



# Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 8, Nº 1, 2017



submissão online

**Diretor-presidente/President Director:**  
**Manoel Carlos Neri da Silva** – *Conselho Federal de Enfermagem*

**Editor-chefe/Chief Editor:**  
**Joel Rolim Mancia** – *Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, RS*

### Editores associados/Associated Editors

**Mara Ambrosina de Oliveira Vargas** – *Universidade Federal de Santa Catarina, SC*  
**Mirna Albuquerque Frota** – *Universidade de Fortaleza, CE*

**Valéria Lerch Lunardi** – *Universidade Federal do Rio Grande, RS*  
**Vanda Elisa Andres Felli** – *Universidade de São Paulo, SP*

### Conselho editorial/Editorial Board

Alacoque Lorenzini Erdmann – Universidade Federal de Santa Catarina, BR  
Anadergh Barbosa Branco – Universidade de Brasília, BR  
Andrea Gomes Linard – Universidade Federal do Maranhão, BR  
Claudia Bartz – Universidade de Wisconsin, EUA  
Denise Gastaldo – Universidade de Toronto, CA  
Denize Boutellet Munari – Universidade Federal de Goiás, BR  
Dorisdaia Carvalho de Humerez – Universidade Federal de São Paulo, BR  
Edilene Curvelo Hora – Universidade Federal de Sergipe, BR  
Eldaldo Cavalcante de Araújo – Universidade Federal de Pernambuco, BR  
Elizabeth Esperidião Cardozo – Universidade Federal de Goiás, BR  
Elizabeth Teixeira – Universidade do Estado do Pará, BR  
Flávia Regina Souza Ramos – Universidade Federal de Santa Catarina, BR  
Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – Universidade Federal de São Paulo, BR  
Josicelia Dumê Fernandes – Universidade Federal da Bahia, BR  
Joyce E. Thompson – STTHAU, EUA  
Lorita Marlena Freitag Pagliuca – Universidade Federal do Ceará, BR

Madalena Alonso – Universidad de Monterrey, MX  
Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza – Universidade Federal de Alagoas, BR  
Maria Mirian Lima da Nóbrega – Universidade Federal da Paraíba, BR  
Maria Tereza Casbas – Espanha  
Mirian Santos Paiva – Universidade Federal da Bahia, BR  
Orlene Veloso Dias – Universidade Estadual de Montes Claros, MG  
Paulete Ambrósio Maciel – Universidade Federal do Espírito Santo, BR  
Raimunda Medeiros Germano – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, BR  
Regina Maria dos Santos – Universidade Federal de Alagoas, BR  
Sandra Valenzuela Suazo – Universidad de Concepción, CL  
Shaké Ketefian – University of Michigan, EUA  
Silvana Santiago da Rocha – Universidade Federal do Piauí, BR  
Silvina Malvarez – Opas  
Taka Oguisso – Universidade de São Paulo, BR  
Telma Ribeiro Garcia – Universidade Federal da Paraíba, BR  
Wilma Suely Batista Pereira – Universidade Federal de Rondônia, BR

### Plenário Cofen – 2015-2018 • Diretoria/Board of Directors

**Presidente** – Manoel Carlos Neri da Silva  
**Vice-presidente** – Irene do Carmo Alves Ferreira  
**Primeira-secretária** – Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio  
**Segundo-secretário** – Vencelau Jackson da Conceição Pantoja  
**Primeiro-tesoureiro** – Jebson Medeiros de Souza  
**Segundo-tesoureiro** – Antônio José Coutinho de Jesus

Luciano da Silva • Mirna Albuquerque Frota • Nádia Mattos Ramalho  
**Conselheiros suplentes** – Anselmo Jackson Rodrigues de Almeida • Dorisdaia Carvalho de Humerez • Eloiza Sales Correia • Francisca Norma Lauria Freire • Gilvan Brolini • Leocarlos Cartaxo Moreira • Márcia Anésia Coelho Marques dos Santos • Orlene Veloso Dias • Walkírio Costa Almeida

#### Missão e objetivos

A missão da revista *Enfermagem em Foco* é contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento da profissão, em especial no que diz respeito aos objetivos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, de normatizar e fiscalizar o exercício profissional. Tem como objetivos: propiciar o consumo crítico da produção científica, disponibilizando aos profissionais de enfermagem e à comunidade científica, nacional e internacional, conhecimentos atualizados, fomentando o debate e o intercâmbio acerca da enfermagem como trabalho social, disciplina do conhecimento científico e profissão do cuidado humano.

#### Declaração de direitos

O Cofen e os editores não são responsáveis por consequências advindas do uso de informação contida na revista. A opinião expressa pelos autores não corresponde necessariamente à posição do Cofen. Os artigos são propriedade da revista e sua reprodução é permitida somente com autorização dos editores e citação da fonte original.

#### Informações sobre assinaturas e distribuição

A revista, de publicação trimestral, com tiragem de 40 mil exemplares, tem distribuição gratuita e dirigida, assim como livre, no site [www.portalfocofen.gov.br](http://www.portalfocofen.gov.br).

#### Números anteriores

Os números anteriores podem ser acessados no site da revista.

#### Propriedade e direitos

Todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total nem parcialmente reproduzidos sem a permissão prévia, por escrito, dos editores da revista. A *Enfermagem em Foco* envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original.

#### Data de impressão: Março 2017

#### Fontes de indexação

Latindex: Índice Latinoamericano de Publicações Científicas Seriadadas  
CUIDEN, CINAHL, BDNF, EBSCO e LILACS

#### Título abreviado: *Enferm. Foco*

#### Klimt Agência de Publicidade LTDA.

Edifício Barão do Rio Branco, Lotes 495, 505 e 515, Salas 323/324, SIG, Brasília-DF - CEP 70610-410 - Tel: 61-3034-4883 - Site: [www.klimtpublicidade.com](http://www.klimtpublicidade.com)  
Diretor Geral: Rafael Frota • Supervisor Geral: Renato Blanco • Projeto Gráfico: Daniel Ferreira • Design gráfico: Clark Paiva  
Publicidade: De Brito Propaganda • Revisora: Bruna Lima

610.73  
E46  
Enfermagem em Foco [publicação do]  
Conselho Federal de Enfermagem. - Vol. 1, n.1  
(maio. 2010) -  
Brasília: Cofen, 2010 -  
- V.  
Trimestral  
1. Enfermagem - Periódicos. I. Conselho Federal de  
Enfermagem.

Afiliada à



Associação Brasileira de Editores Científicos

05

**EDITORIAL**

Vencelau Jackson Pantoja

06

**QUEM SOMOS**

Editores da Revista Enfermagem em Foco

07

**1. INTERAÇÃO LÚDICA NA ATIVIDADE ASSISTIDA POR CÃES EM PEDIATRIA**

Recreational Interaction in Canine-assisted Activities in Pediatrics.

Interacción recreativa en actividades caninas asistidas en pediatría.

Viviane Ribeiro Pereira, Marcia de Oliveira Nobre, Sabrina Capella, Ana Claudia Garcia Vieira

12

**2. DIVERGÊNCIAS ENTRE LEGISLAÇÕES DO DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Differences between Legislation of Nursing Scaling in Intensive Care Units.

Las divergencias entre las Legislaciones Dimensionamiento de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos.

Maria Auxiliadora Rodrigues, Rodolfo César Cardoso de Paula, Rosimere Ferreira Santana

17

**3. MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS COM INDIVÍDUOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE**

Calgary model of family evaluation: evaluation of families with individuals sickened with tuberculosis.

Modelo Calgary de evaluación de la familia: evaluación de familia con individuos enfermos de tuberculosis.

Thais Cristina Flexa Souza, Adriana Borges Melo, Carla Monique Lavareda Costa, Jacira Nunes Carvalho

22

**4. TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Traumatic brain injury in the municipality of Fortaleza.

La lesión cerebral traumática en el municipio de Fortaleza.

Josi Andrade da Silva, Adriano Rodrigues de Souza, Aline Rodrigues Feitoza, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante

27

**5. IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: ESTUDO LONGITUDINAL**

Implementation of scientific evidence in normal childbirth care: longitudinal study Abstract.

Implementación de la evidencia científica en la atención de parto normal: un estudio longitudinal.

Rafael Cleison Silva dos Santos

32

**6. MORTALIDADE INFANTIL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Infant mortality in a Brazilian Northeast capital.

La mortalidad infantil en una capital del nordeste de Brasil.

Augusto Cezar Antunes de Araújo Filho, Anna Karolina Lages Araújo, Priscilla Dantas Almeida, Silvana Santiago da Rocha

37

**7. INTERNAÇÕES POR ABORTO ESPONTÂNEO: UM RETRATO DE SUA OCORRÊNCIA EM FORTALEZA**

Hospitalization from miscarriages: a portrait of its occurrence in Fortaleza.

Hospitalización por aborto espontáneo : Un retrato de su aparición en Fortaleza.

Camila Lima Ribeiro, Francisca de Oliveira Albuquerque, Adriano Rodrigues de Souza

42

**8. PERÍODO PÓS-PARTO NA ÓTICA DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

The postpartum period from the perspective of women attended at a university hospital.

El período pós-parto desde la perspectiva de las mujeres atendidas en un hospital universitario.

Telma Spindola, Lúcia Helena Penha, Alessandra da Terra Lapa, Ana Luiza da Silva Cavalcante, Jamile Machado Rodrigues Silva, Rosana Santos Costa Santana

- 47** **9. IMAGEM DO ENFERMEIRO SOB A ÓTICA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM**  
Image of nurse under the perspective of the nursing academic.  
Imagen de enfermeras de la perspectiva de enfermería académico.  
Rosimere Vieira Souza, Luanna Carolina Alves, Lorena Lobo Leite Bhering Barra, Luiza Marques Fernandes, Patrícia de Oliveira Salgado, Selma Maria da Fonseca Viegas
- 52** **10. SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DE ENFERMEIROS: UMA QUESTÃO MULTIPROFISSIONAL**  
Patient safety in the perspective of nurses: a multi professional issue.  
Seguridad de los pacientes en la percepción de enfermeros: una cuestión multiprofesional.  
Marcos Antônio Nunes de Araújo, Wilson Danilo Lunardi Filho, Rosemary Silva da Silveira, José Carlos Souza, Edsom Luís Devos Barlem, Nanci da Silva Teixeira
- 57** **11. FAST HUG: UM ALIADO NA MANUTENÇÃO DIÁRIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO**  
FAST HUG: An ally in the daily maintenance of Nursing care for critical patients.  
FAST HUG: Un aliado en el mantenimiento de los cuidados de enfermería al paciente crítico  
Rebeca Ramos Santos, Danielle de Mendonça Henrique, Luana Ferreira de Almeida, Maridalva de Souza Penteado, Sandra Regina Maciqueira Pereira, Dayanne Pamela da Silva Santos
- 62** **12. ATUAÇÃO ÉTICA DO ENFERMEIRO FRENTE AOS ERROS DE MEDICAÇÃO**  
Ethical role nurses face with medication errors.  
Enfermería ética frente a los errores de medicación.  
Daniela Cavanholi Mangilli, Maria Terezinha Da Assunção, Maria Teresa Brasil Zanini, Valdemira Santana Dagostin, Maria Tereza Soratto
- 67** **13. COMPROMETIMENTO DA SEXUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA**  
Commitment to sexuality of women with breast cancer.  
Compromiso de la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama.  
Ana Inêz Severo Varela, Luciana Martins da Rosa, Natália Sebold, Ana Gabriela Iaverde, Amarildo Maçaneiro, Alacoque Lorenzini Erdmann
- 72** **14. FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**  
Factores que interferen con la adherence de precauciones estándar por profesionales de salud: revisión integradora.  
Factors that interfere with adherence to standard precautions for health professionals: integrative review.  
Quêzia Boeira da Cunha, Silviomar Camponogara, Etiane de Oliveira Freitas, Camila Pinno, Gisele Loise Dias, Mariana Pellegrini Cesar
- 77** **15. EFETIVIDADE DO FILME DE POLIETILENO NA PREVENÇÃO DE OLHO SECO EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA**  
Polyethylene film effectiveness in dry eye in critical patients prevention: systematic review.  
Eficacia de la película de polietileno en ojo seco en crítico pacientes prevención: revisión sistemática.  
Diego Dias de Araújo, Nayara Souza Ribeiro, Tânia Couto Machado Chianca
- 82** **16. MARKETING PESSOAL E ENFERMAGEM: PROJEÇÃO PARA VISIBILIDADE SOCIAL DO ENFERMEIRO**  
Personal marketing and nursing: projection for the nurse social visibility  
Marketing personal y enfermería: proyección para la visibilidad social de lo enfermero  
Josivaldo Barreto Andrade, Maria de Belém Cavalcante, Maira Rosa Apostólico

O Brasil sempre foi exemplo no enfrentamento da AIDS, desempenhando o papel de protagonista no cenário internacional e recentemente, reafirmou seu compromisso pelo fim da epidemia até 2030, ao aderir às estratégias globais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS e Organização Mundial da Saúde - OMS.

Em julho de 2016, foi realizada a 21ª Conferência Internacional de Aids em Durban - África do Sul que discutiu o momento crítico de enfrentamento da epidemia de AIDS no mundo, priorizando o debate sobre a ampliação do acesso ao tratamento e a garantia de direitos na luta contra a doença, além de apresentar um panorama dos países em relação ao cumprimento das metas 90-90-90. Esta meta, onde o Brasil é consignatário, o desafio é garantir que 90% das pessoas que vivem com HIV, sejam testadas e conheçam seu diagnóstico; que 90% possam receber o tratamento antirretroviral; e 90% destas tenham a carga viral suprimida.

De acordo com a última avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, o Brasil está bem próximo de alcançar estas metas. Vale destacar ainda, que na Conferência de Durban outras estratégias foram bastante enfatizadas para o enfrentamento da AIDS: A "PrEP" e a PEP. A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) é um tratamento com terapia antirretroviral (TARV) indicada para pessoas vítimas de violência sexual, que mantiveram relação sexual desprotegidas, ou profissionais de saúde que se acidentaram com instrumentos perfuro-cortantes ou contato com material biológico. O tratamento age por 28 dias para evitar a sobrevivência e a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa.

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, também conhecida como "PrEP" tem o objetivo de prevenir a infecção pelo HIV e promover uma vida sexual mais saudável para pessoas que possam estar sob maior risco de se infectar pelo vírus, com o uso de TARV ou seja, o uso de medicações antirretrovirais para prevenir a infecção pelo HIV em pessoas não infectadas. A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, estará em consulta pública entre 23 de fevereiro

e 14 de março no portal da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e em breve será uma realidade nos serviços de saúde do país.

Dentre as mais variadas atividades que ocorreram na Conferência de Durban, participei do Encontro de Enfermeiros que atuam em HIV/AIDS e confesso que fiquei surpreso com o número de participantes, que ocupou um grande auditório com mais de 1000 profissionais de enfermagem de diversas partes do mundo. Neste encontro houve relatos de vários países e organismos internacionais. Nos Estados Unidos, por exemplo, um terço do país tem legislação específica para que enfermeiros prescrevam antirretrovirais, facilitando o acesso a pacientes à principal forma de combate da infecção. Na África do Sul mais de 3 milhões de pessoas iniciaram a TARV prescritas por enfermeiros - estima-se que 75% das pessoas em tratamento na África do Sul iniciaram a terapia com estes profissionais. Em posicionamento firme, a ONU apoia que a enfermagem seja mais presente neste contexto, pois considera imprescindível a atuação direta dos profissionais da área para alcançar a meta 90-90-90. Daí a importância do debate sobre Práticas Avançadas de Enfermagem no Brasil no que diz respeito a atuação do enfermeiro na prevenção, diagnóstico e tratamento relativos ao HIV/AIDS.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) vem atuando em parceria com o Ministério da Saúde no enfrentamento da AIDS e da Sífilis nos últimos anos. Destacando o fomento aos profissionais de enfermagem para que oportunamente realizem o tratamento para sífilis nos diferentes níveis de atenção à saúde. Recentemente o COFEN revogou o parecer que afirmava ser a realização de testes rápidos era privativo do enfermeiro, este ato deu abertura para que auxiliares e técnicos de enfermagem possam atuar na realização de testes rápidos de HIV, sífilis e Hepatites Virais. Preito este realizado pelo Departamento Nacional de IST/AIDS reconhecendo a inestimável contribuição da enfermagem para a ampliação do diagnóstico, prevenção e assistência às pessoas vivendo com IST/HIV/AIDS.

### Vencelau Jackson Pantoja

Conselheiro do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen



## EDITORES DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO



### **Manoel Carlos Neri da Silva**

*Diretor presidente*

Graduado e licenciado em enfermagem, com especialização na área de educação ambiental e desenvolvimento sustentável pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR (1993). Na vida universitária, foi presidente do Centro Acadêmico de Enfermagem e do Diretório Central dos Estudantes (DCE), onde já despontava sua liderança. Foi docente da UNIR (1997-2005), bem como da Faculdade São Lucas (a partir de 1999). Laborou como enfermeiro assistencial no Hospital/Pronto Socorro João Paulo II e na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho, onde assumiu o cargo de secretário adjunto municipal de saúde. Foi presidente do Coren-RO (2000-2005). Também ocupou a presidência do Instituto de Previdência e Assistência Municipal (IPAM) de Porto Velho. Foi membro do Conselho Estadual de Saúde de Rondônia por cinco anos. Atualmente, é presidente do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen.



### **Joel Rolim Mancia**

*Editor-chefe*

Graduado em enfermagem pela Unisinos (1988). Mestrado em enfermagem (2002) e doutorado em enfermagem (2007) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atua no Hospital de Pronto-socorro de Porto Alegre. Professor da Universidade do Vale dos Sinos-UNISINOS. Editor da Revista Brasileira de Enfermagem (1998-2004) e da Revista Panamericana de Enfermeria da Federación Panamericana de Profesionales de Enfermeria (2003-2006). Membro fundador do Conselho Iberoamericano de Editores de Revistas de Enfermeria (2003). Secretário do Fórum Nacional de Editores de Revistas de Enfermagem (2005-2010). Membro do conselho editorial da revista Nursing Inquiry/Melbourne, Austrália, Revista Enfermeria Clínica de Espanha e do International Academy of Nursing Editors.. Consultor do Núcleo de Estudos da História da Enfermagem Brasileira (Nephebras) da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Membro do grupo de pesquisa Gehces da UFSC. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em publicações, periódicos e editoração de livros.



### **Mara Ambrosina Vargas**

*Editora associada*

Professora da graduação e pós graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem com ênfase em Filosofia, Saúde e Sociedade pela UFSC. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto pela Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva. Coordenadora dos Laboratórios de Práticas Simuladas do Departamento Enfermagem UFSC. É pesquisadora do Grupo Práxis/UFSC - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem, abordando as temáticas: ética e bioética, políticas públicas em saúde, cuidados paliativos, enfermagem em terapia intensiva - adulto, tecnologias de enfermagem, tecnobiomedicina, segurança do paciente, gestão de segurança, morte; Foucault e Pesquisa Pós-Estruturalista. Ministra cursos de Ética e Bioética para enfermagem e de Pesquisa Qualitativa. Membro da Comissão de Ética do COREN/SC. Editora da Revista Texto & Contexto Enfermagem.



### **Mirna Albuquerque Frota**

*Editora associada*

Graduação em enfermagem, mestrado e doutorado em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora adjunta do mestrado em saúde coletiva e do curso de graduação em enfermagem da Universidade de Fortaleza - Unifor. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança - Nupes - CNPq/Unifor. Editora-chefe da Revista Tendências da Enfermagem Profissional - ReTEP e conselheira ad hoc de diversos periódicos da área de enfermagem e saúde coletiva, tais como Revista da Escola de Enfermagem da USP, Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, Cadernos de Saúde Pública e Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Autora do livro Desnutrição Infantil na Família: Causa Obscura. Enfermeira assistencial da unidade de neonatologia do Hospital Geral de Fortaleza - HGF.



### **Valéria Lerch Lunardi**

*Editora associada*

Graduada em enfermagem (1976) e mestrado em educação (1994) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Doutorado em enfermagem (1997) pela Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Estágio de pós-doutorado na Universidade de Toronto (2002). Docente permanente voluntária do Programa de pós-graduação em Enfermagem e em Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande-FURG. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES). Pesquisadora, desenvolvendo estudos na área da Ética. Membro do Conselho Editorial da Revista Horizonte de Enfermeria, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista de Enfermagem UERJ, Revista da Enfermagem da UFSM e Revista Vittalé.



### **Vanda Elisa Andres Felli**

*Editora associada*

Graduação em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP (1979). Mestre (1988) e doutora (1996) pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da EEUSP. Professora associada do departamento de orientação profissional da EEUSP (2002). Ensina em todos os níveis (graduação, especialização, mestrado e doutorado), orienta e desenvolve projetos na área de gerência em enfermagem e saúde do trabalhador. Líder do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem". Pesquisadora do CNPq. Membro do Scientific Committee on Occupational Health Nursing e do International Council of Occupational Health. Pesquisadora associada do Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs no Brasil. Consultora das revistas: Escola de Enfermagem da USP, Latinoamericana Enfermagem, Brasileira de Enfermagem, Gaúcha de Enfermagem, Mineira de Enfermagem e Brasileira de Epidemiologia.

# INTERAÇÃO LÚDICA NA ATIVIDADE ASSISTIDA POR CÃES EM PEDIATRIA

Viviane Ribeiro Pereira<sup>1</sup>, Marcia de Oliveira Nobre<sup>2</sup>, Sabrina Capella<sup>3</sup>, Ana Claudia Garcia Vieira<sup>4</sup>.

Objetivo: verificar a interação lúdica entre crianças e cães na Atividade Assistida por Animais. Metodologia: estudo descritivo, exploratório e de caráter transversal. Participaram 14 crianças internadas na pediatria de um hospital universitário e cães do Projeto Pet Terapia - Faculdade de Veterinária UFPel. Utilizou-se vídeo-gravação, fotos e questionário aplicado aos pais. Resultados: observou-se a interação entre crianças e cães, com foco na aproximação, brincadeiras, promoção do bem-estar, redução da tensão e incremento no humor. Conclusões: Atividade Assistida por Animais mostrou-se como estratégia inovadora de cuidado para enfermagem pediátrica, proporcionou atividades de lazer, relaxamento, diversão, interação lúdica e promoveu atmosfera acolhedora no referido contexto.

