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

ERDMANN, A.L. Formação de especialistas, mestres e doutores em enfermagem: avanços e perspectivas. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.22, n.spe1, p. 551-553, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000800021>> Acesso em: 21 Mar. 2013.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.; SMYTH, R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library*. Issue 3, 2008. Oxford, Update Software. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub2/abstract>> Acesso em: 12 Jan. 2013.

HOTELLING, B. Preparação educacional para a gestação, o parto e a maternidade. *In Orshan AS. Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.575-601.

LOW, L.K.; SENG, J.S.; MURLANDO, T.L.; OAKLEY, D. Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. **Journal Midwifery Womens Health**, vol. 45, n.2, p. 87-93, 2000. Disponível em:< [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523\(00\)00003-9/abstract;jsessionid=490B0CA B4719BF9C48AA5289 D831D22D.d01t01?deniedAccess](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1526-9523(00)00003-9/abstract;jsessionid=490B0CA B4719BF9C48AA5289 D831D22D.d01t01?deniedAccess)

CustomisedMessage=
&userIsAuthenticated=false > Acesso
em:20 Out. 2012.

ORSHAN, A.S. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida.** Porto Alegre: Artmed, 2010.1152p.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental. 12^aed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.721p.**

SAITO, E; RIESCO, M.L.G.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Condutas no parto normal. *In* BARROS, S.M.O. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.** Barueri, São Paulo: Manole, 2008.p.176-190.

SANCHES-RAMOS, I.; DELKE, I. Induction of labor and termination of the preivable pregnancy. *In*: JAMES, D. *et al.* **High risk pregnancy: management options.** 4th.ed. Philadelphia: Saunders, 2011.p. 1145-1168.

SANTOS, J.O. *et al.* **Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospita-**

lar. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, vol.12, n. 4, p.658-663, 2008. **Disponível em:** <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400008>> **Acesso em: 23 Jan. 2013.**

SILVA, L.M. *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.24, n.5, p.656-662, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>> Acesso em: 14 Jan. 2014.

SOUZA,T.G.; GAÍVA,M.A.M.; MODES,P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, vol.32, n.3, p.479-486, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S198314472011000300007>> Acesso em: 12 Jun. 2012.

SOUZA, F.M.S.A.; SILVA, P.R.A.; MELLO, M.A. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros obstetras no desempenho de suas atividades laborais. **Acta de Ciências e Saúde**, vol. 02, n. 01, p. 69-86, 2012.

CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS NO HIPERDIA EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sabryna da Silva Ibaldo¹, Andressa da Silveira², Carla Tatiane Soares de Oliveira¹, Juliane Ceolin Predebon Argemi³, Glauca Dias dos Santos⁴

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica é considerada a doença cardiovascular mais frequente, além de ser o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Já o diabetes mellitus, outra importante enfermidade crônica, vem aumentando significativamente os índices de morbimortalidade em nível nacional. Esta pesquisa tem por objetivo caracterizar os usuários hipertensos e/ou diabéticos em tratamento vinculados ao HIPERDIA em uma unidade básica de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa desenvolvido nos prontuários de pacientes hipertensos e/ou diabéticos de uma unidade básica de saúde, do município de Uruguai/RS. Obteve-se 246 prontuários, destes, 127 corresponderam a pacientes hipertensos e 119 a pacientes hipertensos e diabéticos. Os principais resultados do estudo mostraram a prevalência do sexo masculino, na faixa etária entre 41 a 50 anos, que utilizam mais de um medicamento. Com base na caracterização dos usuários cadastrados no Programa HIPERDIA, constatou-se a carência de informações nos prontuários. Sugere-se que as unidades de saúde, junto com a equipe multiprofissional, façam um preenchimento completo dos prontuários para que se possa conhecer seus usuários para assim elaborar estratégias para maior adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Assistência à Saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Doenças Crônicas.

USERS HYPERTENSIVE CHARACTERIZATION AND REGISTERED IN DIABETIC HIPERDIA IN A FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Hypertension is considered the most frequent cardiovascular disease, and is the main risk factor for stroke and acute myocardial infarction. Have diabetes mellitus, other major chronic disease, has been significantly increasing the morbidity and mortality rates nationwide. The research aims to characterize the hypertensive and / or diabetic users in treatment linked to HIPERDIA in a basic health unit. This is a descriptive, retrospective study with a quantitative approach developed in the medical records of patients with hypertension and / or diabetes in a primary care unit in the municipality of Uruguai / RS. There was obtained 246 records, of these, 127 corresponded to hypertensive patients and 119 in hypertensive and diabetic patients. The main results of the study showed the prevalence of males, aged 41 to 50 years, using more than one drug. Based on the characterization of registered users in HIPERDIA Program found to lack of information from medical records. It is suggested that health facilities along with the multidisciplinary team make a complete filling of the records so you can know your users so as to develop strategies to better adherence to treatment.

KEYWORDS: Nursing; Health Care; Arterial Hypertension; Diabetes mellitus; Chronic Diseases.

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Uruguai/RS, Brasil. E-mail: sabrynaibaldo14@yahoo.com.br

²Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa. Uruguai/RS, Brasil. E-mail: andressadasilveira@gmail.com

³Mestre em Odontologia. Cirurgiã-Dentista. Uruguai/RS, Brasil. E-mail: julipre@gmail.com

⁴Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa. Uruguai/RS, Brasil. E-mail: glauciads15@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica tem tido algumas mudanças no seu perfil como a substituição de doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas. Essas mudanças não ocorrem sozinhas, mas sim em conjunto com as transformações demográficas, sociais e econômicas. A transição epidemiológica está diretamente ligada à transição demográfica e com a frequência do aparecimento de doenças não-transmissíveis (SCHRAMM et al, 2004).

Tais fatores propõem uma reorganização nos serviços de saúde para que consigam atender às necessidades do predomínio de doenças crônico-degenerativas que exigem assistência de longa duração, com ênfase nos fatores de risco. Dentre as doenças crônicas, as cardiovasculares são as que mais afetam a população, sendo a mais prevalente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (MARIN et al, 2012). A hipertensão arterial é uma doença de etiologia multifatorial, associada a alterações do metabolismo, hormonais e fenômenos tróficos. Caracterizada pela elevação da pressão arterial, é vista como um dos principais fatores de risco cardio e cerebrovascular, e também de complicações renais (MIRANZI et al, 2008; MOREIRA et al, 2013).

O Diabetes Mellitus (DM), outra importante enfermidade crônica, vem aumentando significativamente os índices de morbimortalidade em nível nacional. É de extrema importância conhecer essa correlação entre as patologias para que o tratamento seja correto, uma vez que as duas doenças têm efeitos sistêmicos e uma contribui para o aparecimento da outra. O DM apresenta-se como um distúrbio metabólico caracterizado pelo aumento no nível de glicemia, podendo ser associado a outros distúrbios, afetando vários órgãos como olhos, rins, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Esta condição pode se originar de algumas formas como defeitos na secreção de insulina que resulta da destruição das células beta do pâncreas (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é importante reconhecer o caráter epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis e que ações imediatas são importantes para combatê-las o mais rápido possível, uma vez que elas são as principais causadoras de mortes no mundo (FREITAS, GARCIA, 2012).

A HAS e o DM apresentam vários aspectos em comum como etiopatogenia, fatores de risco como obesidade e sedentarismo, cronicidade, que requer um tratamento contínuo e controle rigoroso. As complicações podem ser evitadas se houver um tratamento adequado, contudo, as patologias podem ser assintomáticas, com difícil adesão ao tratamento. Dessa forma, necessitam de acompanhamento por uma equipe multidisciplinar com abordagem mais rigorosa da atenção básica (BRASIL, 2001).

A hipertensão arterial e o Diabetes mellitus são as mais comuns e para se ter um controle e tratar essas doenças é preciso que o usuário mude o modo como vive, e tenha uma dieta mais saudável. Mas, é preciso haver uma orientação adequada quanto às intervenções necessárias para o tratamento e o usuário deve reconhecer que podem ocorrer complicações graves destas patologias (MIRANZI et al, 2008). Devido ao elevado aumento das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT), a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2013, aprovou um plano de ação para a prevenção e controle das DCNT com ênfase no controle das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das doenças respiratórias, crônicas e diabetes, bem como para prevenir os fatores de risco como tabaco, dieta não saudável, falta de atividade física e álcool. Tendo esse plano como objetivo reduzir a taxa de mortalidade em consequência das DCNT (ALVES; MORAIS; NETO; 2015).

Entre os sistemas elaborados pelo Ministério da Saúde, existe o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SisHiperdia), que foi criado em 2012 e permite cadastrar e acompanhar os usuários com HAS e/ou DM, e possui o propósito de gerar informa-

ções para os trabalhadores e gestores de saúde, para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos a todos os usuários cadastrados (CONTIERO et al, 2009; MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

O HIPERDIA possibilita gerar informações para adquirir, dispensar e distribuir medicamentos para os usuários cadastrados (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). O sistema envia as informações dos usuários para o Cartão Nacional de Saúde, podendo identificá-los de forma única no SUS. Os benefícios se dão pela orientação aos gestores para criação de novas estratégias e por permitir conhecer a epidemiologia do DM e HAS (DATASUS, 2011).

Ademais, é preciso avaliar a qualidade das informações em saúde nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), instrumentos importantes para o diagnóstico, pois caracterizam populações em risco e possibilitam planejar estratégias terapêuticas de acordo com as necessidades de cada grupo populacional (ZILLMER et al, 2010).

O levantamento de dados é imprescindível porque torna possível identificar as falhas existentes nos cadastros dos usuários e permite que sejam elaboradas outras estratégias para tornar o atendimento e a orientação adequados. Contudo, o grande desafio de um Sistema de Informações em Saúde começa por reconhecer a importância da informação coletada e a possibilidade de acessar os dados com facilidade, integrar dados com diversas fontes, garantir a comparabilidade dos dados e a completude das informações (LIMA et al, 2011).

Frente ao exposto, este estudo tem por objetivo caracterizar os usuários hipertensos e/ou diabéticos em tratamento vinculados ao HIPERDIA em uma unidade básica de saúde do município de Uruguaiana/RS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. O

estudo corresponde ao recorte do Projeto de pesquisa intitulado “Acompanhamento de pacientes Hipertensos e Diabéticos usuários da atenção básica de Uruguaiana-RS”, com aprovação no comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Pampa, com número de registro 457.092.

O estudo foi desenvolvido em prontuários de usuários vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para usuários cadastrados no HIPERDIA, no espaço temporal de 2005 a 2014. A escolha do cenário deve-se ao fato deste ser referência no atendimento a hipertensos e diabéticos no município.

A pesquisa foi composta por duas etapas: na primeira etapa foi utilizado um formulário previamente testado para caracterizar o perfil clínico dos usuários do HIPERDIA, com busca e levantamento de dados no arquivo da UBS. Na segunda etapa foi realizada uma busca ativa nos prontuários onde se verificou os seguintes tópicos: gênero, idade, tipo de doença acometida (hipertensão, diabetes tipo I, diabetes tipo II, associação das doenças), fármaco utilizado, posologia, o ano do cadastro e último acompanhamento na UBS.

Para a inclusão dos dados foi utilizado o *software* Microsoft Excel 2007, posteriormente realizou-se a análise dos dados.

RESULTADOS

Em relação ao número de cadastros realizados na UBS supracitada, tem-se: 2005 (01), 2007 (30), 2008 (05), 2009 (22), 2010 (35), 2011 (43), 2012 (31), 2013 (58), 2014 (22), totalizando 247 cadastros. Quanto ao gênero, 167 (67,47%) pertencem ao gênero feminino e 80 (32,52%) ao gênero masculino.

A Tabela 1 apresenta a faixa etária dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no HIPERDIA da UBS, cenário deste estudo em Uruguaiana/RS.

Tabela 1: Faixa etária dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus de Uruguaiiana/RS

FAIXA ETÁRIA	SUJEITOS/ PORCENTAGEM(%)
20–30 anos	5 / 2,03%
31–40 anos	13 / 5,28%
41 – 50 anos	27 / 10,97%
51 – 60 anos	71 / 28,86%
61– 70 anos	78 / 31,71%
71–80 anos	40 / 16,26%
Acima 80 anos	12 / 4,88%

A partir da faixa etária foi possível estabelecer a fase cronológica dos participantes do estudo, de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2: Fase cronológica dos usuários cadastrados no HIPERDIA de Uruguaiiana/RS

FASE CRONOLÓGICA	PORCENTAGEM (%)
Jovem (20 – 30 anos)	2,03%
Adulto (31 – 60 anos)	45,11%
Idoso (acima de 60 anos)	52,85%

Dos prontuários analisados, 27 (10,97%) não descreveram o fármaco utilizado e 14 (5,69%) não indicaram a posologia do medicamento. Os dados deste estudo possibilitaram identificar as classes de medicamentos que os usuários da UBS supracitada fazem uso, o que pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3: Classe de medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos e diabéticos de Uruguaiiana/RS

CLASSE DE MEDICAMENTOS	PORCENTAGEM (%)
Biguanidas	47,06%
Sulfonilureias	23,53%
Insulina	6,72%
Diuréticos de Alça	6,72%
Estatinas	15,97%

O estudo possibilitou caracterizar os participantes em relação aos medicamentos utilizados, conforme a Tabela 4.

Tabela 4: Porcentagem de medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos cadastrados no HIPERDIA de Uruguaiiana/RS

MEDICAMENTOS	PORCENTAGEM (%)
Inibidores da ECA	56,09%
Bloqueador Beta-adrenérgico	27,63%
Bloqueadores dos canais de cálcio	4,47%
Tiazídico	18,29%

Ao analisar a consistência e a coerência das informações contidas nos prontuários, constatou-se a falta de anotações concisas. Estas evidências denotam que as anotações estão incompletas, o que dificulta a caracterização dos participantes. Outro aspecto relevante é que a objetividade das anotações da equipe multidisciplinar em relação ao usuário pode não ser suficiente para sustentar o quadro de saúde, prejudicando práticas de prevenção e promoção da saúde, contribuindo para a morbimortalidade dessa população.

DISCUSSÃO

Constatou-se que o diabetes e a hipertensão foram mais frequentes a partir dos 50 anos de idade. Este aumento está relacionado com a presença de doenças crônicas, principalmente cardiovasculares, que atualmente estão cada vez mais presentes entre as morbidades da população em geral, que possui uma expectativa de vida maior (MARIN et al, 2012; SILVA et al, 2006).

Ressalta-se, ainda, que em pacientes diabéticos a hipertensão é duas vezes mais frequente que na população em geral, o que ocorre devido à maior incidência que estas pessoas têm de doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral. O diabetes é a sexta causa mais comum de internações hospitalares e, devido

às complicações, eleva ainda mais os custos do tratamento (FRAGA et al, 2012; BRASIL, 2006; SILVA et al, 2006).

Em relação ao gênero, ressalta-se a elevada prevalência de doenças metabólicas em mulheres. Já as doenças cardiovasculares acometem mais os homens, sendo um dos principais motivos de óbito. Em contrapartida, identifica-se que são as mulheres que mais buscam o serviço de saúde. Tal fato justifica-se porque elas são consideradas mais frágeis e vulneráveis que os homens, e pelo fato do sexo feminino ser mais flexível a mudanças do que o sexo masculino (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; MORAIS; NETO, 2015; SAMPAIO, 2015).

A hipertensão arterial representa 60% da morbimortalidade do Brasil, elevando o custo médico-social principalmente pelas complicações que desencadeia. Para que o paciente aceite o tratamento é preciso que ele entenda a necessidade de aderir de forma terapêutica e que, a partir disso, mude o seu estilo de vida (CONTIERO et al, 2009).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade em pessoas com diabetes (FREITAS; GARCIA, 2012). Apresenta-se também como um problema de saúde pública nacional e no mundo, transformando-se numa epidemia; sendo esta doença inter-relacionada a outras doenças que comprometem a saúde do indivíduo, causando elevados custos para o controle de suas complicações (SILVA et al, 2006).

O controle da glicemia e da pressão arterial é eficaz no domínio do diabetes e da hipertensão, sendo ainda muito importante o uso adequado do tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida. A não adesão ao tratamento medicamentoso representa um problema de contexto mundial pela diminuição dos efeitos terapêuticos, em especial de doenças crônicas, acarretando um aumento nos custos para sistemas de saúde (MAGNABOSCO et al, 2015). O autocuidado dos pacientes diabéticos torna-

se mais desafiador que das outras DCNT pelo fato de ser necessária uma monitorização da glicose no sangue, uso adequado dos medicamentos, mudança nos hábitos alimentares e atividade física (SAMPALIO, 2015).

A objetividade das anotações da equipe multidisciplinar sobre o estado de saúde do usuário é outro aspecto relevante, pois informações insuficientes podem prejudicar as práticas de prevenção e promoção da saúde do usuário; não sustentando suas necessidades de saúde e contribuindo para um prognóstico negativo. A ampliação de dados cadastrais traria melhor conhecimento da situação inicial dos usuários e apontaria para outras possíveis complicações de saúde (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

O diagnóstico precoce da doença e o estabelecimento do vínculo entre os usuários e a UBS, concomitante ao preenchimento correto das informações referentes ao usuário, são elementos imprescindíveis para amenizar e controlar os agravos à saúde decorrentes da falta ou ausência de tratamentos adequados. Assim, o acompanhamento e o controle da hipertensão e do diabetes representam estratégias para prevenção de patologias secundárias, bem como o aparecimento de complicações clínicas, doenças cardiovasculares, internações hospitalares e, até mesmo, o óbito (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

CONCLUSÃO

Os índices de usuários cadastrados aumentaram com o passar dos anos, tal fato pode estar atrelado à referência que esse serviço de saúde representa para a população. Contudo, essa procura também refletiu na qualidade, coerência e consistência das informações dos prontuários. As anotações cruzadas ou excessivamente objetivas prejudicam na caracterização dessa população.

A procura pelo atendimento no serviço de saúde aumenta com proximidade da

terceira idade, assim como a utilização do serviço pelo gênero feminino. O uso de medicamentos pelos usuários do HIPERDIA demonstra a dependência contínua destes fármacos, muitas vezes associados para minimizar os agravos e controlar a hipertensão e o diabetes.

Sugere-se que a UBS, junto com a equipe multidisciplinar, adote um sistema de preenchimento dos prontuários completo, que possibilite ao profissional da saúde conhecer os usuários do HIPERDIA, e a partir disso elaborar estratégias para a adesão ao tratamento. O preenchimento adequado do prontuário contribui para o gerenciamento da unidade, controle, dispensação e distribuição de medicamentos, além da atualização dos dados referentes aos usuários.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

REFERÊNCIAS

ALVES, C.G; MORAIS NETO, O.L. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.641-654, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00641.pdf> Acesso em: 28 abr. 2015.

ARRUDA, G.O. et al. Associação entre auto percepção de saúde e características sócio demográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.1, p.61-68, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0061.pdf> Acesso em: 28 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Hipertensão**

arterial sistêmica. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf> Acesso em: 08 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF> Acesso em: 08 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2006. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf> Acesso em: 08 nov. 2013.

CONTIERO, A.P. et al. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.1, p.62-70, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4227/6564>> Acesso em: 08 nov. 2013.

FRAGA, P.L. et al. A interface entre o Diabetes Mellitus tipo II e a Hipertensão Arterial Sistêmica: aspecto bioquímico. **Cadernos UniFOA**, n.20, 2012. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/95-103.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2013.

FREITAS, L.R.S; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.1, p.7-19, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000100002&script=sci_arttext> Acesso em: 28. Abr. 2015.

- GOMES, R; NASCIMENTO, E.F; ARAÚJO, F.C de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, v.23 n.3, p.565-574, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf>> Acesso 08 nov. 2013.
- JARDIM, A.D.I; LEAL, A.M.O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.405-417, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a09.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2013.
- LIMA, L.M. et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.2, p. 323-329, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a16v32n2.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2013.
- MAGNABOSCO, P. et al. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.23, n.1, p. 20-27, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00020.pdf> Acesso em: 28 abr. 2015.
- MALFATTI, C.R.M; ASSUNCAO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl.1, p.1383-1388, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a73v16s1.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2013.
- MARIN, M.J.S. et al. Percepção de Idosos Hipertensos Sobre Suas Necessidades de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.1, p.103-110, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a14.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2013.
- MARUITI, A.M.P. et al. A importância do SIS-Hiperdia como ferramenta de busca ativa para prevenção de doenças cardiovasculares. **Portal de Periódicos UEM 2013**. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6722/pdf>> Acesso em: 20 nov. 2013.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária Executiva. Datasus. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. 2011**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040304>> Acesso em: 08 nov. 2013.
- MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.672-679, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>> Acesso em: 28 abr. 2015.
- MOREIRA, T.M.M; GOMES E.B; SANTOS J.C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31 n.4, p.662-669, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000400008&script=sci_arttext> Acesso em: 20 nov. 2013.
- SAMPAIO, H.A.C. et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.3, p.865-874, 2015. Disponível em: <<http://>>

www.scielosp.org/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00865.pdf> Acesso em: 28 abr. 2015.

SILVA, T.R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.180-189, 2006. Disponível em: <<http://>

www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf> Acesso em: 20 nov. 2013.

ZILLMER, J.G.V. et al. Avaliação da completude das informações do hiperdia em uma Unidade Básica do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.2, p.240-246, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/06.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2013.

*Cadernos de
Ciência e Saúde*

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E APLICAÇÃO NOS DIFERENTES ÂMBITOS DE SAÚDE

Marli Terezinha Oliveira Vannuchi¹, Tatiane Angélica Phelipini Borges², Franciely Midori Bueno de Freitas³, Rafaela de Oliveira Vannuchi⁴

RESUMO: Trata-se de uma reflexão teórica que tem por objetivo analisar os conceitos-chave relativos à Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação em Saúde e fazer um comparativo com ações realizadas na atenção básica, e na área hospitalar. Embora apresente diferenças, é frequente na prática dos serviços de saúde a implementação das diversas formas de maneira indistinta da educação. Assim, procurou-se fazer uma articulação reflexiva dos preceitos dos vários modelos de concepção dos processos educacionais na tentativa de sanar dúvidas em relação aos conceitos. Tal articulação apresenta uma concepção educativa em prol da conscientização dos sujeitos trabalhadores sobre as distintas contribuições pessoais, sociais, relacionais e institucionais que podem advir das diferentes formas de perceber e exercer a educação na área da saúde, e no trabalho em saúde. Assim, julga-se pertinente que os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, compreendam de forma correta e coerente os conceitos acerca da Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação em Saúde, visto que esta compreensão subsidiará o planejamento de suas ações educativas em saúde de forma eficaz, no intuito de resultar no impacto necessário, tanto para melhoria da qualidade da assistência quanto para preservar e melhorar a qualidade de vida da população.

DESCRITORES: Centros de Saúde~ Hospitais Públicos~ Educação Permanente~ Educação Continuada~ Educação em Saúde.

CONTINUOUS EDUCATION IN HEALTH, EDUCATION AND CONTINUING HEALTH EDUCATION: CONCEPTS AND IMPLEMENTATION IN DIFFERENT AREAS OF HEALTH

ABSTRACT: This is a theoretical reflection that aims to examine the key concepts relating to Continuing Education in Health, Continuing Education and Health Education and make a comparison with actions performed in public health and hospitals. Although present differences, is common in the practice of health services to implement various forms indistinctly education. So we tried to make a reflective articulation of the precepts of the various design models of educational processes in an attempt to answer questions regarding concepts. Such articulation presents an educational design for the sake of awareness of subjectworkers about the different personal, social, relational and institutional contributions that can arise from different ways of perceiving and exercise education in health and workplace health. Thus, it is deemed appropriate that health professionals, especially nurses, to understand correctly and coherently about the concepts of Continuing Education in Health, Continuing Education and Health Education, since this understanding subsidize planning the educational activities in health effectively in order to result in the necessary impact, both to improve the quality of care, and also to preserve and improve the quality of life.

KEYWORDS: Health Centers~ Hospitals Public~ Education Continuing~ Education Continuing~ Health Education.

¹ Docente. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual de Londrina/ UEL. Integrante do Grupo de Estudo da Formação na Área da Saúde (GFAS). Londrina – PR. Email: vannuchi@sercomtel.com.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina/ UEL. Integrante do Grupo de Estudo da Formação na Área da Saúde (GFAS).

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem – UEL. Integrante do Grupo de Estudo da Formação na Área da Saúde (GFAS). Londrina – PR. Email: franmidori@hotmail.com

⁴ Nutricionista. Residente Multiprofissional em Saúde da Família/ UEL. Londrina – PR. Email: rafaelavannuchi@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A educação em todos os campos de atuação profissional ocupa espaço privilegiado, pois a rapidez com que as mudanças se configuram através do fenômeno da globalização exige contínua atualização dos saberes, conseqüentemente, possibilita aumentar de forma gradativa o nível de participação dos sujeitos nas sociedades modernas em busca do aperfeiçoamento do conhecimento.

