UNINGÁ - UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA

Uningá Review

Online ISSN 2178-2571

21(3)

Janeiro / Março
January / March

2015

Master Editora

UNINGÁ review

ISSN *online*: 2178-2571

FICHA TÉCNICA Technical Sheet

Título / *Title*: UNINGÁ Review
Periodicidade / *Periodicity*: Trimestral / *Quarterly*
Diretor Geral / *Main Director:* Ricardo Benedito de Oliveira
Diretor de Ensino / *Educational Director*: Ney Stival
Diretor de Pós-Graduação / *Post-Graduation Director:* Mário dos Anjos Neto Filho
Diretora de Assuntos Acadêmicos / A*cademic Subjects Director*: Gisele Colombari Gomes
Diretor Administrativo / *Administrative Director*: Flávio Massayohi Sato

Editor-Chefe / *Editor-in-Chief*: Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho

Corpo Editorial / *Editorial Board*

Prof. Dr. Afonso Pelli, **UFTM** (MG)
Prof. Dr. Aissar Eduardo Nassif, **UNINGÁ** (PR)
Prof. Dr. Alaor Aparecido Almeida, **CEATOX-UNESP** (SP)
Prof. MS. Alex Sanches Torquato, **UTFPR** (PR)
Profa. Dra. Carolina Baraldi Araujo Restini, **UNAERP** (SP)
Profa. Dra. Claure Nain Lunardi Gomes, **UnB** (Brasília/DF)
Prof. Dr. Fabiano Carlos Marson, **UNINGÁ** (PR)
Prof. Dr. Gerson Jhonatan Rodrigues, **UFSCar** (SP)
Prof. Dr. Jefferson José de Carvalho Marion, **UFMS** (MS)
Profa. Dra. Kellen Brunaldi, **UEM** (PR)
Prof. Dr. Luiz Fernando Lolli, **UNINGÁ** (PR)
Profa. Dra. Michele Paulo, **USP** (SP)
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Évora, **USP** (SP)
Prof. Dr. Roberto Barbosa Bazotte, **UEM** (PR)
Prof. Dr. Roberto DeLucia, **USP** (SP)
Prof. MS. Rogério Tiyo, **UNINGÁ** (PR)
Profa. MS. Rosana Amora Ascari, **UDESC** (SC)
Prof. Dr. Sérgio Spezzia, **UNIFESP** (SP)
Profa. Dra. Tatiliana Geralda Bacelar Kashiwabara, **IMES** (MG)
Profa. MSd. Thais Mageste Duque, **UNICAMP** (SP), **UNINGÁ** (PR)
Profa. MS. Valéria Garcia da Silva, **UNINGÁ** (PR)

Indexações: Latindex, Google Acadêmico, EBSCO *host* (Fonte Acadêmica), Periódicos CAPES e *Directory of Research Journals Indexing* - DRJI.

Distribuição: Master Editora – Publicações Científicas

A Revista **UNINGÁ Review** é um Projeto Especial para divulgação científica apenas em mídia eletrônica, estando inscrito na Coordenação do Núcleo Pesquisa da Faculdade INGÁ sob o número (171/2-2009) da Faculdade INGÁ.

Todos os artigos publicados foram formalmente autorizados por seus autores e são de sua exclusiva responsabilidade.

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados não correspondem necessáriamente, às opiniões da Revista **UNINGÁ Review** e de seu Corpo Editorial.

*The **UNINGÁ Review** Journal is a special project to scientific dissemination only in electronic media, registered in the Coordination of the Research Center - Faculty INGÁ (171/2-2009).*

All published articles were formally authorized by their authors and are your sole responsibility.

*The opinions expressed in the studies published do not necessarily correspond to the views of **UNINGÁ Review** Journal and its Editorial Board.*

FACULDADE INGÁ uningá
Academia do saber

Master Editora

Vol.21, n.3, Jan – Mar 2015, pp.05-32

UNINGÁ review

ISSN *online*: 2178-2571

EDITORIAL

Prezado leitor, é com grande satisfação que divulgamos a vigésima primeira edição, volume três, da Revista **UNINGÁ Review**. Desde a edição anterior, 18(3), realizamos o lançamento de capa totalmente modernizada, reafirmando o nosso compromisso com a qualidade editorial e atualização de nossos conceitos para o alcance de nossos objetivos.

UNINGÁ Review recebeu a estratificação B4 pelo sistema QUALIS CAPES, após a avaliação das edições anteriores, desde o ano de 2010.

Desde o dia 01/07/2013, a Revista **UNINGÁ Review** passou a ser distribuída pela Master Editora, adotando o formato *Open Access Journal* (Revista Científica de Acesso Aberto) que garante a manutenção do acesso irrestrito e gratuito aos artigos publicados. Os autores não terão nenhum custo financeiro para submissão e a subsequente análise do manuscrito pelo conselho editorial do periódico. Entretanto, caso um manuscrito seja aceito para publicação, o autor responsável (autor de correspondência) confirmará o interesse pela publicação realizando o pagamento de uma taxa de publicação, no valor de R$ 180,00 (cento e oitenta reais), em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais; valor atualizado em 01/01/2015.

Aproveitamos a oportunidade para agradecer aos autores dos trabalhos que abrilhantam esta edição e para convidar aos autores de trabalhos científicos que se enquadram em nosso escopo editorial para o envio de seus artigos para nossa análise *ad hoc*, visando o aceite de sua obra para publicação em uma das edições futuras da Revista **UNINGÁ Review**.

Boa leitura!

Mário dos Anjos Neto Filho
Editor-Chefe

Dear reader, it is a great satisfaction to disclose the twenty first edition, volume three of the Journal UNINGÁ Review. Since the previous edition, 18(3), we launched the from cover completely modernized, reaffirming our commitment to editorial quality and update our concepts for achieving our goals.

***UNINGÁ Review** received the concept of stratification B4 by QUALIS CAPES system, according to the evaluation of the previous editions, since 2010.*

*Since july, 01, 2013, the **UNINGÁ Review** Journal became distributed by Master Publisher, adopting the format Open Access Journal that ensures the free and unrestricted access to published articles. The authors have no financial cost to any submission and subsequent analysis of the manuscript by the editorial board of the journal. However, if a manuscript is accepted for publication, the mailing author can confirm the interest in publishing by the payment of a publication (R$ 180,00 - one one hundred and eighty Reais), according to the costs relating to the procedures editorials; updated on 01/01/2015.*

We take this opportunity to thank the authors of the works that brightens this issue and to invite the authors of scientific papers that fit with our editorial scope to send your articles to our ad hoc aiming at acceptance of your paper for publication in a future issue of the Journal UNINGÁ Review.

Happy reading!

Mario dos Anjos Neto Filho
Editor-in-Chief

FACULDADE INGÁ uningá
Academia do saber

Master Editora

UNINGÁ review
ISSN *online*: 2178-2571

SUMÁRIO SUMMARY

ORIGINAIS

PRESENÇA DE COLIFORMES TOTAIS NA REDE HIDRÁULICA DE UM HOSPITAL PUBLICO DE ENSINO NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

BIANCA **BARROS**, RENATO VENTRESQUI **OLIVEIRA**, CELSO TADEU BARBOSA DOS **SANTOS**, MARCELO COSTA **ARAÚJO**, PEDRO GOMES **PEIXOTO**, EVA CLÁUDIA VENÂNCIO DE **SENNE**, PATRÍCIA BORGES **PEIXOTO**, ANDERSON ASSUNÇÃO **ANDRADE**, AFONSO **PELLI**..... 05

ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS: O QUE DIZEM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM?

LETICIA APARECIDA CORRÊA **GARIBOTTI**, ROSANA AMORA **ASCARI** 08

CONHECIMENTO PRODUZIDO ACERCA DO ESTRESSE EM POLICIAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

ROSANA AMORA **ASCARI**, KAREN CRISTINA **JUNG RECH**, MICHELE LETICIA DA SILVA **PERTILLE** 13

ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

POSSIBILIDADES E PRÁTICAS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

DIEGO ALEXANDRE ROZENDO DA **SILVA**, KEZIA **PATRÍCIA** 20

RELAÇÕES FAMILIARES E USO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FLÁVIA **ANTUNES**, MAGDA LÚCIA FÉLIX DE **OLIVEIRA** 27

Master Editora

PRESENÇA DE COLIFORMES TOTAIS NA REDE HIDRÁULICA DE UM HOSPITAL PUBLICO DE ENSINO NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

TOTAL COLIFORMS IN A HYDRAULIC SYSTEM AT PUBLIC HOSPITAL FROM MINAS GERAIS STATE, BRAZIL

BIANCA **BARROS**[1], RENATO VENTRESQUI **OLIVEIRA**[2*], CELSO TADEU BARBOSA DOS **SANTOS**[3], MARCELO COSTA **ARAÚJO**[4], PEDRO GOMES **PEIXOTO**[2], EVA CLÁUDIA VENÂNCIO DE **SENNE**[5], PATRÍCIA BORGES **PEIXOTO**[5], ANDERSON ASSUNÇÃO **ANDRADE**[6], AFONSO **PELLI**[7]

1. Acadêmica do curso de Biomedicina, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; **2.** Acadêmico do curso de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; **3.** Técnico de Laboratório, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; **4.** Farmacêutico, Hospital de Clinicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; **5.** Enfermeira, Hospital de Clinicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; **6.** Professor da disciplina de Microbiologia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro; **7.** Professor da disciplina de Ecologia e Evolução, Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

* Universidade Federal do Triangulo Mineiro, Instituto de Ciências Biológicas e Naturais - Praça Manoel Terra, 330, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. CEP: 38015-050. ventresqui@gmail.com

Recebido em 09/02/2015. **Aceito** para publicação em 26/02/2015

RESUMO

O controle de qualidade da água é uma das ações fundamentais para a prevenção de doenças. O combate a microrganismos patogênicos que possam vir a causar surtos é o principal foco no tratamento da água antes da distribuição para a população. A pesquisa de microrganismos na água é necessária uma vez que há microrganismos que são parte daquele ambiente e outros que não são comuns (ex. *Escherichia coli*). Assim, o objetivo deste trabalho foi o de detectar os microrganismos presentes na água de um hospital público de ensino e avaliar o perfil de sensibilidade. Metodologia: A presença de coliformes foi determinada através da realização do teste Colilert®. O procedimento deste teste seguiu as instruções do fabricante que consiste em misturar em 100 mL da amostra ao reagente Colilert® (IDEXX Labs). Após esta etapa, as amostras positivas foram semeadas em meio de cultura, e identificadas segundo as metodologias propostas pela literatura. Foram identificados os seguintes microrganismos: *Pseudomonas aurigi-nosa*, *Enterobacter spp e Acinetobacter spp.* Podemos concluir que os microrganismos encontrados são os permitidos dentro das leis vigentes no país, e os padrões que foram apresentados não oferecem risco à saúde, por ser bactérias comuns na água.

PALAVRAS-CHAVE: Microbiologia, saúde pública, infecção hospitalar.

ABSTRACT

The quality control of water is one of the key actions for the prevention of diseases. The fight against pathogenic microorganisms that may cause outbreaks is the main focus in the treatment of water before distribution to the population. The study of microorganisms in water is necessary since there are microorganisms that are part of that environment and others that are not common (eg. *E. coli*). So, the aim of this study was to detect the microorganisms present in the water of a public teaching hospital and assess the sensitivity profile. Methodology: The presence of coliforms was determined by conducting the test Colilert®. The procedure of this test followed the manufacturer's instructions, which comprises mixing 100 mL of sample to the Colilert® reagent (IDEXX Labs). After this step, the positive samples were plated in culture medium, and identified according to the methods proposed in the literature. The following microorganisms were identified: *Pseudomonas auriginosa, Enterobacter spp* and *Acinetobacter spp*. We conclude that the microorganisms found are permitted within the laws of the country, and the standards that were presented do not offer health risk, they are common bacteria in the water.

KEYWORDS: Microbiology, public health, hospital infection.

1. INTRODUÇÃO

Caracterizado O tratamento da água é garantido por lei e deve estar de acordo com a portaria n° 518, do Ministério da Saúde, 25 de março de 2004[1]. Esta portaria regulamenta as características físico-químicas e microbiológicas, que uma água potável deve possuir. Para tal, na portaria n° 518, do Ministério da Saúde, 25 de março de 2004[1], permite a presença de bactérias mesófilas, isto é, bactérias que estão presentes na água para distribuição para consumo.

Nos limites aceitáveis, esses tipos de microorganismos não são prejudiciais à saúde, mas devem ser cons-

tantemente monitorados, uma vez que seu aumento pode trazer algum dano à população[2] (Portaria MS, 2012).

Há a necessidade de cuidados no abastecimento de hospitais e clinicas, onde há pacientes imunodeprimidos que podem ser colonizados indiretamente por esse tipo de microrganismo.

Essas infecções constituem importante causa de morbidade e mortalidade nos hospitais, ocasionando aumento nos gastos dos cofres públicos[3]. Estudos mostram que cerca de 100 mil pessoas por ano morrem vítimas destas infecções no Brasil[4].

O Ministério da Saúde[5] regulamenta a qualidade do sistema de abastecimento de águas com base na presença de coliformes e contagem de bactérias heterotróficas, enquanto que regulamentação mais restritiva existe em relação à água mineral natural e proíbe a presença de bactérias potencialmente patogênicas, incluindo *Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus spp.* e *Clostridium perfringens*[6].

O objetivo deste trabalho foi avaliar a presença de microorganismos na água do hospital, determinar o seu perfil de sensibilidade a antibióticos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

As coletas foram realizadas entre os meses de março a novembro de 2013, em dias e horários alternados, constituindo 7 amostras de cada ponto coletado, totalizando 70 amostras. As amostras foram coletadas em frascos estéreis de 100 mL, e em seguida encaminhadas ao laboratório para realização dos testes.

Foram realizadas coletas de água 10 pontos previamente selecionados junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no hospital de clínicas da UFTM, sendo estes os pontos: berçário, bloco cirúrgico, central de materiais e esterilização, clínica médica, clínica onco-hemato (COH), hemodinâmica, pediatria, pronto socorro adulto (PSA), unidade de terapia renal e unidade de tratamento intensivo adulto (UTI).

Para pesquisa de bactérias, foi utilizado o kit COLILERT para coliformes onde uma ampola contendo o meio de cultura é colocada no frasco contendo 100 mL de água é incubada a 37°C por 24 horas. Na ocorrência de amostras positivas, alíquotas de 100µL foram retiradas e semeadas em Agar MacConkey e Ágar Sangue.

As placas semeadas foram incubadas por 24 – 48h a 37°C. Após o crescimento dos microrganismos, estes foram e caracterizados através da técnica de Gram.

Para identificação das bactérias gram-negativas, foram utilizados os testes de oxidação-fermentação, ureia, citrato, TSI (tríplice açúcar ferro), fenilalanina, SIM (H_2S, indol, motilidade) conforme metodologia descrita por Koneman *et al*. (2001). A avaliação do perfil de sensibilidade ocorreu de acordo com as metodologias descritas para testes de sensibilidade a antimicrobianos pelo CLSI m 27- A3.

3. RESULTADOS

Considerando-se as 70 amostras analisadas, 31 amostras apresentaram positividade para coliformes totais através do teste Colilert. Porém, não houve resultados positivos para coliformes fecais. O resultado sobre a ocorrência de amostras positivas para coliformes está apresentado na Tabela 1.