**Descritores:** Atividade Assistida por Animais, Criança hospitalizada, Enfermagem Pediátrica.

## RECREATIONAL INTERACTION IN CANINE-ASSISTED ACTIVITIES IN PEDIATRICS

Objective: to verify the playful interaction between children and dogs in a Animal Assisted Activity. Methodology: Descriptive exploratory cross - sectional study. Participants were 14 children admitted to the pediatrics of a University Hospital and dogs from the Pet Therapy Project - UFPel Veterinary School. The use of Video-recording, photos and questionnaire were applied to parents. Results: The interaction between children and dogs were observed, focusing on the approach, games, promotion of welfare, reduction of tension and increase in their mood. Conclusions: Animal-Assisted Activity proved to be an innovative strategy for pediatric nursing care, provided leisure activities, relaxation, fun, playful interaction and promoted a welcoming atmosphere in the context.

**Descriptors:** Animal Assisted Therapy, Hospitalized Children, Pediatric Nursing.

## INTERACCIÓN RECREATIVA EN ACTIVIDADES CANINAS ASISTIDAS EN PEDIATRÍA

Objetivo: Verificar la interacción lúdica entre los niños y perros en Actividad Asistida por Animais. Metodología: estudio exploratorio descriptivo de transversal. Participaro 14 niños hospitalizados en la pediatría de un hospital universitario y perros - CollegePet Project Terapia UFPel Veterinaria. Se utilizó la grabación de vídeo, fotos y cuestionario a los padres. Resultados: Fue observada la interacción entre los niños y los perros, centrada en la aproximación, chistes, promoción del bienestar entre niños, reducción de la tensión e incremento del humor. Conclusiones: Actividad Asistida por Animales se presentaron como una estrategia innovadora de la atención de enfermería pediátrica, proporcionando actividades de ocio, relajación, diversión e interacción lúdica promovidos ambiente agradable en ese contexto.

**Descritores:** Actividad Asistida por Animales, Niños Hospitalizados, Enfermería Pediátrica.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas. UFPel. Bolsista CAPES

<sup>2</sup>Veterinária. Doutora em Ciências Veterinárias. Docente e Coordenadora de Grupos de Pesquisa da UFPel.

<sup>3</sup>Veterinária. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Veterinária pela UFPel.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde da Criança. Docente do curso de Enfermagem na UFPel. Bolsista CAPES. E-mail: cadicha10@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Estudos recentes têm reconhecido os potenciais benefícios para a saúde e o bem-estar de crianças hospitalizadas, decorrentes de atividades como visita de animais, favorecendo um ambiente com menos tensão, estreitando relações interpessoais entre crianças, familiares e equipe, melhorada auto-estima, distração, prazer e incremento nas habilidades sociais<sup>(1-4)</sup>.

Apesar da literatura limitada sobre a evidência, especificamente no Brasil, essas intervenções vêm sendo incorporadas, em diversos contextos de saúde, tais como: hospitalares, moradias assistidas, educacionais e cuidados paliativos<sup>(5-8)</sup>.

Essa abordagem é conhecida como Intervenção Assistida por Animais (IAAs), sendo subdivida em três modalidades de atendimento, Terapia Assistida por Animais (TAA), Educação Assistida por Animais (EAA) e Atividade Assistida por Animais (AAA)<sup>(9-11)</sup>.

Nas três modalidades, TAA, EAA e AAA, a intervenção pode ser utilizada como estratégia na reabilitação de crianças, exatamente porque elas tendem a desenvolver fortes laços afetivos com animais, principalmente com o cão. Entretanto, é importante esclarecer a distinção entre TAA e AAA para que não sejam vistas de maneira equivocada quanto aos objetivos, sobretudo, porque são propostas que demandam preparo especializado.

A TAA utiliza programas aplicados e supervisionados por profissionais da saúde, que desenvolvem procedimentos personalizados de acordo com cada necessidade, com foco na melhora dos aspectos emocionais e físicos cognitivos, tendo sua evolução documentada<sup>(9)</sup>. Nesse sentido, a presença de um cão terapeuta é vista como oportunidade lúdica e afetiva, desviando a atenção sobre a dor, tristeza e inquietação, o que promove a superação de inseguranças, estímulo de vínculos e, dependendo da modalidade, desperta o interesse pelas atividades propostas como terapia<sup>(9-11)</sup>.

Já na AAA, as atividades são casuais e sem roteiro. O desenvolvimento das atividades constitui-se em um processo espontâneo, sem metas por sessão ou registro de evolução do paciente. Acredita-se que a AAA em Unidades Pediátricas seja uma estratégia com excelente potencial na recuperação da saúde e promoção do bem-estar das crianças hospitalizadas e suas famílias.

Por esse motivo, o presente estudo buscou verificar a interação lúdica entre crianças e cães, no contexto hospitalar, tendo como foco a análise das reações e comportamento delas durante as atividades, utilizando-se da vídeo-gravação e da fotografia. Este artigo pretende descrever a experiência desenvolvida, apresentando todas as fases desse processo.

## METODOLOGIA

Iniciou-se o planejamento do estudo seis meses antes da aprovação do projeto. Na **primeira fase**, realizaram-se reuniões com a equipe de saúde da unidade de internação pediátrica: enfermeiras(os), técnicas(os), médico pediatra, coordenadora médica, infectologista e coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), as(os) médicas(os) residentes da pediatria, as(os) estudantes do curso de enfermagem da UFPel e a pedagoga responsável pela recreação e a equipe do projeto Pet Terapia (COCEPE 52702026- Faculdade de Veterinária-UFPel), explicitando-se os objetivos do estudo.

A **segunda fase** ocorreu de maneira colaborativa com a participação da médica coordenadora da CCIH, culminando na elaboração de um protocolo de recomendação<sup>(12,13)</sup> para a visita dos cães. Esse protocolo continha todos os cuidados e precauções relacionados à segurança das crianças e questões de higiene no sentido de evitar eventos adversos decorrentes da atividade. Assim, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/ UFPel(784.811).

A **terceira fase** foi a seleção de cinco cães co-terapeutas do projeto Pet Terapia, previamente adestrados e capacitados para as IAA, com cuidados criteriosos em relação à saúde e bem-estar, vacinação atualizada e controle de endo e ectoparasitas, higienização com xampu neutro e sem perfume. O projeto Pet Terapia, também é aprovado pelo Comitê de Ética em Experimentação Animal.

Previamente ao início da IAA houve contato com os pais e responsáveis para formalizar o convite e autorização de participação das crianças, de forma clara e acessível.

**Tipo de estudo:** estudo descritivo, exploratório, de caráter transversal, que utilizou a IAA com o intuito de diminuir o estresse hospitalar de crianças, por meio de quatro encontros semanais de cerca de 60 minutos.

**Participantes:** fizeram parte do estudo 14 crianças (idade entre 2 meses e 11 anos em uma amostra de conveniência) hospitalizadas na unidade pediátrica do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas/RS-Brasil (tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil dos participantes do estudo

Identificação	Idade	Sexo	Tempo de internação	Patologias
C1	9 anos	M	16 dias	Problemas intestinais
C2	9 anos	M	14 dias	A investigar
C3	1 a 3 meses	F	11 dias	Otite, febre
C4	1 anos	F	6 dias	Pneumonia
C5	5 anos	M	6 dias	Dermatite atópica

C6	7 anos	M	10 dias	Suspeita de linfoma
C7	4 anos	M	16 dias	Problemas intestinais
C8	6 anos	F	9 dias	Suspeita de linfoma
C9	1 a 2 meses	M	5 dias	Pneumonia
C10	4 a 8 meses	F	5 dias	Investigar aumento de linfonodos
C11	5 anos	M	11 Dias	Pneumonia
C12	2 e 2 meses	F	0	A investigar
C13	11 meses	M	0	A investigar
C14	6 anos	F	10 dias	Pneumonia

Os encontros ocorreram em uma sala ampla, anexa ao Hospital Escola. As atividades propostas a cada encontro iniciavam com a apresentação dos cães e a interação com o toque e carícia, seguido da recreação. As brincadeiras incluíram passear com os cães conduzidos pela guia e jogar bolinhas, simular procedimentos e cuidados de enfermagem realizados com os cães, como: auscultá-los com estetoscópio, seringas sem agulhas, envolver as patas com ataduras para desenvolver atividades similares à rotina hospitalar. No final das atividades, as crianças preparavam os cães para irem embora, escovando a pelagem, enfeitando-os com laços e bandanas.

Para este estudo adotou-se a fixação de uma câmera e as imagens foram analisadas posteriormente por três avaliadores, observando as reações individuais e em grupo das crianças em cada sessão de IAA. O estudo também contemplou a percepção e avaliação dos pais em relação às reações e aos sentimentos dos filhos frente à IAA. Para tanto, após a IAA foi aplicado um questionário aos pais.

## RESULTADOS

A IAA promoveu o bem-estar das crianças, proporcionou descontração, alegria e desvio da atenção sobre o fato de estarem hospitalizadas. As crianças tornaram-se mais comunicativas e sentiram prazer em brincar com os cães. Para o hospital, mostrou motivação e o engajamento da equipe de saúde e demais profissionais, em uma perspectiva de trabalho colaborativo, trouxe satisfação a toda equipe, promoveu um ambiente de relaxamento, alegria. Com isso houve destaque da instituição pelo suporte ao desenvolvimento de estudos inovadores, factíveis, de baixo custo e com repercussões positivas para todos os profissionais.

## A perspectiva dos pais

Com os pais e acompanhantes foi possível observar duas situações: surpresa com a reação dos filhos e o próprio envolvimento (Figura 1). A resposta positiva da grande maioria das crianças atendidas resultou em expressões de felicidade, sorrisos e minimização do estresse hospitalar. As imagens também mostraram o choro emocionado de uma das mães ao ver seu filho se divertindo e brincando com os cães.

Ao serem indagados sobre a IAA, os pais descreveram a importância dessa atividade como uma estratégia para **o bem-estar** e a **felicidade dos filhos**. Os pais entenderam a IAA como “*um momento de compartilhar carinho*”, eles observaram mudanças no humor e na rotina das crianças, como demonstrado a seguir:

*[...]muito importante, pois é uma maneira das crianças se distraírem um pouco e matar a saudade dos animais deles[...].*

*[...]ele gostou tanto, que ficou chamando" auau" o tempo todo[...]*

*[...]o meu filho ama cachorros, para ele foi uma alegria. Ele falou o resto do dia sobre os cachorros. Acho muito interessante[...]*

*[...]percebi ele mais disposto, alegre, entusiasmado pelo fato de ter contato com o cão[...]*

*[...]saiu da rotina do quarto[...].*

*[...]não pare de fazer este trabalho que é bastante importante[...]*

**Figura 1** - Registro da interação, com troca de carinho da criança e da mãe com o cão durante a Intervenção Assistida por Cães.



### As interações das crianças com os cães

Ao analisar as imagens geradas, foi possível observar que, durante a interação, as crianças se sentiram estimuladas, pois lhes foram oportunizadas brincadeiras que possibilitaram lidar com aspectos rotineiros implícitos no cuidado hospitalar, os quais, geralmente, estão relacionados ao medo e ansiedade nesse ambiente (Figura 2).

O desejo das crianças em manter contato físico com os cães foi observado em todas as visitas por meio do toque, carícia e aproximação: **seguravam os cães no colo, conduziram-os na guia, escovaram os pelos e brincaram com o estetoscópio**, demonstrando satisfação e prazer.

**Figura 2** - Demonstração da Intervenção Assistida por Cães com a utilização de materiais da rotina hospitalar, desmistificando-os junto a crianças do setor de pediatria.



A imagem “icônica” deste trabalho retrata a alegria da menina ao acariciar a pata do cão (Figura 3A) e do menino que venceu a limitação física e a dor ao escovar o cãozinho, sorrir durante a brincadeira e participar ativamente, comunicando-se com prazer e desenvoltura com outras crianças e com a equipe de saúde (Figura 3B).

**Figura 3** - Demonstração da Intervenção Assistida por Cães com toque (A), escovação e brincadeiras (B) com os cães co-terapeutas, momento de afetividade e carinho junto às crianças do setor de pediatria.



### DISCUSSÃO

As imagens observadas pelas pesquisadoras sobre a interação das crianças com os cães ilustram comportamentos de satisfação e alegria já mencionados em estudos semelhantes, envolvendo crianças hospitalizadas e visita de cães. A análise das imagens e do questionário gerou dados que foram organizados baseados em estudos prévios, com foco na observação das interações entre crianças e os cães, mediatizadas pela presença dos pais<sup>(14-17)</sup>. O vídeo permite ao pesquisador rever imagens, repetidamente, quantas vezes forem necessárias, assegurando rigor metodológico e garantindo que não se perca nenhum dado importante durante a coleta, o que possibilita uma discussão mais aprofundada sobre as intervenções realizadas nesse processo<sup>(18,19)</sup>.

A **alegria** e os **sorrisos** associados à **propensão para o toque e carícia** nos cães foram reações que predominaram em todas as visitas, alinhada com a Hipótese da Biofilia que descreve essa tendência natural do ser humano em ser atraído por outros seres vivos<sup>(20)</sup>. A satisfação e o prazer das crianças ao tocarem o cão estão em consonância com os estudos que descreveram os mesmos comportamentos<sup>(1)</sup>.

Estudos desenvolvidos<sup>(1,14-16)</sup> evidenciaram comportamentos semelhantes em relação à presença dos animais no hospital, reduzindo o clima de tensão, contribuindo para melhora do humor e propiciando momentos felizes. O ambiente hospitalar é percebido pela criança como assustador, devido aos procedimentos dolorosos e desconfortáveis realizados, gerando sentimento negativo. A presença do animal torna o ambiente descontraído, aliviando o estresse infantil. Os autores destacaram que o animal é para criança uma fonte de amor incondicional e lealdade, servindo de apoio e consolo em horas difíceis.

Este estudo revelou-se como uma estratégia que “rompeu” paradigmas de cuidado na maneira de conduzir ações voltadas à promoção da saúde mental das crianças em situação de hospitalização. Nesse aspecto, a elaboração da proposta com participação da equipe da unidade pediátrica-CCIH foi fundamental para esclarecer a intenção do projeto, tornando

viável a execução do mesmo. Mais do que isso, a utilização das IAA tem sido documentada como uma possibilidade inovadora e alternativa na redução da dor emocional das crianças, sendo um complementar as intervenções farmacológicas e sem efeitos colaterais ou reações adversas.

Os estudos revisados sugerem o uso dessas intervenções associadas a outras estratégias clínicas, como, por exemplo, o manejo da dor e a redução do estresse. Entretanto, como referido em estudo de revisão sobre a temática<sup>(2)</sup>, é importante destacar que são escassas as pesquisas utilizando IAA.

A proposta contém elementos inovadores que podem servir de subsídio para guiar modelos de cuidar delineados a partir do protagonismo das crianças e seus familiares, em suas interações com os cães, uma vez que propõe o engajamento dos pais e crianças na formulação de uma estratégia inovadora enquanto possibilidade de lidar com o medo, a ansiedade e a tensão no contexto pediátrico hospitalar.

No que se refere à equipe de saúde e familiares, foram observados comportamentos receptivos quanto à abordagem utilizada, promovendo atmosfera favorável no relacionamento entre equipe, familiares e crianças, mobilizando atenção para

os benefícios sobre o bem-estar de todos os envolvidos na interação.

Dentre as limitações, pontuamos apenas quatro visitas em decorrência da logística (os cães visitam outras instituições sistematicamente) e prazo para a conclusão da pesquisa, determinando uma amostra pequena.

## CONCLUSÃO

Os resultados da Atividade Assistida por Animais, no contexto estudado, sugerem uma perspectiva com excelente potencial a ser explorado e implementada em unidades pediátricas, de baixo custo, com mínimo risco desde que adotadas recomendações de segurança citadas no protocolo.

Agradecemos ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas pelo desenvolvimento do projeto, em especial à equipe de comunicação que auxiliou na captura de imagens, e às empresas (Hills Pet Nutrition, Dasppet, Zoetis, AgnereVirbac) que contribuem para a alimentação, vacinas e cuidado dos cães, além do espaço concedido pela UFPel para abrigá-los, pois o projeto não dispõe de financiamento.

## REFERÊNCIAS

- Vaccari AMH, Almeida FA. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. *Einstein*. 2007;5(2):111-116.
- Chur-Hansen A, McArthur M, Winefield H, Emma Hanieh. Animal-Assisted Interventions in Children's Hospitals: A Critical Review of the Literature. *Anthrozoös*. 2014; 27(1):5-18.
- Kobayashi TC, Ushiyama TS, Fakh TF, Robles MAR, Carneiro AI, Carmagnani SIM. Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):632-6.
- Rocha CFPG, Muñoz POL, Roma RPS. História do relacionamento entre animais humanos e não humanos e da TAA. In: Chelini MOM, Otaa E. (Org.). *Terapia Assistida por Animais*. Barueri: Manole; 2016. 45-59.
- O'hair ME. Companion animals and human health: Benefits, challenges, and the road ahead. *J Vet Behav*. 2010;5:226-234.
- Young JS. Pet therapy: Dogs de-stress students. *J Christ Nurs*. 2012;29(4):217-21.
- Reed R, Ferrer L, Villegas N. Curadores naturais: uma revisão da terapia e atividades assistidas por animais como tratamento de doenças crônicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(3):612-18.
- O'hair ME, McKenzie SJ, McCune S, Slaughter V. Effects of classroom animal-assisted activities on social functioning in children with autism Spectrum Disorder. *J Altern Complement Med*. 2014;20( 3):162-168.
- Chandler CK. *Animal assisted therapy in counseling*. 2nded. Routledge; New York: 2012.
- Bibbo J. Staff member's perceptions of an animal-assisted activity. *Oncology Nursing Forum*. 2013;40(4):E320-26.
- Kruger KA, Serpeel JA. Animal-assisted interventions in mental health: Definitions and theoretical foundations. In: Fine A.H, ed. *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. 3rd ed. San Diego: Academic Press; 2010. 33-48.
- Writing Panel of Working Group, Lefebvre SL, Golab GC, Christensen E, Castrodale L, Aureden K, et al. Guidelines for animal-assisted interventions in health care facilities. *Am J Infect Control*. 2008;36(2):78-85.
- Silveira RI, Santos CN, Linhares RD. Protocolo do programa de assistência auxiliada por animais no Hospital Universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):283-8.
- Bouchard F, Landry M, Belles-Isles M, Gagnon J. A magical dream: a pilot project in animal-assisted therapy in pediatric oncology. *Can Oncol Nurs J*. 2004;14(1):14-7.
- Tsai C, Friedmann E, Thomas SA. The effect of animal-assisted therapy on stress responses in hospitalized children. *Anthrozoös*. 2010;23(3):245-58.
- Kaminski M, Pellino T, Wish J. Play and Pets: The Physical and Emotional Impact of Child-Life and Pet Therapy on Hospitalized Children. *Children's Health Care*. 2002;31(4):321-335.
- Sobo EJ, Eng B, Kassity-Krich N. Canine visitation (pet) therapy: pilot data on decreases in child pain perception. *J Holist Nurs*. 2006;24(1):51-7
- Pinheiro EM, Kakehashi TY, Angelo M. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2005;13(5):717-722.
- Loizos P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 12ªed. Petrópolis: Vozes; 2014.137-155.
- Santos-Fita D, Costa-Neto E. As interações entre os seres humanos e os animais: a contribuição da etnozootologia. *Biotemas*. 2007;20(4):99-110.

# DIVERGÊNCIAS ENTRE LEGISLAÇÕES DO DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Maria Auxiliadora Rodrigues<sup>1</sup>, Rodolfo César Cardoso de Paula<sup>2</sup>, Rosimere Ferreira Santana<sup>2</sup>

**Objetivo:** discutir as divergências entre as legislações vigentes sobre o dimensionamento de enfermagem e as suas repercussões na assistência em unidades de terapia intensiva. **Metodologia:** estudo reflexivo sobre as fiscalizações realizadas pelo COREN-RJ nas unidades de terapia intensiva a partir de 2010, com parâmetro nas Resoluções do COFEN e Anvisa. **Resultados:** comparados os dispositivos legais e as implicações ao exercício profissional, fica evidenciado que a Anvisa descumpra a lei na atividade privativa do enfermeiro ao paciente crítico. **Conclusão:** a RDC Anvisa lesa a lei da enfermagem e compromete a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente crítico.

**Descritores:** Enfermagem, Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital, Unidades de Terapia Intensiva, Legislação de Enfermagem.

## DIFFERENCES BETWEEN LEGISLATION OF NURSING SCALING IN INTENSIVE CARE UNITS

**Objective:** To discuss the differences between current legislation in nursing scaling and its repercussions in the assistance in intensive care units. **Methodology:** Reflective study on the inspections carried out by COREN-RJ in the intensive care units from 2010, with parameters of COFEN and ANVISA Resolutions. **Results:** Compared with the legal devices and the implications to the Professional Exercise, it was evident that ANVISA disregarded the law in the exclusive activity of the Nurse to the critical patient. **Conclusion:** RDC ANVISA harms the nursing law and compromises the quality of nursing care to critical patients.

**Descriptors:** Nursing, Human Resources of Nursing Hospital, Intensive Care Units; Legislation, Nursing.

## LAS DIVERGENCIAS ENTRE LAS LEGISLACIONES DIMENSIONAMIENTO DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Objetivo:** Discutir las diferencias entre la legislación vigente en materia de diseño de enfermería y su impacto en la atención en unidades de cuidados intensivos. **Metodología:** Estudio reflectante en las inspecciones realizadas por COREN-RJ en unidades de cuidados intensivos a partir de 2010, con las resoluciones de parámetros COFEN y ANVISA. **Resultados:** disposiciones e implicaciones de la práctica profesional jurídicos, en comparación, evidenciaron que la ANVISA viola la ley sobre la actividad privada para cuidar a pacientes en estado crítico. **Conclusión:** RDC ANVISA daña la ley de enfermería y compromete la calidad de la atención de enfermería a pacientes en estado crítico.

**Descritores:** Enfermería, Personal de Enfermería em Hospital, Unidade de Cuidados Intensivos, Legislação de Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (Coren-RJ).

<sup>2</sup>Enfermeiro(a). Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: rodolphodepaula@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O dimensionamento de pessoal de enfermagem é definido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais necessários para prover a assistência, de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores<sup>(1)</sup>.