Assim, a educação dos trabalhadores da área da saúde requer empenho e aprimoramento dos métodos educativos para que alcancem com eficácia a equipe multiprofissional. De modo que se possibilitem estratégias de educação que encorajem estes profissionais a buscarem o aprimoramento do conhecimento e transformações de suas práticas assistenciais no intuito de promover o desenvolvimento dos processos de trabalho (SARDINHA PEIXOTO *et al*, 2013).

A busca pelo processo educativo que acompanhe o desenvolvimento tecnológico e a evolução do conhecimento deve primar e transcender o aperfeiçoamento técnico, indo além da análise de problemas pontuais do processo de trabalho, garantindo assistência de qualidade à população (GUIMARÃES~ MARTIN~ RABELO, 2010~ CALCANTE *et al*, 2013).

Neste contexto, a enfermagem constitui uma profissão da saúde que se baseia na ciência que estuda o cuidado humano nos diversos âmbitos em que está inserido e que se materializa no planejamento das ações, cuidados prestados e práticas educativas para os pacientes e seus familiares. Além disso, a equipe de enfermagem necessita apropriar-se de novos conhecimentos no intuito de qualificar seu trabalho através de cursos, capacitações e atualizações sobre as principais necessidades vivenciadas no cotidiano de trabalho (PIRES, 2009~ CUNHA; MAURO, 2010).

Ao discutir educação em enfermagem em seus diversos âmbitos, é importante definir os conceitos acerca das principais for-

mas de educação utilizados nos processos de trabalho, a saber: Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação em Saúde. A compreensão destes diferentes termos é o primeiro passo para propor ações educativas eficazes para o trabalho em equipe.

Assim, o objetivo deste artigo foi refletir sobre os conceitos-chave relativos à Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação em Saúde, e fazer uma comparação com suas aplicações nas ações realizadas nas áreas da Atenção Básica e hospitalar. Para tal, procurou-se fazer uma articulação reflexiva dos preceitos dos vários modelos de concepção dos processos educacionais na tentativa de sanar dúvidas em relação aos conceitos. Essa articulação apresenta uma concepção educativa em prol da conscientização dos sujeitos trabalhadores sobre as distintas contribuições pessoais, sociais, relacionais e institucionais que podem advir das diferentes formas de perceber e exercer a educação na área da saúde e no trabalho dos profissionais de saúde.

CONCEITOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas, assistenciais e de saúde. Surgiu na tentativa de aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu principal objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços da equipe de saúde, visando alcançar equidade no cuidado, tornando os sujeitos trabalhadores mais competentes para o atendimento das necessidades da população, indo ao encontro das prioridades da gestão setorial e do controle social em saúde e das instituições formadoras (SILVA, *et al*, 2010~ BRASIL, 2004).

A proposta de EPS na perspectiva de

transformação ocorre por meio da articulação entre a teoria e a prática realizada pelos profissionais. É mediada por políticas institucionais que amparem estas ações e parte do pressuposto da aprendizagem no trabalho executado no cotidiano dos serviços, organizando-se como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional envolvendo toda a equipe, de modo a não priorizar ações individuais.

A EPS, hoje no Brasil, já figura com uma política bem definida (Portaria Nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004) e a sua gestão deve ser feita pelos Polos de EPS que funcionam como dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção de mudanças e articulações interinstitucionais necessárias para sua viabilização (BRASIL, 2004).

Segundo esta Política, a EPS é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para estabelecer relações entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. A EPS realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004~ BRASIL, 2007).

Desta forma, a EPS constitui-se em uma das alternativas viáveis de mudança no espaço de trabalho em razão de cogitar formas diferenciadas de educar e aprender, através da qual se propõe transcender ao tecnicismo e às capacitações pontuais, instigando a participação ativa dos educandos no processo, assim como o desenvolvimento da capacidade crítica e criadora dos sujeitos (SILVA, *et al*, 2011).

Por conseguinte, o processo educativo transpassa a atividade do trabalhador, enquanto este, de algum modo, ora é educador, ora é educado, atuando como mola propulsora para transformações dos paradigmas destes indivíduos, dado que se utiliza de conhecimentos específicos ao in-

terferir/contribuir no mundo do trabalho, transformando a natureza e a sociedade ao passo que transforma a si próprio, ampliando, assim, sua visão de mundo (SILVA, *et al*, 2011~ GUIMARÃES~ MARTIN~ RABELO, 2010).

Logo, o processo educativo pode caracterizar-se como um cuidado das instituições de saúde para com os trabalhadores no processo de trabalho. A educação voltada para os profissionais que desenvolvem atividades de enfermagem nos serviços de saúde nasceu com o intuito de aperfeiçoamento da prática assistencial para que promovam melhorias nos ambientes de trabalho constantemente (CAVALCANTE, *et al*, 2013~ SILVA, *et al*, 2010).

Para tanto, a EPS precisa ser um instrumento que venha a despertar nos profissionais de saúde envolvidos a motivação indispensável para a modificação da atividade profissional, tornando-os mais críticos, a fim de não mais trabalharem apenas cumprindo suas atividades de forma mecanicista (SARDINHA PEIXOTO *et al*, 2013~ CUNHA; MAURO, 2010).

Neste mesmo contexto, a Educação Continuada (EC) é definida como um conjunto de atividades educativas para atualização do indivíduo, no qual é oportunizado o desenvolvimento do profissional, assim como sua participação ativa e eficaz no dia a dia da instituição. É pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento, além de ser pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social (CUNHA; MAURO, 2010).

A EC possui uma abordagem com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área. Portanto, a EC tem como finalidade melhorar o desempenho profissional a partir da aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e mudanças comportamentais, possibilitando o desenvol-

vimento de competências profissionais para poder interagir e intervir no contexto em que estão inseridos, além de auxiliar na minimização dos problemas advindos da atualização profissional (PEDUZZI *et al*, 2009~ SARDINHA PEIXOTO *et al*, 2013, BEZERRA *et al*, 2012).

Além disso, a EC deve ser um processo amplo e abrangente, mesmo que se proceda de demandas pontuais deve contemplar, também, discussões sobre as políticas públicas de saúde que incluam as relações entre trabalho, educação e saúde, conhecimento e competências técnico-científico, ética e política. Para que se torne efetiva, deve fazer parte do planejamento da instituição como uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de pessoas e sofrer avaliações sistematicamente (PEDUZZI *et al*, 2009~ SARDINHA PEIXOTO *et al*, 2013).

Para tanto, as estratégias implementadas acerca da EC devem contribuir para o aprimoramento e manutenção da competência do profissional de saúde no intuito de assegurar uma assistência de qualidade aos pacientes e seus familiares. Ainda, devem promover segurança, autonomia e aumento da autoestima dos profissionais por meio de ações qualificadas e sistematizadas, fazendo com que estes sintam-se mais valorizados e motivados para o desempenho das atividades e crescimento pessoal no trabalho (BEZERRA *et al*, 2012).

Mesmo que a EC tenha conceitos diferentes da EPS, as duas visam aprimorar e atualizar o conhecimento dos profissionais de saúde para um mesmo fim, que é propor atividades e ações educativas para melhorar a assistência ao paciente e seus familiares, e propiciar maior interação na equipe de saúde, oportunizando a promoção da aprendizagem e intercâmbio dos conhecimentos.

Por outro lado, a Educação em Saúde (ES), de acordo com a definição do Ministério da Saúde, é um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação de saberes pela popula-

ção, ou seja, são meios adquiridos para preservar e melhorar a sua vida. A ES está relacionada à aprendizagem dos sujeitos em relação a um conjunto de práticas de saberes com o intuito de aumentar sua autonomia para fazer boas escolhas e empoderar estes sujeitos para cuidados, promoção e prevenção da sua própria saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

As práticas de ES devem envolver três seguimentos prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas, os gestores que apoiem estes profissionais e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual ou coletivo, sendo imprescindível que os saberes e valores do indivíduo sejam levados em consideração para que haja a construção de novos conhecimentos (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Valorizar conhecimentos prévios dos sujeitos envolvidos nas ações de ES deve ser primordial, pois, segundo preceitos de Freire (2007), deve-se capacitar os sujeitos por meio de seu empoderamento, reflexão crítica e conscientização para que estes escolham os meios para promover, manter e recuperar a sua própria saúde. As suas escolhas devem ser feitas de maneira consciente e não impostas pelos profissionais de saúde.

Nesse sentido, o profissional deve atuar como facilitador, buscando conhecer a realidade e o contexto em que o indivíduo está inserido, humanizando o processo, valorizando as informações trazidas e estimulando sua autonomia e corresponsabilização, fazendo com que este assuma um papel ativo no processo de mudança de realidade de acordo com as necessidades individuais e coletivas, e a partir de escolhas de estratégias mais apropriadas segundo sua própria ótica (FALKENBERG *et al*, 2014).

É importante salientar que apesar de ser um método que compreende o ser humano baseado na integralidade, não é possível garantir que a ES seja completamente

eficiente, considerando que a mudança de hábitos, atitudes e comportamentos, que são os resultados esperados, são processos complexos e multifatoriais (SILVA *et al*, 2010).

Nessa perspectiva, a ES representa um recurso no qual o conhecimento cientificamente produzido, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, estimulando a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença-cuidado, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos (FALKENBERG *et al*, 2014~ CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

A UTILIZAÇÃO DOS CONCEITOS DE EDUCAÇÃO NA PRÁTICA DA ATENÇÃO BÁSICA

No âmbito da atenção básica, os conceitos da educação se confundem e são pouco trabalhados na prática diária. No entanto, apesar do desconhecimento acerca dos mesmos pelos profissionais de saúde do SUS, os diferentes conceitos de educação são aplicados e podem ser percebidos, muitas vezes de forma não estruturada, na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais serviços da rede.

A aplicação prática dos conceitos de educação encontra entraves na atual transição do modelo de saúde, com forte resistência no que se refere ao modelo hegemônico assistencialista. O antigo modelo é privatista e técnico-assistencial, com foco na lógica capitalista, restrito a procedimentos, prescrição de medicamentos e uso de equipamentos, ou seja, prevalece ainda o conceito de saúde como ausência de doença e a utilização de tecnologias duras.

Apesar do surgimento do Programa Saúde da Família como estratégia para reorganização do modelo de assistência, observa-se ainda a fragmentação do cuidado e dificuldades na implementação dos novos conceitos de saúde pautados na integralidade, corresponsabilização e protagonismo do usuário.

Frente à resistência observada entre

os profissionais, na mudança do sistema e de paradigmas surgem os novos conceitos de Educação em Saúde, que buscam a promoção de mudanças no processo de trabalho e o desenvolvimento de articulação entre as esferas: gestão, serviços de saúde, instituições de ensino e órgãos de controle social.

Dentre os três tipos de educação já explorados neste trabalho destaca-se na atenção básica a Educação Permanente em Saúde que ocorre frequentemente e, principalmente, nas reuniões de equipe e matriciamentos realizados. Pois ambos acontecem de forma contínua e exigem a participação multiprofissional e intersetorial, gerando a necessidade de discussão e aprimoramento do processo do trabalho, visando sempre a garantia do acesso a um serviço de qualidade e resolutivo ao usuário.

Entretanto, a consolidação da Educação Permanente em Saúde exige uma discussão contínua acerca de seus preceitos e organização estruturada para que ocorra de fato, gerando reflexão sobre o processo de trabalho e mudanças de caráter permanente de modo a fortalecer, também, o vínculo entre os profissionais e equipes da Estratégia Saúde da Família. Visto que a interação, a comunicação e o trabalho multiprofissional, em geral, é uma das principais dificuldades encontradas nas equipes e, ao mesmo tempo, fundamental para mudança do modelo e clínica ampliada.

A Educação Continuada, por sua vez, apresenta-se mais consolidada, já que é uma prática comum nos serviços de saúde. Pois as necessidades de atualização dos profissionais emergem continuamente à medida que a ciência atualiza-se e avança rapidamente. Esta prática, também não estruturada, ocorre conforme as necessidades dos profissionais ou solicitação do Ministério da Saúde, ficando restrita, em sua maioria, a núcleos específicos, com foco na capacitação dos profissionais e transmissão de conhecimento.

A Educação em Saúde, um conceito que aos poucos vem sendo explorado na

rotina dos serviços de saúde, é atualmente uma das ferramentas de maior relevância na atenção básica. Os profissionais percebem nos atendimentos individuais e coletivos a baixa resolutividade de suas ações quando relações verticais, nas quais predominam a prescrição normativa e instrumentalização, são estabelecidas com os usuários.

Em um modelo assistencial, no qual a prevenção e promoção da saúde regem seu funcionamento, a interação dinâmica entre o saber técnico e o saber popular é imprescindível para que haja compreensão e corresponsabilização no processo saúde-doença-cuidado. Busca-se, portanto, na atenção básica, a formação de vínculo e valorização dialética, estabelecendo uma relação horizontal entre as equipes e a população, a fim de formar sujeitos ativos e autônomos sobre os determinantes de saúde não restritos a processos patológicos e ato médico.

A UTILIZAÇÃO DOS CONCEITOS DE EDUCAÇÃO NA PRÁTICA DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Não diferente do que ocorre na atenção básica, no contexto hospitalar os conceitos sobre Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação em Saúde também se confundem, porém são trabalhados em algumas situações da prática diária e, na maioria das vezes, de forma não sistematizada.

Na realidade, o que prevalece hoje, principalmente nas instituições hospitalares, é a fragmentação da educação. Mesmo que em alguns hospitais existam os setores específicos, designados por serviço de Educação Continuada, estes são responsáveis principalmente por dar treinamentos aos profissionais de saúde de acordo com a demanda imposta pela instituição. Assim, a demanda ou o problema é identificado no profissional ou na unidade de atendimento pela chefia imediata e esta transfere sua responsabilidade para o setor de EC para

que este encontre uma saída, sendo os treinamentos a solução visualizada com maior facilidade.

Desta forma, o que se entende por treinamento é o método de transmitir conhecimentos sem a participação ativa do profissional que o recebe, servindo para que este indivíduo consiga reproduzir o aprendido em sua prática posteriormente, de maneira mecanizada.

Diante desta controvérsia, as estruturas de EC existentes em algumas organizações deveriam criar espaços para discussões no intuito de possibilitar estratégias criativas para traçar metas e soluções, para que os profissionais pudessem atualizar seus conhecimentos e não apenas buscar soluções pontuais para sua prática assistencial.

A preocupação dos gestores hospitalares deveria ir além da atualização técnica e pontual dos profissionais, como se observa com frequência no cotidiano das instituições. O aprimoramento dos conhecimentos, aquisição de novos conceitos, atitudes e competências deveriam ser algo inerente e constante nas ações de educação.

Por sua vez, a Educação Permanente em Saúde, conforme preconizada pelas portarias ministeriais, preza por contribuir para modificações nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, ou seja, perpassar o tecnicismo e as capacitações pontuais e estimular a capacidade crítica reflexiva do indivíduo nas ações educativas no próprio ambiente de trabalho, o que na prática hospitalar ocorre em raríssimos casos.

Sabe-se que ações educativas proporcionadas aos profissionais de saúde a médio e longo prazo propiciam gradativamente a correlação entre teoria e prática, acrescidas da reflexão crítica dos envolvidos. Sem contar que, por meio da motivação e estímulo, pode-se levar o profissional a se conscientizar quanto à importância da atualização de seus conhecimentos.

Porém, não basta somente limitar as ações de EPS como o modelo de educação que aprimore os conhecimentos dos profissionais para que ocorram modificações em

suas práticas clínicas. Também é necessário haver modificações organizacionais, de modo a subsidiar estratégias e mudanças institucionais para que seja viável que os profissionais coloquem em prática os conhecimentos adquiridos e visualizados como necessários.

Talvez a falta de vinculação do setor de EPS com as demais instâncias administrativas da instituição hospitalar, aliada à falta de compreensão dos profissionais de saúde sobre a importância das ações e atividades EPS, dificultem as modificações das práticas clínicas e assistenciais.

Neste sentido, percebe-se que há certa dificuldade no entendimento dos conceitos de EPS e EC pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que trabalham em unidades hospitalares. Muitas vezes, essa confusão de conceitos faz com que estes profissionais transfiram suas responsabilidades educacionais para os setores de EPS ou EC da instituição hospitalar e, por isso, as ações educativas não causam o impacto necessário para melhoria da qualidade da assistência.

Em relação à ES no contexto hospitalar, observa-se que ela é utilizada em todo momento pelo profissional, pois acontece comumente em ações de prevenção e promoção à saúde. Almeja-se que durante todo o atendimento ao paciente, desde sua entrada até a alta hospitalar, haja uma educação em saúde efetiva, esclarecendo as dúvidas do paciente e o preparando para seu autocuidado após sua saída. Nota-se que a ES é inerente ao processo de trabalho principalmente do enfermeiro, sendo esta uma das suas principais atividades: o ser educador.

As instituições hospitalares devem buscar a capacitação e o desenvolvimento de seus quadros, pois é nítido em seu contexto o contraste entre a necessidade e a realidade. Devido a isso, um programa de educação voltado aos profissionais, principalmente os de enfermagem, requer um planejamento dinâmico, participativo e interdisciplinar. Os objetivos devem ser bem

definidos, buscando atender diretamente as necessidades da organização e dos profissionais (SILVA~ SEIFFERT, 2009).

A educação dos profissionais de saúde, pacientes/ usuários e seus familiares não deve ser vista apenas como um processo institucional ou de capacitação, mas sim ser a preocupação dos gestores em elaborar estratégias na tentativa de qualificar a assistência prestada. Desmistificar e sanar a confusão que há sobre os conceitos de EPS, EC e ES deve ser o primeiro passo, pois, sem isso, haverá dificuldades para a implementação de ações educativas ou qualquer tipo de estratégia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, julga-se pertinente que os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, compreendam de forma correta e coerente os conceitos acerca da EPS, EC e ES, visto que esta compreensão subsidiará o planejamento de suas ações em saúde de forma eficaz. Ao diferenciar as terminologias é possível definir o tipo de ação a ser desenvolvida diante da necessidade educativa apresentada.

Embora apresente diferenças, é frequente na prática dos serviços de saúde a implementação das diversas formas de maneira indistinta da educação. Como o enfermeiro deve desempenhar o importante papel de educador e este tipo de atividade está inserido em sua prática diária, por estar em contínuo contato com os pacientes/ usuários, seja no contexto da saúde coletiva ou hospitalar e também no gerenciamento de equipes de saúde, é de suma importância a distinção dos conceitos para poder haver um planejamento prévio, de acordo com a proposta e objetivos, bem como para mensuração dos índices efetivos das atividades e ações.

Mas, é primordial que os profissionais de saúde reconheçam a importância de procurar formas de articulação entre diversas áreas do conhecimento e de usar o diálogo com os envolvidos para que a educação uti-

lizada por eles seja efetiva e traga significado para os que fazem parte da sua ação educativa.

Por fim, existe a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde sobre o valor do aprimoramento profissional e pessoal, e da apropriação do conhecimento para o exercício de seu processo de trabalho. De modo que se tornem mais críticos, reflexivos e preparados para mudanças globais e assistenciais, e estejam em consonância com as necessidades de atendimento e atenção à população.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como Estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: 2004, 14p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS~ 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996/GM**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.
- BEZERRA, A.L.Q.~ QUEIROZ, E.S.~ WEBER, J.~ MUNARI, D.B. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.14, n.3, p.61825, Jul/ Set, 2012.
- CAVALCANTE, E. F. O.~ MACÊDO, M. L. A. F.~ OLIVEIRA, J. S. A DE~ MARTINI, J. G.~ BACKES, V. M. S. Prática da Educação Permanente pela Enfermagem nos Serviços de Saúde. **Rev enferm UFPE** (on line), Recife, v. 7, n. 2, 598607, Fev., 2013.
- CERVERA, D.P.P.~ PARREIRA, B.D.M.~ GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1,p.154754, 2011.
- CUNHA, A.C.~ MAURO, M.Y.C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. bras. Saúde ocup.** v.35, n.122, p. 30513, 2010.
- FALKENBERG MB et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.19,n.3, p.84752, 2014.
- FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.
- GUIMARÃES, E. M. P.~ MARTIN, S. H.~ RABELO, F. C. P. Educação Permanente em Saúde: reflexões e desafios. **Cienc. Enferm.**, v.16, n.2, p.2533, 2010.
- PEDUZZI, *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 30, Sept. 2009 .
- PIRES, D. A enfermagem enquanto

disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, Oct. 2009.

SARDINHA PEIXOTO *et al.* Educação Permanente, Continuada e em Serviço: Desvendando seus conceitos. **Enfermería Global**, Espanha, v. 29, p. 340, 2013.

SILVA, *et al.* Educação Permanente em Saúde e no Trabalho de Enfermagem: Perspectiva de uma Práxis Transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.**

(Online), v. 31, n.3, p.557561, 2010.

SILVA, C.M.C.~ MENEGHIM, M.C.~ PEREIRA, A.C.~ MIALHE, F.L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**~ v.15, p.5, p.253950, 2010.

SILVA *et al.* Concepções Educativas que Permeiam os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 2, 2011.

FATORES RELACIONADOS AO ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO EM VITÓRIA DA CONQUISTA

Pâmella Dias¹; Giovana Fernandes Araujo²

RESUMO: Introdução: No Brasil, a enfermagem se depara com diversas dificuldades, o que pode ser analisado através da observação de atividades insalubres, podendo acarretar uma série de problemas de saúde responsáveis pelo aumento no nível de absenteísmo. **Objetivo:** analisar as principais causas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital da rede privada em um município do sudoeste da Bahia. **Metodologia:** Esta pesquisa é de natureza quantitativa, descritiva, realizada em um hospital de nível secundário. Os dados foram obtidos a partir do banco de dados do RH do hospital, envolvendo informações referentes ao sexo, setor de trabalho, data de admissão, atestados médicos e tempo de ausência no trabalho durante o ano de 2013. **Resultados e Discussão:** Foram analisados 242 atestados médicos e 1161 dias de trabalho perdidos, além disso, observou-se que os atestados sem CID ocuparam a primeira posição (40%), seguidos pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14%) e doenças do aparelho respiratório (12%), e dentre as doenças osteomusculares encontradas destacaram-se a cervicálgia (21%) concomitante à Lumbago com ciática (18%) e dor lombar baixa (15%). **Conclusão:** A pesquisa possibilitou um levantamento dos principais fatores relacionados ao absenteísmo de profissionais de enfermagem no hospital cenário da pesquisa, sendo que os dados encontrados, além de possibilitar a identificação das principais causas relacionadas ao absenteísmo de profissionais de enfermagem, servem de subsídio para a realização de novas pesquisas e ações voltadas à saúde deste trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo; Enfermagem; Hospital.

FACTORS RELATED TO ABSENTEEISM OF NURSES IN A PRIVATE HOSPITAL IN VITÓRIA DA CONQUISTA

ABSTRACT: Introduction: In Brazil, the nursing is faced with various difficulties, which can be analyzed by observing unhealthy activities which may cause a series of health problems responsible for the increased level of absenteeism. **Objective:** analyze the main causes of absenteeism among nurses in a private hospital in a city in the southwest of Bahia. **Methodology:** This research is a quantitative, descriptive study, at a secondary level hospital. Data were obtained from the database of HR hospital, involving information on gender, sector of employment, date of admission, medical certificates and time away at work during the year 2013. **Results and Discussion:** were analyzed 242 medical certificates to 1161 working days lost, furthermore, it was observed that the certificates without CID ranked first (40%) followed by diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (14%) and respiratory (12%) and among the musculoskeletal diseases encountered diseases highlights were neck pain (21%) concomitant with Lumbago with sciatica (18%) and low back pain (15%). **Conclusion:** The results allow a survey of the main factors related to absenteeism of nurses in the scenario's Research Hospital, and the data found in addition to enabling the identification of the main causes related to absenteeism of nurses serve as a subsidy for carrying new research and actions that worker health.

Keyword: Related Factors; Absenteeism; Nursing; Hospital.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste- Barra do Choça-Ba, Brasil, pamella_d18@hotmail.com

² Enfermeira. Docente da Faculdade Independente do Nordeste. Mestre em Meio ambiente e Sustentabilidade – Vitória da Conquista-Ba, Brasil, giovanafaraujo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O trabalho, indiscutivelmente, exerce um papel extremamente relevante na vida do indivíduo funcionando como provedor do seu sustento e/ou da família, podendo contribuir tanto para a sua qualidade de vida quanto interferir no processo de saúde a partir de fatores encontrados no ambiente de trabalho (BRASIL; 2001, 2002).