Pontos de coleta	Nº de amostras positivas para coliformes totais	Microrganismos encontrados
Berçário	3	*P. aeruginosa* *Bacillus spp.*
Bloco cirúrgico	8	*P. aeruginosa*
Central de materiais e esterilização	3	*Acinetobacter spp.* *P. aeruginosa* *K. oxitoca*
Clínica médica	2	*Enterobacter spp.*
Clínica onco-hemato (TMO)	2	*P. aeruginosa*
Hemodinâmica	3	*P. aeruginosa*
Pediatria	0	-
Pronto socorro adulto (PSA)	7	*P. aeruginosa*
Unidade de terapia renal	2	*P. aeruginosa*
Unidade de tratamento intensivo adulto	1	*P. aeruginosa*

4. DISCUSSÃO

Dentre os microorganismos encontrados nessa pesquisa, todos se apresentam como microorganismos frequentes em analises de água. Sobre os microorganismos, em todas as amostras isoladas foi possível observar que a bactéria *Pseudomonas aeruginosa*, foi o microorganismo com a mais alta incidência durante as coletas. A *P.aeruginosa* é um microorganismo nosocomial frequente nas infecções hospitalares[7].

Devido ao fato de que essa bactéria está amplamente distribuída no ambiente, e ser capaz de persistir por longos períodos de tempos de exposição a antibióticos, selecionando assim as cepas resistentes[8,9], foi possível observar resultado semelhante em nosso trabalho. Foi possível observar que a maioria das cepas de *P.aeruginosa* apresentou-se sensível a todos os antibióticos testados, porém algumas cepas apresentaram resistência a alguns dos antibióticos testados.

A *P.aeruginosa*, não é uma bactéria que é de caráter patogênico para o ser humano, porém em indivíduos imunocomprometidos ela pode ser considerada oportunista[9], fazendo parte da microbiota normal do ser humano, na qual está presente também na água e no solo[9,10].

A água potável de sistemas de distribuição é colonizada por diversos tipos de microorganismos (bactérias, fungos e protozoários). Estes microorganismos se nutrem a partir da matéria orgânica ali disponível[10]. Em nosso trabalho, o hospital em questão apresenta uma rede de encanamento bem antiga, porem com muitas reformas. Podemos atribuir à ocorrência ou não de microorganismos em alguns pontos de coleta a idade da rede hidráulica dos setores coletados, uma vez que uma rede mais antiga apresenta-se ferrugem e outros com-

postos que favorecem a proliferação desses microorganismos. Em um estudo publicado na literatura, foi possível observar que a ocorrência de *P.aeruginosa* na água de torneira pode levar a infecções a pacientes internados nos setores do hospital[11].

Quanto ao padrão de resistência apresentado pelas cepas de *P.aeruginosa* isoladas, não houve a ocorrência de cepas multirresistentes. Foi possível observar que todas as cepas apresentaram resistência a ampicilina, porém esta resistência aparenta ser intrínseca, e não pela pressão seletiva do meio em que se encontrava.

Microorganismos como *Klebsiella oxytoca, Enterobacter spp, Bacillus spp. e Acinetobacter spp.* também foram identificados. Dentre esses pode-se destacar o *Bacillus spp.* que apresentou um perfil de sensibilidade altamente resistente. Apesar de resistente o *Bacillus spp.* é comum em água para abastecimento público, bem como as outras bactérias anteriormente apresentadas. Dados da literatura mostram que *Legionella pneumophila, Legionella bozemanii, Pseudomonas aeruginosa, Pseudomonas cepacia* são bactérias comuns em águas para abastecimento, e outros gêneros bacterianos, tais como: *Bacillus spp., Flavobacterium spp., Klebsiella spp., Acinetobacter spp. e Alcaligenes spp,* são menos frequentes[12].

5. CONCLUSÃO

A distribuição de água pelo serviço de abastecimento está cumprindo com as normas da portaria MS 1469 (2000)[5]. Com o nosso estudo foi possível observar que a água sofre diferentes pressões dentro do hospital, assim uma ação profilática para avaliação das condições físico-químicas e microbiológicas dá água em vários setores do hospital faz-se necessário para evitar problemas como surtos epidemiológicos e danos a aparelhos que utilizam a água para o funcionamento.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a UFTM pelo apoio financeiro, aos funcionários do Departamento de água e Esgoto de Ribeirão Preto Estela, o Antonio e a Marcia, do laboratório de qualidade da água pelo auxilio neste trabalho.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 2004; 141(59):266.

[2] Portaria n. 2914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União, Brasília. 2001; 39.

[3] Hartmann, Bernd et al. Computer keyboard and mouse as a reservoir of pathogens in an intensive care unit. Journal of clinical monitoring and computing. 2004; 18(1):7-12.

[4] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1469, de 29 de dezembro de 2000. Aprova a norma de qualidade da água para consumo humano, que dispõe sobre procedimentos e responsabilidades inerentes ao controle e a vigilância da qualidade da água para consumo humano, estabelece o padrão de potabilidade da água para consumo humano e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jan. 2001, nº 1 – E, Seção 1, p. 19 (Republicada no DOU nº 38 - E de 22/2/2001, Seção 1, p.39).

[5] Brasil - Portarias – Portaria n. 1469, de 29 de dezembro de 2000. Ministério da Saúde. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 2000

[6] Brasil – Resolução de Diretoria Colegiada – RDC – n. 275, de 22 de setembro de 2005. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2005.

[7] Fuentefria DB, *et al*. Pseudomonas aeruginosa: disseminação de resistência antimicrobiana em efluente hospitalar e água superficial. Rev Soc Bras Med Trop. 2008; 41(5):470-3.

[8] Gales A, Reis A, Jones R. Contemporary assessment of antimicrobial Contemporary assessment of antimicrobial susceptibility testing methods for polymixyn B and colistin: review of available interpretative criteria and quality control guidelines. Journal of Clinical Microbiology. 2001; 39:183-90.

[9] Da Mata PTG, Abegg MA. Descrição de caso de resistência a antibióticos por Pseudomonas aeruginosa. Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar. 2013; 11(2):20-25.

[10] Guerra NMM, *et al*. Ocorrência de Pseudomonas aeruginosa em água potável. Acta Scientiarum. Biological Sciences. 2006; 28(1):13-18.

[11] Trautmann M, *et al.* Tap water colonization with Pseudomonas aeruginosa in a surgical intensive care unit (ICU) and relation to Pseudomonas infections of ICU patients. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2001; 22(1):49-52.

[12] Catão, R. M., et al. "Distribuição da microbiota anemófila em ambiente hospitalar (Campina Grande, PB)." Rev Bras Anal Clin. 1998; 30(1):25-30.

ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS: O QUE DIZEM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM?

STERILIZATION OF MATERIALS: WHAT THEY SAY WORKERS OF NURSING?

LETICIA APARECIDA CORRÊA **GARIBOTTI**[1], ROSANA AMORA **ASCARI**[2]

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó. **2.** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS, Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc. Membro do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho – Gestra/Udesc.

* Rua Quatorze de agosto, 807 E, apartamento 301, Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-251. rosana.ascari@hotmail.com

Recebido em 09/08/2014. **Aceito** para publicação em 17/02/2015

RESUMO

O objetivo deste estudo é descrever a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto ao processo de esterilizações praticado por um hospital comunitário beneficente no norte do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo observacional e descritivo, desenvolvido através de entrevista semiestruturada após aprovação do Comitê de Ética sob parecer nº 312/2012. Através da análise de conteúdo emergiram cinco categorias, sendo elas: Áreas que compõem o centro de Material e esterilização (CME); Tipos de materiais; Tipos de esterilização e invólucros; Registros do processo e testes de validação da esterilização e; Validade. Controvérsias no fluxo unidirecional de materiais, na forma de limpeza, empacotamento, rotulagem, métodos de esterilização, testes de validação do processo de esterilização e formas de registro foram identificadas, tanto na observação como no relato dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, esterilização, centro de material e esterilização.

ABSTRACT

The aim of this study is to describe the perceptions of nursing staff regarding the sterilization process practiced by a charitable community hospital in northern Rio Grande do Sul. Was an observational and descriptive study, conducted through semi-structured interviews after approval Ethics Committee opinion No. 312/2012 under. Through content analysis, five categories emerged, namely: Areas that make up the center of material and sterilization (CME); Types of materials; Types of sterilization and housings; Records of the process and validation testing and sterilization; Validity. Controversies in the unidirectional flow of materials in the form of cleaning, packaging, labeling, sterilization methods, validation tests of the sterilization process and registration forms were identified in the observation and the reporting of professionals.

KEYWORDS: Nursing, sterilization, sterilization and supply center.

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é definido pelo Ministério da Saúde como o conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos artigos para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde[1].

Com o aumento da complexidade da tecnologia dos materiais e equipamentos cirúrgicos, foi crescendo a demanda por implementação de novas formas de prepará-los e processá-los que, consequentemente, exigiram dos profissionais de enfermagem especialização para atender à complexidade do processo de trabalho[2]. O desenvolvimento das técnicas cirúrgicas e, principalmente, com a revolução tecnológica propiciou mudanças importantes na organização do CME, no que diz respeito aos métodos de esterilização e ao seu gerenciamento[2].

A esterilização é o processo de destruição de todas as formas de vida microbiana, fungos, vírus, bactérias nas formas vegetativas e esporulada e pode ser realizada por meios físicos, químicos e físico-químicos[3].

O CME é definido pela RDC n° 15 da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como local destinado a atividade de processamento de artigos para os serviços de saúde[4]. Segundo a referida resolução, o controle de qualidade do processamento dos produtos para saúde compreende a avaliação sistemática e documentada da estrutura e do processo de trabalho e avaliação dos resultados de todas as etapas do processamento de produtos para saúde.

A Resolução Nº 424 de 19 de abril de 2012 normatiza as atribuições dos profissionais de Enfermagem em Centro de Material e Esterilização e em empresas processadoras de produtos para saúde[5].

Cabem aos enfermeiros, coordenadores, chefes, ou responsáveis por centro de material e esterilização, ou por empresa processadora de produtos para saúde, pla-

nejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processo de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integralidade e funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras. A referida legislação descreve ainda que os técnicos de enfermagem que atuam em CME, ou em empresas processadoras de produtos para saúde, realizam as atividades previstas nos procedimentos operacionais (PO) sob orientação e supervisão do Enfermeiro[5].

A enfermagem desenvolve importante papel no controle de infecção, participando e supervisionando o processo de esterilização.

A finalidade do trabalho de enfermagem no CME é contribuir com os processos assistenciais desenvolvidos nas unidades consumidoras de materiais reprocessáveis, gerando um produto indispensável para a assistência à saúde, o artigo médico-hospitalar em condições seguras de uso[1].

Para que se tenha qualidade nos serviços prestados, o CME deve validar cada etapa desenvolvida no reprocessamento dos artigos, para que isso ocorra os trabalhadores de enfermagem envolvidos nesse processo de trabalho, devem estar em constante qualificação profissional.

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi descrever a percepção dos trabalhadores de enfermagem quanto ao processo de esterilizações praticado por um hospital comunitário beneficente no norte do Rio Grande do Sul.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo qualitativo, observacional e descritivo, para o qual foi utilizado um roteiro de observação pré-construído a partir de diretrizes recomendadas pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC)[6] e Normativas da Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA)[4]. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações e percepções, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos de si mesmo, sentem e pensam[7].

Utilizou-se um formulário semiestruturado acerca do processo de esterilização abordando o fluxo dos artigos, os tipos de invólucros e esterilização utilizados, os testes microbiológicos, a forma de registro e condições de armazenamento dos artigos. Participaram da pesquisa cinco profissionais de enfermagem envolvidos no processo de esterilização, em um hospital beneficente de média complexidade, com capacidade para aproximadamente 90 leitos.

A coleta de dados desenvolveu-se no mês de abril de 2013, após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ sob parecer nº 312/12 e respeitou os aspectos éticos descritos na Resolução 466/2012 do Conselho nacional de Saúde (CONEP)[8].

A entrevista semiestruturada foi realizada no local de trabalho dos participantes após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A observação foi realizada no mesmo período, para a qual foi observada estrutura física, limpeza dos artigos, empacotamento, métodos de esterilização, armazenamento e distribuição dos materiais reprocessados, bem como registros e testes realizados acerca do processo de esterilização.

Os dados coletados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo em três fases distintas sendo: a pré-análise dos dados coletados, a exploração do material com classificação dos conteúdos analisados e, tratamento dos resultados e interpretação dos mesmos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com cinco trabalhadores envolvidos no processo de esterilização do CME, com faixa etária entre 25 e 43 anos, sendo a maioria sexo feminino. Dentre as funções exercidas pelos participantes, dois são enfermeiros responsáveis pela supervisão do processo de esterilização e três participantes são técnicos de enfermagem que realizam o processo de esterilização.

Após as transcrições das entrevistas e leitura do material produzido, foi possível identificar cinco categorias que expressam a percepção dos trabalhadores acerca do processo de esterilização, sendo elas:

Categoria 1 - Áreas que compõem a CME

Esta categoria tem como objetivo mostrar quais as áreas que compõe a CME e como os participantes identificam o fluxo dos artigos.

As áreas que compõe a CME segundo Resolução n° 15 da ANVISA de março de 2012 são: área de recepção e limpeza (área suja); área de preparo e esterilização (área limpa); sala de desinfecção química, quando aplicável (área limpa); área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (área estéril)[4].

As áreas destinadas a receber os artigos contaminados, ao proceder a sua descontaminação, limpeza e secagem, devem ser separadas da área limpa, onde os artigos são preparados, acondicionados, esterilizados, armazenados e distribuídos posteriormente[1].

Quando questionados sobre o fluxo dos materiais no CME, os participantes argumentaram as áreas físicas seguindo algumas recomendações[4,6] como evidencia os relatos a seguir:

> "*Acho que deve ser recepção, expurgo e higienização, preparo, esterilização e distribuição a ordem*". [Entrevistado 1].
>
> *"É limpeza, preparo, esterilização e guarda"*. [Entrevistado 2].
>
> "*Sim, é limpeza, preparo e empacotamento, esterilização a ordem certa*". [Entrevistado 3].

"Mas essa segue a ordem recepção, preparo, empacotamento e esterilização". [Entrevistado 4].

"Preparo, empacotamento, esterilização e guarda, obedece a uma ordem igual". [Entrevistado 5].

A área física da Central de Materiais de Esterilização deve permitir o estabelecimento de um fluxo continuo e unidirecional dos artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados[6,9].

Fica evidenciado que todos os profissionais precisam rever as áreas que compõem um fluxo unidirecional no processo de esterilização dos artigos.

Em nenhum momento, os participantes sinalizaram para a barreira física recomendada entre a área suja e limpa e entre a área limpa e área estéril[6].

Categoria 2 - Tipo de material reprocessado

Esta categoria busca identificar o conhecimento dos participantes sobre os tipos de artigos esterilizados pelos profissionais de enfermagem atuantes na CME.

Foi possível perceber que os mesmos têm conhecimento em relação aos artigos reprocessados, às respostas foram:

"Aqui esteriliza tecidos de algodão, instrumental cirúrgico, vidros, borrachas e perfuradores elétricos". [Entrevistado 1].

"*Esteriliza tecidos de algodão, instrumental cirúrgico, vidros, borrachas e perfurador elétrico"*. [Entrevistado 2].

"Tecidos de algodão, instrumental cirúrgico, vidros, líquido e borracha". [Entrevistado 3].

"Se esteriliza tecidos de algodão, instrumental cirúrgico, líquido, borracha, vidro". [Entrevistado 4].

"*É esterilizado aqui instrumental, vidros, tecido de algodão e vidros, borrachas"*. [Entrevistado 5].

Os artigos são classificados em Críticos, que são chamados dessa forma devido ao alto risco de aquisição de infecção. São introduzidos diretamente em tecidos humanos considerados estéreis como cateteres venosos/agulhas. Os artigos Semicríticos são os que entram em contato com a mucosa e pele não integra, não necessariamente penetram na superfície, como o tubo endotraqueal e equipamentos respiratórios Os Não Críticos são artigos que entram em contato direto com pele íntegra do paciente[9].