O dimensionamento de recursos humanos é uma atividade/habilidade gerencial do enfermeiro, que envolve a previsão de pessoal sob os enfoques quantitativo e qualitativo, com vistas ao atendimento das necessidades de assistência ao paciente, na busca de uma melhor qualidade possível da atenção<sup>(2)</sup>. O artigo 2º da Resolução COFEN nº 293/2004 dispõe que o dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas à instituição, ao serviço de enfermagem e à clientela<sup>(3)</sup>.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, subentende-se que se trata de um local especializado e tecnológico, identificado como espaço laboral destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, que necessitam de preparo especializado, pois, invariavelmente, podem se defrontar com situações cujas decisões definem o limite entre a vida ou a morte das pessoas.

A metodologia de dimensionamento é um instrumento valioso para o alcance de parâmetros mínimos para suprir as necessidades dos pacientes, com vistas à melhoria da qualidade da assistência e satisfação da equipe nas atividades diárias<sup>(5)</sup>.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº293/04<sup>(3)</sup>, estabeleceu parâmetros para dimensionar o quantitativo mínimo para cobertura assistencial nas instituições de saúde, com base nas características relativas à organização, ao serviço de enfermagem e à clientela.

Essa foi revogada pela Resolução COFEN 527/2016<sup>(6)</sup>, que considera a mesma forma de cálculo de profissionais nas unidades de internação, porém, em seu artigo 3º, considera

para efeito de cálculo o valor de 18 horas de enfermagem por paciente na assistência intensiva, ou seja, de pacientes graves. A Resolução estabelece, ainda, a distribuição percentual do total de profissionais em pacientes graves ou assistência de intensiva são enfermeiros 52% do total calculado<sup>(6)</sup>.

Porém, observa-se que atualmente as unidades de terapia intensiva adotam o quantitativo recomendado por outras legislações não sendo o estipulado pelo Sistema COFEN/COREN. Tais legislações não levam em consideração o grau de complexidade dos pacientes assistidos nessas unidades, estipulando meramente um número absoluto de leitos ao número reduzido de profissionais, sendo desconsideradas as atividades de cada elemento pertencente à categoria de enfermagem na assistência ao paciente crítico.

A problemática vivenciada como enfermeiro fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro motivou-nos a realizar este estudo sobre essas divergências legais em

relação ao dimensionamento de pessoal de enfermagem nas unidades de terapia intensiva. Dessa forma, delimita-se como problema de estudo: de quem é a competência legal em determinar o dimensionamento de enfermagem nas unidades de terapia intensiva?

Diante dessas considerações, a presente reflexão tem como objetivo: discutir as divergências entre as legislações vigentes sobre o dimensionamento de enfermagem e as suas repercussões na assistência

em unidades de terapia intensiva.

## METODOLOGIA

Estudo reflexivo sobre as fiscalizações realizadas pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro nas unidades de terapia intensiva a partir do ano de 2010.

A fiscalização se embasa na Resolução COFEN 374/2011 que regulamenta o processo de fiscalização em todo território nacional<sup>(7)</sup>, sendo utilizado como parâmetro de cálculo para o dimensionamento de pessoal de enfermagem a Resolução COFEN 293/2004 em todas as áreas de atuação da enfermagem.

Após a análise das fiscalizações geradas e os cálculos de dimensionamento de pessoal com base na Resolução COFEN e o dimensionamento proposto pela RDC 26 ANVISA utilizado pelas instituições, foi realizada uma análise comparativa desses instrumentos legais da ANVISA e do COFEN e

*“A metodologia de dimensionamento é um instrumento valioso para o alcance de parâmetros mínimos para suprir as necessidades dos pacientes”*

buscou-se compreender qual o resultado desse diferencial na assistência.

### REFLEXÃO SOBRE OS DISPOSITIVOS LEGAIS QUE DISPÕEM SOBRE O DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

A Lei 7498 de 25 de junho de 1986 regulamenta o exercício profissional de enfermagem e é o instrumento legal que legisla sobre a atuação dos profissionais de enfermagem e descreve em seu texto no, artigo 110, como atividade privativa do enfermeiro os cuidados diretos de enfermagem a paciente graves com risco de vida<sup>(8)</sup>.

Segundo o descrito, a assistência direta ao paciente crítico é privativa ao enfermeiro e o técnico de enfermagem tem como função assistir ao enfermeiro na prestação de cuidados diretos a pacientes em estado grave, conforme o artigo 10º inciso I alínea b do Decreto Lei 94406 de 08 de junho de 1987<sup>(9)</sup>.

Nesse sentido, as resoluções da Vigilância Sanitária e portarias ministeriais ferem diretamente a Lei 7498/86, pois não contemplam tal atividade privativa conferida ao enfermeiro, sendo constatado em seu texto um quantitativo de enfermeiros inferior ao necessário para uma prestação com segurança, qualidade e legalidade.

Contextualizando, a Lei 7498/86 não possui artigos específicos demonstrando o número exato de profissionais de enfermagem/leito, até porque essa avaliação deve ser feita pela complexidade e grau de cuidados que esse deve receber. Já o Conselho Regional de Enfermagem possui uma Resolução que proporciona o cálculo de profissionais de enfermagem levando em consideração o tipo de cliente a ser assistido e o número de horas de enfermagem necessário para essa assistência.

Em contrapartida, a RDC Anvisa 26, de 11 de maio de 2012, que altera a RDC Anvisa 7/2010 - que estabelecia o quantitativo de 01 enfermeiro para cada 08 leitos e fração por turno, 01 técnico de enfermagem para cada 02 leitos e fração e 01 técnico de enfermagem de apoio por turno - passa a considerar um quantitativo mínimo de 01 enfermeiro para cada 10 leitos e fração e 01 técnico de enfermagem para cada 02 leitos e fração, por turno<sup>(10)</sup>. Nesse sentido, não

se considera o recomendado pela Resolução COFEN 527, que avalia primeiramente para se determinar o quantitativo de profissionais o grau de dependência e de cuidado de enfermagem necessário para o cliente em questão.

A Resolução COFEN 527/2004, em seu artigo 3º, considera para efeito de cálculo o valor de 18 horas de enfermagem por paciente na assistência intensiva, ou seja, de pacientes graves. Estabelece a distribuição percentual do total de profissionais em pacientes graves ou assistência intensiva, sendo que os enfermeiros devem corresponder a 52% do total calculado<sup>(6)</sup>. Por ser atividade privativa do enfermeiro a assistência direta a pacientes graves, o número de enfermeiros deve ser superior ao de técnicos de enfermagem nesses setores onde ocorre assistência a pacientes graves.

Cabe ressaltar que as unidades de terapia intensiva são destinadas aos pacientes graves que necessitam de cuidados especializados de enfermagem e médico. É fato que atividades de enfermagem executadas nesses locais requerem conhecimento científico e tomada de decisão, sendo privativo ao enfermeiro, conforme Lei 7498/86 artigo 110 - Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida, e cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas<sup>(6)</sup>.

Essas discordâncias legais causam diferenças no quantitativo de profissionais

que podem refletir diretamente no cuidado prestado.

Por exemplo, em uma unidade de terapia intensiva de 10 leitos em que a jornada semanal é de enfermagem de 40 horas, o cálculo de profissionais seria desta forma:

$$QP = Km \times THE$$

$$THE = n0 \text{ pacientes (leitos)} \times n0 \text{ horas de enfermagem}$$

$$THE = 10 \times 18 = 180 \text{ horas de enfermagem}$$

$$Km = \frac{DS \times IST}{JST} = \frac{7 \times 1,15}{40} = 0,2012$$

$$JST = 40$$

$$QP = 0,2012 \times 180 = 36,21 \text{ profissionais de enfermagem}$$

52% são enfermeiros, então 19 são enfermeiros e 17 são técnicos de enfermagem.

Se dividirmos na escala de revezamento de enfermagem 12x36h, ou seja, 02 plantões dias e dois plantões noite, teríamos:

*“É fato que atividades de enfermagem executadas nesses locais requerem conhecimento científico e tomada de decisão”*

**Quadro 1** - Escala de Revezamento 12x36 horas

Categoria	SD 01	SN 01	SD 02	SN 02
Enf, Diarista			3	
Téc. Diarista			1	
Enfermeiros	4	4	4	4
Técnicos de enfermagem	4	4	4	4

Seria uma proporção de 01 enfermeiro para 2,5 leitos e 01 técnico de enfermagem para 2,5 leitos. Na mesma unidade de 10 leitos para uma jornada de 40 horas teríamos no quadro de enfermagem o quantitativo de acordo RDC 26/2012 - 05 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem, sendo uma proporção de 01 enfermeiro para 10 leitos e 01 técnico de enfermagem para 02 leitos.

**Quadro 02** - Quadro comparativo do quantitativo de profissionais para 10 leitos com jornada de 40 horas

Categoria	RDC 26/2012	Resolução 293
Enfermeiro	05	19
Téc. de enfermagem	20	17

Assim, segundo a RDC, o total seria de 25 profissionais de enfermagem, sendo 05 deles enfermeiros, e segundo a Resolução 527, o total seria de 36, sendo 19 desses enfermeiros.

Cabe ressaltar que a Resolução COFEN 527 é o instrumento legal utilizado pelo COFEN para determinar o dimensionamento de enfermagem de acordo com a o grau de complexidade e de cuidados de enfermagem aos clientes assistidos. Outro ponto é o fato de que esse instrumento de cálculo prevê o índice de segurança técnica (IST) de 15%, conforme o artigo 10º, para cobertura do absenteísmo e das ausências por benefícios.

O dimensionamento de pessoal, visto sob essa ótica, representa um instrumento/estratégia que pode minimizar o absenteísmo na enfermagem. Além da função de proteção ao cliente/usuário, aumenta a segurança do trabalhador porque, ao prever o índice de segurança, parte do planejamento desse instrumento, realiza o acréscimo necessário para cobrir os imprevistos que podem ocorrer com a equipe de enfermagem ao longo das 24 horas de trabalho<sup>(11)</sup>.

O absenteísmo é um fator causador de problemas para a equipe de enfermagem, visto que a ausência de um profissional na equipe sobrecarrega o trabalho dos demais, exigindo um ritmo mais acelerado e um volume maior de trabalho no processo de cuidar do cliente. Essa sobrecarga poderá prejudicar a saúde do trabalhador, ocasionando desgaste físico, psicológico e social; e, como consequência,

o adoecimento. Evidencia-se que o problema do absenteísmo pode desencadear em cascata o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem<sup>(11)</sup>.

A elevada carga de trabalho exigida pelo paciente internado na UTI, decorrente da instabilidade hemodinâmica e da necessidade de cuidados de enfermagem contínuos, deve ser considerada como informação fundamental para o dimensionamento e para alocação de recursos humanos, sobretudo quando se busca maior segurança para o profissional e qualidade do serviço ofertado<sup>(12)</sup>, aspecto não contemplado pela RDC 26, pois avalia friamente o profissional e a quantidade de leitos.

Outro fator a se comparar é o fato da RDC Anvisa 26/2012 não apresentar no seu escopo a metodologia que originou o valor do quantitativo estipulado de profissionais de enfermagem por leito. Já a Resolução COFEN 293 apresenta no seu anexo a metodologia que determinou o número de horas de enfermagem por grau de complexidade, sendo ajustados pela Resolução COFEN 527, ou seja, acredita-se que a RDC Anvisa 26 impôs um quantitativo sem avaliar o cuidado e a necessidade do cliente assistido nas unidade de terapia intensiva.

Ao se comparar o quantitativo de profissionais de enfermagem no exemplo acima, estipulado pela Resolução COFEN 527 (19 enfermeiros) em relação ao da RDC Anvisa 26/2012 (05 enfermeiros) observa-se um aumento do quadro de enfermeiros na assistência ao paciente crítico como preconizado pela Lei 7498/86.

Existe ainda uma tendência de atribuir os altos custos da saúde aos gastos com o quadro de pessoal. Como exemplo temos a redução de custos, que pode recair sobre a equipe de enfermagem, ocasionando diminuição do quadro de pessoal, o que repercute na qualidade da assistência prestada.<sup>(13)</sup>

Questiona-se se essas diferenças de quantitativo não estarão relacionadas meramente aos possíveis gastos com a contratação de funcionários, ou seja, a qualidade do serviço prestado não é o primeiro ponto a ser avaliado.

A fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro age contra o déficit de profissionais, pois realiza os cálculos de dimensionamento de pessoal com base na Resolução do COFEN em todas as áreas onde ocorre o exercício profissional de enfermagem e enfatiza a necessidade da presença do enfermeiro, principalmente na assistência ao paciente crítico e orienta os enfermeiros responsáveis técnicos no cumprimento das legislações de enfermagem.

As ações fiscais são finalizadas com procedimentos jurídicos pelo COREN-RJ no intuito de corrigir o déficit encontrado nos cálculos realizados decorrentes das

fiscalizações. A limitação deste estudo é que não se pode determinar o atual déficit de enfermeiros nas unidades de terapia intensiva do estado do Rio de Janeiro.

## CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou visualizar os parâmetros preconizados pela Resolução COFEN 293 e as discrepâncias em relação à RDC Anvisa 26/2012, além do prejuízo causado por essa legislação que contraria a Lei do exercício profissional em relação à atividade privativa do

enfermeiro no cuidado do paciente crítico.

No que diz respeito à RDC Anvisa 26, a proporção de enfermeiros é inferior ao de técnicos de enfermagem, o que ainda está distante do que é preconizado pelo COFEN, configurando-se, assim, um conflito para a enfermagem brasileira.

Acredita-se que a partir desta reflexão seja possível que os enfermeiros percebam os prejuízos à categoria de enfermagem, à sociedade e principalmente à qualidade da assistência de enfermagem ao paciente crítico.

## REFERÊNCIAS

1. Fugini FMT, Rossetti AC, Ricardo CM, Possari JF, Mello MC, Gaidzinski RR. Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº293/04. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2012 [cited 2014 June 10];20(2):[09 telas] Available from: [www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_15.pdf)
2. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva para adultos. *Rev. Acta Paul Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2014 June 10]; 23(3):379-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a11>
3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas [Internet]. 2004 [cited 2014 dec 12]. Available from: [http://cofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004\\_4329.html](http://cofen.gov.br/resolucao-cofen-2932004_4329.html)
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Da Diretoria Colegiada. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e da outras providências. [Internet]. 2010 [cited 2014 June 10]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)
5. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital de ensino. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009 [cited 2014 June 10];11(1):55-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 527, de 10 de novembro de 2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/ locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2016 nov 28]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016\\_46348.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html)
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 374, de 23 de março de 2011. Normatiza o funcionamento do sistema de fiscalização do exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. [Internet]. 2011 [cited 2014 dec 12]. Available from: [http://cofen.gov.br/resolucao-cofen-3742011\\_6590.html](http://cofen.gov.br/resolucao-cofen-3742011_6590.html)
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986 [cited 2014 mar 05]. Available from: [http://cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - Decreto Lei nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 1987 [cited 2014 mar 05]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Da Diretoria Colegiada. RDC nº 26 de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC 7 de 24 de fevereiro de 2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e da outras providências. [Internet]. 2012 [cited 2014 June 10]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html)
11. Martinato MCNB, Severo DF, Marchand EAA, Siqueira HCH. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2014 June 10];31(1):160-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n1/a22v31n1.pdf>
12. Perez Junior EF, Oliveira EB, Souza NVDO, Lisboa MT, Silvino ZR. Segurança no desempenho e minimização de riscos em terapia intensiva: tecnologias duras. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep];22(3):327-333. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a06.pdf>
13. Meneguetti MG, Nicolussi AC, Scarparo, Campos LF, Chaves LDP, Laus AM. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [cited 2014 June 10];15(2):551-62. Available from: [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a30.pdf)

# MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS COM INDIVÍDUOS ADOECIDOS DE TUBERCULOSE

Thais Cristina Flexa Souza<sup>1</sup>, Adriana Borges Melo<sup>2</sup>, Carla Monique Lavareda Costa<sup>3</sup>, Jacira Nunes Carvalho<sup>4</sup>

**Objetivo:** avaliar famílias com membros em tratamento de tuberculose por meio do Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF). **Metodologia:** estudo do tipo descritivo-exploratório no qual participaram duas unidades familiares possuindo um membro em tratamento de tuberculose, ambas cadastradas em uma Estratégia Saúde da Família em Belém, no Pará. Para a aplicação do Modelo, foi realizada a técnica de entrevista semiestruturada e uso de genograma e ecomapa. **Resultados:** após a avaliação de família realizada conforme Modelo Calgary de Avaliação de Família, resultaram duas famílias, sendo uma monoparental, liderada pela mulher, e a outra alargada; em ambas, o membro adoecido é o provedor de questões econômicas e as famílias, pesquisadas possuem relacionamentos e vínculos com algumas instituições de saúde, religiosas, escolares e até grupos de apoio social. **Conclusões:** o Modelo Calgary de Avaliação de Família mostrou ser eficaz como uma nova estratégia de avaliação, contribuindo para o planejamento de cuidados de famílias em qualquer nível de atenção à saúde.

**Descritores:** Enfermagem de família, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Assistência Domiciliar.

### **CALGARY MODEL OF FAMILY EVALUATION: EVALUATION OF FAMILIES WITH INDIVIDUALS SICKENED WITH TUBERCULOSIS**

**Objective:** Evaluating family members in treatment of Tuberculosis through the Calgary Model of Family Evaluation (CMFE). **Methodology:** Descriptive-exploratory type study, in which two family units having a member in treatment of tuberculosis participated, both registered in a Family Health Strategy, Belém, Pará. For the application of the Model, the technique of semi-structured interview was performed and utilization of genogram and eco-map. **Results:** After the evaluation of the family was performed according to Calgary Model of Family Evaluation resulted in two families, one being a mono-parental headed by the woman and the other expended, in both cases the sick member is the provider of economic matters and the families researched have ties and relationships some health institutions, religious, school and even social support groups. **Conclusions:** The Calgary Model of Family Evaluation shows to be effective as a new evaluation strategy, contributing to the family planning care at any level of health care.

**Descriptors:** Family Nursing, Primary Health Care, Home Care Services.

### **MODELO CALGARY DE EVALUACIÓN DE LA FAMILIA: EVALUACIÓN DE FAMILIA CON INDIVIDUOS ENFERMADOS DE TUBERCULOSIS**

**Objetivo:** Evaluar familia de miembros en el tratamiento de la tuberculosis por medio del Modelo Calgary de Evaluación de la Familia (MCEF). **Metodología:** Estudio de exploración de tipo descriptivo, participaron dos unidades familiares que tienen un elemento en el tratamiento de la tuberculosis, ambas registradas en una Estrategia de Salud Familiar, Belém, Pará. Para la aplicación del Modelo, fue usada la técnica de entrevista semiestructurada y utilización del genograma y eco-mapa. **Resultados:** Después de la evaluación de la familia realizado de acuerdo con Modelo Calgary de Evaluación de la Familia resultaron dos familias, una siendo mono parental liderada por la mujer y otra extendida, en los dos el miembro enfermo es el proveedor de los recursos económicos y las familias investigadas tienen relaciones y vínculos con algunas instituciones de salud, religiosas y escolares, hasta grupos de apoyo social. **Conclusiones:** El Modelo Calgary de Evaluación de la Familia se muestreó ser eficaz como una nueva estrategia de evaluación contribuyendo para el planificación de cuidados familiares en cualquier nivel de atención a la salud.

**Descriptoros:** Enfermería de la familia, Atención Primaria de Salud, Servicios de Atención de Salud a Domicilio.

<sup>1</sup>Enfermeira. Discente do Mestrado. Universidade Federal do Pará (PPGENF/UFPA). Membro do Grupo de Pesquisa EPOTENA. E-mail: thaisflexa@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa EPOTENA.

<sup>3</sup>Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa EPOTENA.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa EPOTENA. UFPA.

## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, fortemente favorecida pela precariedade das condições de vida que afeta um grande número de pessoas no mundo, sendo um problema de saúde pública, apesar de seu prognóstico de cura. Anualmente, são notificados, aproximadamente, nove milhões de casos em todo o mundo, de acordo com dados estimados em 2013 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), levando mais de um milhão de pessoas a óbito, correspondendo cerca de 80% dos casos em 22 países. A Índia, a China e a África do Sul são os países com maior incidência da doença e, mundialmente, o Brasil no ranking de 2015 ocupa o 16º lugar em número absoluto de casos<sup>(1)</sup>.

Em 2014, o Brasil registrou 67.966 casos novos de tuberculose. Ao longo dos anos, observa-se redução do coeficiente de incidência, passando de 41,5/100 mil hab. em 2005, para 33,5/100 mil hab. em 2014, o que corresponde a uma redução média de 2,3% ao ano, nesse período. A taxa de incidência da tuberculose relacionada à distribuição por região foi: 45,16% na região Norte, 36,39% na região Nordeste, 40,15% na região Sudeste, 32,30% na região Sul e região Centro-Oeste com 24,66%, com um total de 37,28% na taxa de incidência. Em relação à região Norte, o estado do Pará foi identificado como o 4º estado, com uma incidência de tuberculose de 44,96%<sup>(2)</sup>.

Diante dessa realidade, as políticas públicas de controle dessa endemia recriam formas de melhor atender à população na esfera da Atenção Primária. É criado, então, o Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem em vista o serviço da atenção centrada na família e comunidade<sup>(3)</sup>. Assim, a ESF é uma modalidade que incorpora práticas preventivas, educativas e curativas nos grupos mais vulneráveis, desenvolvendo suas ações mais próximas da população, podendo estabelecer vínculos entre profissionais de saúde e família<sup>(4)</sup>. Contudo, no caso específico da tuberculose, é essencial que os profissionais de saúde também conheçam os possíveis contatos para que possam, além de fazer orientações sobre a doença e o tratamento, realizar medidas de prevenção<sup>(5,6)</sup>.

Assim, são colocados novos desafios em relação à enfermagem, como líder dessa equipe; entre esses desafios, estão desenvolver as habilidades para a prática do cuidado com a família como uma unidade complexa, composta por uma diversidade de elementos que dividem o mesmo espaço e mantém relações afáveis ou não<sup>(7)</sup>.