O mercado de trabalho atual é um reflexo do mundo capitalista que leva o indivíduo a ter um comportamento individualista e consumista. Neste cenário, o trabalhador é impulsionado pela competitividade e agressividade no mercado de trabalho, o que gera sérias consequências à sua saúde e sua produtividade. Desta forma, um fator relevante que influi diretamente na qualidade de vida do profissional é a condição de trabalho, sendo que, quando esta não está adequada, a ação a ser desenvolvida aumenta a probabilidade de o trabalhador passar por um processo de adoecimento e, por conseguinte, o absenteísmo (MARTINATO *et al*, 2010)

Um tema que tem sido estudado e discutido por diversos trabalhos científicos é o processo de adoecimento e consequentemente o afastamento de profissionais da saúde, na busca por explicações cabíveis e soluções para esta problemática.

Para iniciar a discussão acerca do absenteísmo de profissionais de enfermagem no mercado de trabalho, faz-se necessário conhecer a enfermagem. Potter e Perry (2006, p.2) definem enfermagem como “[...] uma arte e uma ciência”, ou seja, o enfermeiro deve estar preparado para atuar de forma hábil e humanizada respeitando a dignidade e personalidade do paciente, elevando a qualidade da assistência prestada a um nível de excelência.

Ainda afirmam que “no centro da prática de enfermagem está o paciente, incluindo o indivíduo, a família e/ou a comunidade”. Sendo assim, os cuidados prestados pela enfermagem não devem se restringir apenas ao paciente; uma vez que o olhar

deste profissional deve ser amplo, abrangendo as necessidades do cliente, da família e/ou comunidade. Os pacientes chegam às instituições de saúde com diversos problemas, experiências e vulnerabilidades que podem estar associadas a diversas questões envolvendo fatores familiares ou sociais, bem como podem provocar danos a terceiros.

No Brasil, a enfermagem se depara com diversas dificuldades, principalmente quando o campo de atuação é uma instituição hospitalar, o que pode ser analisado através da observação de atividades insalubres realizadas pelos trabalhadores desta área. Tais atividades aliadas às más condições de trabalho podem acarretar uma série de problemas de saúde responsáveis pelo aumento no nível de afastamento de enfermeiros do mercado de trabalho. Além disso, o trabalhador de enfermagem de ordinário possui mais de um vínculo empregatício (STACCIARINI; TRÓCOLI, 2001).

Para Assunção (2009), é relevante analisar as vivências, experiências e conhecimentos dos profissionais sobre o seu dia a dia, promovendo uma relação entre trabalho e saúde mais adequada na perspectiva de auxiliar e melhorar as condições de trabalho. “Para entender o adoecer dentro do processo de trabalho, é necessário perceber quem é o trabalhador que adoece e de que forma ele está inserido no processo produtivo” (FERREIRA, 2013, p.34). Contudo, tal processo de adoecimento pode implicar em absenteísmo, ou seja, ausência do profissional no âmbito de trabalho quando sua presença era esperada, ocorrendo tanto pela falta justificada ou não quanto pelo atraso. Fato este que gera transtornos às organizações, bem como à gerência da instituição para a qual o trabalhador presta serviço. Pois a sobrecarga de trabalho sobre os demais profissionais aumenta e, consequentemente, diminui-se a qualidade do serviço prestado (GOMES; MORGADO, 2012).

Segundo Aguiar e Oliveira (2009), o absenteísmo tem sido relacionado a diversos problemas nas instituições, dos quais

destaca-se a diminuição da produtividade, refletindo diretamente na redução da qualidade de assistência prestada. Além disso, pode-se desconfiar da presença de problemas voltados às condições de trabalho gerando insatisfação por parte dos funcionários, assim como acidentes de trabalho. Os autores ainda afirmam que os estudos sobre absenteísmo permitem o levantamento de informações acerca da saúde dos trabalhadores e dos possíveis fatores que podem estar associados ao sistema organizacional da instituição.

Segundo Torres e Pinho (2006), uma das principais dificuldades que afligem os trabalhadores de instituições hospitalares são as condições de trabalho, que podem estar correlacionadas aos agravos à saúde, o que repercute na qualidade dos serviços prestados aos clientes, que também podem ocasionar um aumento no índice de absenteísmo e afastamento das atividades profissionais.

No que diz respeito à saúde desses profissionais, existe uma área da saúde pública, denominada Saúde do Trabalhador, integrada por ações de promoção e proteção à saúde que, em consonância com ações de vigilância do ambiente e condições de trabalho, e concomitante à prestação de assistência integral, visa à diminuição e prevenção de riscos ou danos à saúde do trabalhador e, conseqüentemente, à redução do absenteísmo (BRASIL; 2001, 2002).

Isto posto, observa-se a necessidade e importância de estudos que demonstrem o quantitativo de trabalhadores de enfermagem que, por motivos de saúde, precisam se ausentar do mercado de trabalho. De modo que tais estudos tenham em vista a problemática gerada em torno deste afastamento para os trabalhadores e instituições de saúde, e a diminuição da qualidade dos cuidados prestados aos clientes para, a partir disso, poder buscar soluções cabíveis. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as principais causas de absenteísmo dos profissionais de enfermagem em um hospital da rede privada localizado em um município do sudoeste da Bahia.

METODOLOGIA

Esta pesquisa, de natureza quantitativa e descritiva, foi realizada em um hospital da rede privada, de nível secundário, localizado em um município do sudoeste da Bahia, com capacidade para 58 leitos, que realiza cerca de 450 internações por trimestre, levando em consideração o primeiro trimestre de 2014. O referido hospital possui uma média de 779 funcionários responsáveis pela assistência aos pacientes, dos quais 154 são profissionais de enfermagem e destes 32 são enfermeiros assistenciais.

Os dados foram obtidos a partir do banco de dados do RH e do Serviço de Saúde do Trabalhador desse hospital. Os mesmos foram organizados no programa Excel/2010, envolvendo informações referentes ao sexo, setor de trabalho, data de admissão no hospital, motivo de afastamento e tempo do afastamento. A coleta de dados, realizada na segunda quinzena de abril de 2014, ocorreu por meio de análise retrospectiva de ficha do funcionário no RH e de atestados médicos.

Os dados foram apresentados em forma de tabela para facilitar a análise descritiva dos mesmos, além disso foram utilizados números absolutos e porcentagens. Para a definição das causas de afastamento foi levada em consideração a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10).

Para a realização da pesquisa foram observadas todas as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. Portanto, os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste. Obtendo o parecer favorável sob o número: 29041414.4.0000.5578.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo teve como base o absenteísmo por doença justificado através dos atestados médicos. As informações pri-

márias (quantitativo de pessoal de enfermagem, cargo, data de admissão e atestados médicos) foram adquiridas através de um levantamento retrospectivo no banco de dados do setor pessoal da unidade hospitalar cenário do estudo.

Na tabela 1 observa-se que o quantitativo de pessoal de enfermagem no ano de 2013 foi, em média, de 154 profissionais, sendo que 32 (21%) eram enfermeiros e 122 (79%) técnicos de enfermagem. Tais achados corroboram com as variáveis obtidas por Barreto e Melo (2011) que observaram em seu estudo um maior percentual de técnicos de enfermagem (79,1%) em relação à categoria de enfermeiros (28%).

De acordo com Rossetti e Gaidzinski (2011), a quantidade de técnicos de enfermagem voltados à assistência em uma unidade hospitalar, por vezes, excede o número de enfermeiros e esta distribuição é realizada considerando as atividades e habilidades de cada categoria profissional. Ainda são levados em consideração aspectos técnico-administrativos e das características da unidade como os métodos e jornadas de trabalho, carga horária semanal, indicadores que possibilitem a avaliação de qualidade da assistência, categorização dos pacientes de acordo com o grau de dependência através do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), “índice de segurança técnica (IST), taxa de absenteísmo (TA), taxa de ausência de benefícios (TB), e proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e médio [...]” com intuito de garantir segurança aos pacientes (COFEN; 2004, p.3).

Tabela 1 - Distribuição da quantidade média de profissionais, cargo, sexo, 2014.

Variáveis do Estudo	N	%
CARGO		
Enfermeiro (a)	32	21
Técnico em enfermagem	122	79
SEXO		
Feminino	133	86
Masculino	21	14
TOTAL	154	100

Ressalta-se também a prevalência de trabalhadores do sexo feminino (86%) em comparação ao masculino (14%), fato este que corrobora com os estudos de diversos autores (REIS et al, 2003) e demonstra a sobrecarga exercida sobre este gênero na dupla jornada de trabalho. Haja vista a associação do trabalho remunerado às diversas funções desempenhadas pela mulher, das quais se destacam a maternidade, o cuidar da família e da casa como um todo e, em alguns casos, ainda é a principal provedora do sustento da família.

A Tabela 2 apresenta a distribuição do tempo de trabalho por profissionais de enfermagem na unidade hospitalar cenário da pesquisa, sendo possível observar que cerca de 51% trabalhavam de <1 a 3 anos na instituição. Fernandes *et al* (2011) em sua pesquisa verificou que 58% dos 152 profissionais de enfermagem e gerência de um hospital de médio porte já trabalhavam há 3 anos na instituição e cerca de 61,19% dos trabalhadores que apresentaram atestados médicos trabalhavam há cerca de 1 a 6 anos.

Tabela 2 - Distribuição do Tempo de Trabalho dos Profissionais de Enfermagem, 2014.

Tempo de Trabalho	n	%
<1 4	79	51
4 8	39	25
8 12	10	06
12 16	09	06
16 20	08	05
20 24	04	03
24 28	03	02
28 32	02	01
Total	154	100

Na tabela 3 os profissionais de enfermagem estão distribuídos de acordo com o setor que atuam na unidade hospitalar em questão. Logo, observa-se que a maioria destes profissionais está direcionada às Clínicas (Médica e Cirúrgica) e Pronto Atendimento (enfermeiros 44% e técnicos em enfermagem 52%).

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de enfermagem de acordo com o setor de trabalho, 2014.

Setor	Enfermeiros		Técnicos de Enfermagem	
	n	%	n	%
Clínicas (Médica e Cirúrgica) e PA	14	44	63	52
CC e CME	01	03	18	15
UTI	12	38	28	23
Hemodinâmica	01	03	02	02
Oncologia	01	03	01	01
Radioterapia	01	03	01	01
Ortopedia	01	03	02	02
Gerência	01	03	00	00
CDI	00	00	03	02
Ambulatório	00	00	01	01
Controle de Materiais	00	00	01	01
Endoscopia	00	00	02	02
Total	32	100	122	100

Observa-se que a maioria trabalha em setores de média e alta complexidade, o que pode contribuir para o adoecimento do trabalhador. Costa, Vieira e Sena (2009), em seu estudo, constataram que os profissionais que atuavam na UTI e Clínica Médica eram os que mais se ausentavam por motivos de doenças mediante a apresentação de atestados médicos, de modo que cerca de 24,5% atuava nas Clínicas Médicas (A e B) e 16,1% na UTI. Estes autores ainda afirmam que a ocorrência de faltas nestes setores implica de peculiaridades das ações desenvolvidas pelos profissionais e desgaste emocional principalmente no que diz respeito a pacientes de alta complexidade ou com eminente risco de morte.

Na tabela 4 são apresentados os dados referentes aos atestados médicos evidenciando os dias de ausência no trabalho.

Tabela 4 - distribuição dos números de dias de ausência no trabalho, 2014.

Números de dias Afastados		
	N	%
1 a 2	146	60
3 a 4	79	33
15 a 30	13	5
31 ou mais	4	2
Total	242	100

Observou-se que há um predomínio de atestados por 1 ou 2 dias de dispensa ao trabalho. Em um estudo realizado por Fernandes *et al* (2011), verificou-se a predominância de atestados de 1 dia (47,9%).

Segundo Silva e Maziale (2000, p. 48), até 15 dias de ausência em instituições pri-

vadas “a empresa arca com o ônus do trabalhador afastado por doença e acima de 15 dias, o trabalhador fica afastado com seus benefícios pagos pelo governo”. Assim sendo, apresentar atestados por mais

de 15 dias implica em afastamento pelo INSS, o que pode acarretar a redução de salário durante o período.

As causas de absenteísmo são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Causas de absenteísmo por doenças mais frequentes, 2014.

CID 10	Agrupamento dos Problemas de acordo com o Capítulo CID 10	Atestados		Dias de Trabalho Perdido	
		N	%	N	%
A00-B99	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	13	5	30	3
C00-D48	Neoplasmas	2	1	17	1
E00-E90	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	1	22	2
G00-G99	Doenças do sistema nervoso	4	2	6	1
H00-H59	Doenças do olho e anexos	8	3	31	3
H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	1	0
I00-I99	Doenças do aparelho circulatório	4	2	22	2
J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	29	12	53	5
K00-K93	Doenças do aparelho digestivo	4	2	21	2
L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	1	5	0
M00-M99	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	33	14	150	13
N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	14	6		0
O00-O99	Gravidez, parto e puerpério	2	1	23	2
R00-R99	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	14	6	42	4
S00-T98	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	6	2	28	2
Z00-Z99	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	6	2	22	2
SEM CID	SEM CID	98	40	688	59
Total		242	100	1161	100

A Tabela 5 apresenta as causas de absenteísmo por doenças comumente observadas nos atestados do hospital cenário da pesquisa, no período de janeiro a dezembro de 2013, sendo agrupadas de acordo com o código internacional de doenças (CID - 10). Contudo, observou-se que os atestados sem CID ocuparam a primeira posição (40%), seguidos pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14%) e doenças do aparelho respiratório (12%), corroborando com as pesquisas de Costa, Vieira e Sena (2009), que constataram a prevalência de doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (24%), seguidas de problemas respiratórios (14%) e circulatórios (8,8%). Sancinetti (2009) também evidenciou a presença de doenças osteomusculares em proporção considerável frente aos demais problemas de saúde encontrados.

Analisando as justificativas dos afastamentos a partir dos 242 atestados médicos, foi constatado que 98 destes não havia diagnóstico. Frente a isto, é cabível ressaltar que não é obrigatória a descrição do CID- 10 a não ser por motivos específicos como justa causa, dever legal ou quando o paciente solicita e/ou autoriza, promovendo ao trabalhador o direito de não ser exposto (SILVA ; MAZIALE, 2000; CREMEB, 2009). A falta de registro do CID no atestado médico implica em dificuldades do setor de saúde do trabalhador em apurar se o motivo do absenteísmo guarda relação com o trabalho realizado.

Tal resultado com predominância de doenças osteomusculares pode ter associação com LER/DORT que, de acordo com Lucas (2009, p.73), é uma síndrome relacionada ao trabalho, integrada a ocorrências de sintomas como “dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso geralmente nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores”.

Os principais problemas osteomusculares encontrados nesta pesquisa foram distribuídos na tabela 6.

Tabela 6 - distribuição dos problemas osteomusculares encontrados, 2014.

CID	Causas	n de Atestados	%
M54	Paniculite atingindo regiões do pescoço e do dorso	2	6%
M542	Cervicalgia	7	21%
M544	Lumbago com ciática	6	18%
M545	Dor lombar baixa	5	15%
M549	Dorsalgia não especificada	2	6%
M659	Sinovite e tenossinovite não especificadas	2	6%
	Outras Causas	9	27%
Total		33	100%

Dentre as doenças osteomusculares encontradas destacam-se a cervicalgia (21%) concomitante à Lumbago com ciática (18%) e dor lombar baixa (15%).

Segundo Brasil (2001), tanto a cervicalgia quanto o Lumbago com ciática e a dor lombar baixa estão incorporadas às dorsalgias e lombalgias descritas por Couto (2007) como dor na região dorsal e lombar, respectivamente.

Couto (2007) afirma que mesmo podendo ocorrer espontaneamente, a lombalgia, mais frequentemente, afeta ocupações que promovam esforços físicos exigentes e pode estar correlacionada ao absenteísmo. É de suma importância ressaltar que, apesar da maioria dos episódios de dorsalgia e lombalgia ser autolimitada tais problemas de saúde devem ser tratados a fim de evitar a cronificação.

A cervicalgia é caracterizada por algia espontânea ou palpação ou edema em região cervical, sem que haja uma história de comprometimento de discos cervicais, além disso, é de caráter comum entre os sintomas musculoesquéticos, e na maioria das vezes ocorre devido a distúrbios mecânicos (BORESTEIN, 2008; BRASIL, 2001). Borestein (2008) ainda resalta que esta algia pode ser considerada secundária ao uso excessivo de uma estrutura anatomicamente normal ou a deformidades associadas a esta estrutura.

Brasil (2001) refere-se a Lumbago com ciática como dor na região lombar, podendo se irradiar para os membros inferiores e, por conseguinte, evoluir para um qua-

dro persistente de dor isolada nestes membros.

Considerando o desgaste físico e mental dos profissionais de saúde acerca do seu ofício, percebe-se que tais distúrbios podem estar associados ao trabalho desenvolvido, logo, a saúde e qualidade de vida dos profissionais também interferem na qualidade da assistência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os índices de absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem mostrados neste estudo apresentaram-se elevados, entretanto, há dificuldade em conhecer completamente suas causas por ausência do CID nos atestados médicos. É possível que alguns dos problemas de saúde apresentados estejam relacionados ao trabalho ao levar-se em consideração que a enfermagem está exposta a inúmeros riscos ocupacionais, associados às condições e ao ambiente de trabalho. Ainda, observa-se a necessidade da instituição em constituir um banco de dados para registros das faltas, afim de possibilitar a identificação mais rápida das causas de absenteísmo, fornecendo subsídios para a realização de novas pesquisas e ações voltadas à saúde desses trabalhadores no hospital cenário da pesquisa.

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo”.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. A.; OLIVEIRA, J. R. Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 13, n. 18, p. 95-113, 2010. Disponível em: <http://sare.anhanguera.com/index.php/rcger/article/viewArticle/1314>>. Acesso em: 13 de jun. 2014

ASSUNÇÃO, A. A.; OLIVEIRA, D. A.

Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educação & Sociedade**, v. 30, n. 107, p. 349-72, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n107/03.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013

BARRETO, C. N. T; DE MELO, W. A. Enfermagem e o Absenteísmo na Unidade de Terapia Intensiva. In: VII EPCC Encontro Internacional de Produções Científicas CESUMAR, 2011. **Anais Eletrônicos...** Paraná: 2011. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/chayanne_neves_telles_barreto%20\(2\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/chayanne_neves_telles_barreto%20(2).pdf)>. Acesso em: 23 de abr. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 19 set. 2013

COFEN. **Resolução nº 293/04**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Conselho Regional de Enfermagem. [Internet]. 2004. Disponível em:< <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/RESOLUCAO2932004.PDF>>. Acesso em: 10 de mai. 2014

COSTA, F; VIEIRA, M. A; SENA, R.R, et al. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem

de um hospital escola os da equipe de enfermagem de um hospital escola.

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:3t0SINm99m8J:scholar.google.com/+Absente%C3%ADsmo+relacionado+%C3%A0+doen%C3%A7as+entre+membros+da+equipe+de+enfermagem+de+um+hospital+escola+os+da+equipe+de+enfermagem+de+um+hospital+escola&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 16 de mai. 2014

COUTO. H. A. **Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho: Coluna e Membros Inferiores**. In: R Mendes - Patologia do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2007.

CREMEB. **Parecer CREMEB nº 14/10 de 16/12/2009**. A emissão do Atestado Médico é regida pelas resoluções do CFM 1.658/2002 e 1.851/2008, devendo constar a identificação do emissor mediante assinatura e carimbo de número de registro no Conselho Regional de Medicina. Relatora: CONSA. Débora Sofia Angeli de Oliveira. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rcrt=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.portalmedico.org.br%2Fpareceres%2Fcrmba%2Fpareceres%2F2010%2F14_2010.pdf&ei=pmOsU4rUAczIsAS394HgAQ&usg=AFQjCNFqyurkK2weShr2Dr1z9mk4ti6oBw>. Acesso em: 19 de mai. 2014.

BORENSTEIN. D. **Abordagem ao Paciente com Cervicalgia**. In: Imboden J, Hellmann D, Stone J. Current Reumatologia Diagnóstico e Tratamento. 2.ed. São Paulo: McGrawHill; 2008.

FERNANDES, R. L. *et al.* Absenteísmo em hospital filantrópico de médio porte.

Ciências Biológicas e da Saúde, v. 32, n. 1, p. 3-14, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3277>>. Acesso em: 15 de mai. 2014

FERREIRA, S. A. **Saúde do Professor**. Goiás. Monografia (Licenciatura em Pedagogia). Universidade de Brasília, Universidade Aberta do Brasil, Faculdade de Educação: Curso de Pedagogia a Distância, 2013. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/5471/1/2013_ShirleyAlvesFerreira.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2013

GOMES, E. M; MORGADO, A. **Compêndio de Administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=Xr626RCcshAC&pg=PA34&dq=absente%C3%ADsmo&hl=pt-BR&sa=X&ei=aK2nU76QM7egsQSd9oA4&ved=0CDUQ6AEwBTgU#v=onepage&q=absente%C3%ADsmo&f=false>>. Acesso em: 18 de mai. 2014

LUCAS, R. W. C. **Fisioterapia Forense**. Florianópolis: Rocha Soluções Gráficas, 2009. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=huY2qjCah_UC&pg=PA72&dq=LER/DORT.&hl=pt-BR&sa=X&ei=o3OLU5PoCaixsQTzxIGwDA&ved=0CEAQ6AEwAw#v=onepage&q=LER%2FDORT.&f=false>. Acesso em: 15 de mai. 2014

MARTINATO M. C. N. B, SEVERO D. F, MARCHAND E. A. A, SIQUEIRA H. C. H. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):160-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100022>. Acesso em: 24 de fev. 2014

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. São Paulo: Elsevier, 6. ed. 2006.

REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616-23, 2003. Disponível em: < http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:jPhndxH Hqp8J:scholar.google.com/+Fatores+relacionados+ao+absente%C3%A4Dsmo+por+doen%C3%A7a+em+profissionais+de+enfermagem&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 12 de mai. 2014

ROSSETTI, A. C; GAIDZINSKI, R. R. Estimativa do quadro de pessoal de enfermagem em um novo hospital. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 01-07, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_21.pdf>. Acesso em: 15 de mai. 2014

SANCINETTI, T. R. **Absenteísmo por doença na equipe de enfermagem: taxa, diagnóstico médico e perfil dos profissionais**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-14052009-113822/en.php>>. Acesso em: 11 de mai. 2014

SILVA, D. M. P. P; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000. Dispo-

nível em: < http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:TXtSW55HwJ:scholar.google.com/+Absente%C3%ADsmo+de+trabalhadores+de+enfermagem+em+um+hospital+universit%C3%A1rio&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 10 de maio 2014

SMELTZER, S.C et al. Prefácio. In: Brunner&Suddarth. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001. Disponível em: < http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:4B2oQzfebnIJ:scholar.google.com/+O+estresse+na+atividade+ocupacional+do+enfermeiro&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 22 de abr. 2014

TORRES, E.O; PINHO, D. L. M. Causas de afastamento dos trabalhadores de enfermagem em um hospital do Distrito Federal. **Comun Ciênc Saúde**, v. 17, n.3, p. 207-215, 2006. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=466244&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 de fev. 2014.

ANEXO I- DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses.

Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho "FATORES RELACIONADOS AO ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO EM VITÓRIA DA CONQUISTA" para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo.

Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista **Cadernos de Ciência e Saúde**.

Vitória da Conquista 25/06/2014.



Giovana Fernandes Araujo
Orientadora
Prof.ª Msc. e Coordenadora do Colegiado de Enfermagem
da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR
de Vitória da Conquista-Bahia
Av. Fernando Spínola nº251, bairro: São Vicente
Vitória da Conquista – Bahia
Email: giovanaferreira@bolmail.com



Pâmella Dias
Pesquisadora
Aluna do 10º Semestre de Enfermagem
da Faculdade Independente do Nordeste-
FAINOR de Vitória da Conquista – Bahia
Rua Eugênio Grilo nº277
Tel.: (77) 99691496
Email:pamella_d18@hotmail.com

ANEXO II- COMPROVANTE DA APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Cadernos de
Ciência e Saúde

FAINOR

Faculdade Independente do Nordeste
Credenciada pela Portaria MEC 1.861, de 16/07/2007 publicada no D.O.U. de 28/07/2007

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

Certificamos para os devidos fins, que o Projeto intitulado "FATORES RELACIONADOS AO ABSENTEÍSMO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PRIVADO EM VITÓRIA DA CONQUISTA", número do CAAE: 29041414.4.0000.5578, do(a) pesquisador(a) Giovana Fernandes Araujo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, em reunião realizada dia 10 de Abril de 2014.

Vitória da Conquista, Ba, 10 de Abril de 2014.