Os profissionais que atuam na CME possuem ativa responsabilidade no combate as infecções hospitalares, pois tem o propósito de reduzir ou causar a morte microbiana, que está contida nos artigos[10].

Categoria 3 - Tipos de esterilização e invólucros

O intuito desta categoria é identificar qual o processo de esterilização é realizado e quais os tipos de invólucros são utilizados pela instituição.

Para seleção da embalagem deve- se levar em consideração o tipo de equipamento que será utilizado para a realização do ciclo de esterilização[11].

Os invólucros podem ser de papel liso ou crepado, que é eficiente a esterilização por vapor e oxido de etileno, é flexível, com facilidade para amoldar-se, resistência a ruptura, biodegradável e reciclável[12]. A embalagem de papel grau cirúrgico deve conter indicador químico especifico para esterilização por formaldeído. Já as caixas metálicas deverão ser perfuradas e recobertas com embalagens permeáveis ao formaldeído. A embalagem de não - tecido confere ao material maleabilidade e resistência, além de uma barreira microbiana repelente a líquido.

As afirmações evidenciaram os tipos de equipamentos utilizados para o processo de esterilização conforme segue:

"Esterilização é feita em autoclave, usamos tecidos de algodão cru, papel Kraft, papel grau cirúrgico, caixas metálicas". [Entrevistado 1].

"Esterilização em autoclave para tecido de algodão cru, papel grau cirúrgico e caixa de metal". [Entrevistado 2].

"A esterilização é em autoclave e químico. E é usado tecido de algodão cru, papel grau cirúrgico, caixas metálicas e manta". [Entrevistado 3].

"Esterilização de autoclave é usado tecido de algodão cru, caixa metálica". [Entrevistado 4].

"Fizemos esterilização em autoclave e a gente usa tecido algodão cirúrgico, papel grau cirúrgico, caixas metálicas". [Entrevistado 5].

É possível perceber fragilidades nos invólucros utilizados para o método de esterilização por calor úmido sob pressão (autoclave), bem como, que um dos participantes identificou o método de esterilização químico, processo não recomendado para a esterilização e sim para desinfecção. A RDC nº. 8 de 27 de fevereiro de 2009, da ANVISA, suspende a esterilização química por imersão[13].

A embalagem de um artigo estéril deve protegê-lo durante seu transporte e manuseio, possibilitar uma identificação perfeita, permitir que o agente esterilizante entre em contato com ele, manter esterilidade até o momento do uso e tornar possível a sua utilização com técnica asséptica[1].

Observando as respostas dos sujeitos da pesquisa entende-se que há uma padronização entre os envolvidos na escolha do invólucro mais adequado ao tipo de esterilização praticado pelo serviço de saúde.

Categoria 4 - Registros do processo de esterilização e testes para certificação deste processo.

Ao ser questionado sobre a existência de registro do processo de esterilização e dos testes realizados, os participantes informaram que há registro. Contudo, na observação, constatou-se que o registro da esterilização não contempla todas as fases do reprocessamento de matérias. Acerca dos testes, o serviço não registra os testes físicos e químicos realizados. Como estes testes não foram citados pelos participantes, é provável que os profissionais não saibam quais os testes físicos e químico disponíveis no serviço.

A empresa processadora devem dispor de um sistema de informação manual ou automatizado com registro do monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos[4,14].

Nas falas a seguir se evidenciam que há registros do processo de esterilização e que o teste realizado nessa unidade é o teste biológico. Contudo, os materiais são utilizados antes da confirmação do teste biológico.

> *"Sim (há registro, o teste biológico"*. [Entrevistado 1].
> *"Tem registro, é feito o teste biológico"*. [Entrevistado 2].
> *"Sim é registrado e fizemos o teste biológico"*. [Entrevistado 3].
> *"É realizado registro e usamos o teste biológico"*. [Entrevistado 4].
> *"Sim registramos e é feito o teste biológico"*. [Entrevistado 5].

Esse monitoramento das esterilizações deve abranger as avaliações física, química e biológica dos processos de esterilização[3]. O controle físico compreende o monitoramento dos parâmetros críticos de cada processo, por meio de registro manual ou por impressora interligada ao esterilizador. Para controle químico são utilizados indicadores e integradores com diferentes apresentações no mercado. Os indicadores biológicos são caracterizados por uma preparação padronizada de esporos bacterianos[3].

Foi possível perceber que o monitoramento das esterilizações ocorre na instituição pesquisada, porém os testes biológicos são encaminhados a um laboratório de análises clínicas e os resultados ficam armazenados no próprio laboratório. Os artigos não aguardam em um local separado até a confirmação do teste, eles são distribuídos logo após esterilização às unidades consumidoras, ocorrendo a reutilização dos materiais, sem saber se a esterilização foi eficaz.

Categoria 5 - Prazo de validade do material reprocessado e dados registrados

Os profissionais expressam que não há uma padronização quanto ao tempo de esterilização dos produtos reprocessados no CME, ficando o prazo de validade identificado entre trinta e noventa dias. Quanto aos registros, referem que este é realizado durante a rotulagem do produto a ser esterilizado e compreende o tipo do artigo, data de vencimento e assinatura do responsável pelo processo de esterilização. Um dos entrevistados (E 3) respondeu que são registrados em um livro ata as cargas de autoclave. A seguir a controvérsia quanto ao prazo de validade dos artigos.

> *"O prazo é 90 dias, se anota o tipo de material, data, vencimento, assinatura responsável pela esterilização"*. [Entrevistado 1].
> *"São 90 dias, registra a data da esterilização, tempo, programa e funcionário que realizou"*. [Entrevistado 2].
> *"Nosso prazo de validade é 90 dias, temos um livro ata onde são registrados as cargas de autoclave durante o período"*. [Entrevistado 3].
> *"O prazo é 30 dias, anotamos a data, hora e quantidade de material esterilizado"*. [Entrevistado 4].
> *"A validade da esterilização varia com cada tipo de material 7 a 30 dias, anotamos a data, horário da esterilização"*. [Entrevistado 5].

O prazo de validade do artigo esterilizado é determinado de acordo com as características da instituição, o método de esterilização, tipo e configuração dos artigos, o tipo de embalagem empregado, método de selagem, local onde o artigo será guardado em cada unidade e quantidade de vezes que o pacote é manuseado antes do uso[1].

Estudos apontam[9,15] que uma das fragilidades dos serviços de saúde é se utilizar, na grande maioria das vezes, de profissionais de enfermagem de nível médio para o processo de esterilização, não eximindo a responsabilidade do Enfermeiro e gestores no que se refere ao planejamento, controle e avaliação acerca da qualidade e segurança do processamento de materiais pelos estabelecimentos de saúde.

4. CONCLUSÃO

Controvérsias no fluxo unidirecional de materiais durante o reprocessamento de artigos para a saúde, na forma de limpeza, no empacotamento, na rotulagem, nos métodos de esterilização, na realização de testes para a validação do processo de esterilização e formas de registro foram identificadas, tanto na observação como no relato dos profissionais.

Os resultados sinalizam sobremaneira para a necessidade de investimentos nos profissionais de enfermagem no que se refere ao seu melhor preparo para o desenvolvimento de atividades inerentes ao centro de material e esterilização. São necessários esforços e debates no meio acadêmico, assistencial e de gestão, para o desenvolvimento de aspectos primordiais na qualificação

da assistência em saúde, especialmente no âmbito hospitalar, como o reprocessamento de materiais, indispensável a todas as unidades consumidoras de produtos esterilizados.

O adequado reprocessamento de materiais necessita de um olhar mais atento do enfermeiro visando maior segurança aos pacientes, profissionais e serviços de saúde, principalmente acerca dos testes e registros do processo de esterilização praticados.

Estratégias como Educação em Serviço são fundamentais para melhorar o processo ora desenvolvido pelo serviço de saúde acerca da esterilização de materiais, bem como a divulgação das atividades realizadas podem fornecer maior visibilidade a Enfermagem inserida na Central de Materiais e Esterilização.

REFERÊNCIAS

[1] Possari JF. Centro de Material e Esterilização: Planejamento, Organização e Gestão. 4. ed. São Paulo: Iátria, 2010.

[2] Costa Aguiar BG, Soares E, Costa da Silva A. Evolución de las centrales de material y esterilización: historia, actualidad y perspectivas de la enfermería. *Enferm. glob.* [online]. 2009; 15:1-6. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/pt_reflexion2.pdf.

[3] Tipple AFV, Pires FV, Guadagnin SVT, Melo DS. Monitoring the physical processes of sterilization in hospitals in the state of Goiás. Rev Esc Enferm USP [online]. 2011; 45(3):747-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a29.pdf

[4] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Resolução - RDC nº 15 de 15 de Março de 2012, que Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2015-2012.pdf

[5] Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução n° 424/ 2012, que Normatiza as atribuições dos profissionais de Enfermagem em Centro de Material e Esterilização e em empresas processadoras de produtos para saúde. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4242012_8990.html

[6] SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas: centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica e centro de material e esterilização. 5ªed. São Paulo: SOBECC, 2009.

[7] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

[8] Conselho Nacional de Saúde (CONEP). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

[9] Ascari RA, Silva OM, Azevedo Junior L, Berlet LJ, Maldaner C, Mai S. Fluxo de materiais odonto-médico-hospitalares durante o seu processamento em unidades básicas de saúde. Rev Udesc em Ação, 2012; 6(1):1-16. Disponível em: http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/view/2486/pdf_102

[10] Pezzi MCS, Leite JL. Investigação em Central de Material e Esterilização utilizando a Teoria Fundamentada em Dados. Rev Bras Enferm,2010; 63(3):391-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

[11] Serratine ACP, Gonçalves CS, Lucolli IC. Influência do armazenamento e da embalagem na manutenção da esterilidade do instrumental odontológico. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009; 11(1):158-64. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a20.htm.

[12] Couto RC, Pedrosa TMG, Amaral DB. Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-infecciosas da Doença: Epidemiologia, Controle e Tratamento, 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

[13] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução - RDC nº 8, de 27 de fevereiro de 2009, que dispõe sobre as medidas para redução da ocorrência de infecções por Micobactérias de Crescimento Rápido - MCR em serviços de saúde. 2009. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2008-2009.pdf

[14] Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. RDC nº 156, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 16 fev. 2006. Edição 34. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a8d2c7804745973f9fa0df3fbc4c6735/RDC+N%C2%B0+156-2006.pdf?MOD=AJPERES

[15] Ascari RA, Vidori J, Moretti CA, Perin EMF, Silva OM, Buss E. O processo de esterilização de materiais em serviços de saúde: uma revisão integrativa. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, 2013; 4(2):33-8. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130831_181149.pdf

CONHECIMENTO PRODUZIDO ACERCA DO ESTRESSE EM POLICIAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

KNOWLEDGE PRODUCED ABOUT STRESS IN POLICE IN BRAZIL: A LITERATURE REVIEW

ROSANA AMORA **ASCARI**[1*], KAREN CRISTINA **JUNG RECH**[2], MICHELE LETICIA DA SILVA **PERTILLE**[3]

1. Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Aluna de Especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Sul-Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG). Santa Catarina, Brasil; **2.** Enfermeira pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Aluna de especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Sul-Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG). Enfermeira do Hospital Regional do Oeste em Chapecó/SC; **3.** Enfermeira. Mestranda em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Docente do Centro Sul-Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação (CENSUPEG). Consultora na Área de Saúde Ocupacional.

* Rua Catorze de Agosto, 807 E, Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 89801-251. rosana.ascari@hotmail.com

Recebido em 13/02/2015. **Aceito** para publicação em 21/02/2015

RESUMO

O objetivo do estudo foi sistematizar o conhecimento produzido acerca da relação estresse e policiais no Brasil entre os anos de 2009 à 2013. Trata-se de revisão integrativa realizada nas bases Medline e Lilacs no período de maio de 2014. Resultados apontam para as situações socialmente desafiadoras que os policiais estão expostos. Como agente repressor da criminalidade convive diariamente com a violência, se expõe a riscos ocupacionais, o que causa estresse e outros problemas de saúde. O sofrimento físico e psíquico foi identificado em 87,5% dos manuscritos analisados, destacando-se a irritabilidade, cansaço e desgaste físico, tensão muscular, problemas com memória/insônia, dores osteomusculares, gastrite, problema de concentração, impaciência, mau humor, depressão, fadiga e outros. Os estudos apontam as consequências do estresse nas forças policiais e instigam a busca por estratégias de enfrentamento para minimizar o sofrimento considerando a importância das ações policiais para a manutenção da segurança pública.

PALAVRAS-CHAVE: Estresse, polícia, violência, saúde do trabalhador, riscos ocupacionais.

ABSTRACT

The objective of the study was to systematize the knowledge produced about the relationship stress and police in Brazil between the years 2009 to 2013. It is an integrative literature review conducted in Medline and Lilacs from May 2014. Results indicate situations socially challenging the cops are exposed. As repressive crime agent lives daily with violence, is exposed to occupational hazards, which causes stress and other health problems. The physical and psychological suffering was identified in 87.5% of the analyzed manuscripts, especially irritability, fatigue and physical stress, muscle tension, problems with memory / insomnia, musculoskeletal pain, gastritis, trouble concentrating, impatience, bad mood, depression, fatigue and others. Studies indicate the consequences of stress in the police force and instigate the search for coping strategies to minimize suffering considering the importance of potential targets for the maintenance of public security.

KEYWORDS: Stress, police, violence, occupational health, occupational risks.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador criada através da Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, visa garantir o direito a um ambiente profissional saudável, independentemente do local em que reside ou trabalha e da forma de vínculo empregatício (formal ou informal). É um avanço na luta por melhores condições de trabalho para todos[1].

A referida política prevê ações de melhoria das condições de trabalho, ações estas realizadas, por todas as esferas de gestão e com a vinculação das diferentes frentes de trabalho do Sistema Único de Saúde - SUS.

Considerando as atividades do policial, um profissional de segurança pública que está exposto a um ambiente laboral de risco, que gera estresse e outros agravos a saúde, este estudo visa contribuir com a implantação da Política Nacional de Promoção de Saúde do Trabalhador que tem por objetivo a: Promoção a saúde e a melhoria

da qualidade de vida do trabalhador, a prevenção de acidentes e danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele[2].

Frente a PNPST, nos deparamos com diferentes adversidades, entre elas, a violência, juntamente com o aumento da criminalidade, além de problemas estruturais que dificultam sua implantação em diversos segmentos de trabalhos, entre eles, das forças policiais. São diversos os casos que comprovam isto e, no contexto atual, é impossível uma iniciativa única que consiga conter toda esta onda de violência e criminalidade. A sociedade não pode permanecer de mãos atadas diante de todas as evidências da ruína que a onda de insegurança causa a população. Esta mesma sociedade tem que se preservar, e se ajudar usando as armas que têm[3].

A presença de violência gera sensação de insegurança por parte do cidadão resultando em mudanças na vida cotidiana e em sua mobilidade. Por isso, a qualidade de vida destas pessoas é drasticamente reduzida, gerando medos, restringindo a mobilidade livre, afetando assim a saúde, pois limita os locais seguros nos quais as pessoas podem praticar atividades físicas e desportivas.[4] Diante dessa realidade, o Estado, precisa proteger os cidadãos de alguma maneira. E para isso dispõem da força policial.

A tarefa de proteger a população ficou sob a responsabilidade da polícia e do sistema judiciário. Estas usam como medida o efeito intimidativo sobre os potenciais agressores por meio da prisão e perda de alguns direitos para punir os que infringem a lei.