Desse modo, para se trabalhar a enfermagem de família, o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF) foi proposto e implantado por Wright e Leahey, pesquisadoras da Universidade de Calgary, no Canadá. Tal modelo trata-se de um referencial metodológico que permite analisar a família como um sistema, por meio do diagnóstico de seus problemas de saúde, seus recursos potenciais para enfrentar

os problemas e os suportes sociais comunitários disponíveis. Para a avaliação da família, são realizadas entrevistas semi-estruturadas, utilizando-se instrumentos como: o genograma (desenho da família) e o ecomapa (desenho das relações das famílias e grupos externos). Por meio desses instrumentos, pode-se verificar as estruturas internas e externas da família, os membros que a compõem, o vínculo afetivo entre eles e o contexto familiar no qual estão inseridos<sup>(7)</sup>.

O MCAF surge como uma possibilidade para essa prática. A aplicação desse modelo permite realizar a análise familiar, levando em consideração os principais aspectos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, com a finalidade de ajudar a entender a importância do cuidado em família, propiciando uma articulação mais eficiente aos serviços de saúde, tendo em vista que a doença não pode ser considerada um caso isolado de determinados membros. Esse modelo é uma ferramenta que permite a enfermagem avaliar e investigar famílias em diversos contextos, facilitando o fortalecimento do vínculo entre profissional-paciente-família<sup>(8-10)</sup>.

Diante do exposto, é importante ressaltar que ainda são escassos os estudos que enfocam enfermagem de família, principalmente trazendo o MCAF. Por isso, torna-se um tema pertinente para investigação. O estudo tem como objetivo avaliar famílias de indivíduos em tratamento de tuberculose por meio do MCAF.

## METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo-exploratório, realizado por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Pará, no qual participaram duas unidades familiares, ambas cadastradas em uma ESF, Belém, Pará.

A escolha dessas famílias ocorreu de forma intencional, com pelo menos um membro em tratamento de tuberculose e que tivessem endereço correto no prontuário. Os pesquisadores realizaram visitas a cada família para conhecer a realidade de moradia e saneamento e melhor compreender as relações e comportamentos de vida e cuidado à saúde de seus membros. Para a aplicação do MCAF, foi realizada uma entrevista semiestruturada, constituída de tópicos norteadores, baseada no diagrama ramificado do MCAF, que aborda aspectos de avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional, com elaboração de genograma e ecomapa da família. As famílias entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a participação no estudo e a garantia do anonimato foi preservada.

O genograma é um diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar. Geralmente, incluem-se, pelo menos, três gerações e os membros da família são colocados em séries horizontais, que significam linhagens de geração. O ecomapa é um diagrama que representa a visão geral da situação da família, retratando as relações de educação ou conflitos

entre família e o mundo. Coloca-se o genograma da família dentro de um círculo central e fazem-se círculos externos representando pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar<sup>(4)</sup>.

A categoria estrutural compreende a estrutura da família. Três aspectos da estrutura familiar podem ser examinados, como: elementos internos (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), elementos externos (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente)<sup>(4)</sup>.

Em relação à categoria de desenvolvimento, essa se refere à transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida: sua história, o curso de vida, o crescimento da família, o nascimento, a morte e suas subcategorias são classificadas em estágios, tarefas e vínculos<sup>(4)</sup>.

Quanto à categoria funcional, essa se refere ao modo como os indivíduos da família interagem. Podem ser explorados dois aspectos: o funcionamento instrumental, que se refere às atividades da vida cotidiana, e o funcionamento expressivo, que diz respeito aos estilos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças<sup>(4)</sup>.

A coleta de dados foi agendada conforme a disponibilidade dos membros das famílias, a fim de garantir a sua participação. Na fase de análise, os dados foram descritos conforme a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade da unidade familiar estudada.

Esta pesquisa traz riscos mínimos ao entrevistado, e a coleta de dados somente ocorreu mediante a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e do Comitê de Ética com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde, com número do parecer 961.277, data da relatoria 26/01/2015<sup>(11)</sup>.

## RESULTADOS

As avaliações das famílias F1 e F2 foram feitas, no próprio domicílio, na presença de todos os membros. A avaliação de família foi realizada de acordo com a metodologia do MCAF (estrutura, desenvolvimento e funcionalidade).

A primeira família (F1) é composta por mãe e filho. A mãe (PP1) é uma senhora de 72 anos, aposentada, viúva, cuida dos afazeres domésticos e é a cuidadora principal. O filho (PP2) que reside com a mãe é o primeiro de uma prole de quatro filhos (4). Residem em casa própria de alvenaria, a qual possui fossa séptica e saneamento básico. A água para consumo é distribuída por sistema de abastecimento público. PP1 e seu marido conceberam quatro filhos, sendo os dois primeiros do sexo masculino e dois últimos, do sexo

feminino.

PP1 atualmente está em tratamento de tuberculose; além disso, possui problemas oftalmológicos, na coluna vertebral e sinusite crônica. PP1 e PP2, quando necessário, utilizam o serviço de saúde local, a ESF. Segundo informações de PP1, no momento, o filho não possui nenhum problema de saúde, porém informa ser este usuário de drogas, o que dificulta as relações entre eles. PP1 é evangélica; relata que seus laços de amizade são na maioria com participantes da igreja, os quais lhe dão apoio emocional e companhia social; comentou, ainda, que sua relação com a vizinhança é pacífica. Em relação aos outros filhos, PP1 relatou que todos estão casados e moram distante dela, o que lhe causa uma grande tristeza. Em sua família, nunca existiu o hábito de reuniões familiares, sendo o encontro pessoal com esses membros muito raro, ocorrendo apenas em datas comemorativas; o contato via telefone também é pouco frequente, devido a suas baixas condições financeiras.

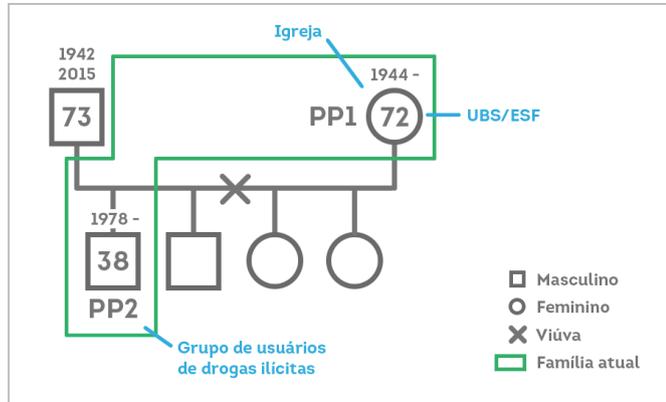
A segunda família (F2) compõe-se de cinco membros, sendo três adultos e duas crianças. O familiar doente (P1) é do sexo masculino casado, 33 anos, extrativista; sua esposa (P2) é do lar, 31 anos, e a participante (P3)- cunhada do familiar adoecido é solteira, tem 28 anos, desempregada. O casal (P1 e P2) concebeu duas filhas: uma tem 12 anos (P4), estudante, e a outra tem 3 anos (P5). Esse grupo familiar reside em casa própria de alvenaria, com fossa séptica e saneamento básico. A água para consumo é distribuída por sistema de abastecimento público. Todas as pessoas residentes nesse núcleo familiar, quando necessário, utilizam o serviço de saúde local, a ESF. Não relataram problemas de saúde em outros membros da família. Verificou-se que existe bom relacionamento na F2, sendo que, após o diagnóstico da tuberculose, o vínculo ficou ainda mais forte entre eles. Afirmam, ainda, que todos os membros da família são evangélicos e que se relacionam bem na igreja. Relatam que a relação com a vizinhança é muito boa.

Nas ilustrações abaixo (Quadro 1, Quadro 2, Figura 1, Figura 2), ressaltam-se algumas características das famílias, segundo o MCAF:

**Quadro 1** - Família 1 (F1) constituída por 2 membros. Belém, PA, Brasil, 2016.

FAMÍLIA 1						
Membro	Sexo	Idade	Ocupação	Saneamento básico	Problemas de saúde referidos	Relação social
Participante 1 (PP1)	F	72	Aposentada	Sim	Tuberculose, problemas de visão, coluna e sinusite crônica	Vizinhança e igreja
Participante 2 (PP2)	M	38	Desempregado	Sim	Dependência química	Vizinhança e grupo de usuário de drogas

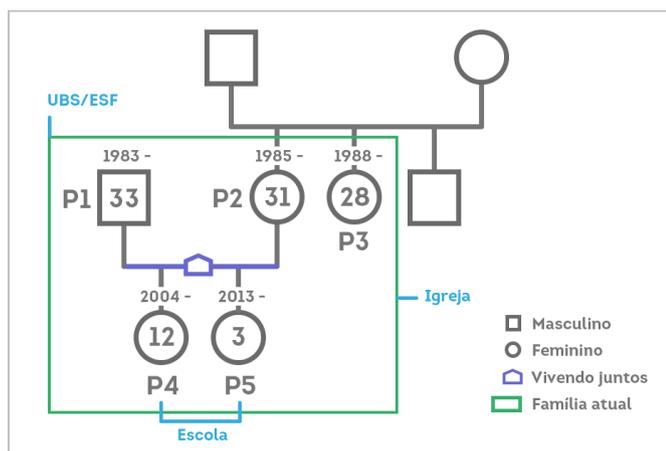
FIGURA 1 - Ecomapa da Família 1 (F1). Belém, PA, Brasil, 2016.



Quadro 2 - Família 2 (F2) constituída por 5 membros. Belém, PA, Brasil, 2016.

FAMÍLIA 1						
Membro	Sexo	Idade	Ocupação	Saneamento básico	Problemas de saúde referidos	Relação social
Participante 1 (PP1)	M	33	Extrativista	Sim	Tuberculose	Vizinhança e igreja
Participante 2 (PP2)	F	31	Dona de casa	Sim	-	Vizinhança e igreja
Participante 3 (P3)	F	28	Desempregada	Sim	-	Vizinhança e igreja
Participante 4 (P4)	F	12	Estudante	Sim	-	Vizinhança e igreja
Participante 5 (P5)	F	3	-	Sim	-	Vizinhança e igreja

FIGURA 2 - Ecomapa da Família 2 (F2). Belém, PA, Brasil, 2016.



**DISCUSSÃO**

A família como unidade caracteriza-se, essencialmente, pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, em um contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade, não se levando em consideração o número de membros<sup>(12)</sup>. Entende-se que a quantidade de membros na F1 e F2 não influencia no vínculo que possa ocorrer entre eles.

Nas duas famílias, foi possível verificar a condição das relações interpessoais entre seus membros, ficando patente a dificuldade diante de pessoas aditas à drogadição. Pode-se entender essa dificuldade, dada a intolerância de pessoas usuárias de drogas às orientações ou intervenções de terceiros.

É na família que os indivíduos iniciam seus processos de formação da personalidade, a qual é importante na recuperação do usuário. Passa a ser a sua ligação fundamental com a sua comunidade, devendo ser incluída, acolhida e cuidada nos serviços de saúde. A família deve ser parceira no tratamento, como rede de relação que dá suporte ao usuário para enfrentar as dificuldades cotidianas, advindas das drogas<sup>(13)</sup>.

A interdependência entre a saúde da família, como unidade funcional, e a saúde dos seus membros pressupõe que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior a ênfase no sistema familiar<sup>(14)</sup>. Logo, pode-se entender que a co-responsabilização de cuidados entre os membros de uma família é essencial para o sucesso de qualquer tratamento e para o bem estar do grupo familiar<sup>(15)</sup>. Por exemplo, na F2, os membros são mais próximos, com vínculos fortalecidos, o que pode aumentar

as chances de P1 não abandonar o tratamento de tuberculose; diferentemente, a F1 tem vínculos frágeis e, como já dito anteriormente, a possibilidade de não adesão ao tratamento é maior.

Os genogramas e ecomapas permitem a visualização de cada uma das famílias como uma unidade, por conseguinte, focada na interação entre seus membros<sup>(4)</sup>. Nesse sentido, o cuidado realizado no domicílio exige, da enfermagem, romper barreiras para conhecer a família no seu cotidiano, respeitar suas crenças, culturas e valores<sup>(15)</sup>. Com essas ferramentas, teve-se como avaliar F1 e F2, conhecendo mais um pouco sobre seus laços afetivos, podendo melhorar e direcionar o tratamento com orientações mais adequadas a cada família.

Os profissionais devem usar seus conhecimentos sobre cada família, para juntos pensarem e programarem a melhor assistência possível. Dessa forma, é papel do enfermeiro em saúde da família reconhecer os fatores sociais, econômicos, culturais vivenciados e interagir com situações que apoiem a integridade familiar<sup>(16)</sup>. Percebeu-se, também, que a visita domiciliar de um enfermeiro ajudou F1 e F2 a esclarecer suas dúvidas e desmistificar seus tabus sobre a tuberculose. Para o enfermeiro, isso contribuiu para realizar um plano de cuidados

voltado para as condições socioeconômicas da família.

Os fatores culturais podem causar ou contribuir para o surgimento de problemas de saúde, assim como podem protegê-los. As condições de saúde estão intimamente relacionadas com o meio em que a pessoa está inserida<sup>(16)</sup>. Assim, destaca-se que P1 da F2 é extrativista vegetal, desenvolvendo seu trabalho em comunidades próximas à área rural. Por ser essa uma atividade laboral que exige força e maior desgaste físico, e ele ser o único que possui atividade remunerada, a recuperação da sua saúde pode ficar mais dificultada.

É imprescindível avaliar o desempenho dos serviços de controle da tuberculose nos diferentes cenários e em todas as suas dimensões, inclusive em relação ao enfoque familiar, visto que a assistência à saúde deve ser centrada na família. A avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além dos recursos familiares limitados<sup>(17,18)</sup>. Com a utilização do MCAF, nas duas famílias, foi possível ver a tuberculose em dois cenários diferentes, uma família com laços fortalecidos e outra com vínculos fragilizados, e percebeu-se que a adesão da família é extremamente importante para o sucesso do tratamento.

## CONCLUSÃO

Por meio da descentralização das ações em saúde e reestruturação dos serviços, a ESF assume um papel essencial no controle da tuberculose, com chances de tornar-se protagonista no combate à doença, uma vez que, durante a visita domiciliar, pode-se criar vínculos com a família e pessoas da comunidade, facilitando a adesão ao tratamento.

Dessa maneira, a assistência à família como unidade de cuidado implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar as responsabilidades.

O combate à tuberculose não deve se limitar apenas aos aspectos patológicos; faz-se necessária uma visão ampliada e humanizada por parte da equipe multiprofissional que extrapole os muros das unidades de saúde e se articule com outros setores que possam dar suporte social ao doente e sua família, oferecendo suporte ao tratamento e combate à doença.

Portanto, a enfermagem de família é importante para ser o elo de referência entre o serviço de saúde e a família, mostrando-se bastante eficaz ao utilizar o MCAF como uma nova estratégia de avaliação, contribuindo para o planejamento de cuidados de famílias em qualquer nível de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

- Pereira JC, Silva MR, Costa RR, Guimarães MDC, Leite ICG. Perfil e seguimento dos pacientes com tuberculose em município prioritário no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49(6): 1-12.
- Datasus. Brasília: Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?db2012/d0202.def>
- Brito EWG, Silva AKF, Teixeira GGA, et al. Organização do cuidado à tuberculose na atenção básica do Rio Grande do Norte. *Rev enferm UFPE on line* 2015; 9(Supl. 6):8643-52. DOI: 10.5205/reuol.7061-61015-5-SM0906supl201503.
- Wright L, Leahey M. *Enfermeiras e Famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca; 2012.
- Cecílio HPM, Higarashi IH, Marcon SS. Opinião dos profissionais de saúde sobre os serviços de controle da tuberculose. *Actapaul.enferm*. 2015; 28(1): 19-25.
- Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2015; 39(105): 514-524.
- Baia RSM, Gonçalves LHT, Oliveira MFV, Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família*. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012. *Rev Rene*. set-out; 15(5):904-5.
- Maciel ELN, Sales CMM. A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 2016; 25(1): 175-178.
- Fernandes CS, Gomes JAP, Martins MM, Gomes BP, Gonçalves LHT. A importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Rev. Enf. Ref*. 2015; (7): 21-30.
- Rodrigues FA, Costa SFG, Fernandes MA, Zaccara AAL, Duarte MCS, Andrade CG. Produção científica acerca do modelo Calgary de avaliação da família: um estudo bibliométrico. *Rev. pesqui. cuid. fundam*. (Online) 2015; 7(3): 3063-3075.
- Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR) [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 dez 2012 [acesso em: 06 jul 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Gomes MFP, Fraccolli RA, Machado BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. *O Mundo da Saúde* 2015; 39(4):470-475.
- Alvarez SQ, Gomes GC, Xavier DM. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. *Rev enferm UFPE on line*. 2014; 8(3):641-8.
- Clementino FS, Miranda FAN. Tuberculose: acolhimento e informação na perspectiva da visita domiciliar. *Rev. Enf. UERJ* 2015. 23(3): 350-354.
- Monteiro GRSS, Moraes JCO, Costa SFG, Gomes BMR, França ISX, Oliveira RC. Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Aquichan*. 2016; 16 (4): 487-500.
- Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *REME rev.Min. enferm*, 2015. 19(3): 612-626.
- Santos DS, Tenório EA, Brêda MZ, Mishima SM. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014; 22(6):918-25.
- Furlan MCR, Gonzales RIC, Marcon SS. Desempenho dos serviços de controle da tuberculose em municípios do Paraná: enfoque na família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp): 102-10.

# TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Josi Andrade da Silva<sup>1</sup>, Adriano Rodrigues de Souza<sup>1</sup>, Aline Rodrigues Feitoza<sup>1</sup>, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante<sup>1</sup>

**Objetivo:** traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de traumatismo cranioencefálico (TCE) atendidos em um hospital de referência em trauma no município de Fortaleza-CE. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e documental com 722 prontuários de vítimas de TCE. **Resultados:** a pesquisa mostrou maior incidência de casos no gênero masculino, com idades entre 21 e 30 anos, provenientes do interior do estado, cujo maior número de internamentos aconteceram no final de semana. Quanto à evolução dos casos, 84% tiveram alta, enquanto 16% foram a óbito. **Conclusão:** diante dos resultados obtidos, concluímos que o conhecimento deles se torna uma importante ferramenta de implementação de medidas de intervenção com vistas à prevenção e à redução dessas lesões.

**Descritores:** Traumatismos craniocerebrais, Epidemiologia, Traumatismos encefálicos.

## TRAUMATIC BRAIN INJURY IN THE MUNICIPALITY OF FORTALEZA

**Objective:** to trace the epidemiological profile of patients with diagnosis of traumatic brain injury (TBI) treated at a referred hospital for trauma in Fortaleza-CE. **Methodology:** This is a descriptive, quantitative and documentary study with 722 medical records of victims of TBI. **Results:** Research has shown a higher incidence of cases in males aged 21 to 30 years from the countryside of the state, where the highest number of hospitalizations occurred over the weekend. As for the evolution of the cases, 84% were discharged while 16% died. **Conclusion:** based on the results obtained, we conclude that their knowledge becomes an important tool for implementing the intervention measures aimed at preventing and reducing these injuries.

**Descriptors:** Craniocerebral trauma, Epidemiology, Brain injury.

## LA LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA EN EL MUNICIPIO DE FORTALEZA

**Objetivo:** trazar el perfil epidemiológico de los pacientes con lesión cerebral traumática (LCT) tratado en un hospital de referencia para el trauma en Fortaleza-CE. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y documental de 722 historias clínicas de las víctimas de LCT. **Resultados:** La investigación ha demostrado una mayor incidencia de casos en varones de 21 a 30 años desde el interior del estado, cuyo mayor número de hospitalizaciones ocurrido durante el fin de semana. A medida que la evolución de los casos fueron dados de alta 84% mientras que el 16% murió. **Conclusión:** los resultados obtenidos, llegamos a la conclusión de que su conocimiento se convierte en una herramienta importante para la aplicación de las medidas de intervención dirigidas a la prevención y la reducción de estas lesiones.

**Descriptor:** Traumatismo craneoencefálico, Epidemiología, Lesión cerebral.

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Ceará, Brasil. E-mail: josiandrade\_79@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma lesão do parênquima cerebral de origem não degenerativa ou congênita, provocada por uma força física externa, como um choque local ou movimentos repetidos decorrentes de impactos únicos ou múltiplos, resultando em compressão, expansão, aceleração, desaceleração e rotação do cérebro dentro do crânio. Essa lesão pode provocar alterações do nível de consciência e produzir deficiências dos desempenhos cognitivos, comportamental, emocional ou físico. As deficiências de ordem física tornam-se aparentes na fase subaguda e crônica, tais como distúrbios musculoesqueléticos, cardiovasculares, endócrinos, alterações no trato gastrointestinal e trato urinário, além de comprometimento no sensorio-motor e na dinâmica respiratória<sup>(1,2)</sup>.

O TCE pode causar lesões variáveis e desencadear uma cascata de sequelas com dano celular. As lesões podem ser decorrentes de trauma aberto ou fechado, classificadas em focais ou difusas. As lesões difusas são quase sempre microscópicas e estão associadas à disfunção generalizada do parênquima cerebral. Já as lesões focais, geralmente, são macroscópicas e limitadas à determinada área, como consequência de um trauma localizado; os déficits decorrentes desse trauma são semelhantes aos observados em pacientes com Acidente Vascular Encefálico<sup>(1)</sup>.

Quanto ao grau da lesão, pode ser classificada como leve, moderada e grave. Entre os índices de gravidade estão a profundidade e a duração do coma avaliado pela escala de Glasgow. Segundo essa escala, pacientes com pontuação entre 13 a 15 pontos na escala configuram um TCE leve, de 9 a 12 moderado e entre 3 a 8 grave<sup>(3)</sup>.

O trauma leve é definido como déficit neurológico transitório, provocando alteração do nível de consciência e amnésia retrógrada por um breve período de tempo. No entanto, esses pacientes podem apresentar sequelas tardias que se assemelham às do TCE grave, apesar de serem pouco frequentes. No moderado, observa-se perda da consciência por um período superior a 5 minutos e/ou déficit neurológico focal; enquanto que, no grave, há

alteração significativa do nível de consciência, avaliado pela gravidade da pontuação na escala de coma de Glasgow<sup>(2)</sup>.

No Brasil, a epidemiologia do trauma cranioencefálico é estimada em meio milhão de hospitalizações anualmente<sup>(4)</sup>. O Ceará, no ano de 2013, atendeu 6.480 pacientes com diagnóstico de traumatismo intracraniano. Fortaleza foi responsável por 49% (3.160) dessas internações<sup>(5)</sup>.