Joselito Santos

Coordenador do CEP/FAINOR

Joselito Santos
Coordenador do CEP/FAINOR

INÍCIO DO CONSUMO DE TABACO ENTRE PESSOAS QUE PROCURAM ABANDONAR O HÁBITO DE FUMAR*

Roselma Lucchese¹, Flávia Mendes², Ivania Vera³, Lorena da Silva Vargas⁴, Rodrigo Lopes de Felipe⁵, Inaína Lara Fernandes⁶, Camila Lucchese Veronesi⁷

RESUMO: O consumo do tabaco vitimiza milhões de pessoas por ano, com maior prevalência entre os homens. O objetivo deste estudo foi estimar o início do hábito de fumar e fatores associados na população tabagista que procurou tratamento em um programa de atenção primária. Estudo transversal retrospectivo, em uma Unidade Básica de Saúde orientada pelo Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Catalão, Goiás, Brasil. Amostra de 325 indivíduos com dependência nicotínica que procuraram tratamento entre os anos 2011 a 2013. A coleta de dados ocorreu entre agosto a setembro de 2013. A variável desfecho foi o início do ato tabagístico antes dos 18 anos de idade. Entre os sujeitos que iniciaram o tabagismo, 75,7% o fizeram antes dos 18 anos, com média de 13 anos de idade; 37,5% do sexo masculino e 62,5% do sexo feminino. Em meio às mulheres a média foi de 15,6 anos de idade, para os homens a média de idade foi 14,9 anos. Houve prevalência estado civil solteiro, escolaridade ensino fundamental, com vínculo empregatício, recebendo mais de três salários mínimos, residindo em lar uni residente. Idade e” a 60 anos foi estatisticamente significativa (RP:0,79; IC:0,62-1,00). Este estudo desponta a relação do serviço disponibilizado pela atenção primária, atentando para o início do consumo do tabaco pelas pessoas que procuram ajuda. Este dado revela características do fumante que podem interferir na condução do tratamento e cessação do ato tabagístico. O tempo do uso do tabaco poderá determinar o nível de dependência e a presença ou agravamento de doenças secundárias.

DESCRIPTORES: Hábito de fumar; Tabaco; Estudantes; Saúde do adolescente.

START OF TOBACCO USE AMONG PEOPLE LOOKING FOR LEAVE THE SMOKING

ABSTRACT: Tobacco consumption victimizes millions of people per year, with higher prevalence among men. Objective: estimating the onset of smoking and associated factors in smoking people who sought treatment in a primary care program. Method: a retrospective cross-sectional study in a Basic Health Unit driven by the Municipal Programme for Tobacco Control, in Catalan, Goiás, Brazil. The sample consisted of 325 individuals with nicotine dependence seeking treatment between the years 2011-2013. Data collection occurred between August and September 2013. The outcome variable was the beginning of the smoking act before 18 years old. Results: among the subjects who started smoking, 75.7% did so before age 18, with a mean age of 13; 37.5% male and 62.5% female. Among women the average was 15.6 years, for men the average age was 14.9 years. There were state civil

* O estudo financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás Brasil (FAPEG), processo nº 201200661660420.

¹ Doctorate in Nursing, Associate Professor at the Federal University of Regional Goiás, Campus Catalão, Goiás, Brazil, rosalmalucchese@hotmail

² Graduate Student of Nursing at the Federal University of Regional Goiás, Campus Catalão, GO, Brazil, flavia_ctl@yahoo.com.br

³ Doctorate in Nursing, Associate Professor at the Federal University of Regional Goiás, Campus Catalão, Goiás, Brazil, ivaniavera@gmail.com

⁴ Master's Student of the Postgraduate Program of Organizational Management of the Federal University of Regional Goiás, Campus Catalão, lorennavargas19@yahoo.com.br

⁵ Doctorate Student of Morphological Sciences, Volunteer Professor at the Federal University of Regional Goiás, Campus Catalão, GO, Brazil, rlfarmaceutico@bol.com.br

⁶ Nurse, Professor at the Federal University of Regional Goiás, Campus Catalão, GO, Brazil, inainalara@hotmail.com

⁷ Master in Environmental and Health Sciences, Adjunct Professor at the Federal University of Regional Goiás, Campus Catalão, GO, Brazil, camilalucchese@gmail.com

prevalence single, elementary school education with employment contract, receiving more than three minimum wages, living in a uniresident home. Age e" 60 years old was statistically significant (OR: 0.79, CI: 0,62-1, 00) Conclusion: this study brings out the relationship between the service provided by primary care, paying attention to the top of the tobacco consumption of the people seeking help. This data reveals characteristics of smokers who can intervene in the course of treatment and cessation of tobacco act. The time of tobacco use can determine the level of dependency and the presence of secondary disease or condition.

KEYWORDS: Smoking; Tobacco; Students; Teen Health.

INTRODUÇÃO

No âmbito da pesquisa na área de saúde mental é concreta a necessidade de avanços que superem os modelos biomédicos e que dialoguem com a atenção psicossocial. No Brasil a carência centra-se na proximidade de produção de conhecimento com os princípios da Reforma Psiquiátrica, incluindo o enfrentamento ao uso e abuso de álcool e outras drogas, nas dimensões clínicas, éticas (ONOKO-CAMPOS, 2014) e sociais. Com estas afirmações procura-se justificar o interesse do presente estudo pela temática do consumo abusivo do tabaco.

O consumo do tabaco vitimiza mundialmente cerca de 6 milhões de pessoas por ano, sendo o maior percentual em países em desenvolvimento. Estima-se que no ano de 2030 o número de mortes pelo tabaco alcance mais de 8 milhões de pessoas em igual período. Sabe-se neste contexto que o nível de escolaridade favorece a tendência de aumento do tabagismo para os próximos anos (WHO, 2011).

Nota-se que grande parte dos consumidores do tabagismo é do sexo masculino, fazendo com que estes liderem o consumo do tabaco no mundo. Contudo, o hábito de fumar tem aumentado seus índices entre as mulheres (WHO, 2012). A vulnerabilidade entre os adolescentes para a iniciação do hábito de fumar é outro fenômeno que preocupa, pois estes estão mais predispostos a fazerem o uso contínuo do tabaco e seus derivados, viabilizando problemas em sua vida adulta e dificultando a interrupção do hábito (WÜNSH-FILHO *et al.*, 2010).

Quanto mais cedo se inicia o consumo do tabaco a dependência torna-se mais intensa, o que na fase adulta dificulta o abandono do hábito. O grupo mais crítico e afetado são os adolescentes e a produção de conhecimento ganha espaço na observação dos agravos da qualidade de vida daqueles que têm o consumo de tabaco precoce, que se associa ao risco para desenvolvimento de doenças oportunistas e/ou agravarem as

pré-existentes (AFONSO; PEREIRA, 2013).

Por outro lado, dentre os idosos, o uso e consumo do tabagismo prevalece na faixa etária de 60-69 anos, no sexo masculino e tendem à redução com o passar dos anos (LIMA; FAUSTINO, 2013).

Os estudos que buscaram estimar o consumo de tabaco nas diversas fases de vida do ser humano reforçam que o contato e início do hábito de fumar dar-se-á na adolescência (DIAS *et al.*, 2013, MARTINS; SEIDL, 2011, PEÑA *et al.*, 2013). Tais achados, juntamente com o aumento do risco de doenças e dificuldades de abandono do cigarro, indicam a importância em investigar o início do consumo de tabaco na população que busca atendimento para a cessação do tabagismo (LIMA; FAUSTINO, 2013).

Diante desta problemática e da busca para o abandono do consumo de tabaco, no Brasil tem-se como enfrentamento a implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer, com estratégias voltadas para a prevenção da iniciação do tabagismo em adolescentes, incentivo e oferta de tratamento à população tabagista e planejamento de ações que visem proteger a saúde das pessoas expostas ao tabagismo passivo (CRUZ; GONÇALVES, 2010).

Com o intuito de descentralizar o atendimento à população fumante, o PNCT possui o apoio dos estados e municípios na concretização das ações previstas na Portaria nº 571 de 05 de abril de 2013. Nessa perspectiva, os programas municipais de controle do tabagismo têm a responsabilidade de promover o acesso à abordagem intensiva ao fumante, bem como atuar na prevenção, seja nas unidades escolares, de trabalho ou de saúde (BRASIL, 2013).

A relevância das atividades preventivas está no cuidado com os adolescentes ainda em fase de experimentação. Pois, uma vez em contato com o tabaco e seus derivados, podem tornar-se fumantes crônicos podendo necessitar de apoio especializado

para abandono da nicotina (ARAÚJO, 2012).

Diante do exposto, o estudo em questão objetivou estimar o início do hábito de fumar e os fatores associados na população tabagista que procurou tratamento em um programa de atenção primária.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde orientada pelo Programa Municipal de Controle do Tabagismo, em Catalão, um município de porte médio, localizado no Sudeste do Estado de Goiás-Brasil. Esta cidade possui grande relevância econômica e referência na área da saúde para a região, compreendendo os municípios margem da estrada de ferro, totalizando 18 municípios: Catalão, Anhanguera, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Nova Aurora, Ouvidor, Três Ranchos, Caldas Novas, Corumbaíba, Marzagão, Rio Quente, Ipameri, Campo Alegre de Goiás, Pires do Rio, Palmelo, Santa Cruz de Goiás e Urutaí.

A população estudada são pessoas com dependência nicotínica que procuraram tratamento entre os anos 2011 a 2013. A amostra por conveniência foi constituída por indivíduos que atenderam os critérios de inclusão: terem 18 anos ou mais, acolhidos e cadastrados pelo Programa Municipal de Controle do Tabagismo, residentes no município local da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não prosseguiram o tratamento intensivo, regularizado pelo referido programa.

O instrumento utilizado foi estruturado e orientado para atender às variáveis do estudo. Sendo assim, continha dados sobre o início e o tempo de consumo do tabaco e dados sociodemográficos como: faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, renda e moradia. A variável desfecho foi o início do tabagismo antes dos 18 anos de idade e, as variáveis preditoras, as condições sociodemográficas.

A coleta de dados, realizada pelo pesquisador de campo, ocorreu por meio de prontuários gerados pelo processo de tratamento da Unidade Básica de Saúde, entre os meses de agosto a setembro de 2013.

Os dados foram digitados em dupla conferência em banco de dados. Posteriormente, foi realizada a limpeza do Banco de Dados e checagem das inconsistências utilizando Software *Statistical Package for the Social Sciences (SSSP)* for Windows versão 22.

A análise estatística dos dados foi em números absolutos, percentis, média, mediana e moda, desvio padrão. Na análise de associação univariada, entre o desfecho e as variáveis preditoras, aplicou-se o teste Qui Quadrado (χ^2) ou Fischer, e nível de significância de 5%. A magnitude da associação foi expressa pela Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Considerou-se associação entre o desfecho e as variáveis preditoras o valor de p menor a 0,05.

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa matriz que visa analisar a atenção à saúde de pessoas em uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Sendo assim, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (COEP/UFG), protocolo número 162/12.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 325 indivíduos, em sua maioria mulheres (62,5%), idade máxima de 78 anos, média de 46,15 anos, mediana de 46 anos ($dp=11,732$ anos), na faixa etária entre 40-49 anos de idade (36,9%), casados (53,6%), com ensino fundamental (46,4%), com vínculo empregatício (54,8%), salário mínimo de 1 a 3 (41,6%) e residindo com alguém (81,5%).

Quando analisados pela variável desfecho, encontrou-se uma prevalência de

maioria masculina (76,2%), na faixa etária entre 30-39 anos (84,7%), estado civil solteiro (80,3%), com ensino fundamental (77,4%), com vínculo empregatício (79,8%), com renda acima de 3 salários mínimos (45,2%) e em lar uniresidente (59,3%).

Ainda entre os que iniciaram o tabagismo antes dos 18 anos a média de idade foi de 13 anos, moda 15 anos. Em meio às

mulheres a média de idade foi de 15,6 anos e moda de 15 anos (dp=5,6 anos). Para os homens a média de idade foi 14,9 anos de idade, moda de 12 anos (dp=4,1 anos). Os demais dados, com respectivas variáveis, estão dispostas na Tabela 1.

A análise univariada revelou que idade acima de 60 anos foi associada ao desfecho $p=0,028$ (RP: 0,79; IC 0,62-1,00).

Tabela 1 Prevalência e fatores associados ao início de consumo de tabaco entre pessoas atendidas em um Programa Municipal de Controle do Tabagismo entre os anos 2011 a 2013, Catalão, Goiás, Brasil, 2013. (n=325).

		Início tabagismo < 18 anos	Início tabagismo > 18 anos	RP (IC95%)	*p
Sexo	n(%)	n(%)	n(%)		
Masculino	122 (37,5)	93 (76,2)	29 (23,8)	1,01 (0,89-1,15)	0,861
Feminino	203 (62,5)	153 (75,4)	50 (24,6)	1,00	
Faixa etária v:325					
>18-29 anos	30 (9,2)	24 (80)	6 (20)	1,00	
30-39 anos	59 (18,1)	50 (84,7)	9 (15,3)	1,15 (1,01-1,31)	0,731
40-49 anos	120 (36,9)	93 (77,5)	27 (22,5)	1,04 (0,92-1,18)	0,561
50-59 anos	72 (22,1)	52 (72,2)	20 (27,8)	0,94 (0,80-1,10)	0,436
>60 anos	44 (13,5)	27 (61,3)	17 (38,7)	0,79 (0,62-1,00)	0,028*
Estado civil* v:274					
Casado	147 (53,6)	112 (76,2)	35 (23,8)	1,02 (0,89-1,17)	0,789
Viúvo	27 (9,8)	20 (74,0)	07(25,9)	0,98 (0,77-1,24)	0,851
Solteiro	51 (18,6)	41 (80,3)	10 (19,6)	1,08 (0,92-1,26)	0,372
Outros (separado/divorciado)	49 (17,8)	34 (69,3)	15 (30,6)	1,00	
Escolaridade* v:153 (-fund.incomp.)					
Analfabeto	9 (5,8)	6 (66,6)	3 (33,3)	0,88 (0,55-1,41)	0,394
Fundamental	71 (46,4)	55 (77,4)	16 (22,5)	1,06 (0,88-1,27)	0,539
Ensino Médio	66 (43,1)	50 (67,7)	16 (32,3)	1,01 (0,84-1,22)	0,882
Superior	7 (4,5)	4 (57,1)	3 (42,8)	1,00	
Ocupação/Emprego* v:217					
Sim	119 (54,8)	95 (79,8)	24 (20,2)	1,17 (0,99-1,37)	0,533
Não	98(45,1)	67 (68,3)	31 (31,7)	1,00	
Renda					
Até 1 SM	49(35,8)	22(44,9)	27(55,1)	1,07 (0,72-1,59)	0,746
1-3 SM	57(41,6)	23(40,4)	34(59,6)	0,90 (0,60-1,33)	0,588
> 3SM	31(22,6)	14(45,2)	17(54,8)	1,00	
Residentes					
Uniresidente	27(18,5)	16(59,3)	11(40,7)	1,50 (1,02-2,20)	0,612
Com alguém	119(81,5)	47(39,5)	72(60,5)	1,00	
Moradia					
Própria	105(70,5)	42(40,0)	63(60,0)	0,89 (0,59-1,35)	0,584
Alugada	27(18,1)	12(44,4)	15(55,6)	1,09 (0,68-1,76)	0,719
Outra	13(8,8)	6(46,2)	7(53,8)	1,00	

#Salário mínimo em Reais = R\$ 510,00; RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; *p<0.05.

DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa revelam que a maioria das pessoas que procuraram pelo serviço para cessação do ato tabagístico iniciado antes dos 18 anos de idade são homens em faixa etária produtiva. A média de idade para início do hábito de fumar não foi distante dos estimados em outros estudos com média variando entre 14,9 a 16 anos (DIAS *et al.*, 2013, MARTINS; SEIDL, 2011, PEÑA *et al.*, 2013).

Em outra pesquisa, o início do tabagismo foi ainda mais precoce, de 7 a 27 anos, e na segunda década de vida (84,1%) (MARTINS; SEIDL, 2011). Possuir amigos fumantes e ter idade \leq 15 anos estão associados ao uso regular de cigarros em adolescentes de escola pública e as razões que os leva a fumar são específicas da idade (MENEZES *et al.*, 2014).

Quando analisados, sobretudo os adolescentes, pesquisa prévia revelou que a prevalência nesta faixa etária oscila entre o sexo feminino (13,4%) e masculino (15,3%). Nestes, a idade mínima de início do ato tabagístico foi de 9 anos de idade (FERREIRA; TORRAL, 2010).

Ao se ponderar estudos com pessoas idosas, pesquisa prévia realizada no Estado de São Paulo, Brasil, encontrou nesta faixa etária, dos 1.954 participantes, uma média de idade de 69,7 anos. A prevalência do hábito de fumar foi relativamente baixa (17,5%) e de ex-fumantes quase a metade da amostra é do gênero masculino (47,6%). Dos participantes fumantes, o consumo do tabagismo foi antes dos 16 anos de idade (42,7%) e entre os 16 e 20 anos pouco mais de um terço (30,6%). Em relação às mulheres, muitas nunca fumaram (73,7%) (ZAITUNE *et al.*, 2012).

Entre os idosos há relatos que a idade de iniciação do fumo deu-se em torno dos 16 anos (42,7%), com consumo de 20 ou mais cigarros por dia (ZAITUNE; BARROS; LIMA *et al.*, 2012). Em outra pesquisa, em que os participantes foram oriundos

de serviços de saúde, o início de consumo de cigarros foi aos 16,3 anos com média de idade de 47,1 anos (SILVA *et al.*, 2011).

Quando se busca por dados de idosos institucionalizados, pesquisa realizada com 116 idosos em 13 Instituições de Longa Permanência (ILPI) no Distrito Federal, Brasil, mostrou que houve prevalência do tabagismo no sexo masculino (23%), com grau de dependência oscilante (77,6%) moderada (51,7%) e elevada (29,9%) (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO, 2010).

Neste contexto de ILPI, ao ser aplicado o questionário de dependência nicotínica, observou-se que idosos acima de 70 anos tendem a ter dependência nicotínica mais elevada, quando comparado aos idosos de 60 a 69 anos que foi moderada. Este fato também associou-se ao nível de escolaridade, depressão, motivação de cessação e prejuízo de saúde, identificada, assim, uma maior dependência nicotínica à baixa escolaridade (CARVALHO *et al.*, 2013).

Por outro lado, as pessoas com mais de 60 anos com longa data de consumo de cigarros estão expostas por um período maior ao tabaco, com altas taxas de dependência grave nicotínica (80%) pelo teste de Fagerström (SECCO *et al.*, 2013). Sendo que metade dos fumantes com longa data de uso perderá em torno de 10-15 anos de vida e morrerá de alguma doença relacionada ao tabaco (OMS, 2014).

Não obstante, verificou-se que amostras de pesquisas são mais expressivas para o sexo feminino, pois sua seleção deu-se em serviços de saúde. Isso mostra que mulheres têm graus de dependência maiores e também apresentam mais tentativas de abandonar o cigarro (RUSSO; AZEVEDO, 2010). Ao mesmo tempo, tendem a procurar mais a ajuda dos serviços para a cessação do tabagismo, quando comparado ao sexo oposto, por apresentarem maiores preocupações com relação à saúde (LIMA; FAUSTINO, 2013; SATTLER; CADE, 2013).

A procura por ajuda dos dependentes do tabaco é multifatorial, desde o

reestabelecimento da saúde individual até a preocupação com as doenças advindas em decorrência do uso do mesmo (SANTOS *et al*, 2008). A associação entre tabagismo e doenças oftalmológicas, cardiovasculares, cerebrovasculares e pulmonares está descrita na literatura. Ao mesmo tempo, há relação direta entre consumo do tabaco e alcoolismo, câncer e depressão (LIMA; FAUSTINO, 2013).

Estes achados corroboram no sentido de que, seja qual for a idade de início do uso e consumo do tabaco, as pessoas não precisam de ajuda para abandonar o hábito de fumar na fase adulta. Muitas vezes, a motivação nesta idade é o aparecimento de complicações decorrentes do tabaco (LUCHESE *et al*, 2013).

Quanto à escolaridade, houve prevalência do ensino fundamental nos indivíduos na variável desfecho. Esses dados concordam com outro estudo em contexto internacional (HOOD *et al*, 2012). Isto pode ser compreendido pelo fato de início do hábito de fumar ocorrer mais cedo entre os adolescentes contemporâneos (SILVA *et al*, 2014b).

No público alvo de 13 a 17 anos, 1.565 estudantes de escolas públicas e privadas de Anápolis, Goiás, observou-se uma maior tendência ao início do tabaco em alunos da rede privada, apesar de relatarem ter assistido propagandas antitabaco. Destes estudante, 82% já tiveram informações intrafamiliares. Em controvérsia, também alegaram propagandas de marcas ou eventos, atores fumando em filmes, vídeos, amostras grátis, entre outros (SILVA *et al*, 2014b).

Outro estudo com 92 alunos de escolas da rede pública do ensino fundamental e médio, com idade de 12 a 17 anos, em Minas Gerais, Brasil, revelou que uma pequena porcentagem dos estudantes era fumante (2,2%), com consumo diário de 10 a 20 cigarros por dia. Desta população do estudo, mais da metade (57,6%) citou que os familiares próximos faziam o consumo do tabaco (REINALDO; GOECKING;

SILVEIRO, 2012).

Ter familiares fumantes, uso e consumo do álcool e drogas ilícitas foram associados ao uso do tabaco por universitários em Criciúma e Santa Catarina. Destes, muitos fumavam para relaxar (43,1%), pelo próprio prazer (33,3%) e iniciados por vontade própria (49%) (ROSA *et al*, 2014).

Em adição, o nível de escolaridade, não ter pais vivos e abuso físico por parte do pai foram fatores de risco associados ao uso e consumo do tabaco por pessoas que frequentavam ambulatório universitário em Cuiabá e Mato Grosso. Dois fatores protetivos, descobertos nesta pesquisa, foi o fato de se conviver com os pais por toda infância e referir raça branca (SILVA; SOUZA, 2013).

Uma possibilidade de discussão da associação do tabaco no adulto jovem é a grande influência da mídia sobre algumas gerações da população brasileira. Sabe-se, contudo, que as propagandas de cigarros foram proibidas na mídia escrita e televisiva pela Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996 e foram obrigadas a exibir em seus rótulos as explicações dos malefícios do uso do tabaco (BRASIL, 1996).

Possuir vínculo empregatício foi uma das variáveis prevalentes neste estudo. Isto de certa forma se torna importante como meio de manutenção do uso e consumo do tabaco. Este dado concorda com estudo prévio que mostra que, entre os tabagistas universitários, trabalhar e ter renda para o próprio sustento prevaleceu entre eles (67,1%) (ROSA *et al*, 2014).

Como forma de reduzir o consumo do tabaco, no dia mundial sem tabaco, ocorrido em 31 de maio de 2014, foi conclamado que os governos aumentassem os impostos sobre os produtos derivados do tabaco, com a finalidade de reduzir o seu consumo, os riscos à saúde decorrentes dele e contribuir para proteção das gerações contemporâneas e futuras. Acreditava-se que o aumento de 10% nos preços levaria à diminuição de 4% no consumo em países de alta renda e, aproximadamente, 8% nos países de média

e baixa renda (OMS, 2014).

Ao mesmo tempo, pesquisa com adolescentes suíços revelou a associação do capital social e o consumo de álcool, tabaco e uso de drogas ilícitas. Ou seja, quanto menor o capital social, maiores as chances (aproximadamente 60%) do consumo do álcool, três vezes mais chances de consumo do tabaco e o dobro de chances de uso de drogas ilícitas, quando comparado com melhor capital social (ÅSLUND; NILSSON, 2013). Estes resultados são compatíveis com esta pesquisa ao revelar que receber > 3 SM foi prevalente nas pessoas que iniciaram o uso e consumo do tabaco antes dos 18 anos de idade (desfecho).

A redução no consumo do tabaco é um fator importante a ser considerado, sobretudo sob o aspecto da saúde e qualidade de vida individual e coletiva. Pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (1959 a 2010), que avaliou fumantes, ex-fumantes e não fumantes, revelou uma redução no consumo do tabaco entre homens (9,3%) e mulheres (9,7%) (THUN *et al.*, 2013). No Brasil, desde 1989, houve queda no número de fumantes, chegando em 2008 a 17,2% da população (WÜNSCH-FILHO *et al.*, 2010).

Coabitar com os pais também tem sido relacionado ao início e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens (SILVA *et al.*, 2014a; ROSA *et al.*, 2014). Fato inversamente ao encontrado nesta pesquisa, ao revelar que residir em lar uniresidente foi prevalente no desfecho, reforça a necessidade de ações antitabagistas direcionadas ao adolescente e que envolvam parcerias intersetoriais, o sistema educacional, a sociedade e, sobretudo, a família (MENEZES *et al.*, 2014). Estes resultados revelam que o tabagismo tem intrínseca relação com a família e suas afinidades, uma vez que conviver com os pais toda infância são fatores protetivos no uso e consumo do tabaco (SILVA; SOUZA, 2013).