Por conseguinte, o policial, pelas características de sua profissão, convive com a violência diariamente, se expõem a riscos ocupacionais relacionados ao desenvolvimento das suas atividades de trabalho, o que causa estresse e outros problemas de saúde. As ausências frequentes no trabalho por doença na brigada militar em Porto Alegre pode estar associado às características dessa atividade[4]. O mesmo estudo sinalizou a presença de doença em 51,4% dos policiais que atuam em Porto Alegre/RS[5].

Diante do quadro de violência que se apresenta mundialmente, a atividade policial e seu papel no exercício da preservação dos direitos da ordem social (isto é, da preservação das rotinas), essa categoria, assume um lugar central na discussão pública[6].

Como essa força de trabalho é de suma importância para a manutenção da ordem necessária para a vida em sociedade, faz-se preciso manter a saúde destes trabalhadores, não somente física, mas emocional e psíquica, para com isso obter um trabalho social de qualidade e de forma continua. Com base no exposto questiona-se: O que a literatura nacional aborda sobre estresse em policiais no Brasil entre os anos de 2009 à 2013?

O estudo tem por objetivo sistematizar o conhecimento produzido acerca da relação estresse e policiais no Brasil entre os anos de 2009 à 2013.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Optou-se pela revisão integrativa da literatura que aponta seis etapas, a saber: a identificação do tema e seleção de hipóteses ou questão de pesquisa; o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; a definição de informação a serem pesquisadas nos manuscritos selecionados (categorização dos estudos); avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da síntese de conhecimentos[7].

A população do estudo constituiu-se por publicações indexadas do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O estudo foi desenvolvido no período de abril à julho de 2014, sendo a coleta de dados realizada no mês de maio de 2014.

Para a busca dos descritores vinculados à saúde do trabalhador, optou-se por unir os termos/descritores Estresse "AND" Polícia, nas bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Salienta-se que o termo "Estresse" foi utilizado, mesmo não sendo classificado como descritor, devido a palavra "Stress" ser encontrada somente acoplada com outras definições, agregando uma gama de situações para além do interesse desta temática. Com o termo "Estresse", foram localizados 658.994 manuscritos, e para o descritor "Polícia", foram encontrados 10.586 manuscritos. Os pesquisadores optaram em utilizar a busca avançada com Estresse "AND" Polícia, o que resultou em 863 manuscritos.

No refinamento foram selecionadas as bases Medline e Lilacs, texto completo entre os anos de 2009 à 2013, tendo como tipo de estudo Caso Controle, Ensaio Clínico Controlado, Estudo de Coorte e Revisão Sistemática, no idioma Português e Artigo no tipo de documento. O total de produções encontradas foram 20 artigos.

Consideraram-se critérios de exclusão após a leitura dos títulos e resumos, os artigos repetidos (4) ou que não respondiam ao tema proposto neste estudo (8) resultando em 8 artigos selecionados para responder a questão de pesquisa "O que a literatura nacional aborda sobre estresse e policiais no Brasil entre os anos de 2009 à 2013?".

Vale ressaltar que a leitura dos resumos para a inclusão dos artigos nesta pesquisa foi desenvolvida por duas pessoas, não encontrando divergência. Todos os artigos incluídos no estudo foram salvos em uma pasta nomeada trabalhos inclusos e identificados individualmente com o título do respectivo artigo.

Para a análise de dados foi realizada a leitura na íntegra dos estudos selecionados para identificar o objetivo do estudo e os principais resultados, categorização, interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão integrativa, por ser considerada a "mais ampla abordagem metodológica referente às revisões [...], combina também dados da literatura, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências [...]".[8]

Constatamos que, no conjunto, o maior número de estudos foi publicado nos anos de 2012 (37,5%) e 2013 (25%). Os periódicos que mais publicaram foram Ciência & Saúde Coletiva (37,5%), seguidos dos periódicos Aletheia, Boletim de Psicologia, Saúde Sociedade, Caderno de Saúde Pública e Arquivos Brasileiros de Psicologia com 12,5% cada um.

Nº	PERIÓDICO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	ANO
01	Boletim de Psicologia	Oliveira PLM, Bardagi MP	Estresse e comprometimento coma carreira em policiais militares.	Avaliar os níveis de estresse ocupacional e comprometimento com a carreira entre policiais militares do 1° regimento da Brigada Militar de Santa Maria, RS.	2010
02	Revista Aletheia	Derenusson FC, Jablonski B	Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família do policial.	Avaliar o impacto do trabalho policial sobre a família.	2010
03	Ciência & Saúde Coletiva	Minayo MCS, Asis SG, Oliveira RVC	Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)	Analisar o adoecimento físico e mental de policiais civis e militares do Estado do Rio de Janeiro, segundo condições de trabalho e atividades profissionais.	2011
04	Revista Saúde Sociedade	Ferreira DKS, Bonfim C, Augusto LGS.	Condições de Trabalho e Morbidade Referida de Policiais Militares, Recife-PE, Brasil.	Analisar as condições de trabalho e a morbidade referida por Policiais Militares (PM) do Recife.	2012
05	Cad. Saúde Pública	*Souza ER, Minayo MCS, Guimarães e Silva J, Pires TO.*	Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.	Investigar fatores associados ao sofrimento psíquico dos policiais militares da cidade do Rio de Janeiro.	2012
06	Arquivos Brasileiros de Psicologia	Couto G, Vandenberghe L, Brito EAG.	Interações interpessoais e estresse entre policiais militares: um estudo correlacional.	Verificar como as interações interpessoais se relacionam com o estresse e investigar uma evidência de validade para o Checklist de Relações Interpessoais-II.	2012
07	Ciência & Saúde Coletiva	Bezerra CM, Minayo MCS, Constantino P.	Estresse ocupacional em mulheres policiais.	Apresentar e discutir o estresse ocupacional vivenciado por mulheres policiais militares no Estado do Rio de Janeiro.	2013
08	Ciência & Saúde Coletiva	Pinto LW, Figueiredo AEB, Souza ER	Sofrimento psíquico em policiais civis do Estado do Rio de Janeiro.	Investigar os fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais civis que atuam em distintas áreas do Estado do Rio de Janeiro – Capital, Baixada Fluminense e Interior.	2013

Figura 1. Artigos incluídos para a revisão de literatura. **Fonte:** Biblioteca Virtual em Saúde, 2014.

4. DISCUSSÃO

Quanto aos métodos de pesquisa, foram identificados três estudos quantitativos (37,5%), dois estudos exploratório e descritivo, sem especificação do método (25%), sendo um deles descrito como estudo transversal, um estudo misto compreendendo o método quantitativo e qualitativo (12,5%), um estudo epidemiológico de corte transversal (12,5%), e um estudo qualitativo privilegiando as narrativas das vivências (12,5%).

Para as técnicas de coleta de dados os autores se utilizam de diferentes instrumentos, tais como: Questionário Sociodemográfico e Escala de Comprometimento com a Carreira (12,5%), Questionário composto por dados familiares, socioeconômicos e sobre trabalho e família (12,5%), Questionário contendo características socioeconômicas, de processo e condições de trabalho, condições de saúde e qualidade de vida (37,5%), SRQ 20 – Self Report Questionnarie (25%), Grupos Focais, Entrevista e Observação (25%), Questionário com dados Sociodemográficos, Morbidades referidas, Demandas e Controles no Trabalho – JCQ – Job Content Questionnarie (12,5%) e por fim o Checklist de Relações Interpessoais-II e Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (12,5%).

O total de amostra foi composta por 47 indivíduos no único estudo qualitativo e variou de 75 à 2.466 indivíduos nos demais estudos analisados.

Para a análise de dados os autores utilizaram o programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences em sete estudos (87,5%), e um estudo destacou as relevâncias identificadas por mulheres policiais por categorias previamente definidas (12,5%).

Os delineamentos realizados pelos autores em suas produções versam sobre diferentes repercussões do estresse na vida laboral e familiar dos policiais no Brasil. Encontramos dois artigos (25%) que abordam as fases do estresse[8, 9]. Contudo, um artigo encontrou estresse em fase de Resistência (56,7%) quando o indivíduo entra em contato com agentes estressores e o organismo precisa se

adaptar para enfrentar tal situação, é considerado um estresse positivo por motivar o indivíduo para a ação; Fase de Quase Exaustão (8%) quando há maior intensidade, concomitância e frequência dos agentes estressores e o corpo sofre desgaste excessivo na tentativa de recuperar a homeostase; e Fase de Exaustão (2,7%) considerada a pior fase do estresse devido ao grande desequilíbrio interno no qual o indivíduo fica incapacitado de tomar decisões e de se concentrar[9]. O outro artigo sinalizou a Fase de Alerta (5,5%) que representa sinais de alerta nas últimas 24 horas, Fase de Quase Exaustão (41,8%) representando os sintomas declarados na última semana e fase de Exaustão (8,6¨%) correspondendo aos sintomas no último mês[10].

Dois artigos (25%) sinalizam que a atividade policial repercute negativamente na família[11,12]. Entre os fatores que afetam a família do policial emergiram a preocupação com a segurança do policial, salário, segurança da família, atitudes do profissional em casa e horário de trabalho do policial. Foram observadas mudanças negativas na personalidade do policial desde a sua entrada na "Corporação" e os policiais do serviço interno se mostraram mais comunicativos com maior tendência ao autoritarismo.[11] As policiais relacionam o cotidiano do trabalho ao estresse e afirmam que o relacionamento familiar é afetado pela atividade laboral[12].

Há evidência de sofrimento físico e/ou psíquico em sete dos oito artigos contemplados nesta revisão integrativa.[9,10,12,13,14,15,16] A sintomatologia de estresse se manifestou, principalmente, por sintomas psicológicos (34,7%)[9], sofrimento psíquico (21%)[16]. Há relação entre o adoecimento físico, sobrecarga de trabalho e sofrimento psíquico, com maior intensidade de sofrimento psíquico (33,6%), caracterizado por sintomas psicossomáticos, depressivos e de ansiedade[13].

O trabalho foi identificado como baixo controle, alta demanda física e baixo suporte social com alta exigência em 27,8% dos policiais que consideram riscos de sofrimento psíquico[14,15]. O trabalho se caracteriza por grande demanda e alto desgaste o que significa fator de estresse[16].

Outro estudo aponta associação entre sofrimento psíquico e os fatores: a) Capacidade de reagir à situações difíceis e grau de satisfação com a vida; b) Problemas de saúde e c) Condições adversas de trabalho, tais como, a carga de trabalho excessiva, constante exposição ao estresse e a vitimização[15]. Num estudo com 47 policiais mulheres, o sofrimento psíquico aparece mais em cargos de chefia, contudo, os fatores estressantes envolvem a discriminação de gênero e assédio, problemas com hierarquia, grande demanda de trabalho e atividades operacionais[12]. Noutro estudo, além de sofrimento físico presente, o consumo de substâncias foi revelado por 17,5% dos participantes.[16] O uso de álcool em termos de uso leve recebeu maior atribuição em policiais do serviço externo[11].

Dentre a sintomatologia física, os estudos sinalizam a irritabilidade excessiva, cansaço excessivo[9], sensação de desgaste físico constante, cansaço constante, tensão muscular[9,10], problemas com memória e insônia[10]. Há predomínio de dores no pescoço, costas e coluna, distúrbios de visão e dores de cabeça/enxaqueca. Os policiais reclamam de gastrite crônica, desconforto por indigestão, distúrbios relacionados à dieta inadequada e estressores ambientais e profissionais. Percentual significativo de policiais informou dormir mal, sentir-se nervoso e cansado[13].

Aproximadamente 21% dos policiais já foram alertados por médicos acerca dos níveis de colesterol e massa corporal elevada, sedentarismo, ingesta hipercalórica e hiperlipídica e estresse vivido no trabalho. Além disso, a hipertensão é relatada pelos policiais associada ao alto nível de estresse no trabalho[13].

Os problemas de saúde, sobretudo digestivos, nervosos, musculares e ósseos foram sinalizados[15]. Outros sintomas também são percebidos por policiais, tais como, problemas de concentração, impaciência, mau humor, agitação, depressão, fadiga e taquicardia[12].

Os agravos osteomusculares têm posição relevante na saúde desses indivíduos e está diretamente relacionada a atividade profissional, sendo a maioria dos pedidos de licença médica decorrente de traumas físicos, intervenções neurocirúrgicas e doenças cardiovasculares. O mesmo estudo evidenciou que num curso de 12 meses, a necessidade de atendimento emergencial em saúde foi de 44,9% entre policiais militares e de 41% entre os policiais civis[13].

O trabalho fora da corporação se revelou determinante para a insatisfação das mulheres de policiais em relação ao convívio (68%), contrapondo (48%) de insatisfação quando o policial trabalha somente na Corporação[11]. O maior tempo de serviço e ausências de folgas semanais revelaram ser os condicionantes mais importantes de morbidade referida[12]. Cerca de 12% dos policiais consideram que sua vida piorou após entrar para a polícia, 60,8% trabalham além do horário e 47% dos policiais exercem outra atividade fora da polícia, o que pode colaborar com os níveis elevados de estresse ocupacional[16].

Quanto às estratégias para prevenir ou amenizar as consequências do estresse, o exercício físico foi a estratégia considerada mais eficaz, porém outras estratégias foram elencadas como a importância da convivência familiar e com amigos, diversas formas de lazer como viajar, dançar, dormir, ouvir música, frequentar shoppings, entre outras. A atividade religiosa também foi sinalizada como importante suporte para a qualidade de vida. Porém, entre as estratégias foram mencionados hábitos de consumir remédios e bebidas alcoólicas[12].

Várias pesquisas sinalizaram que o estresse é algo

comum quando se refere ao policial, com impactos negativos na saúde e na vida deste profissional. Contudo, estudo sinaliza a importância de elaboração de propostas alternativas de intervenção que favoreçam as estratégias de enfrentamento, tendo em vista tanto a saúde física como a psicológica, uma vez que os sintomas se apresentam de ambas as formas[9].

O estresse é considerado, um fenômeno da vida moderna, e não faz distinção social ou física, ele causa uma alteração psicofisiológica no corpo humano, perceptível através de sintomas físicos e psicológicos. No início o estresse se manifesta, de forma semelhante, por sintomas como taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de estar em alerta[17].

Este estado de tensão atrapalha o equilíbrio interno do corpo. É algo bom, pois em momentos de desafios, o coração bate acelerado. Quando o estresse está presente de forma continua, o equilíbrio do corpo, chamado homeostase é prejudicado, e por isso os órgãos trabalham mais para compensar. Esse esforço a mais, é a resposta adaptativa do indivíduo[18].

O estresse é considerado um recurso biológico do organismo humano para preservação da saúde, aonde ocorre, um conjunto de reações e respostas para manter a integridade do organismo e preparar o corpo para enfrentar situações adversas. Trata-se de um mecanismo químico e hormonal de defesa frente às ameaças do cotidiano. Quando acompanhado de reações fisiológicas e de entusiasmo, vitalidade, otimismo e força física possui um aspecto positivo, é denominado de eustresse e quando apresenta um aspecto patológico que pode levar o indivíduo ao cansaço, irritabilidade e doenças, sendo, nesse caso, chamado de distresse[19].

Muitos estudos consideram as concepções de Hans Selye, que define estresse como "o estado manifestado por uma síndrome específica, constituído por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico". Sendo assim, o estresse possui características claras, mas não uma causa única e simples, sendo determinado por: "aquele que produz estresse"; qualquer agente poderá causar mais ou menos estresse, de acordo com sua capacidade de provocar mudanças para o indivíduo[20].

O estresse vem sendo estudado com maior frequência uma vez que suas diferentes condições estão relacionadas com a o mundo globalizado, sendo um evento que surge mediante um processo de etapas nas quais os sintomas e a forma de tratamento, são diferenciados de acordo com a fase observada[21].