Uma pesquisa realizada entre janeiro a dezembro de 2006 no Instituto Dr. José Frota (IJF) indicou que 60% (725) dos TCE's são provocados por acidente de trânsito<sup>(6)</sup>. Entre esses, cerca de 80% dos pacientes são classificados como trauma leve, 10% como moderados e 10% são quadros classificados como grave<sup>(7)</sup>. Os grupos dos traumas grave e moderado necessitam de constante avaliação médica e cuidados intensivos na unidade de terapia intensiva (UTI), onde recebem cuidados especializados com o intuito

de manter os parâmetros hemodinâmicos e evitar lesões secundárias ao trauma.

O presente estudo surgiu a partir do interesse em conhecer quantitativamente as vítimas de trauma cranioencefálico atendidas no hospital de referência em trauma no município de Fortaleza. A partir disso, surgiram os seguintes questionamentos: quem são os sujeitos vítimas de TCE? Qual a quantidade de atendimento desse tipo

de trauma no IJF no ano de 2013? Quais as medidas implementadas pelo governo, visando a redução dessas lesões?

Ao responder a todos esses questionamentos, estaremos contribuindo para que se conheça o perfil das vítimas desse trauma na capital cearense, visando o gerenciamento dos casos dentro e fora da instituição alvo da pesquisa. Portanto, temos como objetivo traçar o perfil dos pacientes com TCE internados em um hospital de referência em trauma na cidade de Fortaleza.

## METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa de natureza descritiva e de segmento transversal; descreve uma situação ou fenômeno em um momento não definido, apenas representado pela presença de uma doença ou transtorno,

*“O TCE pode causar lesões variáveis e desencadear uma cascata de sequelas com dano celular”*

e cuja exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no intervalo de tempo analisado. Esse tipo de pesquisa apresenta-se como um corte instantâneo de uma determinada população por meio de uma amostragem, na qual se examina, nos integrantes, a presença ou ausência de exposição e a presença ou ausência do efeito/doença<sup>(8)</sup>.

O estudo foi realizado em um hospital do município de Fortaleza, considerado o maior hospital de urgência e emergência do estado do Ceará, sendo referência no atendimento ao politraumatizado. O hospital tem capacidade para 461 leitos, dentre eles, 33 leitos de UTI, onde dispõe de uma UTI pediátrica com sete leitos e três unidades destinadas ao cuidado de adultos com um total de 26 leitos. Realiza anualmente em torno de 146.989 atendimentos<sup>(9)</sup>.

A população do estudo foi composta por 722 prontuários de pacientes com diagnóstico de TCE internados no hospital, no período de janeiro a dezembro de 2013. Os dados foram coletados no período de maio a dezembro de 2014, tendo como variáveis de coleta: sexo, idade, procedência, dia da semana da ocorrência, número de óbitos e diagnóstico segundo Classificação Internacional de Doenças e Agravos a Saúde 10ª edição (CID-10). Os dados coletados foram agrupados e inseridos no programa EPIDATA versão nº 10 analisados no Stata versão nº 10, tratados estatisticamente e apresentados em forma de tabelas.

Apesquisa foi aprovada no comitê de ética da instituição envolvida, sob o parecer de número 625.779/2014.

## RESULTADOS

O presente estudo analisou 722 prontuários de pacientes com diagnóstico de TCE, nos quais predominou o gênero masculino, com 591 (82%) registros. A idade das vítimas concentrou-se entre 21-30 anos, com 158 (22%), seguida da faixa etária de 11-20 anos, com 116 (16%) casos. Ao avaliar a procedência das internações, temos que 374 (52%) dos casos são oriundos das cidades interioranas, enquanto que 341 (47%) dos internados eram provenientes da capital do estado. O dia da semana com maior número de internações por TCE foi domingo, com 224 (31%) atendimentos, seguidos do sábado, com 159 (22%) (Tabela 1).

A respeito das unidades para onde os pacientes são direcionados após sua avaliação, 419 (58%) foram para as unidades de neurocirurgia, 167 (23%) para as unidades de clínica médico-cirúrgicas e toracovascular, 62 (9%) para as unidades de traumatologia, enquanto 35 (5%) foram para as UTI's. Os demais estão na tabela 1. Quanto à evolução dos casos, 606 (84%) receberam alta e, infelizmente, 116 (16%) vítimas foram a óbito (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição dos Traumatismos Cranioencefálicos (TCE), atendidos no Hospital de Referência em trauma de Fortaleza em 2013.

VARIÁVEIS (N= 722)	Nº	%
<b>SEXO</b>		
Masculino	591	82
Feminino	131	18
<b>FAIXA ETÁRIA (ANOS)</b>		
1-10	77	11
11-20	116	16
21-30	158	22
31-40	112	15
41-50	92	13
51-60	65	9
>60 anos	102	14
<b>PROCEDÊNCIA</b>		
Capital	341	47
Outros municípios do estado	374	52
Sem informação	7	1
<b>DIA DA SEMANA</b>		
Domingo	224	31
Sábado	159	22
Sexta-feira	115	16
Segunda-feira	87	12
Quarta-feira	58	8
Quinta-feira	43	6
Terça-feira	36	5
<b>UNIDADES DE INTERNAÇÃO</b>		
Unidades neurologia/ neurocirurgia	419	58
Clínica médica-cirúrgicas/ toracovascular	167	23
Unidades traumatológicas	62	9
UTI'S I, II, III e IV	35	5
Plástica/BMF	25	3
Cirurgia geral	14	2
<b>EVOLUÇÃO DOS CASOS</b>		
Alta	606	84
Óbito	116	16

Fonte: prontuários

Quanto à classificação das lesões conforme CID-10, 181 (25%) casos foram classificados sob o código S06.9, o qual é descrito como Traumatismo intracraniano não-

especificado. A segunda maior classificação foi o S06.8. Outros traumatismos intracranianos com 174 (24%) casos, os demais CID's estão descritos na Tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição dos TCE's, atendidos no Hospital de Referência em trauma de Fortaleza em 2013 conforme CID-10

CID	DESCRIÇÃO NA CID	N	%
S06.9	Traumatismo intracraniano não especificado	181	25
S06.8	Outros traumatismos intracranianos	174	24
S06.2	Traumatismo cerebral difuso	166	23
S06.1	Edema cerebral traumático	101	14
S06.4	Hemorragia epidural	29	4
S06.5	Hemorragia subdural devido a traumatismo	22	3
S06.7	Traumatismo intracraniano com coma prolongado	14	2
S06.3	Traumatismo cerebral focal	7	1
S02.0	Fratura de abóboda do crânio	14	2
S02.7	Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face	7	1
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça	7	1
<b>Total</b>		<b>722</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

No presente estudo, 82% das vítimas pertencem ao sexo masculino, 22% têm entre 21 e 30 anos de idade. Pesquisa semelhante foi apresentada por Viégas (2013), na qual 88% eram homens e 32% tinham idade entre 20-30 anos<sup>(10)</sup>. Diferente do Brasil, nos Estados Unidos, a faixa etária mais acometida pelo TCE são os idosos acima de 75 anos, vítimas de quedas, segundo relatório publicado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em 2015<sup>(11)</sup>. A tendência de gênero e idade no Brasil pode estar relacionada ao estilo de vida, à busca por desafios, à pouca experiência na pilotagem de veículos, ao baixo grau de escolaridade, bem como, à dificuldade em adquirir a Carteira Nacional de Habilitação (CNH)<sup>(6)</sup>. O governo do estado do Ceará tem tentado mudar essa realidade por meio da educação no trânsito e aquisição da primeira CNH gratuitamente para os condutores de baixa renda. No ano de 2009, por intermédio do Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN), o governo do estado instituiu o Programa Popular de Formação, Educação, Qualificação e Habilitação Profissional de Condutores de Veículos

Automotores, com a publicação da Lei Nº14.288-A, de 06 de janeiro de 2009<sup>(12)</sup>.

A respeito da procedência, 52% dos pacientes com diagnóstico de TCE são provenientes do interior do estado. Vale salientar que o hospital do estudo é referência em trauma para o estado do Ceará, atendendo à demanda de maior complexidade do estado.

Quanto à destinação dos pacientes, após seu primeiro atendimento e posterior realização de exames, conforme protocolo da instituição, são encaminhados às unidades de internação. Esse estudo mostrou que 58% das internações são realizadas nas unidades neurocirúrgicas, o que pode estar ligado à gravidade do trauma, pois, a maioria dos TCE's são classificados como leves<sup>(7)</sup>.

Outra importante observação é o percentual de pessoas encaminhadas para os leitos de UTI. Essa pesquisa mostrou que apenas 5% dos casos pesquisados foram internados na UTI, o que pode estar ligado ao número reduzido desse tipo de leito no estado. A portaria de nº 1101/GM de 2002 regulamenta que, para cada 10.000 habitantes, deve-se ter de 1 a 3 leitos de UTI<sup>(13)</sup>. No Ceará, segundo dados do CREMEB, os leitos de UTI disponíveis para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) estão em torno de 0,77, indicando um índice abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>(14)</sup>.

Essa pesquisa apontou que o dia da semana com maior número de atendimentos foi domingo, com 31%, seguidos do sábado com 22%, sexta-feira 16% e os demais dias somam 31% dos internamentos. Um estudo semelhante, realizado no município de Petrolina, no estado de Pernambuco, também apontou domingo como o dia com o maior número de internamentos por TCE<sup>(15)</sup>.

Quanto ao desfecho, 84% receberam alta, enquanto 16% dos TCE's foram a óbito. O estudo de Moura (2011) aponta uma evolução maior dos casos de alta 88,12% e menor no número de óbitos de 7,92% por essa lesão.

Em relação à classificação dos TCE's conforme CID-10<sup>(16)</sup>, o grupo S06 Traumatismo intracraniano foi o mais prevalente, com 96% dos registros; estratificando esse grupo, os três maiores diagnósticos foram Traumatismo intracraniano não especificado, com 25%, seguido por Outros traumatismos Intracranianos, com 24%, e Traumatismo cerebral difuso, com 23%. Uma pesquisa realizada por Moll (2015) apontou dois principais grupos de diagnósticos relacionados ao TCE, conforme CID-10, o S06 - Traumatismo Intracraniano e S07 - Esmagamento de Cabeça<sup>(17)</sup>. Semelhantemente ao nosso estudo, o principal grupo de diagnóstico da pesquisa de Moll, foi S06 Traumatismo intracraniano e, o maior subgrupo, o traumatismo intracraniano não especificado com 17,1%. No entanto, no nosso estudo, esse percentual apresentou-se

mais elevado. Segundo a autora, os referidos diagnósticos são inespecíficos, o que, sob o ponto de vista epidemiológico, dificulta a interpretação da magnitude e gravidade dos casos<sup>(17)</sup>.

Este estudo apresenta limitações quanto ao tamanho de sua amostra, visto que, foi realizado em apenas um dos hospitais da rede de atendimento às urgências e emergências com foco no trauma do município de Fortaleza.

## CONCLUSÃO

Concluimos que a maioria das vítimas de TCE são

adultos jovens do sexo masculino, provenientes do interior do estado. Os internamentos ocorreram principalmente no final de semana. A maioria dos pacientes foram internados nas unidades neurocirúrgicas, obtendo alta hospitalar. Vale salientar que o conhecimento do perfil epidemiológico das vítimas de TCE é uma importante ferramenta de medida de intervenção, com vistas à prevenção e redução dessas lesões. Além disso, faz-se necessário uma maior disposição/criação de leitos de UTI no estado para atender a regulamentação do Ministério da Saúde e, assim, proporcionar melhor assistência a esses pacientes.

## REFERÊNCIAS

- Almeida TLT; Falkenburg L; Nascimento RZR; Reis CA; Sales VC; Pedroso TD; et al. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Traumatismo Cranioencefálico: Reabilitação. Projeto Diretrizes. [Internet] 2012. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes2013/traumatismo\\_cranioencefalico\\_reabilitacao.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes2013/traumatismo_cranioencefalico_reabilitacao.pdf)> Acesso em: 09/01/2015.
- Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à pessoa com traumatismo cranioencefálico. [Internet] 2013. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jan/03/DIRETRIZES\\_TCE.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jan/03/DIRETRIZES_TCE.pdf)> Acesso em: 09/01/2015.
- Díaz AP. Transtornos psiquiátricos e qualidade de vida após traumatismo crânio-encefálico grave - um estudo prospectivo [dissertação]. Florianópolis:Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/95087>> Acesso em: 09/01/2014.
- Maia BG; De Paula FRP; Cotta GD; Lima Cota MAL; Públio PG; Oliveira H de; et al. Perfil Clínico-Epidemiológico das Ocorrências de Traumatismo Cranioencefálico. Rev Neurociênc. [Internet] 2013. 21(1):43-52. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2101/original2101/786original.pdf>
- Ministério da saúde [BR]. DATASUS. Informações de saúde. Morbidade hospitalar. [Internet] 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nice.def>> Acesso em: 27/11/2015.
- Barbosa IL, Andrade LM, Caetano JA, Lima MA, Vieira LJES, Lira SVG. Fatores desencadeantes ao trauma cranioencefálico em um hospital municipal. Rev.Bai.Sau.Púb. [Internet] 2010. 34(2):240-253. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/31/31>>. Acesso em: 01/07/2015.
- Gentile JKA; Himuro HS; Rojas SSO; Veiga VC; Amaya, LEC; Carvalho JC. Condutas no paciente com trauma cranioencefálico. Rev Bras Clin Med. [Internet] 2011. 1(9):74-82. Disponível em: [http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662\\_109706.pdf](http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/15106/2268662_109706.pdf)> Acesso em: 12/01/2015.
- Hochman B; Nahas FX; Oliveira filho RS; Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cirúrgica Brasileira [Internet] 2005. 20(2)a02. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>> Acesso em 23/12/2015.
- Fortaleza - Ceará. Histórico. Instituto Dr. José Frota. [Internet] 2014; Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/ijf/historico>> Acesso em: 08/01/2015.
- Viégas MLC; Pereira ELR; Targino AA; Furtado VG; Rodrigues DB. Traumatismo cranioencefálico em um hospital de referência em trauma no estado do Pará, Brasil: prevalência das vítimas quanto a gênero, faixa etária, mecanismo de trauma e óbito. ArqBrasNeurocir. [Internet] 2013. 1(32):15-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2013/v32n1/a3620.pdf>. Acesso em: 05/07/2016.
- Centers for Disease Control and Prevention-CDC. Report to Congress on Traumatic Brain Injury in the United States: Epidemiology and Rehabilitation. National Center for Injury Prevention and Control: Division of Unintentional Injury Prevention. [Internet] 2015. Atlanta, GA. Disponível em: <[http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/tbi\\_report\\_to\\_congress\\_epi\\_and\\_rehab-a.pdf](http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/tbi_report_to_congress_epi_and_rehab-a.pdf)> Acesso em: 05/07/2016.
- Ceará. Lei nº LEI Nº14.288-A, de 06 de janeiro de 2009. Lei Nº14.288-a: Fortaleza, CEARÁ: Casa Civil, 27 jan. 2009. Disponível em: <<http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20090127/do20090127p01.pdf>>. Acesso em: 05/07/2016
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 1102 de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA\\_1101.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_1101.pdf)> Acesso em 10/08/2016.
- Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia [homepage na internet]. 5065 municípios brasileiros não possuem leitos de UTI, aponta estudo do Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <<http://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/86-das-cidades-brasileiras-nao-possuem-nenhum-leito-publico-de-uti/>> Acesso em: 10/08/2016.
- Moura JC; Rangel BLR; Creôncio SCE. Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco. Arq. bras. Neurocir. 2011. 30(3)a2709. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2011/v30n3/a2709.pdf>>. Acesso em 05/07/2016.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. Classificação Internacional de Doenças. 10ª edição. CID-10. Disponível em: [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/s00\\_s09.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/s00_s09.htm). Acesso em: 06/07/2016.
- Moll AVS. Perfil do atendimento dos pacientes com traumatismo cranioencefálico nos hospitais de urgência e emergência sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro:Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca;2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=782470&indexSearch=ID>>. Acesso em: 06/07/2016.

# IMPLEMENTAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: ESTUDO LONGITUDINAL

Rafael Cleison Silva dos Santos<sup>1</sup>

**Objetivo:** avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre práticas obstétricas e desfechos perineais. **Método:** estudo longitudinal, segundo a metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica, realizado com enfermeiros e médicos, puérperas e prontuários em uma maternidade pública de referência no estado do Amapá. **Resultado:** após a intervenção educativa, mais profissionais recomendaram as posições lateral e verticais no período expulsivo do parto; mais puérperas relataram as práticas de puxo dirigido e manobra de Kristeller; menos prontuários indicaram a laceração espontânea e graus de lacerações maiores. **Conclusão:** a intervenção educativa proporcionou resultados melhores, mas não estatisticamente significativos.

**Descritores:** Auditoria clínica, Períneo, Pesquisa translacional.

## IMPLEMENTATION OF SCIENTIFIC EVIDENCES IN NORMAL CHILDBIRTH CARE: LONGITUDINAL STUDY

**Objective:** to evaluate the impact of an educational intervention on obstetric practices and perineal outcomes. **Method:** longitudinal study, according to the methodology of implementation of scientific evidence in clinical practice, performed with nurses and doctors, puerperas and medical records in a referred public maternity hospital in the state of Amapá. **Result:** after the educational intervention, more professionals recommended the lateral and vertical positions in the expulsive period of childbirth; More puerperas reported the practices of directed pull and maneuver of Kristeller; Less medical records indicated spontaneous laceration and higher degrees of lacerations. **Conclusion:** the educational intervention provided better results, but not statistically significant.

**Descriptors:** Clinical audit, Perineum, Translational research.

## IMPLEMENTACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN LA ATENCIÓN DE PARTO NORMAL: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

**Objetivo:** Evaluar el impacto de una intervención educativa sobre las prácticas obstétricas y resultados perineales. **Método:** Estudio longitudinal, de acuerdo con la metodología de implementación de la evidencia científica en la práctica clínica, realizada con las enfermeras y los médicos, las madres y los registros en una referencia maternidad pública en el estado de Amapá. **Resultado:** Después de la intervención educativa, la mayoría de los profesionales recomiendan las posiciones laterales y verticales en la segunda etapa del parto; más madres reportaron las prácticas de extracción y maniobra dirigida Kristeller; a menos que los registros que se indican las laceraciones espontáneas y un mayor grado de laceraciones. **Conclusión:** La intervención educativa poca mejora de las prácticas y los resultados perineales.

**Descriptores:** Auditoría clínica, Períneo, Investigación traslacional.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Universidade Federal do Amapá. Amapá. E-mail: rcleison@unifap.br

## INTRODUÇÃO

A importância de basear os cuidados nos serviços de saúde na melhor evidência disponível é um conceito estabelecido. No entanto, as evidências geradas pelas pesquisas nem sempre são utilizadas por todos os profissionais na prática clínica<sup>(1)</sup>.

O cuidado à saúde baseado em evidências é um processo de decisão clínica que considera o contexto no qual o cuidado é prestado, a preferência do cliente e o julgamento do profissional de saúde; além disso, apresenta quatro componentes principais: geração das evidências em saúde; síntese das evidências; transferência das evidências; implementação das evidências<sup>(2)</sup>.

Nas diversas áreas do cuidado à saúde, o uso de evidências científicas é muito importante, porém, na assistência prestada à mulher durante o parto, seu uso é crucial para a prevenção, avaliação e reparo dos traumas perineais, que vão desde lacerações espontâneas até a episiotomia (incisão cirúrgica), associados às morbidades sangramentos, dor, infecção, deiscência e dispareunia<sup>(3)</sup>.

Os profissionais que prestam assistência ao parto devem ser capazes de prevenir, avaliar e reparar esses traumas com habilidade e competência para assegurar a redução dessas morbidades pós-parto<sup>(4)</sup>.

O objetivo do estudo foi avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre práticas obstétricas e desfechos perineais em uma maternidade pública.

## METODOLOGIA

Estudo longitudinal, que utilizou uma metodologia<sup>(2)</sup> para implementação de evidências científicas na prática clínica em três fases: pré-auditoria e auditoria de base (fase 1); intervenção educativa (fase 2); e auditoria pós-implementação (fase 3). Foi iniciado em julho de 2015 e concluído em março de 2016, no Hospital da Mulher Mãe-Luzia, em Macapá, Amapá, instituição pública de referência do estado.

A população foi constituída por enfermeiros e médicos obstetras que atuavam na assistência ao parto normal; além de puérperas de parto vaginal, não indígenas, com risco habitual obstétrico e acessíveis para entrevistas por telefone após a alta hospitalar. A amostra de profissionais nas fases 1, 2 e 3 foi de 42, 32 e 32, respectivamente. Na amostra de puérperas, incluiu-se 70 mulheres, 35 antes e outras 35 após a intervenção. O tamanho da amostra de puérperas

foi calculado considerando a menor taxa de episiotomia do Inquérito Nacional "Nascer no Brasil" (região Norte, 48,6%) e a coleta de dados foi por conveniência. A amostra intencional de prontuários (n=291, na fase 1, e n=264, na fase 3) de puérperas foi considerada a partir dos mesmos critérios de inclusão das puérperas entrevistadas.

Na fase 1, constituiu-se equipe de auditoria, critérios de auditoria e auditoria de base. A equipe de auditoria incluiu os diretores, a coordenação de enfermagem, o chefe de obstetria, o núcleo de educação permanente, o próprio pesquisador e um enfermeiro residente. Foram utilizados critérios de auditoria estabelecidos a partir de estudo piloto<sup>(5)</sup>, relacionados com posição no parto, puxos dirigidos, manobra de Kristeller, reparo perineal, anestesia perineal, infecção ou deiscência perineal, condições do períneo e grau da laceração.

Na auditoria de base, a coleta de dados com os profissionais e as puérperas (entre 1 e 2 dias pós-parto) foi realizada por meio de entrevistas face-a-face com formulário estruturado no hospital, e por telefone, após a alta hospitalar, entre 10-12 dias e 30 dias pós-parto, todas com duração de 10 minutos. Os dados também foram coletados com formulário próprio em prontuários de puérperas não entrevistadas e com alta hospitalar, ocorrida no mês anterior ao início da fase 1.

A fase 2, realizada três semanas após o término da fase 1, constituiu-se de duas intervenções educativas destinadas à população do estudo com a finalidade de apresentar os resultados da auditoria de base e as evidências científicas sobre as melhores práticas em relação ao manejo do trauma perineal. As intervenções tiveram duração de quatro horas cada, uma no período da manhã e outra à tarde, com material de leitura atualizado<sup>(6-12)</sup> para todos os participantes.