CONCLUSÃO

Este estudo estimou o início do hábito de fumar e fatores associados nos indivíduos tabagísticos que procuraram tratamento em um programa de atenção primária. Dentre estes, a amostra teve grande relevância ao revelar que a maioria iniciou o tabagismo antes dos 18 anos de idade.

Observa-se neste íterim que a procura pelo tratamento vem aumentando, sobretudo nos idosos, apesar da grande maioria ter iniciado o consumo do tabaco após os 18 anos de idade.

Apesar de haver uma maior prevalência do consumo tabagístico no sexo masculino, são as mulheres quem têm procurado mais por atendimento nos serviços especiais, com vistas à cessação do ato tabagístico. Contudo, preocupa-se com a população adolescente e seu contato precoce com o tabaco.

A amostra por conveniência de pessoas intencionadas ao abandono do hábito de fumar em um programa de antitabagismo foi uma limitação neste estudo, assim como o recorte temporal da população tabagística.

Contudo, aspectos positivos são ponderados, entre eles a disponibilização do serviço na atenção primária, que primou em estudar e entender os reais motivos que levaram estas pessoas ao início precoce do hábito do cigarro. Momento em que foram realizadas programações de conduta a cada reunião de grupo e inovações para abranger o público alvo (pessoas que querem abandonar o hábito de fumar).

Por fim, estes resultados apontam para a necessidade de planejamento e implementação de políticas e programas voltados à população jovem, e uma melhor estruturação da rede de apoio na atenção primária, no acolhimento destas pessoas em todas as faixas etárias, de modo que envolvam e direcionem o adolescente e sua família, imagem objeto na cessação do ato tabagístico.

RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

AGRADECIMENTO

Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás Brasil, processo nº 201200661660420.

REFERÊNCIAS

AFONSO, F.; PEREIRA, M. G. Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planejado para deixar de fumar. **Análise Psicológica**, v.31, n.1, p.17-29, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312013000100002&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 05 mai. 2014.

ARAÚJO, J. A. Medicina baseada em evidências científicas e tabagismo. São Paulo: AC Farmacêutica; 2012.

ÂSLUND, C.; NILSSON, K. W. Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden. **International Journal for Equity Health**, v. 33, n.22, p. 2- 11, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-9276-12-33.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

BRASIL. Lei 9.294, 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. **Casa civil: subchefia para assuntos jurídicos [da Presidência da República]**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº571/GM, de 5 de abril de 2013. **Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências**. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 8 de abril de 2013

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. L.; BEZERRA, A. J. C. Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.18, p.1119-130, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/25.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. L. Tabagismo em idosos internados em instituição de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.3, n.36, p.339-46, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n3/v36n3a12>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CRUZ, M. S.; GONÇALVES, M. J. F. O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n.1, p.35-42, 2010.

DIAS, C. R. K.; HERTEL, K. S.; GREGÓRIOS, F.; VIGUERAS, E. S. R.; GOLDMEIER, S. Programa de cessação do tabagismo: Resultados em pacientes cardiopatas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 39, p. 21-7, 2014. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2015/1482>. Acesso em: 02 jun. 2014.

FERREIRA, M. M. S. R. S.; TORGAL, M. C. L. F. P. R. Consumo de tabaco e de

- álcool na adolescência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.2, n. 18, p. 123-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_17.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2014.
- HOOD, N. E; FERKETICH, A. K; PASKETT, E. D; WEWERS, M. E. Treatment adherence in a lay health adviser intervention to treat tobacco dependence. **Advance access published**, n. 1, v.28, p. 72-82, 2012. Disponível em: <<http://her.oxfordjournals.org/content/28/1/72.full.pdf+html>>. Acesso em: 03 mai. 2014.
- LIMA, P. V. S. F.; FAUSTINO, A. M. Aspectos gerais do tabagismo entre idosos no Brasil: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n. 1, p. 1860-77, 2013. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/381/pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2014.
- LUCCHESI, R.; VARGAS, L. S; TEODORO, W. R, SANTANA, L. K. B; SANTANA, F. R. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 4, n.22, p. 918-26, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/07.pdf>>. Acesso em: 02 jun.2014.
- MARTINS, K. C.; SEIDL, E. M. F. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 27, n.1, p. 55-64, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a08v27n1.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2014.
- MENEZES, A. H. R.; DALMAS, J. C.; SCARINCI, I.C.; MACIEL, S. M; CARDELLI, A. A. M. Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.4, n.30, p.774-84, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0774.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-americana de Saúde (US). **Dia Mundial sem Tabaco 2014 preconiza o aumento de impostos para produtos derivados do tabaco**, 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=2453Adia-mundial-sem-tabaco-2014-preconiza-o-aumento-de-impostos-para-produtos-derivados-do-tabaco>. Acesso em 20 jul.2014.
- ONOKO-CAMPOS, R. T. Saúde Mental: Campo de práticas e de produção de conhecimento. **Caderno de Ciência e Saúde/ Faculdade Santo Agostinho**, v.4, v.4, p. 5-6, 2014. Disponível em: <http://issuu.com/faculdadessantoagostinho/docs/cadernos_de_saude_v4_n1_2014_site>. Acesso em: 26 jun. 2014
- PEÑA, P; ZAGOLIN, M.; ACUÑA, M.; NAVARRETE, S.; BUSTAMANTE, P.; SUÁREZ, C.; CAVADA, G; BERTOGLIA, M. P. Resultados de um programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico. **Rev Med Chile**, v.141, p. 345-52, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n3/art10.pdf>>. Acesso em: 24 mai.2014.
- REINALDO, A. M. S.; GOECKING, C. S.; SILVEIRA, B. V. Impacto das imagens de prevenção do uso de tabaco veiculadas em maços de cigarro na perspectiva de adolescentes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.3, n.16, p.364-72,2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/539>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

- ROSA, M. I.; CACIOTORI, J. F. F.; PANATTO, A. P. R.; SILVA, B. R.; PANDINI, J. C.; SOUZA, S.M.; SIMOES, P. W. T. A. Uso de tabaco e fatores associados entre alunos de uma universidade de Criciúma (SC). **Caderno de Saúde Coletiva**, v.1, n.22, p.25-31, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00025.pdf>>. Acesso em: 15 jul.2014.
- RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais eu contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36,n.5, p. 603-11, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132010000500012&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mai. 2014.
- SANTOS, S. R; GONÇALVES, M. S; LEITÃO FILHO, F. S. S. L.; JARDIM, J. R. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n.9, p. 695-701, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n9/v34n9a10.pdf>>. Acesso em: 10 abr.2014.
- SATTLER, A. C; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 1, n. 18, p. 253-64, 2013. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n1/26.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- SECCO; T. F. V.; VIANNA, L. G.; NÓBREGA, O. T; LOUREIRO, A. M. L.; TEIXEIRA, R. C. Dependência nicotínica e razões para fumar em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, v.3,n.16,p.239-50, 2013. Disponível em: < <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18547/13734>>. Acesso em: 23 abr. 2014.
- SILVA, R. L, F.; CARMES, E. R.; SCHWARTZ, A. F.; BLASZKOWSI, D. S.; CIRINO, R. H.; DUCCI, R. D. P. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.4, n.37, p.480-87, 2011. Disponível: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000400010>. Acesso em: 22 abr. 2014.
- SILVA, C. C.; COSTA, C. O. M.; CARVALHO, R. C.; AMARAL, M. T. R.; CRUZ, N. L. A.; SILVA, M. R. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD . **Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n.19, p. 737-45, 2014a. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00737.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- SILVA, B. C; SILVA, M. M; BARROS, R. F; LIMA, A. A; STEFANI, C. M. Acesso a informações e propagandas de cigarros por estudantes do ensino médio de Anápolis, GO. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 01, n. 5, p. 66-79, 2014b. Disponível em:< http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/673/pdf_1>. Acesso em: 01 jun.2014.
- SILVA, K. M; SOUZA, D.P.O. Tabagismo: abuso físico parental e fatores associados entre pacientes dos ambulatórios do Hospital Universitário Júlio Muller, Cuiabá (MT). **Caderno de Saúde Coletiva**, v.4, n.21, p.370-6, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a03.pdf>>. Acesso em: 10 jul.2014.
- THUN, M. J.; CARTER, B. D.; FESKANICH, D.; NEAL, D. F.;

PRENTICE, R.; LOPEZ, A. D.; HARTGE, P.; GUPSTUR, S. M. 50- year trends in smoking- Related mortality in the United States. **The New England journal of medicine**, v.4, n.368, p. 351-64, 2013. Disponível: < <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1211127>>. Acesso em 04 jul. 2014.

WÜNSH-FILHO, V.; MIRRA, A. P.; LÓPEZ, R.V. M.; ANTUNES, L. F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.2, n.13, p.175-87, 2010. Disponível:< <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/01.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2011. **WHO Report on the global tobacco epidemic: Warning about the danges of tobacco**, Genebra. Disponível em: < <http://whqlibdoc.who.int/>

publications/2012/9789241564434_eng.pdf>. Acesso em 15 mai. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2012. **WHO Global report: Mortality attributable to tobacco**. Genebra. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 de mai. 2014.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M. C. G. P. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Caderno de Saúde Pública**, v. 3, n. 28, p.583-95, 2012. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n3/18.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

ORIENTAÇÕES PARA EXAME ENDOSCÓPICO: A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO

Mônica Isabel Alves¹; Nariman de Felício Bortucan Lenza²

RESUMO: Trata-se de uma revisão bibliográfica que teve como objetivo apresentar a importância das orientações realizadas a pacientes pré e pós-procedimentos de exames de endoscopia digestiva alta (EDA), visto que o paciente possa ter dificuldades no entendimento das orientações e das palavras utilizadas pelo profissional enfermeiro. Além disso, reconhecer que a orientação de boa qualidade e consoante com o nível cultural do paciente reproduzirá menor dano físico, psíquico, mental e social a este, melhorando a qualidade do serviço prestado. Para tanto, foi realizado um levantamento nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de produções bibliográficas relacionadas ao tema, selecionando-se 5 artigos publicados em português, 1 em inglês e 10 livros. O trabalho está estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo se desenvolveu com ênfase no levantamento bibliográfico, utilizando os autores que defendem essa temática e o segundo aborda sobre a educação em procedimentos de enfermagem. Concluiu-se que a presença e atuação do enfermeiro endoscopista são notavelmente importantes por seu aporte científico e educativo, criando estratégias para amenizar as ansiedades, medos e complicações aos pacientes pré e pós-exame. O papel do enfermeiro ainda está em processo de reconhecimento pelas autoridades, sendo este um educador vinculado pelo próprio processo de trabalho e execução de procedimentos.

PALAVRAS-CHAVE: Educador; Endoscopia; Enfermagem.

ORIENTATIONS FOR ENDOSCOPIC EXAM: THE IMPORTANCE OF THE NURSE

ABSTRACT: This is a literature review that aims to show the importance of the instructions given to patients pre-and post-tests procedures endoscopy (EDA), since the patient may have difficulty in understanding the guidelines and the words used by professional nurses and recognize that the guidance of good quality and consonant with the cultural level of the patient play less physical, psychic, mental and social damage to this, improving the quality of service. A survey was conducted in the databases of the Virtual Health Library (VHL), bibliographic productions related to the theme, selecting 5 articles published in Portuguese, one in English and 10 books. The paper is structured as follows, the first chapter was developed with an emphasis on literature review using the authors argue that this theme, the second addresses on education in nursing procedures. It is concluded that the presence and activity of the nurse endoscopist are remarkably important for its scientific and educational contribution, creating strategies to alleviate the anxieties, fears and complications for patients pre and post-test. The role of the nurse is still in the process of recognition by the authorities, with the nurse educator bound by the work process and implementation of procedures itself.

KEYWORDS: Educador; Endoscopia; Enfermagem.

¹ Mônica Isabel Alves. Enfermeira do Centro de Diagnóstico por Imagem e Ambulatório de Gestantes de Alto Risco de Franca. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Prefeitura Municipal de Franca.

² Nariman de Felício Bortucan Lenza. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem Fundamental na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

INTRODUÇÃO

A Endoscopia Digestiva Alta, também conhecida como esofagogastroduodenoscopia é um exame realizado introduzindo-se pela boca um aparelho flexível com iluminação central que permite a visualização direta da porção interna dos órgãos do trato digestivo superior. Este exame pode ser realizado com anestesia tópica (um spray de anestésico na garganta) ou com sedação, utilizando medicação administrada por uma veia para permitir que o paciente relaxe e adormeça. Com o auxílio da endoscopia é possível diagnosticar várias patologias, entre elas: gastrite, esofagite, refluxo gastroesofágico, úlceras pépticas, pólipos e tumores. Além da utilização como método diagnóstico, a endoscopia também é um procedimento que pode ser utilizado com caráter terapêutico, permitindo a realização de retirada de corpos estranhos, controle de sangramento em úlceras pépticas, retirada de pólipos, entre outros. É o método mais utilizado no Brasil para detecção da bactéria *Helicobacter pylori* que causa grande desconforto e leva à morte, pelo menos, um milhão de pessoas por ano.

Devido aos avanços tecnológicos nessa área, houve o interesse em abordar esse assunto a partir da observação da dificuldade dos técnicos e auxiliares em enfermagem de orientar os pacientes submetidos ao exame de endoscopia digestiva alta (EDA), visto que esses profissionais não são acompanhados por um enfermeiro neste setor e assumem várias outras funções antes, durante e pós-procedimento.

O Objetivo deste trabalho é reconhecer que a atuação do enfermeiro com uma orientação de boa qualidade e consoante com o nível cultural do paciente causará menor dano físico, psíquico, mental e social a este, melhorando a qualidade do serviço prestado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para realizar a busca foram utilizados os seguintes descritores: Educador;

Endoscopia; Enfermagem.

Os critérios de inclusão foram estudos relacionados à temática da atuação do enfermeiro educador em procedimentos de endoscopia. Buscou-se incluir estudos que abordassem as experiências e relatos do enfermeiro enquanto educador, a importância da atuação e presença deste profissional durante a realização dos exames de endoscopia digestiva alta e estudos que abordassem o tema sobre o ensino em procedimentos de enfermagem e a atuação do enfermeiro em educação em saúde.

Foram encontrados artigos nas Bases de dados do LILACs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), também foram incluídos livros, manuais e cartilhas que abordassem o tema referente à endoscopia digestiva alta.

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de janeiro a junho de 2014, sendo selecionados 3 artigos que abordavam a temática, 1 monografia e 11 livros. Foram feitas pesquisas em 02 sites institucionais que condiziam com o tema.

Após seleção do material, foi realizada leitura criteriosa, fichamento, comparação dos dados e avaliação quanto ao seu contributo para o objetivo do estudo. Em seguida foram criadas 02 categorias de análise: “O enfermeiro educador em procedimentos” e “A educação em procedimentos de enfermagem”. Depois foi feita discussão sobre cada categoria, embasada na literatura nacional.

O ENFERMEIRO EDUCADOR EM PROCEDIMENTOS

Na década de 60, o educador Paulo Freire teve um grande destaque no país ao propor seu método de ensino, que não visava apenas a alfabetização, mas também a conscientização (FREIRE, 1993). Neste sentido, os enfermeiros devem facilitar o entendimento do usuário para que ele seja não apenas passivo, mas também ativo durante o processo de orientação, trans e pós-exame. Assim,

Espera-se que o (a) enfermeiro (a) funcione como “professor (a)” para os outros

membros da equipe, assim como para os pacientes (MAGALHÃES, 2004). Para Magalhães e colaboradores, o enfermeiro enquanto educador assume um papel social, cultural e histórico de preparar o indivíduo, numa participação ativa e transformadora, nas diferentes possibilidades de nascer, viver e morrer em uma sociedade.

Jesus (2000) relata que o papel do(a) enfermeiro (a) era apenas cuidar do paciente durante o exame. Com as mudanças ocorridas na prática e na educação do (a) enfermeiro (a) há necessidade de treinamento para atender os pacientes submetidos aos procedimentos de endoscopia. Hoje, devido aos grandes avanços desta área, é necessário que o profissional seja capacitado para recepcionar, orientar, atender de forma holística o paciente no pré, trans e pós-atendimento e procedimento endoscópico.

Para Waldow (2005), as várias formas de arte podem abrir canais de comunicação entre cuidadores e seres cuidados. É importante ter conhecimento de suas várias aplicações e seus benefícios nas atividades diárias desenvolvidas pelo enfermeiro que deve buscar todos os recursos possíveis, teóricos e práticos, para o melhor desempenho de suas ações no processo de trabalho (DILLY *et al.*, 1995).

É importante buscar diariamente em cada realidade vivida o conhecimento necessário para a tomada de decisões coerentes em cada situação específica. Com isso, torna-se imprescindível a atuação do enfermeiro na sala de procedimentos e uma pós-graduação para efetivar o conhecimento específico; estando este apto para acompanhar as inovações e as novas descobertas no campo da educação.

A enfermagem deve trabalhar com um conceito mais amplo de educação (DILLY *et al.*, 1995), não apenas planejar e repassar os conteúdos relevantes, mas também buscar a participação de todos os envolvidos no processo educativo. Neste contexto, os pacientes são os “alunos” e carecem da utilização de instrumentos e métodos para orientação e entendimento de forma clara, concisa e coerente; de modo que as orientações/

informações sejam adequadas ao nível de compreensão de cada paciente.

Também é fundamental estabelecer ambientes onde a educação seja estimulada e desenvolvida de forma a auxiliar o processo de entendimento e transformação do conhecimento entre os envolvidos (equipe de enfermagem, pacientes e familiares), permitindo uma interação geradora de benefícios para a equipe endoscópica, pacientes e serviço.

Muller (2006) afirma que o enfermeiro endoscopista planeja, implementa, dirige e supervisiona o setor, avaliando o paciente a cada instante.

Silva (2010) relata sobre a importância de treinamento da equipe que atua no setor de endoscopia.

Leite e Pereira (1991) também corroboram com as ideias de Silva e Almeida sobre a constituição de um programa de educação de treinamentos para a melhoria da assistência prestada, dando suporte e conhecimento à equipe.

A educação permanente e os treinamentos têm impacto nas ações realizadas pela equipe e favorecem o vínculo dos profissionais atuantes. Além disso, o enfermeiro educador promove transformação positiva e auxiliadora no processo de trabalho, sendo visto como aliado no setor de endoscopia.

Jacobus (2011) mostra que 64% das informações acerca do exame foram realizadas por técnicos de enfermagem, 52% das orientações foram realizadas pelo médico solicitante, porém não foi especificada a atuação do enfermeiro. Pois este foi incluído na equipe de enfermagem. Assim, 75% dos pacientes conhecem as funções exercidas pelo enfermeiro no setor de endoscopia, embora o público pesquisado não tenha conhecimento abrangente das atribuições do enfermeiro; não diferenciando as categorias profissionais (auxiliar, técnico e enfermeiro).

Jacobus descreve sobre a contribuição do enfermeiro para a realização da endoscopia digestiva satisfatória, no olhar dos pacientes, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1 - Como enfermeiro poderá contribuir para a realização do exame

	F	%
Realizando os cuidados durante o exame e na sala de recuperação	7	25,0
Promovendo um ambiente tranquilo e seguro para a realização do procedimento	4	3,6
Esclarecendo as dúvidas sobre o preparo para a realização do exame e cuidados após a sua realização.	4	14,3
Auxiliando o médico durante a realização do procedimento	4	14,3
Todas as anteriores	21	75,0

Fonte: JACOBUS, 2011.

Dessa forma, Jesus (2000) destaca que os enfermeiros devem estar atentos às informações passadas aos pacientes que irão ser submetidos à endoscopia. Sendo que a orientação sobre o procedimento, as medicações utilizadas, o preparo do exame, os riscos e os procedimentos que podem ser realizados durante a endoscopia devem ser esclarecedores, com o intuito de diminuir a ansiedade e esclarecer dúvidas.

Paes (2006) também atribui ao enfermeiro a explicação acerca dos procedimentos ao paciente e aos seus familiares, possibilitando a realização do exame sem intercorrências e com maior qualidade.

A SOOBEEG destaca sobre a atuação do enfermeiro durante todo o processo que o paciente percorre até a sua total recuperação pós-exame.

A educação para a saúde é parte integrante do papel e funções do enfermeiro de endoscopia digestiva, dando ênfase à prevenção, rastreamento, educação e suporte (ESGENA, 2004).

As orientações acerca do preparo para realização da endoscopia é feita de acordo com o estabelecimento assistencial de saúde, sendo de comum acordo o jejum de 8 horas antes do procedimento, a obrigatoriedade de acompanhante adulto e a não ingestão de alguns alimentos no dia anterior ao exame como leite e frutas com casca.

Miyajima (2010) enfatiza que o exame bem sucedido começa no momento do agendamento através de orientações corretas feitas por profissional qualificado, apto e com conhecimento técnico/científico.

Sendo assim, todos os pacientes que

sejam submetidos a procedimentos endoscópicos diagnósticos/terapêuticos têm o direito de ser assistidos por enfermeiros qualificados e treinados na área dos cuidados de enfermagem em endoscopia digestiva (ESGENA, 2004).

O setor de endoscopia possui uma equipe composta por médico, auxiliares e técnicos de enfermagem. Poucos os serviços têm condições financeiras de manter um enfermeiro exclusivo. Além disso, a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva (SOBED) dispõe sobre a não obrigatoriedade legal desta contratação. Porém, vários autores relatam a importância da presença deste profissional atuando neste setor (SOBEEG, 2011; ESGNA, 2004).

Assim, não há legislação específica para contratação de um enfermeiro endoscopista. Este profissional acumula funções administrativas e procedimentos de mais setores, apesar de ser real e importante a sua atuação na forma de promover a prática educadora e científica, uma vez que é responsável por educar usuários e equipe de enfermagem.

A EDUCAÇÃO EM PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Na Idade Média, surgiram locais próprios para assistência aos pobres, aos portadores de doenças e aos excluídos, pois eram considerados perigosos para a sociedade. Os locais eram sujos, sem ventilação e iluminação adequadas e com um número excessivo de doentes. Os cuidados eram prestados por mulheres de moral duvidosa,

leigas e sem preparo específico, que se preocupavam com a cura espiritual e a salvação eterna (PORTO; VIANA, 2009). Mais tarde, esses locais passaram a ser chamados de hospitais. A medicina passou a utilizar o hospital como local de cura e de formação de profissionais na área da saúde no século XVII e o médico tornou-se a figura central deste local.

Segundo Porto e Viana (2009), no século XIX, a enfermagem profissional iniciou-se com a atuação de Florence Nightingale na Guerra da Criméia e de Ana Néri no Brasil. Desde então, as práticas educativas em saúde têm sido presença marcante na atuação dos enfermeiros (SAUPE; BUDÓ, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem buscado discutir sobre a importância das atividades educativas junto aos pacientes, elaborando materiais institucionais para a educação permanente.

A prática profissional mostra que o enfermeiro não tem incorporado a educação do paciente como uma atividade relevante no desenvolvimento de suas atribuições. Mas, vê-se que este se encontra bastante absorvido pelas demandas administrativas, que o tem distanciado da assistência direta ao paciente.

A prática constitui um processo de aprendizagem através da qual o enfermeiro adapta-se à profissão, eliminando o que lhe parece inutilmente abstrato ou sem relação com a realidade vivida e conservando o que pode servi-lhe de alguma forma.

O enfermeiro em sua prática diária e de acordo com o contexto social em que atua, torna a aprendizagem vinculada à realidade. É preciso deixar evidente que ao falar-se de aprendizagem e realidade não se está falando em ter orientações ou propostas únicas, mas sim que o enfermeiro educador tenha uma compreensão crítico-reflexiva sobre suas práticas, sobre os objetivos a serem atingidos e o *feedback* de suas ações. Ou seja, o educador deve estar sempre criando e recriando métodos de ensino dinâmicos e mutáveis.

Quando são trazidas as ideias freirenas para o cotidiano da prática educativa do enfermeiro, pode-se, pela crítica e reflexão, ver transformados ou reconstruídos saberes dentro de um grupo que não tem o conhecimento advindo do princípio acadêmico-científico. Ao mesmo tempo, os profissionais da enfermagem também se apropriam do conhecimento que vem do universo comum, considerando-se, junto a seu cliente, um aprendiz durante o cuidado.

A relação dos educadores com os saberes que ensinam é fundamental para a configuração da identidade profissional. A articulação do saber docente e da prática que ensinam leva em conta a especificidade da ação educativa e contribui para o desenvolvimento de habilidades, técnicas e conhecimento para enfrentar os desafios de educar, treinar e orientar. Sendo assim, o profissional da saúde que se propõe a ser um educador em saúde deve assumir-se como tal, pois sua ação é imprescindível à comunidade. Ambas as partes, educadores e educandos, enfermeiros e pacientes, ensinam e aprendem.