Para permitir a identificação do que está de fato criando estresse, podem-se dividir os estressores em dois tipos: fontes externas e fontes internas. Os estressores externos são definidos por tudo que acontece em nossas vidas e que está fora do corpo, e que exija adaptação do organismo. Não necessariamente, eventos negativos; eventos positivos também podem gerar o chamado estresse positivo. Já as fontes internas de estresse estão relacionadas as nossas crenças, valores e modo de ser, e que por isso mesmo, são mais difíceis de avaliar, mensurar e tratar[18].

Como fontes internas de estresse pode-se citar as características de personalidade, pensamentos e atitudes frente as situações rotineiras ou não da vida.[22] O mesmo manuscrito destaca que o estresse pode ser criado pela própria pessoa de acordo com sua forma de encarar o mundo e a si mesma. Também colocam que o mesmo agente estressor pode ocasionar reações diferentes, variando de pessoa para pessoa[22].

O estresse ocupacional é à falta de capacidade do trabalhador de adaptar-se às exigências do trabalho. Este tipo de estresse refere-se também às experiências de trabalho, em que as exigências vão além das capacidades físicas ou psíquicas que o indivíduo dispõe para enfrentar[23].

Estudar o estresse em trabalhadores é importante porque, dependendo do grau que o estresse atinge, podem aparecer doenças que levam ao absenteísmo (falta ou ausência do trabalho), causando prejuízo para o trabalhador e para a instituição que o emprega[24].

Alguns componentes presentes no cotidiano de trabalho como: conteúdo, organização, ambiente e muitos outros; são reconhecidos como estressores e podem contribuir para o desenvolvimento do estresse ocupacional; que pode ser definido, como um padrão de respostas fisiológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais que demonstram, a tensão e a angústia nos indivíduos, que têm dificuldade em enfrentar as demandas e pressões do trabalho e que divergem do seu conhecimento e habilidades[24].

O estresse possui quatro fases diferentes, que se denomina Modelo Quadrifásico do Estresse, sendo: fase de alarme (envolve o reconhecimento do agente estressor), fase de resistência (quando existe a reparação do dano físico causado pelo agente estressor), fase da quase exaustão (acontece o início do enfraquecimento do organismo diante do agente estressor) e fase da exaustão (ocorre sobrecarga, se mantida a situação de estresse). A distinção destas fases se dá pela duração da ação do agente estressor e pelo aparecimento de sintomas orgânicos e/ou psicológicos[21].

O estresse gerado pelo trabalho, atualmente se transformou em uma fonte de preocupação[25], ao ponto de ser reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do ser humano. O estresse ocupacional coloca em risco a saúde dos trabalhadores da organização e traz graves consequências como: o desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho, e quando ocorre de maneira contínua, também constitui um importante fator que pode ser determinante nos transtornos depressivos e

de outras doenças, tais como: síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e a síndrome de Burnout[7].

Agentes estressores estão presentes em qualquer tipo de atividade e não é viável, nem possível, esperar que um trabalho não produza estresse. Este, de certa forma, é necessário para a execução de uma tarefa de forma eficiente. Muitas vezes a atividade de trabalho coloca o homem numa situação conflituosa. Ao mesmo tempo em que garante os meios de vida do ser humano, a presença de exigências do ambiente, que mexem com a estrutura psíquica do indivíduo além do que ele suporta, pode gerar doenças e a diminuir a eficiência do indivíduo, contribuindo para o surgimento do estresse de sobrecarga e o adoecimento[20].

No que diz respeito à relação entre estresse e trabalho, é possível constatar que o ser humano enfrenta um universo profissional que, faz exigências além da sua capacidade. Tal fato provoca um estresse constante nos trabalhadores, o estresse ocupacional. As doenças passam a surgir quando a capacidade de responder ao trabalho do indivíduo, se esgota. O estresse é reconhecido como um risco sério ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Sua importância deve-se ao fato de o estresse ocupacional arrisca a saúde, uma vez que 50 a 80% de todas as doenças têm fundo psicossomático ou estão relacionadas ao nível de estresse[21].

Foi Hans Selye, médico endocrinologista, o primeiro cientista a utilizar o termo estresse na área da saúde, em seus estudos[19]. Selye observou que o estresse produzia reações de defesa e adaptação frente ao agente estressor e descreveu a síndrome geral de adaptação (SAG), que foi caracterizada por três fases ou estágios: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão[10]. A fase de alarme caracteriza-se pelo alerta do organismo com uma excitação de agressão ou de fuga ao estressor, e é reconhecida como uma situação de reação saudável, pois permite o retorno à situação de equilíbrio. A fase de resistência, consiste na presença da fase de alerta com alterações nos níveis de normalidade e concentração da reação interna em um determinado órgão-alvo. Ocorre nessa fase a manifestação de sintomas como: ansiedade, medo, isolamento social, roer unhas, oscilação do apetite, impotência sexual entre muitos outros. Na fase de exaustão ou esgotamento, o organismo encontra-se cansado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia. Essa fase é caracterizada por reações de sobrecarga dos canais fisiológicos, falhas dos mecanismos de adaptação, presença de estímulos permanentes e excessivos ocasionando, então, a falência do órgão-alvo. A reação frente a um estressor envolve uma série de fatores, como a intensidade com que ele acontece, as experiências passadas, o nível de ajustamento da personalidade e a interação entre o indivíduo e o ambiente[20].

Os agentes estressores presentes em um ambiente de trabalho são trabalhados de diferentes formas, variando conforme a pessoa exposta. É preciso destacar ainda o desgaste emocional devido às relações com o próprio trabalho, que são fatores significativos para determinar transtornos relacionados ao estresse, como por exemplo, as depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias e doenças psicossomáticas, dentre outras[20].

5. CONCLUSÃO

Embora sejam poucos os estudos que abordaram o estresse em policiais no Brasil, percebe-se maior concentração de estudos quantitativo, exploratórios e descritivos, os quais envolveram diversos instrumentos e técnicas de coleta, sendo que todos os estudos se utilizaram no programa SPSS para a análise estatística.

Somente um artigo abordou as companheiras de policiais, todos os demais estudos tiveram sua amostra representada por policiais civis e militares.

Nesta revisão, foi possível identificar que o estresse tem forte impacto na vida dos profissionais policiais, sendo de grande relevância na sociedade brasileira. Essa realidade faz aumentar a busca por atendimentos de saúde, sobrecarregando os serviços, além de fragilizar a sociedade que contam com a força policial para manter a ordem nas cidades.

Há diversidade de sintomas fortemente relacionados ao estresse laboral, gerando uma mudança na qualidade de vida desses profissionais, os quais envolvem tanto o sofrimento físico, quanto psíquico.

A produção científica analisada evidenciou as fases de desenvolvimento do estresse, os tipos de sofrimento, a repercussão familiar da atividade laboral do policial, a sintomatologia mais frequente e as formas de enfrentamento utilizadas pelos profissionais para minimizar as consequências do estresse em sua vida.

A metodologia de revisão integrativa mostrou-se um valioso instrumento para identificar o conhecimento produzido sobre estresse em policiais no Brasil, o que poderá nortear novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://cntq.org.br/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Sa%C3%BAde-do-Trabalhador-e-da-Trabalhadora.pdf

[2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP – SUS. Protocolo – Nº 008 /2011. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Protocolo_008_Diretrizes_PNPST.pdf

[3] Danieli, GS. A prevenção social à violência e à criminalidade. X Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 2009. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_Sociais_Aplicadas/Direito/71454-GABRIELDASILVADANIELI.pdf.

[4] Concha-Eastman A, Malo M. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2006; 11(Supl). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500008&lng=en&nrm=iso

[5] Pinto JN, Lautert L, Dick NM. Absenteísmo por doença na Brigada Militar de Porto Alegre. Revista HCPA. 32ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2012; 32:27-31. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/66963/000869601.pdf?sequence=1&locale=en

[6] Porto MSGI. Polícia e violência: representações sociais de elites policiais do Distrito Federal. São Paulo Perspec., São Paulo. 2004; 18(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000100016&lng=en&nrm=iso

[7] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

[8] Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [on-line] 2010; 8(1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf.

[9] Oliveira PLM, Bardagi MP. Estresse e comprometimento com a carreira em policiais militares. Boletim de Psicologia, 2010; LIX(131):153-166. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v59n131/v59n131a03.pdf

[10] Couto G, Vanderberghe L, Brito EAG. Interações interpessoais e estresse entre policiais militares: um estudo correlacional. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Rio de Janeiro, 2012; 64(2):47-63. Disponível em: http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/758/707

[11] Derenusson FC, Jablonski B. Sob fogo cruzado: o impacto do trabalho policial militar sobre a família do policial. Aletheia, 2010; 32:22-37. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n32/n32a03.pdf

[12] Bezerra CM, Minayo MCS, Constantino P. Estresse ocupacional em mulheres policiais. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(3):657-666. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/11.pdf

[13] Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16(4):2199-2209. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a19.pdf

[14] Ferreira DKS, Bonfim C, Augusto LGS. Condições de trabalho e morbidade referida de policiais militares, Recefi-PE, Brasil. Saúde Soc. São Paulo, 2012; 4:989-1000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a16.pdf

[15] Souza ER, Minayo MCS, Guimarães e Silva J, Pires TO. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 2012; 28(7):1297-1311. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n7/08.pdf

[16] Pinto LW, Figueiredo AEB, Souza ER. Sofrimento psíquico em policiais civis do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18(3):633-644. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/09.pdf

[17] Gomes AVBT *et al* . Tratamento do estresse psicológico pela acupuntura, avaliado pela eletromiografia do músculo trapézio. Rev. Dor, São Paulo. 2012; 13(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000300005&lang=pt

[18] Lipp, MEN. O stress está dentro de você. São Paulo: Contexto, 1999.

[19] Santos CLM *et al* . Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). Prod., São Paulo, 2011; 21(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132011000100015&lng=en&nrm=iso.

[20] Salvador RSP, Silva BASA, Lisboa MTL. Estresse da equipe de enfermagem do corpo de bombeiros no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013; 17(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200022&lng=en&nrm=iso.

[21] Alves P, *et al.* Stress and Coping Strategies for Women Diagnosed with Breast Cancer: a Transversal Study. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), 2012; 11(2):305-18. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/html_2

[22] Tricoli VAC, Bignotto MM. Aprendendo a se estressar na infância. *In*: Lipp MEN. O stress está dentro de você. São Paulo: Contexto, 1999.

[23] Seleghim MR *et al*. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2012; 33(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300022&lng=en&nrm=iso.

[24] Versa GLGS, *et al* . Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, 2012; 33(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200012&lng=en&nrm=iso

[25] Schmidt DRC, *et al* . Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Texto Contexto - Enferm., Florianópolis, 2009; 18(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200017&lng=pt&nrm=iso

POSSIBILIDADES E PRÁTICAS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

POSSIBILITIES AND PRACTICES OF THE SYSTEMATISATION OF NURSING CARE PERIOPERATIVE

DIEGO ALEXANDRE ROZENDO DA **SILVA**[1*], KEZIA **PATRÍCIA**[2]

1. Enfermeiro. Docente da Faculdade Adventista Paranaense, Mestre em Psicologia da Saúde, pela Universidade Católica Dom Bosco;
2. Acadêmica. Dicente do curso de Enfermagem da Faculdade Adventista Paranaense

* Gleba Paiçandu, lote 80, Zona Rural, Ivatuba, Paraná, Brasil, CEP: 87130000. diegosilva.alexandre@gmail.com

Recebido em 03/01/2015. **Aceito** para publicação em 13/02/2014

RESUMO

Este estudo teve como objetivo a caracterização da produção bibliográfica sobre sistematização da assistência de enfermagem perioperatória dos últimos 10 anos. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, através da busca de dados nas bases da biblioteca virtual em saúde, nos seguintes recursos eletrônicos indexados: BDENF, LILACS, SCIELO e revista da SOBECC. Os dados foram coletados nos meses de Abril e Maio de 2014. Foram utilizados 10 artigos, que se enquadravam em nossos critérios de seleção. As análises críticas dos resultados obtidos de cada artigo foram relacionadas a questões norteadoras propostas no início desta pesquisa. Foram identificados vários fatores que influenciam a implantação da SAEP. As principais dificuldades foram: falta de capacitação, falta de conhecimento, falta de preparo do profissional relacionado a sua formação acadêmica, sobrecarga do profissional devido a dupla função ao prestar serviços gerenciais e de assistência direta ao paciente e número de funcionários técnicos reduzido. As facilidades e praticidades foram: conhecer e compreender o paciente, direcionar a organização e execução da atuação do trabalho em equipe, aprimorar a comunicação multiprofissional na busca de uma maior resolutividade de problemas relacionados aos pacientes. Portanto, tal trabalho vem para contribuir e propor novas práticas para o processo de ensino-aprendizagem possibilitando novos métodos de assistência no contexto da assistência de enfermagem perioperatória.

PALAVRAS-CHAVE: Processos de enfermagem, assistência perioperatória, cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

This study had the objective to characterize the systematization of research output in perioperative nursing care of the last 10 years. An integrative review of the literature was performed by searching data bases of virtual health library, indexed in the following electronic resources: BDENf, LILACS, SciELO and magazine SOBECC. Data were collected during April and May 2014. 10 articles that met our criteria for selection were used. Critical analyzes of the results of each article were related to guiding questions proposed at the beginning of this research. Several factors that influence the implementation of SAEP were identified. The main problems were: lack of training, lack of knowledge, lack of preparation of the professional related to your academic background, work overload due to dual function to provide direct management and support services for patients and reduced number of technical employees. The facilities and conveniences were: knowing and understanding the patient, directing the organization and execution of the performance of teamwork, improve multidisciplinary communication in search of a better resolution of problems related to patients. Therefore, this work comes to propose new practices and contribute to the process of teaching-learning enabling new methods of care in the context of perioperative nursing care.

KEYWORDS: Nursing process; perioperative care; nursing care.

1. INTRODUÇÃO

O ambiente do centro cirúrgico e suas interlocuções com a assistência de enfermagem

Começaremos nossas proposições fazendo uma análise histórica da assistência de enfermagem, autores como Adamy & Tosatti (2012)[1] nos apresentam que no passado a assistência de enfermagem se baseava no conhecimento empírico, os cuidados eram feitos por sacerdotes, freiras e etc. Neste período as cirurgias eram limitadas devido à falta de recursos e restringia-se a retirada de tumores, drenagem de abscessos, e amputação dos membros, muitos pacientes sofriam devido à dor hemorragia e infecções. Ao longo do tempo foram estudados os antibióticos o uso das máscaras, do avental cirúrgico e da degermação das mãos a fim de prevenir as infecções. Uma evolução no período de 1846 no âmbito de centro cirúrgico foi à descoberta da anestesia através da inalação do éter que promoveu possibilidades de rea-

lizar a cirurgia onde o paciente não sentiria dor.

Foschiera & Vieira (2004)[2] nos mostram que por volta do século XIX Florence Nightingale abrange um novo foco para a enfermagem e começa a caracterizar o seu desenvolvimento científico. Braga & Silva (2011)[3] referem que Florence Nightingale tem como principal enfoque a influência do meio ambiente sobre o ser humano, a família e a comunidade. Acredita-se que deve haver um equilíbrio entre o meio ambiente e o ser humano, pois ela acreditava que o ser humano é um ser único, insubstituível e capaz de favorecer a própria recuperação sendo o meio ambiente de grande influência (teoria ambientalista).

O hospital se caracteriza na atualidade, em um ambiente das mais variáveis tecnologias, de grande abrangência e complexidade, definido pela prestação de serviços e forma de gerenciamento, tais avanços tecnológicos permeiam a complexidade de recursos empregados também em técnicas cirúrgicas[4].