A fase 3 foi realizada com a finalidade de avaliar o impacto da intervenção educativa proposta na fase 2. Os dados da fase 3 foram coletados oito semanas após o término da intervenção do mesmo modo que na fase 1, mas com amostras independentes de mulheres e prontuários de puérperas não entrevistadas.

Para a análise inferencial dos dados, comparou-se os resultados da fase 1 com a fase 3. Foi utilizado o modelo de Equações de Estimativa Generalizadas (GEE) para a amostra de profissionais e de puérperas com variáveis coletadas em

*“Os profissionais que prestam assistência ao parto devem ser capazes de prevenir, avaliar e reparar esses traumas com habilidade e competência”*

mais de um momento pós-parto. Para as variáveis coletadas uma única vez no pós-parto e para a amostra de prontuários, foi utilizado o teste exato de Fisher. Todas as análises foram realizadas no SPSS 22, na forma bicaudal, admitindo-se a probabilidade de ocorrência de erro de primeira espécie de 5% (valor-p=0,05).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 31700414.50000.5392; parecer 698.421, de 10/06/2014). Foi obtida a autorização do HMML e a participação dos profissionais e das mulheres foi voluntária, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento, observando-se as normas da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a distribuição das posições recomendadas no parto pelos profissionais. Na comparação entre as fases 1 e 3 do estudo, houve melhoras nas recomendações, incluindo menor uso da litotômica e o maior uso da lateral e das verticais, sem diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 1** - Distribuição das posições recomendadas no parto pelos profissionais na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Posições recomendadas no parto	Profissionais				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Recomenda posição litotômica no parto</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	12	37,5	0,059
Raramente ou nunca	20	47,6	20	62,5	
<b>Recomenda posição lateral no parto</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	22	52,4	18	56,0	0,313
Raramente ou nunca	20	47,6	14	44,0	
<b>Recomenda posição vertical no parto</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	
Sempre ou maioria das vezes	19	45,0	15	47,0	0,822
Raramente ou nunca	23	55,0	17	53,0	

\*GEE  
Fonte: Pesquisador

A Tabela 2 mostra a distribuição das práticas identificadas no parto com as puérperas. Essas variáveis se referem às perguntas feitas exclusivamente no período de internação, entre 1 e 2 dias pós-parto. Para as práticas de puxo dirigido e manobra de Kristeller, houve aumento nos relatos, mas sem diferença estatisticamente significativa entre as fases 1 e 3.

**Tabela 2** - Distribuição das práticas identificadas no parto com as puérperas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Práticas identificadas no parto	Puérperas				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	N	%	n	%	
<b>Puxo dirigido</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	
Sim	8	22,9	9	25,7	1,000
Não	27	77,1	26	74,3	
<b>Manobra de Kristeller</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	
Sim	2	5,7	5	14,3	0,428
Não	33	94,3	30	85,7	
<b>(1)Reparo perineal</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	
Sim	17	73,9	14	77,8	1,000
Não	6	26,1	4	22,2	
<b>(2)Anestesia antes do reparo perineal</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	
Sim	14	82,4	13	92,9	1,000
Não	3	17,6	1	7,1	

\*Teste exato de Fisher; 1) Puérperas com trauma perineal; 2) Puérperas com reparo perineal  
Fonte: Pesquisador

A Tabela 3 apresenta a distribuição da infecção ou deiscência perineal identificada com as puérperas que tiveram reparo do trauma perineal. Esses desfechos foram considerados apenas nos períodos de 10 a 12 dias e 30 dias pós-parto porque, em geral, são complicações do processo de cicatrização que surgem mais tardiamente. Embora não haja diferença estatisticamente significativa em relação aos períodos de pós-parto e fases do estudo, chama a atenção a frequência maior, 30 dias após o parto, na fase 3.

**Tabela 3** - Distribuição da infecção ou deiscência perineal pós-parto identificada com as puérperas que tiveram reparo do trauma perineal na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Infecção ou deiscência perineal pós-parto	Puérperas				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>10-12 dias</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	
Sim	2	16,7	1	7,1	0,135*
Não	10	83,3	13	92,9	
Não atendeu telefone	5	-	-	-	
<b>30 dias</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	
Sim	-	-	3	23,1	0,077†
Não	11	100	10	76,9	
Não atendeu telefone	6	-	1	-	

\*Teste Cochran-Mantel-Haenszel (entre os dias); †teste Tarone-Breslow-Day (entre as fases)  
Fonte: Pesquisador

Os resultados relacionados aos desfechos perineais identificados nos prontuários de puérperas não entrevistadas são apresentados na Tabela 4. Houve elevado número de prontuários sem registros para as variáveis estudadas, em ambas as fases do estudo. Os achados mostraram que os registros de laceração espontânea e de graus de lacerações maiores diminuíram minimamente na fase 3, sem diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 4** - Distribuição dos desfechos perineais identificados nos prontuários de puérperas não entrevistadas na auditoria de base (fase 1) e auditoria pós-implementação (fase 3) e valor-p - Macapá, AP, 2015-2016.

Infecção ou deiscência perineal pós-parto	Prontuários				Valor p*
	Fase 1		Fase 3		
	n	%	n	%	
<b>Períneo</b>	<b>236</b>	<b>100</b>	<b>172</b>	<b>100</b>	
Laceração espontânea	147	62,3	105	61,0	0,642
Íntegro	73	30,9	51	29,7	
Episiotomia	16	6,8	16	9,3	
Sem registro	55	-	92	-	
<b>Grau da laceração</b>	<b>147</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	
Primeiro	40	38,8	30	42,9	0,905
Segundo	57	55,4	36	51,4	
Terceiro	6	5,8	4	5,7	
Sem registro	44	-	35	-	

\*Teste exato de Fisher  
Fonte: Pesquisador

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que, após a intervenção, mais profissionais estimularam posições não supinas, principalmente, lateral e vertical, demonstradamente úteis para diminuir o trauma perineal no período expulsivo, embora sem diferença estatisticamente significativa. Em revisão sistemática<sup>(13)</sup> sobre diferentes posições da parturiente no período expulsivo sem anestesia epidural, e que incluiu 22 ensaios clínicos e 7.280 mulheres primigestas e múltiparas, os autores concluíram que a posição vertical em partos normais reduz a prática da episiotomia. Por outro lado, destaca-se que a melhor posição para o parto vaginal é aquela de livre escolha da mulher.

Para as práticas identificadas no parto com as puérperas, durante a internação, houve aumento dos relatos de puxo dirigido e da manobra de Kristeller, sem diferença estatisticamente significativa. É possível inferir que no local do estudo ainda persistem crenças de que essas práticas sejam úteis para acelerar o período expulsivo da mulher no parto.

Mas, na verdade, elas são prejudiciais, relacionadas ao trauma perineal e devem ser eliminadas<sup>(14)</sup>. Nesse sentido, sabe-se que o sucesso de intervenções educativas para corrigir práticas empíricas é bem variável, considerando que estas são baseadas muito mais por crenças, atitudes e experiências do que pelas evidências científicas<sup>(15)</sup>.

Ainda em relação a práticas identificadas com as puérperas, houve aumento dos relatos de reparo perineal e do uso de anestesia no reparo, sem diferença estatística significativa. Na intervenção educativa, tínhamos discutido com os profissionais que, em relação ao reparo de lacerações perineais, as evidências eram limitadas<sup>(16)</sup> e a decisão de suturar ou não suturar, exceto para traumas de terceiro ou quarto grau, poderia ser baseada na sua avaliação clínica e na preferência das mulheres. Esse resultado corrobora com as recomendações atuais do Ministério da Saúde, que orientam que todas as lacerações perineais, inclusive as de primeiro grau, sejam suturadas para facilitar a cicatrização<sup>(14)</sup>.

Sobre o aumento dos relatos de uso de anestesia local antes do reparo perineal, embora esse achado tenha melhorado, três mulheres na fase 1 e uma na fase 3 relataram sofrer sutura perineal sem anestesia com a justificativa de que o trauma era muito pequeno para realizar a anestesia local. Estudo transversal<sup>(17)</sup> mostrou que das 80 (73%) mulheres submetidas à episiotomia no parto, 59 (53%) relataram não receber anestesia local antes do procedimento. A literatura descreve que a infiltração de anestésico local na região perineal é um dos princípios básicos para realizar o reparo de traumas perineais<sup>(14,18)</sup>. Vale destacar que a não realização de anestesia local para realização do reparo perineal configura violência obstétrica institucional<sup>(19)</sup>.

Em relação às perguntas feitas por telefone àquelas puérperas que tiveram reparo no trauma perineal, houve aumento dos relatos de infecção ou deiscência perineal no período de 30 dias pós-parto, sem diferença estatística. Nesse caso, não é possível afirmar que a intervenção educativa não foi capaz de melhorar esse desfecho porque na fase 3 faltou material sintético de sutura disponível para o reparo da pele no local do estudo. A literatura descreve que o material sintético é mais adequado em relação ao biológico para o reparo do trauma perineal, promove rápida cicatrização e reduz morbidades pós-parto como infecção ou deiscência perineal<sup>(20)</sup>.

Quanto ao resultado dos desfechos perineais identificados nos prontuários, houve elevado número de impressos sem registros das variáveis estudadas, em ambas as fases de auditoria. Achados semelhantes foram relatados no estudo<sup>(5)</sup> que identificou ausência de registros no prontuário das puérperas sobre os desfechos perineais. Por isso, algumas variáveis não foram analisadas.

Em relação aos registros encontrados, a laceração

espontânea e os graus de lacerações mais graves reduziram pouco, após a intervenção, sem diferença estatisticamente significante. Nessa compreensão, entende-se que esses achados foram subestimados porque a ausência de registros nos prontuários pode ocultar mais mulheres com melhores desfechos perineais. Além disso, tem sido descrito na literatura que nem sempre a implementação de evidências científicas com intervenção educativa melhora desfechos maternos e que mais pesquisas precisam ser realizadas<sup>(21,22)</sup>.

As principais limitações do estudo incluem a falta de registros das práticas nos prontuários; a amostra de puérperas internadas, que foi feita por conveniência, sem aleatorização; e as dificuldades na coleta de dados com os profissionais médicos. Os achados trazem contribuições para o conhecimento e a prática clínica dos profissionais

que atuam na assistência ao parto, mostrando que muitas práticas são empíricas e que existem evidências que podem prevenir os traumas perineais.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que a metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas promoveu melhoras sobre as práticas obstétricas e os desfechos perineais estudados, mas não estatisticamente significativas. As auditorias permitem a identificação oportuna de potenciais falhas na assistência e o estabelecimento de estratégias para a sua melhoria. A continuidade das auditorias e novas intervenções educativas sobre práticas baseadas em evidências devem resultar em melhoria no cuidado do manejo perineal.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira ER. Translation of knowledge and translational research in healthcare. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(3):1-3.
2. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2016.
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1.
4. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 11.
5. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5):716-724.
6. Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672.
7. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN: Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol* 2014, 123(Suppl 1):38S.
8. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2012. Oxford: Update Software.
9. Feigenberg T, et al. Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. *Biomed Res Int*. 2014;2014:526590.
10. Leal MC, Pereira AEP, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGNB. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. *Cad Saúde Public*. 2014; 30(4).
11. Melo I, Katzl L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*. 2014 11:66
12. Rozita R, Sussan S, Huak CY, Sharif NH. A Comparison of the "Hands-Off" and "Hands-On" Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2014.
13. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 16.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação. Brasília; 2016.
15. Bastos MHS. Developing and pilot-testing an educational intervention to reduce the routine performance of episiotomy in Brazil [thesis]. London: Thames Valley University; 2011.
16. Elharmeel SMA, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, Van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 8.
17. Diorgu FC, Steen MP, Keeling JJ, Mason-Whitehead E. Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: an exploratory study. *Women Birth*; 2016.
18. Steen M, Cummins B. How to repair an episiotomy. *Nursing Standard*. 2016;30(25):36-38.
19. Santos RCS, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2015;5(1):57-68.
20. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; Issue 6.
21. Abhyankar P, Cheyne H, Maxwell M, Harris F, McCourt C. A realist evaluation of a normal birth programme. *Evidence Based Midwifery*. 2013;11(4):112-119.
22. Shimoda GT, Soares AVN, Aragaki IMM, McArthur A. Preventing nipple trauma in lactating women in the University Hospital of the University of Sao Paulo: a best practice implementation project. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2015;13(2):212-32.

# MORTALIDADE INFANTIL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Augusto Cezar Antunes de Araújo Filho<sup>1</sup>, Anna Karolina Lages Araújo<sup>1</sup>, Priscilla Dantas Almeida<sup>1</sup>, Silvana Santiago da Rocha<sup>2</sup>

**Objetivo:** descrever a ocorrência da mortalidade infantil em Teresina (PI). **Metodologia:** estudo epidemiológico, descritivo, com dados secundários extraídos do Datasus, em que a população foi composta por todos os óbitos infantis, cujas mães são residentes em Teresina, no período de 2005 a 2014. **Resultados:** apesar das flutuações, houve declínio dos coeficientes de mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil. Houve predomínio de óbitos infantis em mães com idade entre 20 e 29 anos, e com escolaridade entre oito e 11 de estudo. **Conclusão:** existe a necessidade de melhorar políticas públicas e a assistência, embora tenha havido a redução da mortalidade infantil.

**Descritores:** Mortalidade infantil, Epidemiologia, Enfermagem.

## INFANT MORTALITY IN A NORTHEAST BRAZILIAN CAPITAL

**Objective:** To describe the occurrence of infant mortality in Teresina (PI). **Methodology:** Descriptive epidemiological study with secondary data extracted from DATASUS, in which the population was composed of all infant deaths of mothers who are residents of Teresina, in the period from 2005 to 2014. **Results:** Despite fluctuations, neonatal, post-neonatal and infant mortality coefficients declined. There was a predominance of infant deaths in mothers aged between 20 and 29 years, and with education background between 8 and 11 grade. **Conclusion:** There is a need to improve public policies and assistance, even though there has been a reduction in child mortality.

**Descriptors:** Infant Mortality, Epidemiology, Nursing.

## LA MORTALIDAD INFANTIL EN UNA CAPITAL DEL NORDESTE DE BRASIL

**Objetivo:** Describir la incidencia de la mortalidad infantil en Teresina (PI). **Metodología:** Estudio epidemiológico descriptivo con datos secundarios extraídos de DATASUS, en el que la población se compone de todas las muertes infantiles de las madres que residen en Teresina, en el período de 2005 a 2014. **Resultados:** A pesar de las fluctuaciones, neonatales, coeficientes de mortalidad post-neonatal e infantil se redujo. Hubo un predominio de las muertes infantiles en las madres de edades comprendidas entre los 20 y los 29 años, y con la educación entre ocho y 11 del estudio. **Conclusión:** Existe la necesidad de mejorar las políticas públicas y de asistencia, aunque se ha producido una reducción de la mortalidad infantil.

**Descriptorios:** Mortalidad Infantil, Epidemiología, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeiro(a). Mestre. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Piauí, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Piauí, Brasil. E-mail: silvanasantiago27@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil (MI) configura-se como um indicador sensível às condições de vida e saúde de uma determinada população<sup>(1)</sup>, pois as reflete diretamente, e permite estimar o risco de morte entre menores de um ano e expressar as iniquidades existentes nas diversas partes do mundo<sup>(2)</sup>. Por isso, a redução desse indicador ainda se configura como um desafio para o sistema de saúde, e também para a sociedade<sup>(3)</sup>.

Uma das principais metas de políticas públicas para a população infantil, nacionais e internacionais, é a diminuição da MI<sup>(4)</sup>. Nos anos 2000, o cenário internacional contou com o apoio da Organização das Nações Unidas - que instituiu os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio - os quais possuem como meta a redução de dois terços na mortalidade de crianças menores de cinco anos entre 1990 e 2015<sup>(2)</sup>. A meta brasileira para 2015 - 15,7/1.000 Nascidos Vivos (NV) - foi cumprida em 2011, quando o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) do Brasil foi de 15,3/1.000 NV<sup>(2)</sup>.

Na maioria dos países, a mortalidade infantil está em declínio<sup>(5)</sup>. No Brasil, não tem sido diferente, estudos demonstram uma tendência de redução em todas as regiões<sup>(4)</sup>. Entretanto, para atingir os níveis de regiões mundiais mais desenvolvidas, ainda existem alguns pontos que necessitam ser alcançados, como: a diminuição das desigualdades regionais e as iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos<sup>(3)</sup>, pois sabe-se que esse indicador apresenta uma grande variabilidade nas diferentes regiões do país<sup>(2,5)</sup>, muitas vezes, em um mesmo município<sup>(3)</sup>.

No Brasil, o CMI caiu de 26,6 para 16,2/1.000 NV entre 2000 e 2010. Contudo, as desigualdades regionais continuaram existindo<sup>(5)</sup>, pois a média do Brasil, em 2010, foi de 16,0/1.000 NV, mas, nas regiões Norte e Nordeste, os coeficientes registrados foram de 21,0/1.000 NV e 19,1/1.000 NV, respectivamente<sup>(6)</sup>.

Diante do exposto, torna-se fundamental analisar a MI nos diferentes contextos sociais brasileiros, a fim de fornecer subsídios para implantação de ações de saúde mais efetivas, com intervenções mais apropriadas às necessidades dos grupos populacionais de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é descrever a ocorrência da mortalidade infantil em Teresina (PI) no período de 2005 a 2014.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, com dados secundários coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações

sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A população deste estudo foi composta por todos os óbitos infantis de mães residentes em Teresina no período de 2005 a 2014, disponíveis no site ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)). A cidade de Teresina é a capital do estado do Piauí, o qual está localizado no Nordeste do Brasil. Essa cidade tem uma extensão territorial de 1.391,981 km<sup>2</sup>, com população estimada para o ano de 2016, de 847.430 habitantes. Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,751.

Os dados foram extraídos do DATASUS em dezembro de 2016, considerando-se as variáveis relacionadas aos óbitos infantis e aos nascidos vivos de Teresina-PI. Para calcular o CMI, dividiu-se o número total de óbitos de menores de um ano pelo número total de Nascidos Vivos (NV) de mães residentes na cidade, multiplicando-se o resultado por 1.000. O cálculo do Coeficiente de Mortalidade Neonatal (CMN) deu-se por meio da razão entre o número de mortes de menores de 28 dias e o total de NV no mesmo ano, multiplicando-se o resultado por 1.000; e, para calcular o Coeficiente de Mortalidade Pós-Neonatal (CMPN), utilizou-se a razão entre o número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida e o total de NV no mesmo ano, multiplicando-se por 1.000. A tabulação dos dados ocorreu a partir do programa TABNET. Em seguida, os dados foram exportados para o EXCEL, programa em que se procedeu a análise.

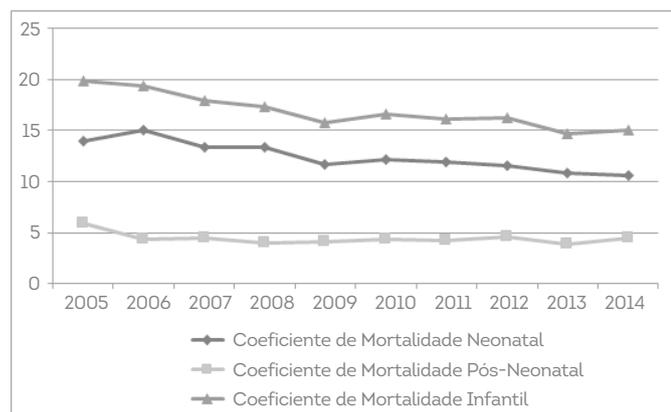
Tendo em vista que os dados utilizados foram extraídos de uma plataforma de domínio público, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, destaca-se que todos os aspectos, contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/12, foram observados.

## RESULTADOS

Foram registrados, no SIM, 2.352 óbitos infantis de mães residentes em Teresina-PI no período estudado, sendo 1.736 neonatais, 616 pós-neonatais. O SINASC registrou 138.475 nascidos vivos no mesmo período. Durante a década analisada, o CMN foi de 12,5/1.000 NV, o CMPN foi de 4,4/1.000 NV e o CMI 17,0/1.000 NV.

O CMI teve um declínio de 19,9 em 2005, para 15,1/1.000 NV em 2014, representando um decréscimo de 24,1%. O componente neonatal foi o principal responsável por essa diminuição, passando de 14,0 para 10,6/1.000 NV entre 2005 e 2014, representando uma redução de 24,3%. O componente pós-neonatal teve declínio de 23,7%, em que o coeficiente diminuiu de 5,9 para 4,5/1.000 NV (Figura 1).

**Figura 1.** Coeficiente de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal de Teresina-PI, 2005-2014. Teresina, Piauí, Brasil, 2016.



Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2016.

**Tabela 1** - Óbitos infantis segundo a idade e escolaridade maternas, duração da gestação e tipo de parto, no período de 2005-2014 em Teresina-PI. Teresina, PI, Brasil, 2016. (n=2.352)

Variáveis	n	%
<b>Idade da mãe (anos)</b>		
10 a 14	36	1,53
15 a 19	449	19,09
20 a 29	1034	43,96
30 a 39	472	20,07
40 a 49	62	2,64
Ignorado	299	12,71
<b>Anos de escolaridade da mãe</b>		
Nenhuma	100	4,25
1 a 3 anos	205	8,72
4 a 7 anos	518	22,02
8 a 11 anos	727	30,91
12 anos ou mais	238	10,12
Ignorado	564	23,98
<b>Duração da gestação (semanas)</b>		
< 22	125	5,31
22 a 27	427	18,15
28 a 31	476	20,24
32 a 36	454	19,30

37 a 41	523	22,24
42 ou mais	25	1,06
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	1171	49,79
Cesáreo	951	40,43
Ignorado	230	9,78

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2016.