Freire (2007) mostra que o homem não pode ser pensado ou analisado como um recorte isolado do contexto que se insere. Desse modo, nas orientações acerca do procedimento, o enfermeiro deve conhecer a realidade que seu paciente está inserido, orientando-o segundo suas dificuldades e necessidades.

Embora a educação/orientação em todos os momentos do cuidado seja indispensável, é necessária a humanização, transformando as ações/procedimento/orientação em um ato pensado, simples, amoroso e não mecânico.

A implicação e a humanização são claras para Freire, segundo o qual “não há, porém, humanização na opressão, assim como não pode haver desumanização na verdadeira libertação”. Neste sentido, o enfermeiro educador não deve ser apenas um mero colaborador, mas toma para si o papel fundamental da transformação da sua equipe, dos usuários/pacientes e do ambiente de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já citado anteriormente, o enfermeiro é um educador vinculado pelo próprio processo de trabalho e execução de procedimentos. Da prática surgem novas reflexões e novos conhecimentos, ampliam-se a teoria e resulta novas alternativas para a prática (ZARPELLON, 2007).

Através da revisão bibliográfica, observou-se a importância de o enfermeiro atuar na sala de endoscopia criando estratégias para amenizar as ansiedades, medos e complicações aos pacientes. Ainda, verificou-se que a prática do enfermeiro influencia no processo de geração de conhecimento. Mas, principalmente, que o fato de estar presente junto à equipe endoscópica para solucionar problemas, orientar, realizar treinamentos e minimizar os riscos gerados pelo procedimento traz ao educador/enfermeiro o *feedback* necessário para intervir no processo de educação, reflexão crítica e construção do seu próprio saber.

Segundo os autores pesquisados, para o enfermeiro promover a prática educadora é necessário alto conhecimento técnico-científico, reflexão constante, bom relacionamento interpessoal e afetivo. Sendo este profissional responsável por educar usuários e a equipe de enfermagem.

Podemos observar que o papel da *enfermagem em endoscopia digestiva*, reconhecido pela primeira vez em 1941, *ainda está em processo de reconhecimento pelas autoridades, Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e instituições de ensino. O objetivo de adotar o enfermeiro endoscopista é valorizar o profissional, reconhecer e aprimorar o processo de educação no ensino de enfermagem e respaldar a equipe de possíveis transornos nos procedimentos.*

A European Society of Gastroenterology and Nurses and Associates (ESGNA), criada em 1996, é uma organização profissional de enfermeiros que acredita que a educação em saúde é papel do enfermeiro em endoscopia, com

ênfase na prevenção, rastreamento, educação e suporte; oferecendo cursos e certificando esses profissionais para atuarem na prática endoscópica.

O desafio para o enfermeiro endoscópico é enfatizar a importância de sua atuação, ampliando conhecimentos, pontos a serem discutidos e pactuados com a equipe e órgãos responsáveis.

O ensino superior está desempenhando vários e novos papéis na sociedade atual; estando em contínua mudança e os profissionais enfermeiros endoscópicos também são responsáveis pela mudança de atitude, ações e pensamento da sociedade.

O enfermeiro precisa estar sempre aprimorando seus conhecimentos acerca de novos equipamentos, desinfecção e esterilização, relacionamento interpessoal para atender os usuários que muitas vezes têm como conhecimento adquirido sites da internet, estando mais exigentes, curiosos e interessados.

Conclui-se, assim, que a educação está intimamente relacionada em todo e qualquer procedimento realizado pelo enfermeiro ou pela equipe de enfermagem. Sendo, portanto, de extrema valia seu aporte científico, educativo e sua atuação no setor de endoscopia digestiva alta. O educador/enfermeiro deve utilizar e buscar todos os recursos e instrumentos necessários para levar o conhecimento e o entendimento ao usuário. O educador em questão está apto, capacitado e pronto para utilizar esses instrumentos de forma efetiva, minuciosa, reflexiva e crítica.

REFERÊNCIAS

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem - das concepções pedagógicas à prática profissional.** São Paulo: Robe editorial, 1995.

ESGENA - European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates. **European Job Profile**

for Endoscopy Nurses. 2004. Disponível em: < <http://www.esgena.org/#2>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos.** São Paulo: Paz e Terra, 2007.

JACOBUS, B. **Conhecimento dos pacientes sobre as orientações para realização de endoscopia digestiva.** 2011. Monografia (Graduação em Design de Produtos) - Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2011. Disponível em:< <http://ged.feevale.br/bibvirtual/Monografia/MonografiaBrunaJacobus.pdf>>. Acesso em: 11 de mar. 2013.

JESUS, I. M. N. Enfermagem e endoscopia. In: SOBED – Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. **Endoscopia digestiva.** 3. ed. São Paulo: Medsi, 2000.

LEITE, M. M. J.; PEREIRA, L. L. **Educação continuada em enfermagem.** In: KURCGANT, P. *et al.* Administração em Enfermagem. 9. ed. São Paulo: EPU, 1991. p. 147-163.

MAGALHÃES, C. R.; GUIMARÃES, E.C.; AGUIAR, B.G. C. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental,** Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 115-119, 2004. Disponível em:< <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/12%202004.pdf>>. Acesso em: 11 mar.2013.

MIYAJIMA, N. T. Colonoscopia: Durante o procedimento. In: SILVA, M. C. **Enfermagem em endoscopia digestiva e respiratória.** São Paulo: Atheneu, 2010.

MULLER, S. A importância da enfermagem no serviço de endoscopia digestiva. In: SOBED – Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. **Endoscopia gastrointestinal: terapêutica.** São Paulo: [s.n.], 2006.

PAES, I. M. N. Planejamento e estruturação de um serviço de endoscopia digestiva. In: SOBED – Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. **Endoscopia gastrointestinal: terapêutica.** São Paulo: Medsi, 2006.

PORTO, A.; VIANA, D. L. **Curso didático de enfermagem, módulo I.** 5. ed. São Caetano do Sul: (SP): Yendis Editora, 2009.

SAUPE, R.; BUDÓ, L. D. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 57, n. 2, mar./abr. 2004, p. 165-169. Disponível em:< http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019637_007>. Acesso em:11 mar. 2013.

SILVA, M. G. **Enfermagem em endoscopia digestiva e respiratória.** São Paulo: Atheneu, 2010.

SOBED. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA. **Endoscopia digestiva alta.** 2011. Disponível em: <http://www.sobed.org.br/web/site/unico.aspx?id_secao=72> Acesso em: 13 mar. 2013.

WALDOW, V. R. **Estratégias de ensino na enfermagem:** enfoque no cuidado e no pensamento crítico. Petrópolis (RJ): Vozes, 2005.

ZARPELLON, L. Do. **A relação teoria e prática no processo de formação do enfermeiro.** PUCPR, 2007. Disponível em: <<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-193-04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Maluanne Santos Silva¹; Giovana Fernandes Araújo²

RESUMO: O presente estudo teve por objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida por enfermeiros atuantes na rede hospitalar. O estudo foi de natureza qualitativa do tipo descritiva, realizado em um hospital de médio porte localizado em um município do Sudoeste da Bahia. Participaram da pesquisa enfermeiros que atuam nos períodos matutino e vespertino da unidade. Foi realizado através de entrevista gravada utilizando um roteiro semiestruturado. Os resultados foram analisados visando à identificação das categorias e unidades temáticas a partir da utilização do referencial de Bardin. Emergiram as categorias: *a qualidade de vida sob a ótica dos enfermeiros; relação entre qualidade de vida e lazer; relação entre qualidade de vida e trabalho e importância do trabalho para qualidade de vida*. Os enfermeiros relacionam qualidade de vida à saúde, à diminuição de estresse, ao trabalho, à família e aos amigos. Para os participantes, o lazer é essencial para ter-se QV (qualidade de vida), uma vez que leva ao prazer e consequente bem-estar. Foi possível perceber um paradoxo entre os relatos, pois, enquanto alguns acreditam que para ter-se QV é necessário trabalhar, já que o trabalho proporciona condições para isso, outros acreditam que o trabalho pode ser um fator preponderante para a perda da QV por condições como estresse e organização do trabalho. Concluiu-se que os participantes possuem noção de conceitos e que percebem o trabalho, com suas nuances, como um forte fator colaborador, ou não, para o indivíduo poder viver com QV.

DESCRITORES: Enfermagem; Percepção; Qualidade de vida.

PERCEPTION OF NURSES A MOTHER AND CHILD HOSPITAL ON QUALITY OF LIFE

ABSTRACT: The present study aimed to evaluate the perception of the quality of life for nurses that work at the hospital network. The study was qualitative descriptive, conducted in a medium-sized hospital located in a city in Bahia's Southwest. Were selected nurses who work during morning and afternoon shifts to reach this research's target. It was conducted through recorded interviews by using a semi-structured script. The results were analyzed in order to identify the categories and thematic units from the use of Bardin Referential. Categories emerged: *quality of life from the perspective of nurses; relationship between quality of life and leisure; relationship between quality of life and work and the importance of the work for quality of life*. Nurses related quality of life to health, decrease of stress, job, family and friends. For participants, leisure is essential to level QL (quality of life) up, because it would lead to pleasure and consequent welfare. It was possible to see a paradox between the reports, since while some believe it is necessary to work for the purpose of having QL, once it provides favorable conditions. To others, work can be a major factor in the loss of QL because depending of the work organization it also provides stress conditions. It was concluded that participants possess notion of concepts and realize the work, with its nuances, may or not be a strong contributor factor, for the individual QL.

KEYWORDS: Nursing; Perception; Quality of life.

¹ SILVA, M, S. Graduada em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste.

² ARAÚJO, G, F. Enfermeira. Mestra em meio ambiente e sustentabilidade. Especialista em Enfermagem do trabalho e saúde da família. Professora do curso de Enfermagem da Faculdade Independente do Nordeste.

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador tem estreita relação com as condições de trabalho. Isso diz respeito à forma pela qual o trabalho é realizado, em que área o trabalhador atua e a que riscos ele está mais exposto (físicos, químicos, biológicos, mecânicos). Em 1997, a Organização Mundial de Saúde - OMS identificou a exposição dos indivíduos aos riscos ocupacionais ressaltando os riscos ergonômicos e físicos, que atingem 30% da força de trabalho nos países desenvolvidos e de 50 a 70 % nos países em desenvolvimento. Tais dados resultam no aumento da entrega de atestado médico, aparecimento das doenças profissionais e sequelas ou invalidez por acidentes de trabalho (UFMG, 2007).

De acordo com Silva (2011), o trabalho refere-se ao empreendimento das forças e potencialidades humanas para alcançar um determinado fim, além de estabelecer certo domínio sobre a natureza. É uma maneira que permite aos trabalhadores e suas famílias terem acesso a bens e serviços, garantindo o sustento, já que é uma fonte contínua de renda. Trabalhar significa está inserido em um meio social privilegiado, propiciando melhorias na qualidade de vida. Por outro lado, pode gerar agravos à saúde do trabalhador: desgaste físico e mental, além de riscos ocupacionais, comprometendo a capacidade laboral, gerando muitas vezes sequelas irreversíveis ao indivíduo.

A expressão qualidade de vida (QV) designa-se como uma área multidisciplinar englobando conhecimentos das diversas formas de ciências e conhecimento popular. O termo é facilmente percebido na sociedade contemporânea, sendo incorporado pela população em geral em várias formas de significados (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Desde a década de 1960 já começou a dar-se atenção à qualidade de vida no trabalho, através de iniciativas de pesquisadores, líderes sindicais e governantes, com o objetivo de alcançar melhorias na organiza-

ção de trabalho, minimizando, com isso, aspectos negativos do empregador e consequentemente geração de bem-estar aos mesmos (JESUS; FIGUEREDO; OLIVEIRA, 2010). Segundo Haddad (2000), a qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da QV, uma vez que vida sem trabalho não há significado. Assim sendo, passou a ocupar um lugar central na vida do homem.

Atualmente vem ocorrendo algumas mudanças no cenário do mundo do trabalho, que vem passando por rápidas transformações nas últimas décadas. A criação de máquinas cada vez mais avançadas aumenta de forma grandiosa a produtividade libertando homens e mulheres dos serviços pesados. Entretanto, tais novas inserções tecnológicas substitui o trabalho do homem pelo da máquina reduzindo, assim, a oferta de trabalho e consequentemente gerando o desemprego (SILVEIRA, 2009).

Quando se trata dos trabalhadores da área da saúde como enfermeiros, as condições de trabalho para estes profissionais nem sempre dispõem dos meios necessários à mobilização de suas capacidades e limites. A carga de trabalho elevada somada às condições de trabalho não motivadoras são fatores que influenciam negativamente na qualidade de vida dos enfermeiros (CECAGNO *et al*, 2003). Deve-se levar em consideração que essa classe profissional atua em áreas complexas, que exigem muita dedicação e responsabilidade. A remuneração na maioria das vezes é baixa, o que os leva a ter mais de um vínculo empregatício para poder sanar despesas pessoais e familiares. A carga horária excessiva de trabalho, somada às condições de trabalho insalubres, culminam no surgimento de patologias ligadas à profissão e, dependendo da cronicidade, podem ser irreversíveis (MEDEIROS *et al*, 2006).

Os enfermeiros possuem uma média salarial inferior à do médico e do dentista, porém a carga horária de trabalho é semelhante ao profissional médico. Pois profissionais de enfermagem cumprem uma carga

horária superior a 44 horas semanais, já que precisam cobrir a ausência dos colegas de trabalho que se afastaram por doenças, imprevistos e acidentes. Muitas vezes os trabalhadores acumulam carga horária extra no local de trabalho, que deveria ser tirada como dia de folga. Contudo, a instituição desconta-a de acordo com as faltas no trabalho. Nessas condições, os riscos ocupacionais são grandes, geradores de adoecimento, comprometendo a qualidade de vida e a saúde dos trabalhadores de enfermagem (FELLI, 2012).

O interesse por este tema deu-se a partir da leitura de artigos científicos a respeito da qualidade de vida relacionada ao profissional de enfermagem ao cursar a disciplina “Saúde do Trabalhador” no 6º semestre do curso de graduação em enfermagem. A discussão a respeito do tema torna-se relevante uma vez que o enfermeiro necessita estar bem para exercer com excelência o maior objetivo da profissão que é o cuidar.

Nesta perspectiva surgiu o seguinte problema: “*qual é a percepção dos enfermeiros atuantes na rede hospitalar a respeito da qualidade de vida*”? Assim, o presente estudo teve por objetivo compreender a percepção da qualidade de vida por enfermeiros atuantes na rede hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo descritiva. Os dados foram coletados em um hospital de médio porte localizado no município de Vitória da Conquista, no Sudoeste da Bahia. Trata-se de uma instituição pública administrada por uma fundação sem fins lucrativos que presta atendimento através de demanda espontânea ou de encaminhamento de outros serviços de saúde.

A população do estudo foi composta por enfermeiros que trabalham no hospital, sendo a amostra formada por profissionais

que atuam nos períodos matutino e vespertino, em diferentes setores, perfazendo o total de 08 participantes. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que trabalham exclusivamente no período matutino ou vespertino, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, terem assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que estejam na escala de trabalho no dia da coleta de dados.

Os dados foram coletados no período de 12 a 16 de maio de 2014, através de entrevista gravada, utilizando um roteiro semiestruturado elaborado e aplicado pela pesquisadora. As entrevistas foram realizadas individualmente no local de trabalho, em horário determinado, junto aos profissionais mencionados.

As entrevistas, após serem realizadas, foram transcritas na íntegra para o programa Word 2010. Os dados foram analisados visando à identificação das categorias e unidades temáticas por meio da utilização do referencial de Bardin. Análises dos dados foram operacionalizadas a partir das seguintes questões: foi realizada a leitura flutuante e aprofunda dos dados, grifando os relatos significativos, semelhantes e diferentes; recortes de fragmentos grifados; busca de categorias a partir das temáticas mencionadas no objetivo; elaboração de uma lista de falas dos entrevistados por categorias; escolha das falas que possuem maior poder de síntese e abrangência, e informações dentre os conteúdos das entrevistas para exemplificar as categorias emergentes.

A pesquisa foi realizada a partir da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste para aprovação, em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, parecer nº 639.557. Foi garantido o sigilo das informações pessoais com preservação do anonimato dos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando a integridade e os direitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO*Caracterização dos sujeitos*

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo. 2014.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	N
IDADE	
19-29	4
30-39	3
NÃO INFORMOU	1
SEXO	
FEMININO	5
MASCULINO	3
RELIGIÃO	
CATÓLICO	3
EVANGÉLICO	3
OUTROS	2
ESTADO CIVIL	
SOLTEIRO	4
CASADO	3
SEPARADO/DIVORCIADO	1
TEMPO DE FORMAÇÃO	
1 A 5 ANOS	5
6 A 10 ANOS	1
MAIS DE 10 ANOS	2
Nº DE VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS	
1	2
2	5
3	1
CARGA HORÁRIA DE TRABALHO	
40 HORAS SEMANAIS	6
MAIS DE 40 HORAS SEMANAIS	2

Fonte: Elaborado pelas autoras baseado em dados coletados.

Conforme a Tabela 1, observa-se na faixa etária que se trata de enfermeiros adultos jovens em período da vida dedicado às atividades laborais. A maior parte dos entrevistados é do sexo feminino, que é uma característica da profissão. Em relação ao tempo de formação, nota-se que a maioria possui até 5 anos. Entre os participantes observa-se que, com uma exceção, possuem mais de um vínculo empregatício, que é outra característica encontrada na profissão por questões salariais. Esta multiplicidade de empregos pode ser um dos motivos de precarização e penosidade no

trabalho. No que diz respeito à carga horária de trabalho, 06 possuem 40 horas semanais e 02 mais de 40 horas semanais.

As categorias relacionam-se à percepção de qualidade de vida dos enfermeiros do hospital materno-infantil: A qualidade de vida na ótica dos enfermeiros, relação entre qualidade de vida e lazer, relação entre qualidade de vida e trabalho e importância do trabalho para qualidade de vida.

Categoria I - A qualidade de vida sob a ótica dos enfermeiros

Os enfermeiros relacionam qualidade de vida à saúde, à diminuição de estresse, ao trabalho, à família e aos amigos.

Pra mim qualidade de vida é uma coisa temporária. Você pode está muito bem hoje entendeu? Pode ocorrer algo no seu cotidiano e a partir desse momento achar que você não está com a qualidade de vida que você gostaria que estivesse. Então é muito circunstancial ela está relacionada a você está bem profissionalmente, nas relações familiares, e de amizade. Obviamente incluindo também a saúde como um todo. Deve está bem fisicamente e emocionalmente (enfermeiro A).

É quando você consegue conciliar a sua profissão, o que você escolheu como profissão, com sua parte familiar que é a sua residência, com a questão de esportes e lazer. O lazer é que comanda a maior parte da qualidade de vida mental. Porque se você não estiver com a mente boa dificilmente você vai saber lidar com o corpo. Pra mim o que comanda a maior parte é a parte mental mesmo (enfermeiro C).

Em minha opinião, qualidade de vida é poder ter uma vida tranquila, sem tanto estresse, tempo para pode aproveitar as coisas boas da vida, para almoçar com tranquilidade, ficar com a família, ter horários flexíveis no trabalho, poder descansar, praticar esportes e realizar atividades que proporcionam prazer (enfermeiro E).

Nas definições dadas pelos participantes há em comum a satisfação quanto à profissão e o convívio familiar, apontados como fatores para ter-se QV. Ainda destaca-se nos relatos a importância do lazer ou de uma atividade que traga algum tipo de prazer.

Por conta da complexidade e dimensão, é difícil conceituar qualidade de vida já que cada indivíduo entende o conceito de QV de forma diferenciada. Contudo, para ter-se qualidade de vida é necessário que existam fatores intrínsecos e extrínsecos se correlacionando (SABÓIA; PONTE, 2013).

A qualidade de vida depende da satisfação de várias necessidades pertinentes ao ser humano: estar bem consigo mesmo, com o trabalho e ter saúde. Desta forma, os seres humanos podem ser considerados iguais quanto à espécie, mas são distintos quanto à maneira de viver a vida. Pois cada indivíduo tem seus objetivos de vida, diferentes crenças, valores e anseios de realizações. Tudo isso faz com que a avaliação da qualidade de vida referida por cada pessoa possa sofrer modificação mediante as mudanças impostas pela vida. Portanto, de acordo com as alterações importantes ocorridas ao longo da vida das pessoas, elas também mudam, não apenas a avaliação das coisas, mas a forma pela qual avaliam sua qualidade de vida (ARAÚJO; SOARES; HENRIQUES, 2009).

Categoria II – Relação entre qualidade de vida e lazer

Houve enfermeiro no segundo momento da entrevista que não relacionou o lazer como um fator importante para ter-se QV, ao contrário da maioria dos participantes.

É algo que muitas pessoas confundem, pois qualidade de vida é o cotidiano, o dia a dia. Já lazer é um espaço à parte que se reserva para realizar atividades que traga diversão e prazer (enfermeiro D).

É que o lazer favorece prazer ao ser humano. Quando você sente prazer nas

coisas que se faz e você dedica uma parte da vida para isso então a vida se torna mais leve e você tem qualidade de vida. Com menos esforço para conseguir as coisas com menos tempo de trabalho para conseguir retorno financeiro então consegue proporcionar a vida mais tranquila, mais tempo pra viver com os seus amigos e sua família. Com atividades que dê prazer. A partir do momento que o trabalho impede que você tenha lazer você deixa de ter qualidade de vida (enfermeiro E).

(...) o lazer é quando você está se divertindo, é quando você está bem. Então, quanto mais lazer melhor. Se seu trabalho é um lazer, ótimo. Um surfista, por exemplo, há de convir que não exista um trabalho melhor do que aquele um surfista profissional, o trabalho dele é um lazer pra maioria das pessoas é o que todo mundo gostaria ser. (...) É ter uma atividade que consiga remunerar ele, dá uma condição econômica pra ele e que ao mesmo tempo seja uma coisa que ele faça com prazer, seja ele um trabalho de carcereiro, gari, enfermeiro, se remunerar bem e trazer prazer está ótimo. Agora eu acho que existem trabalhos muito mais divertidos (enfermeiro A).

Interessante notar que um participante relaciona lazer a trabalho ao analisar que se o indivíduo trabalha com prazer e possui boa remuneração o trabalho torna-se um lazer, portanto, o trabalho não seria desgastante. Seria uma idealização do trabalho que não está ao alcance de todos. Para os outros, o lazer é essencial para ter-se QV, pois levaria ao prazer e conseqüentemente ao bem-estar, principalmente mental. Para Trindade (2011), é considerado direito inerente ao ser humano o acesso ao lazer, por ser considerado um componente essencial para a vida dos seres humanos; sendo esta uma das condições para que se alcance a existência digna. Pode-se definir tal direito como a busca de ocupação dos indivíduos em atividades que lhes dão prazer: reservar parte do seu tempo para o convívio familiar, praticar exercícios físicos, participar de ati-

vidades intelectuais, ir ao cinema, ou até mesmo não fazer nada.

A qualidade de vida se associa à satisfação, à relação entre familiares e amigos, às atividades cognitivas, produtividade e saúde física. Tais elementos levam a entender que quando o ser humano passa a adquirir bons hábitos e melhorias nos relacionamentos, fazendo aquilo que lhe dá prazer, conseqüentemente terá mais condições de adquirir qualidade de vida (ROCHA, DELCONTI, 2012).

Categoria III - Relação entre trabalho e qualidade de vida

As percepções quanto a relação do trabalho com a QV também variaram com alguns olhares distintos uns dos outros.

(...) que o trabalho permita que a pessoa tenha QV e que a pessoa consiga fazer o que gosta e que o lazer também não atrapalhe no trabalho, que a pessoa não confunda lazer com trabalho. Então, quando tem cargas horárias definidas e trabalhos mais contínuos permite organizar o dia para ter QV (enfermeiro H).

Para ter qualidade de vida é necessário ter trabalho. Já que através do trabalho se obtém recursos para suprir as necessidades diárias, se satisfazer profissionalmente (enfermeiro D).

Nos dias atuais, se prega sobre a qualidade de vida conciliada ao trabalho. Em minha opinião, o trabalho executado pode alterar a QV devido estresse, carga horária elevada, má remuneração (enfermeiro F).

Foi possível perceber um paradoxo entre os relatos, enquanto alguns acreditam que para ter-se QV é necessário trabalhar, uma vez que o trabalho proporciona condições para isso, para outros o mesmo pode ser um fator preponderante para a perda da QV por condições como estresse e organização do trabalho. Para Teixeira *et al* (2009), qualidade de vida no trabalho significa manter e desenvolver satisfação, ou seja, ter uma

“sensação de bem-estar” no trabalho. O que não se limita a bons salários e sim às questões relacionadas à qualidade de vida como, por exemplo: tempo de ficar ao lado da família, ter horários reflexíveis no trabalho, carga horária de trabalho flexível, além de sensação de segurança na carreira.