Silva *et al.* (1997)[5] nos apresentam que a organização da unidade de centro cirúrgico tem como meta desenvolver a assistência ao cliente cirúrgico, considerando as seguintes situações: Prestar assistência em todo período perioperatório para o paciente; disponibilizar recursos humanos e materiais que favoreça condições ideais para realização do processo cirúrgico; contribuir para o ensino e melhorar as questões da humanização; promover condições que contribuam para pesquisas e aperfeiçoamento do conhecimento técnico - científico e melhora à assistência ao cliente.

Segundo alguns autores Silva *et al.* (1997)[5] o ambiente do centro cirúrgico é de grande importância para o desenvolvimento hospitalar de modo amplo, pois tal ambiente mescla vários saberes profissionais.

Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP)

O objetivo da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é melhorar a qualidade do atendimento, aplicar cuidado individualizado, participativo, integral e continuado; preserva integridade e bem estar do cliente, diminuir os riscos de infecções e agravos durante desenvolvimento dos procedimentos invasivos, devido os equipamentos utilizados e do ambiente do Centro cirúrgico; Proporcionar conforto, recuperação sem intercorrências; diminuir ansiedade, dor, medo e déficit de conhecimento do paciente e da família, referente a todo processo e período Pré, Trans e pós operatório. Assim ampliando e trazendo mais qualidade para o trabalho de enfermagem e seus cuidados[5].

Cada etapa do período perioperatório é organizada e sistematizada para realização da sistematização da assistência de enfermagem. A implantação da SAEP tem seu enfoque na assistência ao cliente cirúrgico, e contribui para melhorar a qualidade da assistência planejada e implementada na Unidade de Centro Cirúrgica.

Segundo Malagutti & Bonfin (2011)[6] a SAEP possui três fases: o período pré-operatório é desde o conhecimento do paciente sobre a realização do procedimento cirúrgico até a entrada do mesmo no centro cirúrgico. Nesse período o enfermeiro realizara visita pré-operatória que irá preparar o paciente para o procedimento, realizando nesta medida um levantamento histórico do paciente, identificando dados clínicos e cirúrgicos relevantes para a assistência, necessidades, tal levantamento será importante para a formulação dos diagnósticos, plano de cuidados, intervenções e evolução de enfermagem. O período transoperatório é todo período que o paciente estiver dentro do centro cirúrgico e durante o procedimento cirúrgico, possibilitando identificar diagnósticos, prescrever intervenções e evoluir dados clínicos e cirúrgicos. E o período pós-operatório, representado por 3 tempos: pós-anestésico, pós-operatório imediato e mediato. Sendo o pós-anestésico quando o paciente chega à sala de recuperação após a cirurgia, o pós-operatório imediato inicia a partir do término do procedimento cirúrgico até as primeiras 24 horas, o pós-operatório mediato começa com o término das primeiras 24 horas e prossegue enquanto o paciente estiver em observação pela equipe de enfermagem e médica, avaliando o estado do paciente, levantando diagnóstico, formando planos de cuidado e efetuando intervenções de enfermagem.

Todos os referidos tempos perioperatórios exigem assertividade e compromisso de toda equipe de enfermagem, desde a unidade de internação até a alta do paciente da unidade de recuperação pós-anestésica. No entanto, quais ferramentas a enfermagem tem utilizado para operacionalizar esta assistência? Como as equipes de enfermagem tem buscado a excelência no cuidado integral aos pacientes cirúrgicos? Para tanto, alvitramos compreender tais possibilidades e práticas, para que estas questões que nos intrigam possam ser planificadas.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é caracterizado metodologicamente como uma revisão integrativa da literatura nacional sobre sistematização da assistência de enfermagem perioperatória.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. É um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais

não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos[5].

Para a elaboração da revisão integrativa assim como nos apresenta Pompeo *et al.* (2009)[7], no primeiro momento o revisor determina o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, então realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

O revisor avalia criticamente os critérios e métodos empregados no desenvolvimento dos vários estudos selecionados para determinar se são válidos metodologicamente. Esse processo resulta em uma redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os dados coletados desses estudos são analisados de maneira sistemática. Finalmente os dados são interpretados, sintetizados e conclusões são formuladas originadas dos vários estudos incluídos na revisão integrative[8].

Para tanto, uma revisão integrativa, conforme Souza *et al.* (2010)[8] deve compreender a realização de seis etapas: (a) elaboração das questões norteadoras; (b) busca na literatura; (c) categorização dos estudos; (d) avaliação dos estudos; (e) interpretação dos resultados e (f) síntese do conhecimento. As questões norteadoras do presente estudo foram as seguintes: 1 - Quais as facilidades encontradas na implantação da SAEP? 2- A implantação da SAEP auxiliou na praticidade dos serviços prestados? 3- A comunicação entre a equipe teve mudanças com a implantação da SAEP? 4- Quais as dificuldades encontradas na implantação da SAEP?

A seguir, as demais etapas serão detalhadas, de modo a evidenciar que todos os procedimentos metodológicos pertinentes foram observados.

Foram utilizadas as bases de dados indexadas à BIREME que foram respectivamente: o banco de dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Eletronic Libiary Online (Sciello) e a Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC), tal revista foi considerada para a pesquisa dada a sua relevância científica e confiabilidade acadêmica pois a SOBECC está associada à Academia Brasileira de Especialistas de Enfermagem (ABESE) desde 2000 e à International Federations Perioperative Nurses (IFPN) desde 1999. Além disso, mantém parceria constante com a Association Operating Room Nurses (AORN), tal revista foi considerada como fonte de coleta de dados para as publicações realizadas no período de Janeiro de 2012 à Março de 2014, devido a disponibilidade on-line da revista no período descrito.

Os artigos utilizados para a pesquisa foram coletados nos meses de Abril e Maio de 2014, nas bases de dados já citadas acima.

Para que a busca pudesse ser realizada, utilizamos os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): assistência perioperatória e processos de enfermagem.

O descritor Sistematização da Assistência de Enfermagem não foi utilizado, pois o mesmo não é considerado um descritor válido no DeCS.

Ao buscar os descritores: processos de enfermagem e assistência perioperatória, foram relacionados 102 artigos na BIREME, no entanto, apenas 17 artigos foram selecionados por apresentarem texto completo. Uma segunda filtragem de artigos se fez necessária, pois haviam 10 artigos publicados em inglês, restando nesta medida, 7 artigos completos da BIREME que se enquadram em nossos critérios de análise.

Elaboramos nossa busca nos últimos 10 anos, ou seja, de 2005 à 2014, tal período foi escolhido, devido à escassez de trabalhos na referida temática. Ressaltando ainda mais a importância deste estudo.

Realizamos de igual modo uma triagem nos artigos publicados na revista da SOBECC, durante o período de publicações estipulado (Jan/12 à Mar/14). Foi utilizado como critério de seleção os artigos que tivessem em seu título ou resumo os seguintes termos relacionados a assistência de enfermagem que são: assistência perioperatória, pré-operatória, transoperatória ou pós-operatória. Após triagem de todos os artigos identificamos 3 artigos que cumprem com as especificações.

Totalizamos para nossa análise, portanto, 10 artigos relacionados a temática proposta para este estudo, encontradas nas bases de dados da BIREME e SOBECC.

Para tanto, fizemos uso dos critérios que seguem abaixo que operacionalizaram nossa busca.

Quadro 1. Critérios de inclusão e exclusão na revisão sistemática da literatura sobre sistematização da assistência de enfermagem perioperatório.

INCLUSÃO	EXCLUSÃO
Artigos em Português.	Artigos em outros idiomas que não seja em português.
Artigos nacionais	Artigos de outra nacionalidade
Artigos específicos da enfermagem e nos periódicos de enfermagem.	Artigos não específicos da enfermagem.
Artigos publicados entre 2005 - 2014.	Artigos que foram publicados antes e depois do período estipulado.
Artigos completos publicados em periódicos indexados	Artigos que não apresentem a relação com a SAEP
	Artigos que não estejam completos

Todos os artigos foram separados em um quadro por ano de publicação, fonte, tipo de estudo e amostra. Após foram agrupados de acordo com o assunto tratado e feito uma análise crítica de cada artigo baseada em questões norteadoras. Citadas a seguir: Quais as facilidades encontradas na implantação da SAEP? A implantação da SAEP auxiliou na praticidade dos serviços prestados? A

comunicação entre a equipe teve mudanças com a implantação da SAEP? Quais as dificuldades encontradas na implantação da SAEP?

O quadro a seguir elucida a busca geral dos descritores e a seleção dos artigos científicos que se enquadram em nossos critérios, segundo as bases de dados indexadas à BIREME, a ordem que segue abaixo é apresentada em ordem decrescente de número de pesquisas.

Quadro 2. Número de artigos publicados e número de artigos utilizados, segundo bases de dados.

BASE DE DADOS	NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS	NÚMERO DE ARTIGOS UTILIZADOS
MEDLINE	79	00
LILACS	10	04
BDENF	6	03
IBESC	4	00
CECC	3	00
TOTAL	**102**	**07**

Fonte: Pesquisadores.

3. RESULTADOS

Relacionamos as pesquisas, primeiramente, respeitando uma ordem cronológica crescente de publicação dos achados. O item fonte de pesquisa também nos auxilia para análise, pois, podemos considerar qual tem sido a área específica de publicação, ou seja, qual tipo de revista tem aceitado em seu perfil editorial tal temática.

Outro item importante que foi levado em consideração é o relacionado ao tipo de estudo, pois pretendemos verificar as metodologias mais empregas para análises.

Consideramos também o *Qualis* das revistas utilizadas como fonte de pesquisa, temos o interesse de identificar quais características de estratificação de qualidade estão presentes em pesquisa que tenham o enfoque na SAEP. Por definição, segunda a CAPES, a classificação de periódicos é realizada pelas áreas de avaliação e passa por processo anual de atualização. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C - com peso zero.

Para verificação do qualis das revistas consultadas, realizamos uma busca individual no portal: http://qualis.capes.gov.br/webqualis/principal.seam.

Os indicadores utilizados no quadro foram relacionados mediante estratificação atribuída para a área específica de enfermagem.

Podemos considerar que mediante as características apresentadas nos trabalhos acima, aproximadamente 60% foram caracterizados metodologicamente, como pesquisas de abordagem qualitativa.

O número de participantes (N) corresponde a característica metodológica apresentada. Pois na metodologia qualitativa o fator relevante é o discurso, a fala do paciente. (citação).

Quadro 4. Categorização dos artigos recuperados quanto à identificação, ano de publicação, fonte, tipo de estudo, amostra e *qualis*.

Nº	Ano de Publicação	Fonte	Tipo de Estudo	Amostra N	*Qualis* da Fonte
1	2006	Cogitare Enfermagem	Estudo descritivo com dados analisados qualitativamente e quantitativamente.	22	B2
2	2009	Online Brazilian Journal of Nursing	Abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção.	4	B1
3	2009	Ciência, Cuidado & Saúde	Estudo descritivo exploratório e de campo, com abordagem qualitativa	7	B2
4	2009	Revista Eletrônica de Enfermagem	Revisão Sistemática de Literatura.	Não se aplica	B1
5	2011	Ciência, Cuidado & Saúde	Estudo de campo de caráter descritivo-exploratório, com variáveis quantitativas e qualitativas	13	B2
6	2012	Revista de Enfermagem da UFSM	Estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa	8	B3
7	2012	Revista SOBECC	Estudo descritivo exploratório e de campo, com abordagem quantitativa	34	B2
8	2013	Revista SOBECC	Estudo descritivo retrospectivo de revisão bibliográfica, com abordagem quanti-qualitativa	Não se aplica	B2
9	2013	Revista SOBECC	Relato de experiência	Autoras	B2
10	2013	RAS. Revista de Administração em Saúde	Revisão integrativa da literatura	Não se aplica	B3

Fonte: Pesquisadora

Quanto as características de *qualis*, pode-se considerar de modo geral, e valendo-nos dos critérios da CAPES, que as pesquisas encontram-se vinculadas a periódicos em uma estratificação de qualidade boa.

Outro critério que vale nossa consideração, são as relações dos anos de publicação, ou seja, por se tratar de

uma pesquisa dos últimos 10 anos de trabalhos sobre SAEP, existem 9 artigos que foram publicados nos últimos 5 anos, e apenas 1 antes deste período, vale ressaltar que dado aos nossos critérios de inclusão e exclusão estes índices podem ser modulados. Mas mesmo assim, pode-se dizer, de modo ainda preliminar, que as discussões partem para divulgação científica de modo mais significativo nos 5 anos.

4. DISCUSSÃO

A partir deste momento relacionaremos os estudos realizando a interpretação dos resultados e a síntese dos conhecimentos, tendo como elementos norteadores as questões propostas no início da pesquisa, que seguem abaixo.

Quais as facilidades encontradas na implantação da SAE?

Nos estudos de Adamy & Tosatti (2012)[1] relataram que o atendimento ao paciente se abrange de forma holística permitindo conhecer, compreender e direcionar a atuação do mesmo com uma sequência lógica de ações que facilita a continuidade da assistência de enfermagem e acompanhamento do paciente durante o período perioperatório até o momento da alta, a organização do trabalho e execução.

Mesmo realizando alguns apontamentos sobre a importância da SAEP, o estudo de Adamy & Tosatti (2012)[1] não nos elucidam as facilidades encontradas para sua implementação.

Lemos *et al.* (2013)[9] referem que em vários hospitais o enfermeiro não aplica a sistematização da assistência de enfermagem e que a aplicação desse instrumento trará benefícios para o paciente e facilitará o trabalho do enfermeiro e pode manter esse objetivo em outros hospitais desde que o enfermeiro aplique assistência de enfermagem.

No entanto, a pesquisa de Lemos *et al.* (2013)[9], nos mostram que foi possível a implementação de tal instrumento para SAEP, mas sob muita resistência e capacitação das equipes

Grittem *et al.* (2009)[10] acreditam que a implantação da SAEP resultará em inúmeros benefícios. Semelhantemente a pesquisa de Lemos *et al.* (2013)[9] houveram resistências na implementação deste modelo de assistência. E após a implementação pode-se notar que o planejamento das ações da enfermagem para o paciente e seus familiares; o funcionamento da Unidade de Centro Cirúrgico (UCC) foi otimizado pela organização das informações resultantes dos registros da SAEP; interação da UCC com as unidades de internação na busca para resolução de problemas e necessidades dos pacientes.

A implantação da SAE auxiliou na praticidade dos serviços prestados?

Adamy & Tosatti (2012)[1] nos mostram que durante o estudo os técnicos de enfermagem referiram que a SAE tornou o serviço mais ágil e melhoram as anotações registradas no prontuário. Os enfermeiros referem que houve uma melhor interação profissional x paciente e através da SAE implantaram-se novos métodos de assistência, a escala de grau de dependência, que diminui a sobrecarga de atividades da equipe de enfermagem, por exemplo.

De acordo Souza *et al.* (2009)[10] o estudo apresentado levantou vários indicadores empíricos de diferentes fontes de literatura, a fim de elaborar um instrumento com qualidade que faça a aplicação da sistematização da assistência de enfermagem. Os autores nos apresentam que o cliente cirúrgico tem características específicas, que se diferenciam um dos outros e a construção de um instrumento de coleta de dados específico contribuirá para que a realização das etapas do processo de enfermagem e as identificações das necessidades desses clientes possam ser levantadas.

Grittem *et al.* (2009)[11] evidenciaram que alguns participantes argumentam, sugeriram e justificaram a necessidade de um documento para anotações das etapas anestésico-cirúrgicas para equipe multiprofissional, a fim de diminuir o volume excessivo de documentos do prontuário do paciente e a falta de valorização das anotações já realizada pela enfermagem.