Com relação ao peso ao nascer, observou-se maior frequência entre os recém-nascidos (RN) com baixo peso (35,08%). Quanto à idade do óbito, houve maior concentração na primeira semana de vida (53,95%). O hospital foi o local predominante de ocorrência de óbitos infantis (94,22%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Óbitos em menores de um ano segundo peso ao nascer, idade do óbito e local de ocorrência, no período de 2005-2014 em Teresina-PI. Teresina, PI, Brasil, 2016. (n=2.352)

Variáveis	n	%
<b>Peso ao nascer</b>		
Extremo baixo peso (< 1000g)	705	29,97
Baixo peso (1000-2499g)	825	35,08
Normo peso (2500-3999g)	540	22,96
Macrossomia (4000g ou mais)	36	1,53
Ignorado	246	10,46
<b>Idade do óbito (dias)</b>		
0 a 6 dias	1269	53,95
7 a 27 dias	467	19,86
28 a 364 dias	616	26,19
<b>Local de ocorrência</b>		
Hospital	2216	94,22
Domicílio	114	4,85
Outros	21	0,89
Ignorado	1	0,04

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2016.

## DISCUSSÃO

Embora com flutuações, o CMI apresentou redução no período estudado. A redução do CMI registrada corrobora com estudos realizados em outras capitais brasileiras<sup>(4,2,6)</sup>.

A queda da MI brasileira é relacionada às diversas melhorias nas condições de vida e de atenção à saúde da criança (como alimentação e nutrição, saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde)<sup>(3)</sup>.

Apesar das flutuações em alguns anos, verificou-se redução de 24,3% e 23,7%, durante a década analisada, nos componentes neonatal e pós-neonatal, respectivamente. Esse declínio também foi verificado em estudos realizados em Salvador-BA<sup>(7)</sup>, 21,2% no CMN, e em Recife-PE<sup>(4)</sup>, decréscimo de 44% no CMN e de 31,4% no CMPN. Isso evidencia melhoria na qualidade da atenção prestada no pré-natal, parto e ao RN na cidade de Teresina.

Neste estudo, identificou-se que a maioria dos óbitos infantis foi de mães com idade entre 20 e 29 anos, corroborando com estudos realizados em Porto Velho-RO<sup>(8)</sup> e na Região Metropolitana de Maringá-PR<sup>(9)</sup>, em que houve predomínio de mães com idade entre 20 e 34 anos. A mortalidade neonatal, componente da MI, associa-se à idade materna ao ter o filho, especialmente nos grupos etários extremos (adolescentes e mulheres acima de 35 anos), por causa de diversos fatores comportamentais, socioeconômicos e biológicos<sup>(6,10)</sup>.

A maior ocorrência de óbitos infantis foi de mães com escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo. Tendo em vista que o baixo grau de instrução da mãe é outro determinante da MI<sup>(11)</sup>, os achados deste estudo encontram-se divergentes aos da literatura. Em estudo realizado na Região Metropolitana de Maringá (PR), em que mães com menos de oito anos de estudo possuem mais chances de óbitos infantis (OR=1,4)<sup>(9)</sup>. Sabe-se que o aumento da escolaridade possui associação positiva com a redução da MI<sup>(12)</sup>, sendo considerada uma variável protetora entre a escolaridade materna superior a oito anos e a redução da MI<sup>(5)</sup>. Ademais, acredita-se que mães com um maior grau de instrução possuam melhores condições socioeconômicas e, conseqüentemente, maior acesso aos serviços de saúde, fatores que aumentariam a proteção ao óbito infantil<sup>(13)</sup>.

Quanto à duração da gestação, houve predomínio do intervalo entre 37 e 41 semanas nos óbitos infantis, que contrapõe estudos desenvolvidos na Região Metropolitana de Maringá (PR)<sup>(9)</sup> e Foz do Iguaçu (PR)<sup>(14)</sup>, os quais registraram que gestações com duração menor que 37

semanas possuem mais chances de óbitos infantis (OR=22,7) e (OR=32,2), respectivamente. A sobrevivência dos recém-nascidos cresce progressivamente quando a duração da gestação se distancia das 40 semanas<sup>(15)</sup>.

O baixo peso ao nascer é citado como fator de maior influência na determinação da morbimortalidade infantil<sup>(11)</sup>, sendo considerado o principal preditor isolado da mortalidade infantil e neonatal<sup>(16)</sup>, existindo inclusive, uma relação inversamente proporcional entre mortalidade e peso ao nascer, em que a probabilidade de morte diminui à medida que o peso aumenta<sup>(10)</sup>. Neste estudo, a grande parte dos óbitos foi em RN com peso abaixo de 2.500 gramas, corroborando com estudo de Foz do Iguaçu (PR)<sup>(14)</sup>, no qual crianças nascidas com peso menor de 2.500g possuem maior risco de óbito (OR=17,9). Entre os RN de muito baixo peso - menos de 1.500g - e os com 2.500g ou mais, possuem risco de morte 30 vezes maior. Além do mais, os recém-nascidos com extremo baixo peso (peso menor 1.000g) possuem risco de óbito 4,8 vezes maior em relação aos com peso entre 1.000g a 1.499g<sup>(10)</sup>.

A maioria dos óbitos foi registrada em recém-nascidos com 0 a 6 dias de vida, dados que corroboram com estudos realizados nas cidades de Ribeirão Preto-SP<sup>(3)</sup> e Porto Velho-RO<sup>(8)</sup>. Identificou-se, também, que a maior parte aconteceu em hospitais, corroborando com estudo da Região Metropolitana de Maringá-PR<sup>(9)</sup>, em que 99,8%

dos óbitos também ocorreram nesse cenário. Essas questões refletem, ainda, a necessidade da melhoria de atenção ao parto, nascimento e ao recém-nascido, ou seja, sugere a necessidade de reestruturação da rede cegonha, a qual deve ser integrada, hierarquizada e regionalizada, da ampliação da cobertura a fim de facilitar o acesso da população materno-infantil e, ainda, da qualificação da assistência à gestante e ao recém-nascido para que ocorram avanços na redução da mortalidade infantil<sup>(17,8)</sup>.

## CONCLUSÃO

Apesar das reduções no coeficiente de mortalidade infantil e de todos os esforços para controlar esse indicador, ele ainda assola e constitui uma realidade negativa no Brasil e na capital do Piauí, Teresina, objeto deste estudo. A rede Cegonha trouxe diretrizes fundamentais para redução

*“O baixo peso ao nascer é citado como fator de maior influência na determinação da morbimortalidade infantil”*

desse coeficiente, entretanto, ainda se faz necessário investimentos a fim de ampliar essas ações de saúde e obter resultados mais efetivos.

A saúde materno-infantil de Teresina, como no Brasil, ainda necessita de mais atenção e comprometimento de gestores e profissionais, os quais devem trabalhar em prol

da mudança do paradigma atual, buscando aperfeiçoar a atenção durante o pré-natal, parto, nascimento e puerpério. Acredita-se que a melhoria nas políticas de saúde e execução das mesmas com compromisso constitui um aspecto relevante para mudar a atual situação de iniquidade.

## REFERÊNCIAS

1. Nascimento SG, Oliveira CM, Sposito V, Ferreira DKS, Bonfim CV. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2016 dez 26]; 67(2): 208-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140027>
2. Areco KCN, Konstantyner T, Taddei JAAC. Tendência secular da mortalidade infantil, componentes etários e evitabilidade no Estado de São Paulo - 1996 a 2012. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2016 [acesso 2017 jan 03]; 34(3):263-270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2016.01.006>
3. Careti CM, Scarpelini AHP, Furtado MCC. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 [citado 12 dez 2016]; 16(2):352-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.20321>
4. Cabral IC, Sousa MLXF, Dantas UIB, Reichert APS, Collet N, Santos SR. Mortalidade infantil: correlação entre indicadores de entes federativos nos anos de 2007 a 2011. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [citado 2017 jan 03]; 7(9):5557-65. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4753/pdf\\_3407](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4753/pdf_3407)
5. Teixeira GA, Costa FML, Mata MS, Carvalho JBL, Souza NL, Silva RAR. Fatores de risco para a mortalidade neonatal na primeira semana de vida. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Online) [Internet]. 2016 [citado 2017 jan 09]; 8(1):4036-4046. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4036-4046>
6. Carvalho RAS, Santos VS, Melo CM, Gurgel RQ, Oliveira CCC. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 2016 dez 26]; 49:5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004794>
7. Gonçalves AC, Costa MCN, Barreto FR, Paim JS, Nascimento EMR, Paixão ES et al. Tendência da mortalidade neonatal na cidade de Salvador (Bahia-Brasil), 1996-2012. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2015 [citado 2017 jan 12]; 15(3):337-347. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000300009>
8. Moreira KFA, Oliveira TS, Gonçalves TA, Moura CO, Maluf SN, Tavares RSA et al. Mortalidade infantil nos últimos quinquênios em Porto velho, Rondônia - Brasil. *Journal of Human Growth and Development* [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 12]; 24(1): 86-92. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/76123>
9. Oliveira RR, Costa JR, Rossi RM, Rodrigues AL, Mathias TAF. Mortalidade infantil e fatores associados: estudo por tipologias sócio-ocupacionais. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2015 [citado 2016 dez 26]; 14(2):1165-1174. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24357>
10. Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 09]; 48(5):778-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000500778&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500778&lng=en) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140005000002>
11. Barbosa TAGS, Coelho KR, Andrade GN, Bittencourt DAS, Leal MC, Gazzinelli A. Determinantes da mortalidade infantil em municípios do vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [citado 20 dez 2016]; 18(4): 907-914. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140067>
12. Faria R, Santana P. Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil. *Saude soc.* [Internet]. 2016 [citado 2016 dez 26]; 25(3):736-749. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016147609>
13. Rodrigues LS, Melo SF, Melo EVCF, Araújo A. Aspectos importantes sobre a mortalidade infantil em Itapeverica - Minas Gerais. *R. Enferm. Cent. O. Min* [Internet]. 2013 [citado 2017 jan 12]; 3(1):498-506. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/351/383>
14. Doldan RV, Costa JSD, Nunes MF. Fatores associados à mortalidade infantil no Município de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil: estudo de caso-control. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2011 [citado 2017 jan 13]; 20(4):491-498. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000400008>
15. Granzotto JA, Oliveira MB, Mendes RM, Winke S, Vecchi AA, Barros TP et al. Comportamento da mortalidade infantil no Extremo Sul do Rio Grande do Sul, Brasil, anos 2005-2012. *Revista da AMRIGS* [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 13]; 58(2): 126-129. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/58-02/006.pdf>
16. Silva CF, Leite AJM, Almeida NMGS, Leon ACMP, Olofin I. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 09]; 30(2):355-368. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00050013>
17. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado 2017 jan 09]; 30(Suppl 1): S192-S207. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

# INTERNAÇÕES POR ABORTO ESPONTÂNEO: UM RETRATO DE SUA OCORRÊNCIA EM FORTALEZA

Camila Lima Ribeiro<sup>1</sup>, Francisca de Oliveira Albuquerque<sup>2</sup>, Adriano Rodrigues de Souza<sup>3</sup>

**Objetivo:** o estudo teve como objetivo caracterizar as internações por aborto espontâneo no município de Fortaleza, Ceará, no período de 2010 a 2014. **Metodologia:** estudo descritivo exploratório, com dados obtidos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** os dados mostram que foram registradas 14.203 internações por abortamentos espontâneos, sendo 2010 o ano de maior incidência. Observou-se ainda que a maioria dos atendimentos concentrou-se no sistema público de saúde e a maior parte deles em caráter de urgência. **Conclusões:** os dados permitem afirmar a urgência do acesso da população à educação sexual nas escolas.

**Descritores:** Aborto espontâneo, Saúde Reprodutiva, Epidemiologia.

## HOSPITALIZATION FROM MISCARRIAGES: A PORTRAIT OF ITS OCCURRENCE IN FORTALEZA.

**Objective:** The study aimed to characterize hospitalizations from miscarriage in Fortaleza, Ceará, in the period 2010-2014. **Methodology:** A descriptive exploratory study, with data obtained from the Department of Health System Information. **results:** the data shows that 14,203 admissions were recorded from miscarriages, and 2010 being the year of highest incidence. It was also observed that most of the visits focused in the public health system and most of them on an urgent basis. **Conclusions:** The data allows us to state the urgency of sex education in schools for the population.

**Descriptors:** Abortion Spontaneous, Reproductive health, Epidemiology.

## HOSPITALIZACIÓN POR ABORTO ESPONTÁNEO : UN RETRATO DE SU APARICIÓN EN FORTALEZA.

**Objetivo:** El objetivo del estudio fue caracterizar las hospitalizaciones por aborto involuntario en Fortaleza, Ceará, en el período 2010-2014. **Metodología:** Un estudio exploratorio descriptivo, con datos obtenidos del Departamento de Información del Sistema de Salud. **resultados:** los datos muestran que 14,203 admisiones fueron registrados por abortos espontáneos, y 2010, el año de mayor incidencia. También se observó que la mayoría de las visitas se centraron en el sistema de salud pública y la mayoría de ellos con carácter de urgencia. **Conclusiones:** Los datos permiten afirmar la urgencia de acceso de la población a la educación sexual en las escuelas.

**Descriptor:** Aborto Espontáneo, Salud Reproductiva, Epidemiología.

<sup>1</sup>Enfermeira. Universidade de Fortaleza, Brasil. E-mail: camila\_lima\_ribeiro@hotmail.com.

<sup>2</sup>Estudante. Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutor. Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Etimologicamente, aborto, do latim ab (privação) e ortus (nascimento), significa o impedimento do nascimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definem o aborto como a interrupção espontânea ou induzida da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à perda do conceito até a 20ª e a 22ª semanas completas e/ou com feto de até 500g<sup>(1)</sup>. É considerado espontâneo, quando se inicia independentemente de qualquer procedimento ou mecanismo externo. É considerado provocado, quando resulta da utilização de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. Esse pode ter motivação voluntária ou involuntária da gestante, e ser considerado legal ou ilegal<sup>(2)</sup>.

Conforme a legislação vigente no Brasil – Decreto-lei 2848 (Brasil, 1940) –, o aborto é considerado crime. Entretanto, de acordo com o artigo 128 do Código Penal, a gestante que sofrer risco de morte e engravidar a partir de uma violação sexual está autorizada a interromper a gravidez (Brasil, 1940). Além disso, em 2012, foi julgada pelo Superior Tribunal Federal (STF) a descriminalização do aborto em casos de fetos anencefálicos, alterando o artigo 128 do Código Penal<sup>(3)</sup>.

A proporção mundial de abortamentos é de cerca de 50 milhões de casos por ano. No Brasil, o número de aborto é cerca de 1,4 milhão por ano, o que refere uma relação de 23 abortos a cada 100 gestações. A incidência de óbitos por complicações de abortos oscila em torno de 12% do total de óbitos, ocupando o terceiro lugar entre suas causas<sup>(4)</sup>.

Além das complicações psicológicas resultantes do aborto, as complicações físicas mais frequentes são: hemorragia, retenção de resto de placenta, infecção, perfuração do útero e, com menor incidência, peritonite, tétano, septicemia, inclusive esterilidade<sup>(5)</sup>.

Levando-se em consideração que a curetagem uterina é um dos procedimentos obstétricos mais realizados no país, sendo uma das causas no aumento dos índices de mortalidade feminina, e responsável por várias complicações físicas e psicológicas, além da inexistência de dados e registros desse agravo no estado do Ceará e no município de Fortaleza, decidiu-se realizar este estudo, perguntamo-nos:

qual a faixa etária das mulheres que apresentaram aborto espontâneo? Qual a unidade hospitalar de maior ocorrência? Que gastos registram?

Objetivou-se caracterizar as internações por aborto espontâneo no município de Fortaleza.

O estudo proporcionará aos gestores e administradores públicos e hospitalares conhecer a situação e o perfil das internações por abortos espontâneos no município de Fortaleza.

Como contribuição do estudo, podemos ressaltar que o conhecimento do perfil epidemiológico das internações por abortos espontâneos contribuirá para tomada de decisão por parte da gestão pública, junto à rede de assistência à saúde da mulher, contribuindo para a estruturação de consultas de pré-natal, pós-natal e de avaliação materna pela implementação de medidas que venham a reduzir e/ou controlar essa patologia.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de caráter quantitativo. Os dados da pesquisa foram coletados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), nos meses de abril e maio de 2015. Primeiramente, selecionamos as variáveis: município e aborto espontâneo, identificando que os dados apresentavam números significativos. A população da pesquisa foi composta por 14.203

ocorrências de aborto espontâneo, que foram atendidas ou tiveram registro na rede de assistência de saúde de Fortaleza, entre os anos de 2010 a 2014. A coleta ocorreu com o tabulador de internet (TABNET), existente na página do DATASUS.

Realizamos as tabulações dos seguintes dados: internações por faixa etária, segundo ano, caráter e regime do atendimento, dias de permanência, custos do internamento hospitalar e óbitos ocorridos.

Os custos das Autorizações por Internamento Hospitalar (AIH) foram coletados a partir do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do DATASUS.

Os dados coletados foram digitados e tabulados por meio do programa Excel, possibilitando realizar a análise descritiva quanto ao tempo, lugar e pessoa dessa patologia.

*“A proporção mundial de abortamentos é de cerca de 50 milhões de casos por ano”*

A pesquisa focou dados secundários e de domínio público, fato que possibilita a não apresentação do projeto de pesquisa junto aos comitês de ética.

## RESULTADOS

Os dados coletados foram representados e estruturados através de tabela e gráfico a seguir.

**Tabela 1** - Distribuição das variáveis de abortos espontâneos ocorridos no município de Fortaleza. Fortaleza, 2010 a 2014.

Variáveis	ANOS												
	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total	%	
<b>FAIXA ETÁRIA</b>													
10 A 14 ANOS	38	1,2	34	1,1	43	1,6	46	1,7	45	1,8	206	1,5	
15 A 19 ANOS	488	15,1	504	17,0	467	17,2	480	17,4	438	17,3	2.377	16,7	
20 A 29 ANOS	1.580	48,8	1.402	47,2	1.213	44,8	1.230	44,7	1.109	43,9	6.534	46,0	
30 A 39 ANOS	889	27,4	832	28,0	797	29,4	810	29,4	735	29,1	4.063	28,6	
40 A 49 ANOS	245	7,6	201	6,8	184	6,8	185	6,7	197	7,8	1.012	7,1	
50 A 59 ANOS	1	0,0	0	0,0	4	0,1	1	0,0	5	0,2	11	0,1	
<b>TOTAL</b>	<b>3.241</b>	<b>100,0</b>	<b>2.973</b>	<b>100,0</b>	<b>2.708</b>	<b>100,0</b>	<b>2.752</b>	<b>100,0</b>	<b>2.529</b>	<b>100,0</b>	<b>14.203</b>	<b>100,0</b>	
<b>REGIME DE ATENDIMENTO</b>													
Público	2.684	82,8	2.639	88,8	2.481	91,6	2.705	98,3	2.515	99,4	13.024	91,7	
Privado	557	17,2	334	11,2	227	8,4	47,0	1,7	14	0,6	1.179	8,3	
<b>TOTAL</b>	<b>3.241</b>	<b>100,0</b>	<b>2.973</b>	<b>100,0</b>	<b>2.708</b>	<b>100,0</b>	<b>2.752</b>	<b>100,0</b>	<b>2.529</b>	<b>100,0</b>	<b>14.203</b>	<b>100,0</b>	
<b>ESTABELECIMENTO</b>													
MEAC	1.005	38,6	713	30,0	609	28,8	634	28,3	415	20,7	3.376	29,8	
HDGMM	606	23,2	633	26,7	492	23,3	418	18,6	448	22,3	2.597	22,9	
HDNSC	389	14,9	372	15,7	377	17,9	414	18,5	376	18,7	1.928	17,0	
HDGM - BARRA CEARÁ	284	10,9	345	14,5	408	19,3	464	20,7	388	19,3	1.889	16,7	
HDGM- JOSÉ WALTER	323	12,4	311	13,1	225	10,7	313	14,0	380	18,9	1.552	13,7	
<b>TOTAL</b>	<b>2.607</b>	<b>100,0</b>	<b>2.374</b>	<b>100,0</b>	<b>2111</b>	<b>100,0</b>	<b>2243</b>	<b>100,0</b>	<b>2007</b>	<b>100,0</b>	<b>11.342</b>	<b>100,0</b>	
<b>CARÁTER ATENDIMENTO/ANO</b>													
ELETIVO	306	9,4	274	9,2	26	0,96	48	1,74	22	0,87	676	4,76	
URGÊNCIA	2.935	90,6	2.699	90,8	2.682	99,06	2.704	98,26	2.507	99,13	13.527	95,24	
<b>TOTAL</b>	<b>3.241</b>	<b>100,0</b>	<b>2.973</b>	<b>100,0</b>	<b>2.708</b>	<b>100,0</b>	<b>2.752</b>	<b>100,0</b>	<b>2.529</b>	<b>100,0</b>	<b>14.203</b>	<b>100,0</b>	

MEAC- Maternidade Escola Assis Chateaubriand; HDGMM- Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana; HDNSC- Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição; HDGM/BARRA DO CEARÁ- Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará; HDGM/JOSÉ WALTER- Hospital Distrital Gonzaga Mota do José Walter.

Foram registradas 14.203 (100%) internações por aborto espontâneo, segundo dados de 2010 a 2014; sendo que os anos de maior incidência foram 2010, com 22,8% (3.241), e 2011, com 20,9% (2.973). Quanto às faixas etárias de maior ocorrência, foram a de 20 a 29 anos com 46% (6.534) e a de 30 a 34 anos, com cerca de 28,6% (4.063). Essas faixas etárias tiveram seus maiores índices no ano de 2010 com 48,8% (1.580) e 27,4 % (889), respectivamente.

Em relação ao regime de atendimento, ocorreu um maior número de internações no serviço público de saúde, totalizando 92% (13.024) dos atendimentos, enquanto apenas 8% (1.179) dos atendimentos foram realizados no serviço privado de saúde. A grande parte de pacientes atendidas por abortos espontâneos aconteceu no ano de 2010, totalizando 3.241 casos (público e privado). O ano de 2014 foi o que teve um maior registro 99,4% (2.515), seguido pelo ano de 2013, com 98,3% (2.705), ambos os anos no serviço público. Já no serviço privado de saúde, durante o mesmo período, foram

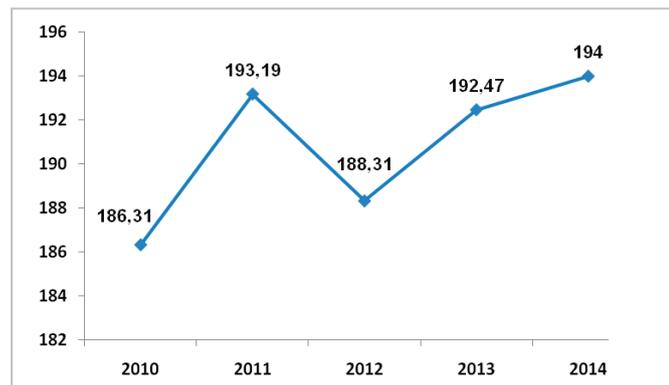
realizados respectivamente apenas 0,6% (14) internamentos em 2014, e 1,7% (47) em 2013.