Conforme estudos que investigam qualidade de vida no trabalho, é possível detectar que existe relação de mensuração da relação do trabalhador com a execução do trabalho. Além disso, o mesmo limita-se em opinar e conceituar tal expressão, sendo evidenciado o seu caráter subjetivo e multidimensional (SOUZA, 2001).

Ainda nesta categoria, os participantes veem o trabalho como ferramenta de autorrealização, valorização da família e sociedade e, conseqüentemente, fator relevante para obter-se qualidade de vida.

Categoria IV – Importância do trabalho para qualidade de vida

As percepções quanto a importância do trabalho para qualidade de vida são similares, uma vez que os enfermeiros responderam que para se ter qualidade de vida é necessário ter trabalho, já que este é sinônimo de independência, autoestima e crescimento individual.

A importância do trabalho é que através dele você passa a ser independente, se sentir útil, ativo, isso também é qualidade de vida. Pensar no futuro. (Enfermeiro G).

Quando você não tem uma ocupação, um emprego, uma profissão, você acaba tendo uma baixa autoestima, muitas vezes não tem realizações profissionais aí você vai ter um baixo desempenho dentro da própria família, da própria sociedade. Acaba sendo um indivíduo pouco estimulado. Então, se você não trabalha, dificilmente você tem uma qualidade de vida boa. Interferindo no seu mental, na parte física. Só o lazer não salva a vida de ninguém (enfermeiro C). Sem trabalho o indivíduo não consegue ter qualidade de vida, já que um sempre

está relacionado com o outro. Por conta disso, se faz necessário que o ambiente do trabalho seja um ambiente prazeroso e de crescimento individual (enfermeiro D).

A maioria das pessoas, mesmo apresentando condições financeiras para viver o resto da vida de maneira confortável, continuaria a trabalhar. Isso porque o trabalho não é só uma fonte de sustento, mas sim um meio de sentir-se como integrante da sociedade, ou de um grupo, é uma forma de ter-se ocupação e de atingir-se os objetivos na vida (TOLFO, PICCININI, 2011).

O trabalho por si próprio, através das relações humanas, oferece uma descarga aos impulsos dos libidos, além de poder proporcionar aos indivíduos meios necessários para subsistência e, assim, ter sentido a existência na sociedade. É por meio do trabalho que os indivíduos se socializam e vivem na coletividade (CARREIRA, MARCON, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível observar a percepção de qualidade de vida para os entrevistados. Os enfermeiros relacionaram qualidade de vida à saúde, à diminuição de estresse, ao trabalho, à família e aos amigos. Para eles o lazer é essencial para ter-se QV, pois levaria ao prazer e consequente bem-estar. Ainda foi possível perceber um contrassenso entre os relatos, pois, enquanto alguns acreditam que para ter-se QV é necessário trabalhar para aquisição de estabilidade econômica e autoestima, para outros, o trabalho pode ser o fator principal para a perda da QV, visto que o local de trabalho pode ser considerado estressante, vinculando negativamente com reconhecimento profissional deficiente (baixa remuneração, carga horária elevada). Portanto, é possível concluir que os participantes possuem noção dos diversos conceitos de qualidade de vida e que percebem o trabalho, com suas nuances, como um forte fator colaborador, ou não, para o indivíduo poder viver com QV.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. D. *et al.* Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. **Revista instituto ciências e saúde**. 2009, p. 1-6. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n2/a001.pdf>>. Acesso em 29 out. 2013.

ALMEIDA, M. A. B. De; GUTIERRZ, G L; MARQUES, R. **Qualidade de vida definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo EACH/USP, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf>. Acesso em: 09 out. 2013.

ARAÚJO, G, A; SOARES, M, J, G, O; HENRRRIQUES, M, E, R, DE, M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Revista eletrônica de enfermagem**. 2009. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/v11n3a22.htm>. Acesso em: 31 de maio de 2014.

BARBOSA, S, R, DA, C, S. **Qualidade de vida definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. In: ALMEIDA, M, A B De; GUTIERRZ, G L; MARQUES, R. São Paulo EACH/USP, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em: 30 ago. 2013. Acesso em 25 out. 2013.

BETTI, M. **Qualidade de vida definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. In: ALMEIDA, M, A B De; GUTIERRZ, G L; MARQUES, R. São Paulo EACH/USP, 2012. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em 25 out. 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARREIRA, L; MARCON, S, S. Cotidiano e trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2003.**

CECAGNO, D ; GALO, C, M, C;
CECAGNO, S; SIQUEIRA, H, C, H.
Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro. 2003, p.2. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1669/1395>>. Acesso em 05 set. 2013.

TOLFO, S, da, R; PICCININI, V. **Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros.** V 19, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea07.pdf>>. Acesso em 09 de junho de 2014.

FELLI, V, E, A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivo para a redução de trabalho pra 30 horas. **Enfermagem em foco**, 2012, p.1-4. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/379/170>>. Acesso em 05 out. 2013.

FERREIRA, T, K, M; TODESCAT, M;
WEINZIERL, G. Qualidade de vida no trabalho: um desafio a ser prosseguido, 2010, pag. 1-17. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_1355.pdf. Acesso em 31 de maio de 2014.

GIL, A, C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Editora: atlas, 2010, p. 52-59.

GODDOY, A, S. Pesquisa Qualitativa Tipos Fundamentais. São Paulo. **Revista de administração de empresas**, v.35, n. 03, 1995, p. 1-10. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_qualitativa_tipos_fundamentais.pdf. Acesso em: 20 Novembro de 2013.

HADDAD, M,C,L. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. **Núcleo de estudos em saúde coletiva/nesccon**, Londrina n.2, p. s/p, 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.html>>. Acesso em: 30 set. 2013.

JESUS, B, B, R, C. FIGUEREDO, S, L, I. OLIVEIRA, C, J. **Qualidade de vida no trabalho: um instrumento diferencial para a organização.** 2010. Disponível em: <http://www.opet.com.br/faculdade/revista-cc-adm/pdf/n5/QUALIDADE-DE-VIDA-NO-TRABALHO_UM-INSTRUMENTO-DIFERENCIAL-PARA-A-ORGANIZACAO.pdf>

MARCONI, M, D, A. LAKATOS, E, M. **Fundamentos da metodologia científica.** 7 ed. São Paulo. Editora Atlas S.A, 2010. P. 178-179.

MEDEIROS, S, M, DE, RIBEIRO, L, M, FERNANDES, S, M, B, DE A; *et al.* Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 08, n. 02, 2006, p. 233 – 240. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm>. Acesso em: 15 set. 2013.

SABÓIA, E, C, M. Produção científica acerca da qualidade de vida dos enfermeiros: revisão bibliográfica. **Revista formar interdisciplinar.** Sobral, v. 01, n. 03, 2013, p.1-22. Disponível em <<http://inta.com.br/biblioteca/images/pdf/producao-cientifica-acerca-da-qualidade-de-vida-dos-enfermeiros.pdf>>. Acesso em 31 de maio de 2014.

SILVA, L, A, da; SECCO, I, A, de O;

DALRI, R, de C, de M, B; ARAÚJO, S, A de; ROMANO, C, da, C; SILVEIRA, S, E, da. **Enfermagem do trabalho e ergonomia: prevenção de agravos à saúde.** Rio de Janeiro, 2011.

ROCHA, B, DA, R; DELCONTI, W, L. **A relação entre o lazer e a qualidade de vida: indicativos à atuação do profissional em educação física.** 2012. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/fevereiro2012/educacao_fisica_artigos/relacao_lazer_qualidade_vida.pdf. Acesso em 01 de junho de 2014.

SILVEIRA, A, M. **Saúde do Trabalhador.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf> >. Acesso em 30 set. 2013.

SOUZA, C, S. **Análise da Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Enfermagem: estudo nos prontos socorros dos hospitais no Espírito Santos.** XXXVI encontro da anpad. Rio de Janeiro, 2001. P. 1-10. Disponível em:

<http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/2/CHARLESTON.pdf>. Acesso em 31 de maio de 2014.

TEIXEIRA, C, S; PERIRA, E, F; ROCHA, L, S, da; SANTOS, A, dos; MERINO, E, A, D. **Qualidade de vida do trabalhador: discussão conceitual.** Brasil, setembro, 2009.

TOLFO, S, da ROSA; PICCININI, V; Sentidos e significados do trabalho; TRINDADE, A, M. **Do direito ao lazer nas relações de trabalho.** Teresina, 2011. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/19062/do-direito-ao-lazer-nas-relacoes-de-trabalho> Acesso em 09 de junho de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. (UFMG/NESCON). **Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde.** Belo Horizonte: UFMG, 2007. (Cadernos Série Técnica 1) Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

PERCEPÇÃO DO ESTRESSE ENTRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL PRIVADO EM VITÓRIA DA CONQUISTA – BA

Natali Barberino Alves¹; Giovana Fernandes Araujo²

RESUMO: Introdução: Estresse é uma resposta do organismo quando a pessoa se depara com uma condição que provoque sua irritação, excitação, confusão, amedrontamento ou de modo que torne extremamente feliz. **Objetivo:** avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao estresse ocupacional no centro cirúrgico. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório – descritivo e de natureza qualitativa realizada em um hospital da rede privada de um município do sudoeste da Bahia. Os participantes desta pesquisa foram profissionais de enfermagem atuantes no centro cirúrgico do referido hospital. A coleta de dados foi realizada utilizando-se a técnica de entrevista gravada. As respostas foram analisadas visando à identificação de categorias e unidades temáticas a partir da utilização do referencial de Bardin. **Resultados:** A partir da transcrição das entrevistas surgiram as categorias *causas do estresse no trabalho, causas de desgaste físico e emocional, atitudes para conciliar trabalho e lar ou métodos para aliviar o estresse*. **Conclusão:** O estudo apontou que os profissionais de enfermagem percebem o centro cirúrgico como um ambiente muito estressante revelando vários fatores desencadeantes de desgastes físicos e emocionais.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse; Enfermagem; Centro cirúrgico.

PERCEPTION OF STRESS AMONG THE NURSING PROFESSIONALS WORKING ON A SURGICAL CENTER OF A PRIVATE HOSPITAL IN VITORIA DA CONQUISTA - BA

ABSTRACT: Introduction: Stress is a response of the body when a person is faced with a condition that causes her anger, excitement, confusion, intimidation or of mode which makes extremely happy. **Objective:** To evaluate the perceptions of nursing professionals in relation to occupational stress in the operating room. **Methods:** This is exploratory research - descriptive, qualitative held at a private hospital in a city in the Southwest of Bahia. The participants in this study were active nursing staff in the operating room of the hospital. The data was obtained through the recorded interview technique. The answers were analyzed in order to identify categories and thematic units from the use of Bardin's referential. **Results:** From the interviews transcript the following categories emerged: Causes of stress at work; causes of physical and emotional exhaustion, attitudes to balance work and home or methods for stress relief. **Conclusion:** The study showed that nurses perceive the operating room as a very stressful environment and reveals several factors that cause physical and emotional exhaustion.

KEYWORDS: Stress; Nursing; Operating Room.

¹ Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Independente do Nordeste- Barra do Choça-Ba, Brasil.

² Enfermeira. Docente da Faculdade Independente do Nordeste. Mestra em Meio Ambiente e Sustentabilidade – Vitória da Conquista-Ba, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (LEVI, 2002, p.167). De maneira que o trabalho e suas condições têm grande influência, forma negativa ou positiva, na saúde. A concepção de saúde do trabalhador compreende as relações de trabalho e o processo saúde/doença. Pelo fato de os trabalhadores estarem incluídos no mercado de trabalho, eles estão propensos a diversos riscos ambientais e organizacionais. As condições de saúde dos trabalhadores dependem de vários fatores determinantes proveniente dos métodos de trabalho (LEVI, 2002).

O termo *stress* já faz parte do cotidiano de vida da população, sendo definido pela Associação Brasileira de Stress como uma resposta do organismo com elementos químicos, físicos que sobrevêm quando a pessoa se depara com uma condição que provoque sua irritação, excitação, confusão, amedrontamento ou de modo que a torne extremamente feliz (BUSSOLETTO, 2014).

Estresse é um problema mundial que tem afligido essencialmente a saúde de trabalhadores. Este termo deriva-se da Física significando “grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço” (FRANÇA; RODRIGUES, 2007, p.29).

Diversas pesquisas realizadas sobre estresse e qualidade de vida dos enfermeiros apontam que as formas de trabalho provocam um desgaste profissional, sobrevivendo do ambiente, da sobrecarga, das relações de trabalho conflituosas, juntamente com situações presentes tais como: dor, sofrimento e morte. Todos esses eventos causam o estresse e tensão nos profissionais de enfermagem e implica na sua qualidade de vida (BERESIN; SANTOS, 2009).

Segundo Deminco (2011), a Organi-

zação Mundial de Saúde (OMS) reconhece o estresse como a doença do século 20 e como a maior epidemia global deste século. No Brasil a taxa de incidência do estresse afeta cerca de 32% da população adulta, segundo pesquisa realizada pelo Centro Psicológico de Stress. De modo que 13% de homens e 19% de mulheres possuíam sinais significativos de estresse, o que indica que no Brasil o gênero feminino apresenta nível de estresse mais elevado do que o masculino. O estresse em alguns lugares do Brasil é mais frequente devido à ocupação exercida pelo trabalhador (LIPP, 2013).

Conforme Costa (2007), em nível global, o estresse em trabalhadores brasileiros só é inferior aos do Japão, sendo que os profissionais da área de saúde ocupam o terceiro lugar entre os grupos mais comprometidos, isso de acordo com uma pesquisa realizada pela *International Stress Management Association* (ISMA) que avaliou nove países.

Somente a manifestação de estímulos estressores não causa o estado de estresse, que pode gerar efeitos diferenciados em cada pessoa. Existem “fatores condicionantes individuais, tais como: predisposição genética, idade, sexo e personalidade” (LIPP, 2002, p.14).

No decorrer de 1936, Hans Hugo Bruno Selye, médico endocrinologista, mais conhecido como Hans Selye, inicia os estudos relacionados ao estresse. Em seus estudos relata que o estresse é denominado um conjunto de ações desenvolvidas no organismo mediante uma condição que exige esforço de adaptação (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

O estresse surge mediante uma consequência dos esforços repetitivos de adaptação a uma condição existente e, nem sempre, é um fator de dano emocional e físico, mas sim uma forma natural de defesa do próprio organismo. Através do sistema nervoso o organismo recebe estímulos internos, tais como pensamentos, emoções (angústia,

medo, alegria e tristeza), e estímulos externos, como frio, calor, situações de insalubridade, do trabalho e âmbito social. Este conjunto de estressores pode oportunizar diversas reações no organismo humano, pois está interligado com regulação das emoções e funcionamento dos órgãos (BRUGGER *et al.*, 2010; FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

As reações do estresse podem ser naturais e adequadas para a vida, entretanto, mediante alguma situação de desafio, pode provocar consequências no organismo das pessoas. O estresse pode ser classificado em dois tipos: o eustress e o distress. O eustress é definido como estresse positivo, tensão com homeostasia entre tempo, esforço, realização e resultados. Já o distress é o momento de tensão com quebra da homeostasia biopsicossocial de forma excessiva ou por ausência de esforço, incompatível com o tempo, resultados e realização (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Anteriormente, Selye classificava o estresse somente em três fases: alerta, resistência e exaustão. Logo após 15 anos de pesquisas realizadas por Lipp, foi identificada a existência de outra fase do estresse, nomeada como fase de quase exaustão, sendo esta posicionada entre a fase da resistência e a fase da exaustão. Assim, o método trifásico aderido por Selye acabou sendo expandido para o modelo quadrifásico proposto por Lipp (2001).

Para melhor compreensão das fases de desenvolvimento do estresse é relevante considerar que a manifestação dos seus sintomas depende da situação em que se encontra o indivíduo. Na fase de alerta, conhecida como o momento positivo do estresse, as pessoas adquirem energia mediante a produção de adrenalina, a sensação de perfeição é geralmente alcançada e a sobrevivência preservada. Já na fase de resistência, nomeada a segunda fase, as pessoas automaticamente tentam enfrentar os seus estressores com a finalidade de

manter seu equilíbrio interno. Se esses fatores estressantes permanecerem de modo frequente e intenso provocarão uma quebra nesta fase permitindo a existência da fase de quase-exaustão. Nesta fase inicia o processo de adoecimento e os órgãos que apresentarem maior fragilidade genética ou adquirida manifestarão os sinais de deterioração. Caso não obtenha resposta satisfatória mediante a retirada dos estressores ou através da utilização de métodos de enfrentamento, as pessoas acabam atingindo a etapa final do estresse, a fase da exaustão, período em que as doenças se manifestam nos órgãos mais fragilizados causando infarto, úlceras, psoríase, dentre outros. A depressão ocorre como parte do quadro de sintomas do estresse na fase de quase-exaustão e se prolonga na fase de exaustão (LIPP 2001).

O interesse pelo estudo do estresse no trabalho tem sido crescente na literatura científica, especialmente nos últimos anos. O motivo para este aumento é justamente o impacto negativo do estresse na saúde, pois desencadeia algumas doenças, leva ao esgotamento físico e emocional, pensamentos disfuncionais, absenteísmo, insatisfação com o trabalho, redução das competências, afetando a qualidade de vida do trabalhador e, conseqüentemente, o funcionamento e a efetividade das organizações (PASCHOAL; TAMAYO, 2004; COSTA, 2007).

Segundo a Health Education Authority, a enfermagem foi estabelecida como a quarta profissão que mais apresenta estresse decorrente das atribuições impostas aos profissionais da área, como a responsabilidade pela vida das pessoas e o vínculo com pacientes cujo sofrimento é praticamente inevitável. Sendo assim, cabe ao enfermeiro promover uma assistência específica à necessidade do paciente, dedicando-se no desempenho de suas ações, o que acaba provocando um aumento da probabilidade do aparecimento do estresse. Por isso, tem sido fundamental a realização de

pesquisas a cerca deste tema (BRITO; CARVALHO, 2003).

O centro cirúrgico (CC) é uma unidade que apresenta cuidados de alta complexidade e uso de tecnologia avançada, onde existe uma espécie de invasão da privacidade dos clientes. Visto que os enfermeiros mantêm um contato direto com o paciente, faz-se imprescindível que estes profissionais tenham a competência de compreender os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e a capacidade para prestar apoio e atenção psicológica proporcionando tranquilidade e segurança; favorecendo assim o tratamento e a recuperação do paciente. São constantes as exigências atribuídas ao enfermeiro na unidade cirúrgica, pois estão voltadas para aspectos tanto administrativos quanto assistenciais. Os profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico são responsáveis pelo cliente da admissão à alta do setor, respeitando sua individualidade, prestando uma assistência adequada à necessidade do paciente. Por sua complexidade e ações desenvolvidas, o centro cirúrgico é um setor potencialmente estressante (SCHMIDT, 2009).

Nessa perspectiva, surgiu o seguinte questionamento: “Qual é a percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao estresse em seu ambiente de trabalho”? Portanto, o presente estudo teve por objetivo avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem em relação ao estresse ocupacional no centro cirúrgico.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo e de natureza qualitativa em um hospital da rede privada de um município do sudoeste da Bahia.

Os participantes desta pesquisa foram profissionais de enfermagem atuantes no Centro cirúrgico do referido hospital, totalizando 18 profissionais, tendo como amostra 14, de modo que 4 recusaram-se a participar da pesquisa. Para atender ao objetivo do estudo, foram estabelecidos os se-

guintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem que atua na unidade de centro cirúrgico, estar presente no local da coleta de dados, ter disponibilidade, aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada na segunda quinzena do mês de abril de 2014, utilizando-se a técnica de entrevista por meio de roteiro semiestruturado contendo questões norteadoras. As entrevistas ocorreram por meio de gravação através de um gravador digital e no local de trabalho dos participantes em horário pré-determinado.

Após a realização das entrevistas, as respostas foram transcritas na íntegra para o programa Word 2010 e analisadas visando à identificação de categorias e unidades temáticas a partir da utilização do referencial de Bardin. As análises operacionalizadas seguiram os seguintes passos: leitura flutuante e aprofundada dos dados coletados; grifo dos relatos significativos, semelhantes e diferentes; recortes de fragmentos grifados; busca de categorias a partir do objetivo do estudo; organizar a lista de falas que possuem maior poder de síntese e abrangência, bem como informações dentre os conteúdos das entrevistas exemplificando as categorias emergentes.

Para a realização desta pesquisa foram observadas todas as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo assim, os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste, protocolo número 29013714.4.0000.5578.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Verificou-se que a maioria dos participantes eram do sexo feminino, sendo 1 enfermeira, 13 técnicas de enfermagem e somente 1 técnico de enfermagem. A faixa etária variou de 23 a 49 anos. Conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da caracterização dos participantes - 2014.

Caracterização dos Participantes	n	%
Categoria profissional		
Enfermeiro (a)	1	7
Técnico em Enfermagem	13	93
Sexo		
Feminino	13	93
Masculino	1	7
Tempo de Formação		
<1 ano	0	0
1 a 5 anos	6	43
5 a 10 anos	5	36
mais de 10 anos	3	21
Número de Vínculos Empregatícios		
1	6	43
2	8	57
Total	14	100

A partir da transcrição e da análise dos dados surgiram as categorias citadas abaixo:

Causas do estresse no trabalho

A análise dos relatos permitiu verificar, entre os participantes, como causa de estresse a sobrecarga de atividades executadas pelo profissional de enfermagem.

Só tem uma enfermeira atuante e que ela assume dois setores tanto no centro cirúrgico quanto no CME e tem a jornada de trabalho de 40 horas, supervisionando se está tudo funcionando adequadamente e se a equipe sabe lidar com as diversas situações existentes, e quando a demanda de cirurgias é grande tem que dá conta de todas que estão sendo realizadas, e acaba sendo muito corrido provocando fatores causadores do estresse (Enfermeira J).

Nós que trabalhamos no período noturno sobrecarregamos de tarefas, além do centro cirúrgico tem os serviços do

CME. Pois à noite só tem duas técnicas trabalhando e tem que dá conta dos dois setores. E quando falta um funcionário nos postos de enfermagem, temos que assumir outros setores que não está apto a fazer. Então tudo isso é o que mais me deixa estressada e desgastada (téc. de enf. D.O).

Estar em um ambiente fechado e a jornada de trabalho acaba acarretando o estresse (téc. de enf. S.M).

Nas falas fica evidente que outras atribuições, além da supervisão do setor, são fatores estressantes no centro cirúrgico, das quais destacam-se a extensa carga horária e o baixo número de trabalhadores no período noturno.

Segundo Costa e Fugulin (2011), as principais atuações abordadas pelos dirigentes dos estabelecimentos de saúde recaem quanto à restrição quantitativa e/ou de trabalhadores de enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho para os profissionais, atrapalhando a organização e a realização das atividades assistenciais, e qualquer ação que

proporcione a qualidade na prestação dos cuidados. Evidencia-se tal situação pela falta de um método de dimensionamento de pessoal que prioriza o método de trabalho realizado no setor e que submeta a enfermeira para executar estimativas e avaliações do quadro de pessoal do centro cirúrgico.

De acordo com o Coren (2010, p.04), o dimensionamento “fixa e estabelece parâmetros para dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem para as unidades assistenciais nas instituições de saúde e assemelhados”.

Os participantes percebem que a estrutura do centro cirúrgico e sua complexidade exigem do trabalhador maior atenção e estar sempre alerta.

[...] O centro cirúrgico é muito estressante, ele se torna em todo o momento um setor de urgência porque não é o mesmo paciente que você está acompanhando, em tudo você tem que prestar bastante atenção, porque se fizer uma coisa errada pode haver um erro gravíssimo e não tem como mais reverter o quadro (téc. de enf. C).

Pressão, pois mexemos com cirurgia de alta complexidade, então isso gera o estresse porque mesmo que você não seja estressada o momento em si faz com que você tenha mais agilidade e acaba sobre-carregando (téc. de enf. A.P).

Por sua complexidade e ações desenvolvidas, o centro cirúrgico é um setor potencialmente estressante. A maioria das pesquisas realizadas pela psicologia e filosofia relatam que a enfermagem primordialmente no nível hospitalar é uma das profissões que mais causa o estresse (SCHMIDT, 2009).

O enfermeiro executa atividades extremamente complexas e de alta responsabilidade, por meio do ritmo acelerado e jornadas excessivas de trabalho, que são fatores condicionantes para a manifestação do estresse ocupacional (ROCHA; MARTINO, 2010).

Para que o profissional possa ter uma melhor qualidade de vida devem ser

direcionadas ações e conscientizações pelas instituições hospitalares para a promoção do bem-estar e satisfação pessoal (ROCHA; MARTINO, 2010).

Também foi mencionada a administração de recursos materiais como uma das situações estressantes.