Segundo Lemos *et al.* (2013)[9] a criação do instrumento de sistematização contribuiu para o processo de ensino-aprendizagem dos pós-graduandos e permitiu a reflexão sobre a prática assistencial em centro cirúrgico, estimulando os alunos a implementar o SAEP no local de atuação profissional e/ou aprimorar a sua prática diária.

A comunicação entre a equipe teve mudanças com a implantação da SAE?

Os enfermeiros que participaram do estudo consideram importante a comunicação entre enfermeiro e paciente que irá fazer um procedimento cirúrgico. Pois atende as necessidades do paciente trazendo a ele mais segurança e confiança na equipe. O paciente que irá se submeter a uma cirurgia cardíaca sabe que passara por um procedimento de grande porte e muitos riscos. Sendo assim, o diálogo do enfermeiro com o paciente é importante para que o enfermeiro consiga identificar as necessidades do paciente e fatores predominantes para tentar amenizar e promover uma recuperação rápida e sem intercorrências[12].

Quais as dificuldades encontradas na implantação da SAE?

Dentro das dificuldades encontradas pode-se analisar de maneira sintética e geral que para aplicação da SAEP, as principais dificuldades foram relacionadas como: a

falta de capacitação e preparo do profissional na formação acadêmica entraram em destaque, sendo que quatro artigos apresentam esta mesma característica como seguem.

No estudo de Adamy & Tosatti (2012)[1], os funcionários referem à falta de conhecimento e nota-se que o enfermeiro não teve uma formação acadêmica adequada sobre a aplicação do processo de enfermagem.

Uma observação importante, ainda precoce, dada a característica inicial de nossa pesquisa, mas que merece destaque, é a data da elaboração do estudo de Adamy & Tosatti (2012)[1], ou seja, pode-se supor e refletir que a sistematização da assistência de enfermagem não está sendo devidamente ensinada nas faculdades e universidades nos últimos anos.

Os participantes de sua pesquisa relatam não ter conhecido a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, em nenhum momento, seja acadêmico ou assistencial. O que proporciona uma assistência de enfermagem deficiente, não atendendo todas as necessidades do cliente. Fornecendo apenas umas das etapas da SAEP, que foi o histórico.

Grittem *et al.* (2006)[13] destacam que os participantes da pesquisa relataram que a dupla função de prestar serviços gerenciais e assistência direta ao cliente acaba por sobrecarregar o funcionário, e faz-se necessário um melhor dimensionamento das atividades e aumentar o número de funcionários, para uma aplicação qualificada da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. Assim como Adamy & Tosatti (2012)[1] dizem que é grande o déficit no dimensionamento de pessoal.

Grittem *et al.* (2006)[13] também apresentam que os participantes admitem que a visita pré-operatória é uma das atribuições privativas da enfermagem e considera que a visita seja importante, mas devido dificuldades em realizar as funções administrativas, assistenciais o enfermeiro fica sobrecarregado devido à dupla função e assistência ao cliente no período pré-operatório não é prestada.

Portanto, pode-se notar nestes estudos que a dupla função, a sobrecarga profissional, a falta de preparo acadêmico e o déficit de funcionários dificultam o trabalho, levando a ineficácia da assistência de enfermagem perioperatória tornando-a pouco humanizada, exigindo que os funcionários tenham que atender uma demanda maior de pacientes, além do que é previsto e possível.

5. CONCLUSÃO

Considerando os estudos analisados, foi possível identificar vários fatores que influenciam para que a implantação da sistematização da assistência de enfermagem. Entre eles podemos citar as principais dificuldades que foram relatadas pelos profissionais de enfermagem: falta de capacitação, falta de conhecimento, falta de preparo do profissional na formação acadêmica, sobrecarga do profissional devido a dupla função de prestar serviços gerenciais e assistência e número de funcionário reduzido.

Percebe-se que a enfermagem como agente facilitador da humanização do cuidado integral, individualizado que respeita às necessidades e o direto do paciente, tem dificuldades e não consegue colocar em prática a própria função às vezes por falta de conhecimento ou por falta de tempo. Então, devido à sobrecarga profissional, o mesmo pode ficar confuso no desempenhar de suas funções.

Alguns resultados nos apontaram que profissionais recentes no mercado de trabalho não adquiriram o conhecimento referente a SAEP, portanto, existe ai uma lacuna que tem de ser preenchida.

Torna-se necessário que os líderes de enfermagem revisem alguns aspectos da profissão, para que possam construir instrumentos para facilitar a implantação da SAEP a partir da experiência dos grupos. Entendemos que deve-se ter uma flexibilidade na implementação desta ferramenta que acabará exigindo grande adaptação por parte da equipe.

REFERÊNCIAS

[1] Adamy E K, Tosatti M. Sistematização da assistência de enfermagem no período Peri operatório: visão da equipe de enfermagem Rev. enferm. UFSM. 2012; 2(2):300-310.

[2] Foschiera F, Viera CSi. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: Percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. Rev. Eletrônica de Enfermagem. 2004; 06(02):189-198.

[3] Braga G.C, Silva V.J. Teorias de enfermagem. 1ºed.São Paulo: Iátria. 2011.

[4] Tramontini CC. Sistematização da assistencia de enfermagem perioperatoria-estrategias utilizadas por enfermeiro para sua aplicação. Cienc Cuid Saude. 2009; 8(3):366-71.

[5] Silva MDAA, Rodrigues AL, Cesaretti IUR. Enfermagem Em Centro Cirurgico 2º Ed São Paulo: Epu, 1997.

[6] Malagutti W, Bonfin IM. Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente centro cirúrgico. 2ºed. São Paulo; Martinari. 2011

[7] Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4):434-8.

[8] Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: O que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1):102-6.

[9] Lemos CS, Suriano FML. Desenvolvimento de um instrumento: Metodologia de ensino para aprimoramento da prática Peri operatório. Revistas da Soobec. 2013; 18(4):13.

[10] Souza APMA, Soares MJG.O, Nóbrega MML. Indicadores empíricos para a estruturação de um instrumento de coleta de dados em unidade cirúrgica. Rev. Eletrônica Enferm. 2009; 11(3).

[11] Grittem L, Meier MJ, Peres AM. Sistematização da assistência Peri operatória: uma pesquisa qualitativa. Online Braz. J. Nurs. [Internet]. 2009. 8(3).

[12] Gonçalves RMDA, Pereira MER, Pedrosa LAK, Silva QCG, Abreu RMD. A Comunicação Verbal Enfermeiro-Paciente No Peri operatório De Cirurgia Cardíaca. Ciênc. cuid. saúde; 2011; 10(1):27-34.
[13] Grittem L, Méier MJ, Gaievicz AP. Visita Pré-Operatória De Enfermagem: Percepções Dos Enfermeiros De Um Hospital De Ensino**.** Cogitare Enferm. 2006; 11(3):245-51 .

RELAÇÕES FAMILIARES E USO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FAMILY RELATIONS AND ALCOHOL USAGE: AN INTEGRATIVE REVIEW

FLÁVIA **ANTUNES**[1*], MAGDA LÚCIA FÉLIX DE **OLIVEIRA**[2]

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá. Hospital Universitário Regional de Maringá. **2.** Doutora em Saúde Coletiva. Docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

* Rua Doutor Saulo Porto Virmond, 117, apt 601 B, Zona 02, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87005-090. flanti@bol.com.br

Recebido em 04/02/2015. **Aceito** para publicação em 17/02/2014

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar publicações científicas que contemplem as relações familiares de usuários de álcool. Estudo bibliográfico, de revisão integrativa, incluindo publicações científicas, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2011, veiculadas em acesso livre, nos idiomas inglês, português e espanhol, a partir dos descritores "família" e "usuário de álcool", combinados. Foram selecionados os seguintes dados referenciais/estruturais: origem dos periódicos; idioma de publicação; base de dados; ano de publicação; tipo de estudo e conteúdo de acordo com a temática principal. Após a análise crítica dos estudos, obteve-se um total de 13 publicações, que foram alocadas em quatro unidades de análise. Observou-se que ainda é pequeno o número de publicações que priorizam aspectos das relações entre usuários de álcool e suas famílias, fundamentais para subsidiar a prática clínica e o cuidado de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Família, bebidas alcoólicas, relações familiares

ABSTRACT

The study aims to identify scientific publications that include family relationships of alcohol users. Bibliographical study of integrative review, including scientific publications, from January 2000 to December 2011, aired in open access, in English, Portuguese and Spanish, with the descriptors "family" and "alcohol user" combined. The following structural data were selected: origin of the periodical; publication language; database, year of publication; study type and content according to the main theme. After a critical review of the studies, a total of 13 publications were obtained, which were assigned to four units of analysis. It was observed that the number of publications that emphasize aspects of the relationship between alcohol users and their families, which are fundamental to clinical practice and nursing care.

KEYWORDS: Family, alcoholic beverages, family relations.

1. INTRODUÇÃO

É crescente o número de jovens e adultos dependentes do álcool e os efeitos da dependência estão aparecendo cada vez mais cedo no ciclo vital, com agravos à saúde que diminuem a sobrevida e impactam toda a estrutura familiar[1]. Anualmente, ocorrem aproximadamente 8 mil óbitos por abuso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil, sendo o álcool responsável por 85% destas mortes[2].

O álcool, considerado droga lícita, tem seu consumo bastante difundido, ligado principalmente ao entretenimento e ao poder das indústrias de bebida alcoólica. Qualquer padrão de consumo de álcool pode produzir problemas para o usuário dessa substância. O consumo de álcool, mesmo que em pequena quantidade, constitui fator de risco para problemas sociais, físicos e psicológicos, com danos à saúde e problemas no trabalho e familiares[3,4].

O usuário de álcool, como todo ser humano, está inserido em um contexto social, e sua família é a mais próxima rede de suporte com quem ele pode contar, pois é nesta instituição que as pessoas buscam primariamente apoio e compreensão[5,6]. A família tem papel importante na criação de condições relacionadas tanto à iniciação do uso abusivo de drogas quanto aos fatores de proteção para o afastamento delas, pelas relações sociais que nela se estabelecem[7,8].

O consumo de álcool por um membro da família pode ser um fator importante para a ocorrência de conflitos e de violência familiar. A dependência de álcool reflete em um profundo impacto na família do dependente, podendo afetar todos os membros da estrutura familiar, com alteração na dinâmica das relações e mudanças nas rotinas dos familiares, com atividades para acompanhar e cuidar do familiar usuário de álcool[9-11].

Considerando a ascensão do consumo do álcool e a alta taxa de mortalidade provocada pelo abuso dessa substância no Brasil e no mundo[2,12] e a importância da temática para subsidiar ações das equipes de saúde prestadas aos familiares dos usuários de álcool particularmente a Enfermagem, entende-se importante rastrear

publicações de artigos que abordem tal temática. Diante disso, o estudo objetivou identificar publicações científicas que contemplem as relações familiares de usuários de álcool.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo bibliográfico, utilizando a metodologia de revisão integrativa, que permite sintetizar diversas pesquisas sobre um determinado assunto, de maneira sistemática, a fim de contribuir para o aprofundamento teórico do tema investigado[13].

A revisão integrativa contempla seis fases/etapas que foram adotadas nesta investigação: Fase 1- elaboração do tema; Fase 2- busca ou amostragem na literatura; Fase 3- coleta de dados; Fase 4- análise crítica dos estudos incluídos; Fase 5- discussão dos resultados e Fase 6- apresentação da revisão integrativa[14].

O tema central definido foi "Relações familiares e uso de álcool". Os critérios de inclusão para busca na literatura foram artigos científicos, veiculados na íntegra, em acesso livre e eletrônico, publicados entre janeiro de 2000 a dezembro de 2011 nos idiomas inglês, português e espanhol. A busca dessas produções foi processada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas as bases de dados LILACS, MEDLINE, IBECS, e BDENF, segundo os descritores "família" e "usuário de álcool", combinados. O período da revisão foi definido com o intuito de agrupar pesquisas recentes sobre a temática.

As informações selecionadas dos estudos foram os dados referenciais/estruturais referentes à base de dados, origem dos periódicos, idioma e ano de publicação, tipo de estudo e conteúdo da publicação, de acordo com a temática principal. Os dados foram digitados e compilados em planilhas do programa *software Microsoft Office Excel*® 2007.

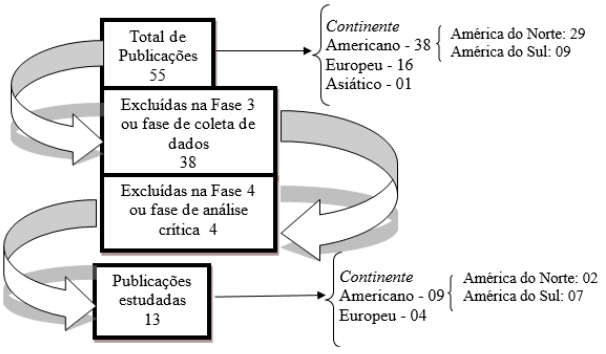

Figura 1. Esquema de seleção das publicações de acordo com as fases da revisão integrativa e origem da publicação.

Foram encontrados 55 artigos no período estudado. Desses, 42 foram excluídos "a priori", por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos: 38 foram excluídos por não estarem disponíveis na forma de acesso livre e quatro artigos não possuíam enfoque na relação familiar. Resultaram, portanto, 13 artigos efetivamente analisados (Figura 1).

Os artigos selecionados durante a fase de análise dos resumos foram avaliados na íntegra, seguindo-se as bases teóricas da revisão integrativa. Incluíram-se as publicações que realizaram avaliação/análise/discussão envolvendo uso de álcool e possíveis implicações nos ambientes familiares (Figura 1)

Após a fase de leitura na íntegra das publicações, e analisando como as relações familiares podem estar afetadas pelo uso de álcool, os estudos foram divididos em quatro unidades de análise, a fim de facilitar a apresentação dos dados e melhor compreensão do leitor, sendo elas: A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool; O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar; Percepção das famílias em relação à grupos de ajuda no combate ao uso do álcool; e Alcoolismo e codependência da família.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 13 artigos selecionados para análise, foram localizados sete (53,8%) artigos na base de dados LILACS, e na base de dados da MEDLINE, seis (46,2%). Nenhum estudo foi encontrado nas bases IBECS e BDENF (Tabela 1).

A origem dos periódicos das publicações selecionadas foi: nove no Continente Americano, sendo sete (53,8%) brasileiras, duas (15,4%) dos Estados Unidos da América e quatro no continente europeu, sendo três (23,1%) do Reino Unido e uma (7,7%) da Espanha. Em relação ao idioma em que os artigos foram publicados, a maioria foi em língua inglesa (7 - 53,8%), seguidos de três (23,1%) em língua portuguesa e três (23,1%) em língua espanhola.

Obteve-se maior número de publicações em periódicos brasileiros, indicando que o tema que envolve usuários de álcool e família, embora incipiente, começa a ser mais difundido no país. No Brasil, o álcool é a droga mais consumida e mais relacionada às internações em hospitais gerais e à violência doméstica, visto que etilismo atinge de 5 a 10% da população adulta e é considerado epidemiologicamente um grave problema de saúde pública[15].

Ressalta-se que as três publicações em língua espanhola foram encontradas em periódicos brasileiros. A possibilidade de publicar em outros idiomas atrai autores de outros países, e também estimula autores nacionais a publicar artigos em outras línguas, facilitando sua compreensão por pesquisadores espalhados pelo mundo(16) (Tabela 1).

De acordo com o ano de publicação, foram encontradas três (23,1%) publicações nos anos de 2002 a 2007, com grande incremento no triênio de 2008 a 2010 – dez artigos (76,9%). De acordo com os critérios de escolha

dos artigos estabelecidos na metodologia, não foi analisada nenhuma publicação do ano de 2011.

Verifica-se que o número de publicações que envolve o tema família e uso de drogas, em especial, o álcool, vem crescendo nos últimos anos e isto pode estar relacionado ao aumento do consumo global e sua associação com sérias questões sociais, como a violência familiar, tornando-se um tema importante para investigação científica[12].

Na identificação dos desenhos dos estudos, constatou-se que nove estudos utilizaram a metodologia quantitativa, sendo seis estudos do tipo descritivo e três de intervenção/caso controle; três eram estudos de revisão – duas revisões bibliográficas e um estudo reflexivo; e apenas um utilizou abordagem qualitativa e também era do tipo descritivo (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo base de dados, idioma de publicação e tipo de estudo utilizado. Lilacs, Medline, 2000 a 2011.

Base de dados (N)	Idioma			Tipo de Estudo			
	Português	Inglês	Espanhol	Descritivo	Caso controle	Revisão	Reflexivo
LILACS (07)	03	02	03	05	01	-	01
MEDLINE (06)	-	05	-	02	-	03	01

Os estudos epidemiológicos descritivos estimam parâmetros de uma população em um determinando momento, e consistem na análise e descrição de características ou propriedades e/ou da relação destas em determinado fenômeno. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, pois também envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer[17,18]. Adicionalmente, os estudos de caso-controle servem para investigar a etiologia de doenças ou de condições relacionadas à saúde entre idosos, determinantes da longevidade e para avaliar ações e serviços de saúde[18].

Os estudos reflexivos apresentam uma visão mais dialética, objetivando favorecer a compreensão mais integrada e levando em conta as contradições inerentes à temática. Enquanto os estudos de revisão de literatura, proporcionam a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de estudos significativos na prática, em determinada área[19,14].

Apesar de a maioria dos estudos utilizar a metodologia quantitativa, o uso da metodologia qualitativa não é menos valorizado nos estudos que envolvem o uso de subs-

Tabela 2. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo as unidades de análise. Lilacs, Medline, 2000 a 2011.

Unidades de análise	N	%
A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool	5	38,4
O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar	4	30,8
Percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool	3	23,1
Alcoolismo e codependência da família	1	7,7

tâncias psicoativas, pois as técnicas utilizadas podem explorar os significados culturais atribuídos a essa temática e oferecer sugestões para sua prevenção, normatização, prevenção de efeitos indesejáveis e até mesmo tratamento[20].

Quanto aos objetivos e conteúdo de cada artigo, após a análise dos textos das publicações, os mesmos foram adequados às quatro unidades de análise, sendo que nas unidades A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool e O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar foi alocado maior número de artigos (9 - 69,2%) (Tabela 2).

A primeira unidade de análise - A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool – inclui estudos cuja temática revelou como a família pode ou não ter influenciado, de acordo com suas características e costumes, o início do uso de álcool por um membro. (Quadro 1)

Avaliando os resultados dos cincos estudos alocados nesta unidade de análise, três [21-23] confirmaram que o uso da bebida alcoólica pode ter sido influenciado pelo comportamento aditivo de algum familiar; um [24] indicou que o baixo perfil socioeconômico das famílias e um artigo indicou o âmbito familiar violento, que também e um dos fatores de risco para o início do uso de álcool; e um estudo [25] combinou esses dois resultados.

Para compreender o uso de álcool e outras drogas entre membros da família, o sistema familiar é um fator importante a ser considerado, tanto em contextos de risco, como em contextos de proteção[23]. Muitas famílias que vivem em condições de risco psicossocial estão inseridas em um contexto que as levam a viver em condições adversas, que podem interferir de forma negativa, atingindo seus membros, como por exemplo, o compor-

tamento aditivo em relação ao uso do álcool. O uso dessa substância pelos pais e/ou outros membros da família, pode estimular precocemente o uso dessa substância pelos filhos[21-25].

Quadro 1. Distribuição das principais conclusões dos estudos da unidade de análise A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool. Lilacs, Medline, 2000 a 2011.

Unidade de análise	Principais conclusões
A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool	O uso de substâncias psicoativas por pessoas próximas aos adolescentes, como os pais, pode funcionar como estímulo para o uso destas (2009)[23].
	Pais que bebiam e conflitos na família foram fatores preditores significativos para iniciação do uso do álcool em pré-adolescentes (2009)[22].
	Os fatores de risco para o consumo de álcool estão relacionados com o sexo masculino, idade superior a 13 anos e com relações conflituosas nas famílias (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009)[24].
	A maioria dos usuários de drogas e etilistas participantes do estudo (78,6%) conviveu com um parente usuário de álcool (2008)[21].
	As características familiares mais associadas ao uso de drogas como o álcool pelos adolescentes, estavam ligadas a um relacionamento ruim com os pais, e a ter outro membro usuário na família (2004)[25].

Observa-se que contextos de vulnerabilidade podem influenciar e estimular o uso da bebida alcoólica. O uso do álcool é mais comum em pessoas com contextos familiares perturbados, entre outras situações desfavoráveis, ou seja, famílias que vivem em condições de risco, têm maior predisposição para ter um membro usuário de álcool ou outras drogas[24,25].

Foram localizados quatro estudos em que a unidade de análise denominada uso do álcool gera violência no ambiente familiar, e três deles A unidade de análise denominada o uso do álcool gerando violência no ambiente familiar, incluiu quatro estudos, onde três deles [26-28] mostraram que o consumo abusivo da bebida alcoólica pode conduzir o sujeito a praticar condutas violentas no ambiente familiar, sendo que a agressão e a mortalidade infantil podem ser aumentadas se a criança conviver em um ambiente familiar cujo alcoolismo esteja presente. Um estudo[29] não conseguiu provar que o uso problemático de álcool estava significantemente associado ao comportamento sexual de risco. (Quadro 2)

Atitudes violentas causadas pelo consumo do álcool podem ser explicadas por essa substância, além de estar ligada a prejuízos diretamente proporcionais ao seu uso, também diminuir a percepção de risco, levando o indivíduo a ações agressivas, que podem afetar a saúde de sua família e gerar um ambiente de desconforto, além da violência sempre presente[34].

Três estudos [31,30,32] foram alocados na unidade de análise da percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool, e mostraram que tratamentos de prevenção/orientação podem auxiliar na prática ao cuidado e prevenção do uso do álcool por um membro da família (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição das principais conclusões dos estudos das unidades de análise "O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar", "Percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool" e "Alcoolismo e codependência da família". Lilacs, Medline, 2000 a 2011.

Unidades de análise	Principais conclusões
O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar	Comportamentos sexuais de risco não estavam significamente associados com ao uso problemático de álcool (2010)[29].
	A maioria das crianças criadas em famílias em que um ou ambos os pais são usuários de álcool ou outras drogas está mais vulneráveis a danos (MANNING et al., 2009)[26]
	Pessoas que praticaram violência contra crianças como agressão física, abandono e relações conflituosas, são influenciadas pelo uso de bebida alcoólica (2005)[27].
	Os agressores familiares participantes do estudo possuíam fatores socio econômicos precários e as condutas agressivas estavam ligadas ao consumo de álcool (2002)[28].
	Analisando a satisfação e participação de famílias em programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas para adolescentes, obtiveram-se índices de maior satisfação entre estes e menor satisfação para os pais (2010)[30].
Percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool	O tratamento recebido na unidade de saúde especializada em atender os dependentes de álcool eleita para o estudo, favoreceu melhoras substanciais nas condições de vida e de saúde de seu familiar usuário e nas relações familiares dentro e fora do lar (2010) [31].
	Programa de prevenção de uso de álcool mostrou-se eficaz na prevenção de comportamento de uso da substância entre meninas adolescentes (2010)[32].
Alcoolismo e codependência da família	Alcoolismo e codependência são a mesma doença. O alcoolismo não é apenas problema individual, mas de um fenômeno multicausal, que pode afetar todos os membros da família (2008)[33].

Famílias de usuários abusivos de álcool também devem ser alvos de atenção das equipes de saúde. Necessitam de políticas de assistência, de educação, de prevenção e de tratamento destinadas a elas.

Os danos causados pela codependência do uso do álcool

podem ser minimizados ou reduzidos por meio de intervenções eficientes[11].

Por fim, a unidade de análise do alcoolismo e codependência da família incluiu um estudo de revisão bibliográfica[33] que discute que o alcoolismo não é um problema individual, mas um fenômeno multicausal que se estende também aos familiares próximos do usuário. Toda família pode adoecer frente aos problemas e adversidades enfrentados pelos usuários de álcool (Quadro 2).

A codependência é descrita na literatura como uma síndrome de crenças e estratégias mal adaptativas que pode se manifestar em um membro da família do usuário abusivo de álcool. A família torna-se corresponsável do problema que é o abuso de álcool ou outras drogas por um membro, porque ela é codependente dessa situação[35,36].

4. CONCLUSÃO

As publicações acerca da temática envolvendo usuários de álcool e famílias vêm crescendo nos últimos anos, com aumento na presente década. Foram encontrados 13 estudos, sete deles em publicações brasileiras, mostrando que a investigação da relação de uso de álcool/famílias vem ganhando importância científica no país.

Embora o número de artigos ainda seja escasso, nos anos de 2008 a 2010, observou-se um maior número de publicações – dez artigos (76,9%), com o crescimento da produção científica envolvendo um tema que é de fundamental importância para subsidiar ações de prevenção e a prática da intervenção clínica e do cuidado de enfermagem.

Artigos com temas referentes aos fatores para iniciação ao uso de drogas e o impacto nas famílias nas unidades de análise – "A família como fator de risco ou proteção para o uso de álcool" e "O uso do álcool gerando violência no ambiente familiar" (9- 69,2%) foram divulgados em maior número que aqueles voltados às estratégias de apoio e proteção à família nas unidades de análise – "Percepção das famílias em relação a grupos de ajuda no combate ao uso do álcool" e "Alcoolismo e codependência da família" (4- 30,8%). Tal constatação aponta para a necessidade de aumento na produção de conhecimento sobre as relações familiares dos usuários de álcool, a fim de subsidiar ações de intervenção e proteção às famílias.

REFERÊNCIAS

[1] Mombelli MA, Marcon SS, Costa JB. Caracterização das internações psiquiátricas parágrafo desintoxicação de dependentes Químicos Adolescentes. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):735-40.

[2] Gonçalves A. Álcool é a droga que mais mata [periódico na Internet]. Maringá: Gazeta de Maringá; 2012 Fev 05 [acesso em 2012 Fev 20]. Disponível em: http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?tl=1&id=1220239&tit=lcool-e-a-droga-que-mais-mata

[3] Carlini EA, Galduróz JCF, Noto, AR, Fonseca AM, Carlini CM, Olivira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZVM. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2007.

[4] Oliveira MLF, Arnauts I. Intoxicação alcoólica em crianças a adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. Esc Anna Nery. 2011; 15(1):83-9.

[5] Borba LO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a real idade do transtorno mental. Acta Paul Enferm. 2008; 21(4):588-94.

[6] Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2005; 14(esp):116-24.

[7] Brusamarello T, Maftum MA, Mazza VA, Silva AG, Silva TL, Oliveira VC. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. Revista Cienc, Cuid Saúde, Maringá. 2010; 9(4):766-73.

[8] Schenker M, Minayo MCS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. Ciênc saúde coletiva. 2003; 8(1):299-306.

[9] Gonçalves JRL, Galera SAF. Assistência ao familiar cuidador em convívio com o alcoolista, por meio da técnica de solução de problemas. Rev. Latino-Am Enfermagem. Ribeirão Preto. 2010; 18 (esp):543-9.

[10] Pacheco JTB, Hutz CS. Variáveis Familiares Preditoras do Comportamento Anti-Social em Adolescentes Autores de Atos Infracionais. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2009; 25(2):213-9.

[11] Santos ECV, Martin D. Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. Rev. bras. Enferm., Brasília. 2009; 62(2):194-9.

[12] World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health. 2011. [acesso em 15 jul. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html

[13] Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto Enferm, Florianópolis. 2008; 17(4):758-64.

[14] Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Rev. Enstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

[15] Elias ACGP, Tiemi M, Cardoso LTQ, Grion CMC. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006; Jun;14(3):324-9.

[16] Muccioli C, Campos M, Goldchmit M, Dantas PEC, Bechara SJ, Costa VP. Artigos em inglês nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia: um resultado da globalização. Arq Bras Oftalmol. 2006; 69(4):461.

[17]Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002; 4:41-56.
[18]Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos:conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol Serv Saúde. 2003; 12(4):189-201.
[19]Guarnieri FV, Melo-Silva LL. Ações afirmativas na educação superior: rumos da discussão nos últimos cinco anos. Psicol Soc. 2007; 19(2):70-8.
[20]MacRae E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In; Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. TAVARES, L.A, ALMEIDA, AR. MACRAE, E., FERREIRA,O.S. et al (orgs.), Salvador, EDUFBA; CEETAD/UFBA, 2004; 27-48.
[21]Martins M, Santos MA, Pillon SC. Low-income families' perceptions on the use of drugs by one of their members. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(2): 293-298.
[22]Hung CC, Yen LL, Wu WC. Association of parent's alcohol use and family interaction with initiation of alcohol use sixth graders: A preliminary study in Taiwan. BMC Public Health. [periódico na Internet]. Junho de 2009 [acesso em 2012 abr 11]; 9: 172. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702380/?tool=pubmed
[23]Pratta EMM, Santos MA. Uso de drogas na família e avaliação do relacionamento com os pais segundo adolescentes do ensino médio**.** Psico, Porto Alegre, PUCRS. 2009; 40 (1):32-41.
[24]Jinez LJ, Souza JRM, Pillon SC**.** Drug use and risk factors among secondary students. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2009; 17(2):246-52.
[25]Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(6):787-96.
[26]Manning V, Melhor DW, Faulkner N, Titherington E. New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national household surveys. BMC Public Health. 2009; 9:377.
[27]Salcedo LJA, Carvalho AMP**.** Maltrato infantil POR agresores bajo efecto del álcool. Ver Latino- Am Enfermagem. 2005; 13(esp):827-35.
[28]Márkez I, Romera C, Merino C, Arana X, Calvo M, Peleteiro A, Poo M. Violencia doméstica, consumo de sustâncias y otras circunstancias concurrentes. ¿El derecho versus derecho a la salud? Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2002; 22(83):125-33.
[29]Courtenay E, Cavanaugh CE, Hansen NB, Sullivan TP. HIV sexual risk behavior among low-income women experiencing intimate partner violence: the role of post traumatic stress disorder. AIDS Behav. 2010; 14(2):318–27.
[30]Byrnes HF, Miller BA, Aalborg AE, Plasencia AV, Keagy CD. Implementation fidelity in adolescent fmily-based prevention programs: relationship to family engagement. Saúde Educ Res. 2010; 25(4):531-41.
[31]Azevedo DM, Miranda FAN. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. Esc. Anna Nery. 2010; 14(1):56-63.
[32]Fang L, Schinke SP, Cole KC. Preventing substance use among early Asian-American adolescent girls: Initial evaluation of a web-based, mother-daughter program. J. Adolescen Health. 2010. November, 47(5):529-32.
[33]Castañón MAH, Villar Luis MA**.** Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud**.** Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(4):806-10.
[34]Filzola CLA, Tagliaferro P, Andrade AS, Pavarini SCI, Ferreira NMLA. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. J Bras Psiquiatr. 2009; 58(3):181-6.
[35]Dear G, Roberts C. The relationship between codependency and feminity and masculinity. Sex roles. 2002; 26(5):159-65.
[36]Zemel MLS. O papel da família no tratamento da dependência. Revista IMESC. 2001; 3:43-63.