Cobrar material do fornecedor causa um maior desgaste porque pede e às vezes não vem, e com isso tem que ficar insistindo antes do procedimento cirúrgico para está tudo adequado, e não suspender por causa da falta do material. Então fora das minhas atividades tenho que parar para cobrar material pelo qual não deveria fazer, onde só tenho que dizer, marquei a cirurgia, tá no sistema, e ele confirmar que sim (Enfermeira J).

No estudo de Souza e Ferreira (2010) foi também citada a manutenção de equipamentos como um dos fatores de desgaste na promoção da um atendimento humanizado.

Também causa bastante estresse quando cobro manutenção de equipamentos, pois tenho que cobrar várias vezes antes da cirurgia agendada e quando chega no dia da cirurgia é que vai fazer a manutenção, e com isso me estressa totalmente (Enfermeira J).

A maneira como é organizado o trabalho, bem como a ocupação do dia a dia, vem impossibilitando tempo livre para realização de outras atividades fora do ambiente de trabalho, interferindo nas relações familiares e na vida particular do profissional de enfermagem (MEDEIROS *et al*, 2006).

Os gestores podem colaborar para tornar as práticas mais humanizadas com a prevenção e redução de fatores que proporcionam o estresse (FONTANA, 2010).

Causas de desgaste físico e emocional

Algumas atividades são relatadas como causadoras de desgaste físico e emocional:

Transportar o paciente, pois tem momentos corridos que não tem pessoas disponíveis para ajudar e acaba tendo esforço além do que deveria acarretando no físico esse cansaço (téc. de enf. J).

[...] trabalhamos até altas horas da madrugada, provocando um cansaço físico por ficar muito tempo na cirurgia, pois não teve tempo para descansar (téc. de enf. S.M).

Muitas vezes ocorre o desgaste emocional pela forma que é tratada pelos médicos (téc. de enf. D).

A equipe médica exige muito, são ignorantes, e não trata a gente da forma que deveria (téc. de enf. W).

Para o desenvolvimento dos serviços de enfermagem, o método de trabalho tem suas particularidades, de acordo como é estruturado e desenvolvido, proporcionando aos trabalhadores um desequilíbrio na saúde física e mental (SECCO *et al*, 2010).

No processo de trabalho de enfermagem é preciso reconhecer as cargas físicas, tais como ficar muito tempo em pé, transportar materiais e pacientes de um lugar para outro, cargas biológicas pelo contato com microorganismos, proporcionando graves riscos à equipe; a tecnologia utilizada como objeto de trabalho, as condições de instalação e manutenção dos materiais e equipamentos utilizados, podendo levar ao aparecimento de lesões e cargas psíquicas que auxiliam no adoecimento do trabalhador (SECCO *et al*, 2010).

A quantidade inferior de profissionais de enfermagem, juntamente com a sobrecarga de trabalho, pode provocar, no decorrer dos anos, a manifestação de patologias nos aspectos físicos e psíquicos dos trabalhadores de enfermagem (NEUMAN; FREITAS, 2008).

Em alguns depoimentos apareceram manifestações emocionais relacionadas ao nível de exigência voltadas à atenção na manipulação e gasto de materiais.

Por ser hospital privado tem muitos materiais caros que deve está atento no que foi gasto e o que foi aberto, pois

nada pode ser aberto sem ser utilizado, e caso for aberto causa transtorno para a equipe e por isso causa o desgaste físico e mental, pois deve estar atento as ambas partes, tanto na parte física na manipulação das atividades e na mental que deve está atenta a todos os detalhes que são muitos (téc. de enf.J).

A manifestação do cansaço mental é encontrada nos trabalhadores de enfermagem, pois esta profissão exige extrema dedicação, podendo gerar sobrecarga de trabalho e conflitos com pacientes, chefias e colegas de trabalho (COELHO; ARAUJO, 2010).

Trabalhar com situações de emergência e óbitos no setor foram relatados como geradores de desgaste emocional.

(...) quando acontece alguma cirurgia de paciente considerado grave e que leva à perda do paciente ou caso paciente for jovem como já teve casos que foi feito o que era necessário, mas que infelizmente não resistiu, isso acaba causando um desgaste emocional para toda a equipe (téc. de enf.J).

O que mais me desgasta no trabalho é quando tem um óbito, eu fico arrasada, pois você luta, busca, faz tudo que pode para dá certo e penso que é uma luta que não valeu a pena (téc. de enf. S).

A morte pode causar um sentimento de trabalho inacabado ou mal sucedido. Um trabalho impedido pela presença de óbito afeta o ethos e a missão da equipe, sendo motivos de aflição e desgaste tanto para os familiares quanto para os profissionais (SOUZA; FERREIRA, 2010).

Os problemas e dificuldades existentes nas condições de trabalho da equipe de enfermagem possibilitaram a reflexão quanto à necessidade de atendimento integralizado ao paciente atendendo às suas necessidades psicofísicas e, por outro lado, a equipe que necessita de cuidados a serem prestados. Sendo assim, é fundamental que o profissional de enfermagem sinta-se cuidado para prestar uma assistência com qua-

lidade ao paciente (NEUMAN; FREITAS, 2008).

Os principais fatores causadores do estresse dentro da ala cirúrgica estão ligados ao relacionamento interpessoal no local de trabalho devido à presença de desrespeito entre os profissionais, bem como problemas de relacionamento e trabalho em equipe (PEREIRA; MIRANDA; PASSOS, 2009).

Atitudes para conciliar trabalho e lar

Segundo os participantes, existem dificuldades na conciliação do trabalho com o lar.

É um pouco difícil, mais eu tento está com a cabeça aqui quando estou no trabalho e quando estou em casa fico com a cabeça lá, pois tenho minha casa, meus filhos para cuidar, e não é muito fácil porque tenho criança de 1 ano e 2 meses e estou no trabalho, e fico um pouco preocupada, e no horário que posso eu ligo, e procuro saber como está, e com isso dá para conciliar (téc. de enf. J.A).

Complicado, pois eu saio do trabalho de uma rotina de 12 horas, e chego em casa e trabalho mais 6 horas dentro de casa e fazendo toda a jornada que você iria fazer durante o dia, e com isso gera o estresse dentro de casa e não no trabalho, pela correria que você não tem tempo de fazer o que deveria ser feito, e vai deixando para outro dia, e vai acumulando, e deixado para fazer no dia de folga (téc. de enf. A.P).

A maioria dos profissionais da área de saúde é do sexo feminino e acaba exercendo múltiplas funções, tais como: mãe, dona de casa e trabalhadora. Devido à execução de multiempregos na área da saúde, principalmente em enfermagem, aumenta a jornada de trabalho, somando com as características tensiôgenas da unidade, tanto pela assistência prestada quanto pela hierarquia

existente na equipe (MEDEIROS *et al*, 2006).

As exigências multidimensionais atribuídas às mulheres como mãe, mulher e enfermeira são difíceis de serem conciliadas (MERIGHI *et al*, 2011).

As profissionais de enfermagem demonstraram que separam a vida profissional da pessoal estabelecendo um equilíbrio nas atividades cotidianas.

[...] tudo que acontece na minha casa eu deixo lá, a partir do momento que estou no trabalho procuro está concentrada no que irei fazer. Eu sei que temos nossas dificuldades, mas precisamos está equilibrado para saber diferenciar as coisas e não quer dizer que você vai deixar seus problemas e sua vida lá fora. Mas dentro do trabalho tem que ter responsabilidade no que lhe é apto a fazer, pois lidamos com vida e se juntar os problemas de casa com o trabalho ocorre o desequilíbrio (téc. de enf. J).

Quando chego em casa é como se eu não tivesse trabalhado, pois tomo banho e tento esquecer meu cansaço. Eu tenho meus horários (téc. de enf. R).

Não misturar as coisas porque aí você não consegue fazer nada (téc. de enf.T).

Atualmente a sociedade exhibe uma mulher com aspecto diferenciado da que existia há algumas décadas, que exercia apenas função de esposa e de mãe. Hoje as mulheres adquirem seu espaço no âmbito profissional exercendo multiplicidade de funções (MERIGHI *et al.*, 2011).

Estas funções definem papéis que precisam ser conciliados na rotina diária da vida dessas mulheres. Entretanto, esta conciliação se torna um desafio mediante às diversas funções exercidas que causam desgaste. Por outro lado, evidencia-se que conviver com este desafio na rotina diária remete as mulheres à ideia de superação constante, motivo pelo qual desejam conciliar funções, possibilitando o alcance de seus objetivos (MERIGHI *et al*, 2011).

Atitudes ou métodos para aliviar o estresse

Nesta categoria constatou-se a presença de dificuldades para utilizar-se estratégias para aliviar o estresse. Porém, há relatos mostrando que algumas mulheres conseguem reservar tempo para o lazer e religiosidade.

Para eu descansar é corrido porque como eu faço 12 horas, o tempo de descansar é mínimo, pois como tenho meu esposo, mal chego em casa tenho que arrumá-la (téc. de enf.R).

Fico com minha família, tenho cachorro, toco violão, esqueço de tudo, pois são essas atividades de lazer que faz esquecer a tensão (téc. de enf.T).

[...] quando chego em casa e estou cansada procuro descansar e dormir e não faço nada porque reponho minhas energias para o outro dia. Agora tem dias que você trabalha e chega com mais ânimo ainda e faço logo as coisas dentro de casa. Não faço atividade física, pois não tenho tempo [...] e quando chego em casa não tenho mais coragem para praticar alguma atividade, só assistir televisão mesmo (téc. de enf.F).

[...] Prefiro ficar em casa, gosto muito (téc. de enf. D.O).

Ao analisar os dados das entrevistas constata-se a relevância dada à religião e a fé em Deus, e que estas atitudes transmitem paz e força para recomeçar.

Quem tem Deus tem tudo, participo da igreja católica, busco em Deus minha força, porque tudo que temos é Deus que nos dá. Se ele me deu essa missão de estar trabalhando na área de saúde, eu não posso está aqui somente para cumprir uma escala, um horário, mas que tenho algo a mais para fazer [...] (téc. de enf.J).

Eu vou para a igreja, pois sou evangélica, e busco ao Senhor e ele me dá forças e alivia todos os meus estresses (téc. de enf. J.A).

Vou para a igreja, sou católica, eu leio muito a bíblia, rezo o terço, e isso me dá

forças, e energia para recomeçar (téc. de enf. S).

Um dos entrevistados abordou sobre a importância da execução de atividades físicas e das coisas que lhe dá mais prazer para proporcionar seu bem-estar e uma vida com plenitude.

Dou aula de dança à noite em academia, que era um trabalho que eu tinha anteriormente, e quando comecei a trabalhar no hospital comecei a ter um pico hipertensivo, que tive que tomar remédios constantemente, e o cardiologista me indicou que eu voltasse fazer alguma atividade física ou alguma coisa que eu gostasse de fazer, e com isso voltei a dá aula de danças à noite durante a semana para aliviar a tensão do dia a dia no hospital, e não precisei tomar mais remédios, e a PA ficou controlada. Eu procuro sempre está viajando, faço bastante atividade, vou ao cinema e shows (téc. de enf. W).

A maneira como o estresse é enfrentado está relacionada à avaliação do método de ações executadas ou às situações ocorridas no período voltadas aos valores pessoais que estão em mudança, com a função de promover qualidade de vida no âmbito ocupacional (PEREIRA; MIRANDA; PASSOS, 2009).

No local de trabalho é necessário obter uma parceria abrangendo “todos os segmentos da gestão empresarial, os profissionais de saúde, segurança, ergonomia e meio ambiente” em conformidade com os trabalhadores, com o intuito de promover a satisfação da saúde, do bem-estar e qualidade de vida (MENDES, 2007, p.1324).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que os profissionais de enfermagem percebem o centro cirúrgico como um ambiente muito estressante, revelando vários fatores desencadeantes de desgastes físicos e emocionais.

Há uma preocupação nos dias de hoje

com esse crescimento acelerado da população com estresse devido à capacidade dos sistemas de saúde e social para atender a essa nova demanda, sendo um grande desafio para os serviços de saúde. É necessário que o profissional de saúde encare o estresse como sendo parte integral da sociedade e perspectiva de vida, juntamente com um trabalho multidisciplinar, para que o atendimento seja digno e satisfeito para eles.

A percepção de fatores estressantes e suas consequências devem estimular uma reflexão do cotidiano do profissional de enfermagem quanto a organização do trabalho e os relacionamentos interpessoais objetivando a elaboração de estratégias para gerenciar estes fatores.

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo”.

REFERÊNCIAS

BERESIN, R.; SANTOS, R.M.A. Quality of life of nurses in the operating room. Study carried out **Hospital Israelita Albert Einstein**-HIAE, SP-Brazil, 2009. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1214-Einsteinv7n2p152-8_ing.pdf>. Acesso em: 28 fev.2014.

BRITO E.S; CARVALHO A.M.P. Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de assistência a portadores de AIDS e problemas hematológicos. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2003. Disponível em: <<file:///E:/Documentos/Downloads/4484-14361-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 fev.2014.

BRUGGER, P.B; SANTOS, F.R; COUTO, F.P; NEGRÃO, R.G. Fisiologia do stress: a doença do século XXI. **Webartigos**, 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/fisiologia-do-estresse-a-doenca-do-seculo-xx/34517/>

#ixzz2vcMg0cnp>. Acesso em: 28 fev. 2014.

BUSSOLETTTO, G.M. 2014. Associação Brasileira de Stress, 2003. Disponível em: <<http://abs-2003.org.br/sobre-a-associacao-brasileira-de-stress/>>. Acesso em: 01 mar.2014.

COELHO, J.A.B; ARAUJO, S.T.C. Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. **Acta Paul Enferm**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mai. 2014.

COREN. **Dimensionamento de pessoal**- SP, 2010. 04.p.Disponível em: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/livreto_de_dimensionamento.pdf >. Acesso em: 22 mai. 2014.

COSTA, M.A.A. **Stress**: um diagnóstico dos policiais militares da cidade de Natal – Brasil. 2007. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN.

COSTA, J.A; FUGULIN, F.M. T. Atividades de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. **Acta Paul Enfermagem**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000200015&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 mai. 2014.

DEMINCO, M. Jornada de Trabalho e Redução do Estresse. **Artigos Psicologados**, 2011. Disponível em: <<http://psicologado.com/atuacao/psicologia-organizacional/jornada-de-trabalho-e-reducao-do-estresse>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

FONTANA, R.T. Humanização no

- processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/364/pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2014.
- FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007. 29 p.
- LEVI, L., 2002. **O guia da comissão europeia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação**. In: ROSSI, A.M; PERREWÉ, P.L; SAUTER, S.L. São Paulo: Atlas, 2007. 167 p.
- LIPP, M.E.N. **Stress na atualidade: qualidade de vida na família e no trabalho**. In: Instituto de Psicologia e controle do Stress (IPCS). 2013. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/publicacoes/stress-na-atualidade-qualidade-de-vida-na-familia-e-no-trabalho/>>. Acesso em: 03 mar. 2014.
- LIPP, M.N. **Stress do professor**, Campinas, SP: Papirus, 2002, 5ª ed. 14.p. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=LCtrckjX6qIC&oi=fnd&pg=PA11&dq=stress+do+professor&ots=eqEeTpOh2Z&sig=pJHpjO771B9spmji_hSsqNQtMz88#v=onepage&q=ress%20do%20professor&f=false>. Acesso em: 02 mar. 2014.
- LIPP, M.N; MALAGRIS, L.N. **Modelo quadrifásico do Stress**. In: *O Stress Emocional e seu Tratamento*. In: *Bernard Range (Org)*. São Paulo: Artes Medicas. 2001. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/publicacoes/o-modelo-quadrifasico-do-stress/MarildaEmmanuelNovaesLipp>>. Acesso em: 02 mar. 2014.
- MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M.; FERNANDES, S. M. B. A.; VERAS, V. S. D. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm>. Acesso em: 20 mai. 2014.
- MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2ª ed. São Paulo: editora, Atheneu, 2007. 1324.p.
- MERIGHI, M.A.B; JESUS, M.C.P; DOMINGOS, S.R.F; OLIVEIRA, D. M; BAPTISTA. P.C.P. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_22.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2014.
- NEUMANN, V.N; FREITAS, M.E.A. Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de Enfermagem na organização hospitalar. **REME – Rev. Min. Enferm**, 2008. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/298>>. Acesso em: 21 mai. 2014.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2014.
- PEREIRA, C.A; MIRANDA, L.C.S; PASSOS, J.P. O estresse ocupacional da equipe de enfermagem em setor fechado. **Rev. de Pesq.:** cuidado é fundamental Online, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.iah.xis&src=google&se=BDENF&la>>

ng=p&nextAction=lnk&exprSearch=22037&indexSearch=ID>. Acesso em: 21 mai. 2014.

ROCHA, M.C.P; MARTINO, M.M.F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 22 mai. 2014.

SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico**. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em Enfermagem, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em:<file:///E:/

Documentos/Downloads/
DeniseRodriguesCostaSchmidt%20(1).pdf>. Acesso em: 03 mar. 2014.

SECCO, I.A.O; ROBAZZI, M.L.C.C; SOUZA, F.E.A; SHIMIZU, D.S. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **SMAD**, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38713>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

SOUZA, K.M.O; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 mai. 2014.

Revista Cadernos de Ciência e Saúde

APRESENTAÇÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista **Cadernos de Ciência e Saúde** é uma publicação multidisciplinar na área da saúde de periodicidade trimestral.

Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde.

Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

MISSÃO DA REVISTA

Divulgar resultados de pesquisas na área das ciências da saúde que contribuam para a prática profissional e para o avanço do conhecimento científico.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS ARTIGOS

A revista adota o sistema de avaliação por pares (*Double blind peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes de revisores e autores. Os pareceres/avaliações emitidos pelos revisores são apreciados pelos editores em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Os artigos submetidos, que atendem às “instruções aos autores” e que se enquadram com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo

Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos aceitos sob condição serão devolvidos aos autores para modificações/alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

Os **Cadernos de Ciência e Saúde** apoiam as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE. Ressalta-se a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Nessa perspectiva somente serão aceitos para publicação os artigos refe-

rentes a pesquisas clínicas que apresentem o protocolo de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser inserido no final do resumo do artigo.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

CATEGORIAS DE ARTIGOS

1. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (até 20 laudas e 5 ilustrações);

1.2 Artigos de pesquisa- resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 18 páginas e 5 ilustrações);

1.3 Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (até 5 páginas e 3 ilustrações);

1.4 Resenhas - resenha crítica de livro relacionada à temática Ciências da Saúde, publicado nos últimos dois anos (máximo de 3 páginas);

1.5 Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior dos Cadernos de Ciência e Saúde (até 3 páginas e 1 ilustração);

1.6 Relato de Experiência (até 15 páginas e 3 ilustrações);

1.7 Reflexão teórica (até 18 páginas e 3 ilustrações);

1.8 Atualização (até 20 páginas);

2. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam colaborações em português.

3. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições

no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde).

5. Os originais devem ser digitados em *Word* respeitando o número máximo de laudas definido por seção da revista.

6. Da folha de rosto devem constar título em português que deve ser centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.

Abaixo do título: Nomes dos autores (centralizado; não deve estar em caixa alta; inicia-se pelo primeiro nome, seguido do nome do meio e por último o sobrenome) com as informações, em nota de rodapé, referentes a cada autor na seguinte ordem: Titulação, vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso), Cidade, Estado (abreviação), País e e-mail.

Observação: não havendo vínculo institucional, informar a titulação, a atividade profissional, a cidade, o estado e o país.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a sete. Acima deste número serão listados nos Agradecimentos.

7. **Ainda na folha de rosto** o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé

cujas numerações serão no título.

8. **Resumos e descritores** – devem ser apresentados, **na folha de rosto**, dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

Artigos de pesquisa – para os de pesquisa, o resumo deve conter entre 160 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo a **introdução**, os **objetivos** do estudo ou investigação, os **métodos** empregados, os principais **resultados** e as principais **conclusões**. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>).

As palavras-chaves devem iniciar com a primeira letra em maiúscula e devem ser separadas por ponto e vírgula (;). Observar na quebra de linha que alguns descritores usam barra (/) e esta deve estar agregada ao descritor;

Alguns descritores são compostos por dois ou mais termos, separados por vírgula e isso tem que ser respeitado.

Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As *keywords* devem seguir o *Medical Subject Headings* (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

As expressões “**PALAVRAS-CHAVE:**” e “**KEYWORDS:**” devem estar em maiúsculo e em negrito.

Demais categorias – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser narrativo, entre 200 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo,

os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

9. O texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 12 com espaço entre linhas 1,5, digitado com paragrafação de 2cm, formato A4, (21cm x 29,7cm). As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 (três) centímetros e direita e inferior de 2 (dois) centímetros.

10. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais (com a seção: **RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**, em caixa alta e negrito) de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

Modelo 1: “Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.”

Modelo 2: “Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Autor Z responsabilizou-se por..., etc.”

11. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Todas as ilustrações devem estar dentro do texto com respectivas legendas e numeração em algarismos arábicos.

12. As citações diretas curtas (de até três linhas) são inseridas no texto entre aspas. As citações diretas longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado (4cm da margem esquerda) em fonte tamanho 11 (onze) e espaçamento 1 (um) entre linhas, dispensando aspas. Ressalta-se que deve-se evitar citações diretas no artigo.

13. As citações obedecem à recomendação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em espe-

cial a NBR 10.520 ou a que a substituir.

No corpo do texto as citações com mais de três autores devem ser elaboradas utilizando-se o primeiro autor seguido da expressão “*et al.*” que deve estar em itálico. Exemplo: (SANTOS *et al.*, 2011) ou Santos *et al.* (2011).

Quando o artigo for de pesquisa qualitativa e conter falas dos sujeitos de pesquisa deve-se obedecer à seguinte norma: as falas devem estar dispostas no texto **sem recuo** de 4cm da margem e em itálico. Não deve-se usar aspas.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas.

Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são

responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os nomes dos autores devem estar em formato abreviado em todas as referências. As referências de artigos de periódicos devem conter o nome do periódico escrito por extenso. Abreviaturas não devem ser utilizadas nos nomes dos periódicos. A cidade do periódico deve ser omitida na elaboração da referência. Deve-se incluir sem cortes a página inicial e a final do artigo.

Para destaque de nomes dos periódicos, títulos de livros e outros destaques necessários nas referências deve se usar a fonte em **negrito**.

Os autores devem utilizar preferencialmente referências atuais dos últimos 5 anos. As referências antigas podem ser utilizadas se forem imprescindíveis para a escrita do trabalho e deve se limitar a menos

que 30% do total de referências do artigo.

15. **Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

16. **Declaração de Conflito de interesses, Transferência de direitos autorais,**

Responsabilidade - Os autores devem informar, em declaração, qualquer potencial conflito de interesse, a transferência de direitos autorais e a responsabilidade dos autores em uma única declaração (seguir modelo abaixo).

DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses.

Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho “TÍTULO DO ARTIGO” para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo.

Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista **Cadernos de Ciência e Saúde**.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

17. **Submissões** - As submissões devem ser realizadas via e-mail como arquivo anexo para o seguinte endereço: cienciaesaude@fasa.edu.br

PADRÕES PARA REFERÊNCIAS:

Artigos de periódicos:

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis**, v.9, n.1, p.83-112, 1999.

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

Artigos de periódicos em meio eletrônico:

XAVIER-GOMES, L. M.; ANDRADE-BARBOSA, T. L.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.4, p.779-786, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PEREIRA, B.F.B. *et al.* Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1745-1752, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001400025&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 jan. 2013.

XAVIER-GOMES, L.M. *et al.* Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v.12, p.89-95, 2011. Disponível em: <<http://>

www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-89.pdf>. Acesso em: 20 Jan. 2013.

Livros:

SHULTZ, J. **Ciência e saúde**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 308p.

Capítulos de livros:

PEREIRA, N. T. A mortalidade perinatal no Brasil. In: GUSMÃO, B. (Org.). **Epidemiologia e a saúde coletiva no Brasil: dos anos 80 aos dias atuais**. Rio de Janeiro: Scipione, 2001. p. 140-173.

Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

GOMES, L. P. Epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 80-89.

Dissertações e teses:

GOMES, L. M. X. **Avaliação da qualidade da assistência prestada à criança com doença falciforme na Atenção Primária no Norte de Minas Gerais**. 2010. 114 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Montes Claros, 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **A construção da Aids**. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

Jornais:

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes

dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

Referência legislativa:

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do Estado e dá providências correlatas. **Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

Documentos eletrônicos:

REVENGE, S. J. **The internet dictionary**. Avon: Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 20 jan. 2000.

ALEIJADINHO. *In*: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, G. A. C. **Citações e referências a documentos eletrônicos**. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 de dez. 1996.

COSTA, M. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <cbc@uerj.br> em 10 ago. 2001.



ISSN 2236-9503