A análise dos dados de internação hospitalar, por aborto espontâneo, no período de 2010 a 2014, nos cinco principais centros de atendimento obstétricos públicos de Fortaleza citados. Um total de 11.342 casos foi levantado. A distribuição dos números de registros do estudo, por instituição pública, evidenciou que: a MEAC ocupa o 1º lugar, com 3.376, correspondendo a 29,7% dos casos dentre as cinco instituições. O HDGM-Messejana ocupa a 2ª colocação, com 2.597 casos, correspondendo a 22,9%. A seguir, com menores números levantados, segue o HNSC, com 1.928 casos (16,9%), o HDGM-Barra do Ceará, com 1.889 casos (16,6%), e por último, o HDGM-José Walter com 1552 (13,6%). Evidentemente, houve outras instituições públicas que não foram descritas no quantitativo entre os estabelecimentos da pesquisa.

Quanto ao caráter de atendimento, é notório o fato de

que os atendimentos de urgência estão em maior número, totalizando 95,2% (13.527), em comparação com apenas 4,76% (676) eletivos. Os anos com maior número de atendimento de urgência são: 2014, com 2.507 atendimentos, representando 99,13% do total daquele ano, e 2.704 atendimentos em 2013, 98,26% do total do ano.

**Gráfico 1:** Distribuição do valor médio da internação pós-aborto espontâneo. Fortaleza, 2010- 2014.



O valor médio da autorização de internamento hospitalar (AIH) variou entre R\$ 186,31 e R\$ 194, tendo uma média de R\$ 190,69 por internação. No período de 2010 a 2011, ocorreu um aumento importante no custo da AIH e, apesar de haver decréscimo de 2011 a 2012, persistiu em elevação o custo de internamento, chegando ao ápice em 2014 com uma média de R\$ 194,00.

O tempo de internamento das mulheres variou de 31 horas e 20 minutos a 36 horas, tendo uma média de 31 horas.

## DISCUSSÃO

A dificuldade em afirmar a real quantidade dos abortamentos espontâneos, dentre todos os abortamentos, decorre muitas vezes pelo fato de algumas mulheres ocultarem a real classificação dos abortos sendo que alguns classificados como espontâneos tenham sido provocados<sup>(6)</sup>.

Quanto à faixa etária, a maior incidência de abortos espontâneos ocorreu entre os 20 a 34 anos, o que pode ser justificado pelo fato de se concentrar o período de maior fecundidade das mulheres, na plenitude de suas atividades sexuais daí estarem mais susceptíveis às ocorrências de gestações desejadas ou não<sup>(5)</sup>.

Houve uma importante redução de 27% nas internações, por complicações de aborto durante o período de 1995-2013, fato justificado pela diminuição do número de abortos, incentivo do Ministério da Saúde ao atendimento humanizado, acolhedor e uma atenção de qualidade às mulheres nessa situação<sup>(7)</sup>. Observa-se atualmente uma grande disparidade no número de atendimento no serviço público e privado.

Em um estudo anterior, foi observado que muitas mulheres só procuram os serviços de saúde quando apresentam complicações pós-abortamento. Esse fato pode justificar a maior parte dos atendimentos, realizados entre 2010 e 2014, serem de caráter de urgência<sup>(8)</sup>.

Os números de internação pós-aborto são elevados, causando um problema de saúde pública no Brasil<sup>(9)</sup>. No país, são 250 mil internações por ano para o tratamento de complicações pós-abortamento, internações que geram um custo de 30 milhões de reais<sup>(10)</sup>.

De acordo com a classificação da Organização Panamericana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde, a razão da mortalidade materna pode ser estratificada em: baixa (menor de 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos), média (entre 20 a 49 óbitos por 100.000 nascidos vivos), alta (entre 50 a 149 óbitos por 100.000 nascidos vivos) e muito alta (maior ou igual a 150 óbitos por 100.000 nascidos vivos).

A partir de dados levantados do boletim epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará sobre mortalidade materna é possível afirmar que o número de óbitos, por abortamento, vem sendo reduzido em nosso estado. Entre 2005 e 2009, foram notificados 27 óbitos por 100.000 nascidos vivos. O aborto foi apontado como a terceira principal causa obstétrica direta de óbito materno nesse período. Já de 2010 a 2013, foram notificados 15 óbitos por 100.000 nascidos vivos, representando apenas 5,7% dos casos registrados. Neste estudo, de acordo com os dados do DATASUS, foram registrados apenas dois óbitos, sendo um em 2012 e um em 2013<sup>(10)</sup>.

O tempo de internamento das mulheres evidencia o que já foi relatado em estudo anterior, no qual 86% permaneceram um dia, enquanto que 14% das internações têm média superior a um dia<sup>(11)</sup>. Os custos, para o Sistema Único de Saúde, com internações por abortamento espontâneo são muito reduzidos, já que a maior parte deles não exige internação, e as complicações são predominantemente resultantes de abortos provocados<sup>(12)</sup>.

Quanto aos custos com a AIH, existe a necessidade de um estudo mais detalhado do motivo que levou ao decréscimo dos valores de 2011 a 2012 e, em seguida, uma nova elevação em 2014. Faz-se necessário entender se essa elevação de 2012 a 2014 corresponde apenas a um aumento da população em Fortaleza, especialmente a feminina em período fértil, à desatenção com programas educacionais relativos ao assunto estudado ou apenas a um reajuste realizado no valor das internações.

## CONCLUSÃO

O estudo retrata o perfil epidemiológico das ocorrências de internações por aborto espontâneo no município de Fortaleza no período de 2010 a 2014. Foi possível observar na

pesquisa que a grande maioria dos atendimentos concentra-se no sistema público de saúde, com 91,7% dos registros. Entre os estabelecimentos, a MEAC atendeu 29,8% dos casos; desses, 95,2% foi em caráter de urgência, e gastou um valor médio de R\$ 190,69 por internação.

É importante mencionar que os dados nos permitem afirmar a real urgência do acesso da população à educação sexual nas escolas, a partir da faixa etária em que os adolescentes iniciam suas atividades sexuais, para que seja possível o amadurecimento da importância da gravidez com todas as suas circunstâncias e complicações. Outro ponto a ser abordado deve ser a ênfase na importância do pré-natal, uma vez diagnosticada a gravidez, podendo ser introduzida uma cartilha educativa.

O fato de possivelmente haver ocultação da real causa do abortamento (espontâneo ou provocado) empobrece a realidade dos dados, bem como as fontes que são utilizadas para a obtenção dos mesmos, consistindo em um viés de suma importância.

Esses dados também mostram a necessidade da implantação de protocolos de orientação escolar, como preventivo de gravidez indesejada ou precoce, e nas unidades médico-hospitalares específicas como esclarecimento causal às pacientes que são recebidas com quadro de abortamento espontâneo. A condensação de todos esses dados poderá ser notificada a uma central pública para geração de estudos mais pertinentes e próximos da realidade de cada território (municipal, estadual e nacional).

## REFERÊNCIAS

1. Wiese IRB, Saldanha AAW. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde Soc.* 2014;23(2):536-547.
2. Borsari CMG, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS, Francisco RPV, Zugaib M. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013 jan;35(1):27-32. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000100006>.
3. Cúnico SD, Faraj SP, Quintana AM, Beck CLC. Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil. *Mudanças, Psicol da Saúde.* 2014 jan-jun;22(1):41-47. DOI <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v22n1p41-47>.
4. Ribeiro Filho JF, Ribeiro LS, Machado PHF, Machado TMG. Perfil das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento em um hospital público. *Rev Gest Saúde.* 2015;6(2):1354-1366.
5. Ribeiro TB, Bolpato MB. Aborto provocado: consequências físicas, psicológicas e as implicações para a assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica da Univar.* 2013;1(9):136-141.
6. Silva MM, Castro PM, Theisen C, Freitas HMB, Colomé JS. Problemática do aborto em Santa Maria, Rio Grande do Sul: dados epidemiológicos. *Discip Sci, Cienc Saude.* 2014;15(2):249-259.
7. Castro F. Número de abortos no Brasil teve redução de 26% nos últimos 20 anos, segundo estudo [Internet]. Estadão. 2015 ago 21 [acesso em 2016 set 2]. Disponível em: <http://ciencia.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-teve-queda-de-26-no-numero-de-abortos-nos-ultimos-20-anos--diz-estudo,1748631>.
8. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(7):1671-1681.
9. Alves LF. Aborto provocado, aspectos éticos e legais: o direito a vida. *Webartigos [Internet].* 2009 [acesso em 2016 out 6]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/aborto-provocado-aspectos-eticos-e-legais-o-direito-a-vida/16892>.
10. Garcia M. Consenso para quê? *Revista Ciência Hoje [Internet].* 2013 [acesso em 2016 out 6]. Disponível em: [http://www.cienciahoje.org.br/noticia/v/ler/id/2494/n/consenso\\_para\\_que](http://www.cienciahoje.org.br/noticia/v/ler/id/2494/n/consenso_para_que).
11. Ceará, Governo do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde. Informe epidemiológico mortalidade materna. [Internet]. Fortaleza; 2015 [acesso em 2015 maio 16]. Disponível em: [file:///C:/Users/Camila/Downloads/informe mortalidade materna marco 2014%20.pdf](file:///C:/Users/Camila/Downloads/informe%20mortalidade%20materna%20marco%202014.pdf).
12. Benute GRG, Nonnenmacher D, Nomura RMY, Lúcia MCS, Zugaib M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(12):69-73.
13. Borges APG. Abortamento espontâneo: um estudo epidemiológico [dissertação] [Internet]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2013. [acesso em 2015 nov 19]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9201/1/Amantina%20Borges.pdf>.
14. SUS atende 100 vezes mais casos pós-aborto do que faz interrupções legais [Internet]. São Paulo; 2016. [acesso em 2016 out 6]. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2016/03/10/sus-atende-100-vezes-mais-casos-pos-aborto-do-que-faz-interruptoes-legais.htm>.
15. Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. [Internet]. Brasília; 2007. [acesso em 2016 out 6]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>.
16. Brito RS, Santos DLA, Silva AB. Perfil de mulheres em situação de abortamento internadas em uma maternidade escola. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2015 [acesso em 2016 out 6];9(1):15-22. Disponível em: [file:///C:/Users/Camila/Downloads/6747-66643-1-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Camila/Downloads/6747-66643-1-PB%20(6).pdf)

# PERÍODO PÓS-PARTO NA ÓTICA DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Telma Spindola<sup>1</sup>, Lúcia Helena Penha<sup>1</sup>, Alessandra da Terra Lapa<sup>2</sup>, Ana Luiza da Silva Cavalcante<sup>3</sup>, Jamile Machado Rodrigues Silva<sup>4</sup>, Rosana Santos Costa Santana<sup>4</sup>

**Objetivo:** conhecer a vivência das mulheres no pós-parto e discutir a contribuição do profissional de enfermagem para educação em saúde das puérperas. **Metodologia:** estudo descritivo, qualitativo e emprego da técnica de análise de conteúdo. Realizado em hospital universitário com 15 puérperas que responderam entrevista semiestruturada. **Resultado:** as mulheres descreveram sua vivência do puerpério, emergindo os aspectos subjetivos, a ajuda de familiares, as experiências com a amamentação e a importância das atividades educativas nesse processo. **Conclusão:** o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal envolve o saber técnico-científico e o popular, sendo um momento especial na vida das mulheres. O enfermeiro deve estar envolvido nas ações de educação em saúde dessa população, atentando para os aspectos culturais e a preservação da saúde das mulheres.

**Descritores:** Período Pós-Parto, Enfermagem, Saúde da mulher.

## THE POSTPARTUM PERIOD FROM THE PERSPECTIVE OF WOMEN ATTENDED AT A UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** to know the experience of women in postpartum and discuss contribution of professional nursing to the health education of recent mothers. **Methodology:** descriptive study, qualitative, and the job content analysis technique. Carried out at University hospital with 15 recent mothers who answered semi-structured interview. **Results:** women described their experience of puerperium, emerging from the subjective aspects, help from relatives, the experiences with breastfeeding and the importance of educational activities in the process. **Conclusion:** the monitoring of women in pregnancy and puerperal cycle involves scientific and technical knowledge and the popular, being a special moment in the lives of women. The nurse must be involved in the activities of health education of this population, considering the cultural aspects and the preservation of women's health.

**Descriptors:** Post-Partum Period, Nursing, Women's Health.

## EL PERÍODO PÓS-PARTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Objetivo:** conocer la experiencia de las mujeres en posparto y discutir la contribución de la enfermería profesional en educación para la salud de las madres recientes. **Métodos:** estudio descriptivo, cualitativo y la técnica de análisis de contenido de trabajo. Llevó a cabo en el hospital de la Universidad con 15 madres recientes que respondieron la entrevista semiestruturada. **Resultados:** las mujeres describen su experiencia de puerperio, de los aspectos subjetivos, ayuda de familiares, las experiencias con la lactancia y la importancia de las actividades educativas en el proceso. **Conclusión:** el seguimiento de las mujeres en embarazo y puerperal ciclo implica conocimientos científicos y técnicos y el popular, y es un momento especial en la vida de las mujeres. La enfermera debe participar en las acciones de educación para la salud de esta población, prestando atención a los aspectos culturales y la preservación de la salud de la mujer.

**Descritores:** Período de postparto, Enfermería, Salud de la mujer.

<sup>1</sup>Enfermeira, Doutora. Universidade do estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil. E-mail: tspindola.uerj@gmail.com

<sup>2</sup>Mestre. Universidade do estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil.

<sup>3</sup>Estudante. Universidade do estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira. Universidade do estado do Rio de Janeiro - UERJ, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A maternidade é uma fase de mudanças, aflorando uma gama de sentimentos na mulher, que elabora significados próprios do ser mãe<sup>(1)</sup>. Momento marcado por novas emoções, sensações, mudanças físicas, alteração no relacionamento interpessoal e familiar, exigindo da mulher uma grande capacidade de adaptação. O médico ou enfermeiro realizam o seguimento do pré-natal, sendo um momento oportuno para realização de ações educativas para as mulheres e suas famílias, e preparo para o pós-parto.

O enfermeiro tem papel fundamental no acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal. É fundamental no planejamento da assistência à saúde da mulher que todas as informações, como hábitos de vida, crenças, aspectos culturais, conhecimento e experiências da mulher, sejam observadas pela equipe de enfermagem, em virtude da significativa contribuição para a elaboração de intervenções direcionadas às necessidades da puérpera<sup>(2,3)</sup>.

Considerando que, em busca bibliográfica, se constatou o quantitativo reduzido de produções acerca da temática, esta pesquisa torna-se relevante por apresentar a perspectiva da mulher no pós-parto assistida no Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo teve o objetivo de conhecer a vivência das mulheres no pós-parto e discutir a contribuição do profissional de enfermagem para a educação em saúde das puérperas.

## METODOLOGIA

Pesquisa descritiva em abordagem qualitativa, realizada em hospital universitário federal no Rio de Janeiro. Foram incluídas no estudo as puérperas que compareceram para a consulta no puerpério tardio, no período de um a oito meses após o parto. Foram excluídas aquelas que apresentaram complicações no pós-parto e necessitaram permanecer internadas.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada organizada em duas partes: a primeira abordava o perfil socioeconômico e a história obstétrica das participantes; e a segunda apresentava questões relacionadas às experiências vividas pelas mulheres no pós-parto, orientações recebidas pelos profissionais de saúde

para o autocuidado e cuidado do bebê, preparação para o pós-parto, participação em práticas de educação em saúde e sua contribuição, e a participação do enfermeiro nesse processo. As entrevistas foram gravadas em MP3 player, com consentimento das 15 mulheres selecionadas para o estudo. Para preservar o anonimato das participantes, as entrevistas foram identificadas pela abreviação "E" seguido de numeral (E1, E2, E3,...). Os achados foram analisados com emprego da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática<sup>(4)</sup>. Essa técnica se inicia com a leitura das entrevistas, ocorre a identificação das unidades de registro e significações, codificação e classificação dos achados, e no processo de análise emergem as categorias. Na leitura flutuante das entrevistas, foram delimitadas as unidades de registro, sendo organizadas por temas. A seguir, por aproximações e distanciamento dos temas, as categorias foram construídas. O tratamento e interpretação dos resultados obtidos<sup>(4)</sup> foram realizados com auxílio da literatura pertinente. Foram respeitados todos os procedimentos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, e a pesquisa foi autorizada pelo CEP institucional com parecer número 48/2009.

## RESULTADOS

Na análise, emergiram duas categorias: "A vivência das mulheres no puerpério" e "Atividades educativas".

### Categoria 1: A vivência das mulheres no puerpério

As mulheres descreveram as vivências no pós-parto, suas necessidades, ansiedades, momentos de incerteza, mudanças de hábitos e a participação da família nos cuidados com o bebê.

As participantes com vivências anteriores de gestação e parto compararam o puerpério atual com o nascimento de outro(s) filho(s). Referiram emoções e sentimentos aflorados, que se sentiam mais preparadas e seguras, agora, em decorrência da vivência anterior: *Na primeira você tem medo de algumas coisas, mas a segunda foi muito mais tranquila, [...] tinha noção do que estava acontecendo* (E 01).

O pós-parto foi descrito por sensações boas e sentimentos positivos: *Mas passou o primeiro mês, foi maravilhoso. Agora eu já sei, converso com ele. [...] parece que me entende, eu entendo o que ele quer...* (E 05). É um

*“O enfermeiro tem papel fundamental no acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal”*

estado de graça (E 09).

As mudanças no ritmo de vida, após o nascimento do bebê, foram descritas pelas puérperas como mudança do padrão de sono e disposição para realizar tarefas: *À noite, no início, eu não dormia, porque depois que a criança nasceu você não tem mais sono, cochila...* (E 07). *Cansada, já chego no trabalho totalmente cansada, com sono. [...] Isso influencia até na minha alimentação* (E 01).

Nos relatos, percebeu-se que os familiares ajudavam nos cuidados com o bebê, e esse auxílio era oportuno e valorizado: *Minha mãe fazia revezamento [...] tinha dia que não tinha como. Estava morta [de cansaço]* (E 01). *Meu marido até hoje me ajuda, fica à noite, a gente reveza um pouco* (E 03).

Algumas mulheres relataram complicações no pós-parto, como inflamação nas incisões de cesariana e na episiotomia. Outras descreveram presença de dispareunia ou incômodo no local da incisão cirúrgica, especialmente aquelas que tiveram parto vaginal. *Só que eu tive muita dificuldade em voltar a ter relação, [...] sentia muita dor. Estava com medo de me machucar, de abrir, [...]* (E 07). *Os pontos ficaram 'alto'. A única coisa que eu fui orientada foi quando eu tomei o anti-inflamatório, 10 dias. [...] quando faz a primeira penetração, dói bastante* (E 04).

A demora para a saída de colostro e início da amamentação foi descrita por algumas mulheres, bem como a presença de fissura nos mamilos. *Como eu te falei, ele [bebe] puxava e não saía colostro* (E 01). *A amamentação não é assim das melhores coisas do mundo porque dói muito. Sei que é bom para ela. Doer é normal.* (E 10). Entretanto, o ato de amamentar é percebido como um momento singular: *Só dela [o bebê] estar olhando para mim, me acariciando no peito na hora de mamar, é muito bom. [...] é o momento mais íntimo que a gente tem* (E 06).

Em decorrência da gestação, as participantes perceberam modificações corporais. Recuperar o peso anterior ao período gestacional, em pouco tempo, foi a mais apontada: *Eu voltei para o corpo normal muito rápido* (E 03). *O que eu engordei na gravidez, eu emagreci, que foi exatamente 14 Kg. Um mês depois, eu já tinha perdido 10* (E 04).

## Categoria 2: Atividades educativas

O período do pré-natal foi o momento em que as mulheres receberam orientações. Participaram de uma ou mais atividades coletivas no hospital, sendo abordadas orientações para a gravidez, alimentação para o pós-parto, acolhimento da criança e amamentação. *"Na primeira consulta, a gente tem logo uma palestra [...] explica tudo, tira todas as dúvidas. Ele é enfermeiro"* (E 03). *Facilitou bastante, eu achei super importante, não só para mim, mas para outras mães, [...] no pré-natal eles fizeram orientações [na consulta] e também com as palestras* (E 04).

Os profissionais que as mulheres apontaram como participantes das ações educativas foram: o fonoaudiólogo, o enfermeiro e o médico: *Tinha [orientação] no caso, o pessoal da enfermagem daqui, os obstetras e o pediatra do hospital onde ele nasceu* (E 01).

Uma entrevistada sinalizou falhas no momento de orientar. Esses aspectos podem não ser percebidos pelos profissionais: *Eu tirei a roupinha dela, e quando eu estava colocando a roupa dela, eu achei errado ele [o médico] conversar comigo sobre o remédio, como que eu dou, o quanto que eu dou e tudo o mais. Ou eu presto atenção nele, ou eu presto atenção nela* (E 04).

## DISCUSSÃO

A vivência da mulher em gestações anteriores favorece uma melhor adaptação ao puerpério e valoriza o aprendizado adquirido em outras gestações ou períodos pós-parto<sup>(5)</sup>. É necessário proporcionar espaços para que as pessoas envolvidas no cuidado à puérpera discutam assuntos do seu cotidiano com vistas a uma relação humanizada, com escuta ativa e sensível, e o estabelecimento de vínculos entre as puérperas e os profissionais de saúde<sup>(6,7)</sup>.

Na atualidade, tendo como referência o modelo humanizado de assistência à saúde, estimula-se a participação ativa da mulher no processo de cuidado, e se procura dar voz à cliente. A mulher antes não participava desse processo. As decisões sobre a saúde da mulher eram fundamentadas em sistemas paternalistas de assistência à saúde, e os profissionais de saúde decidiam por elas<sup>(8)</sup>.

O organismo da mulher, após o parto, para recompor as condições fisiológicas anteriores à gestação, inicia uma

*“A vivência da mulher em gestações anteriores favorece uma melhor adaptação ao puerpério”*

série de modificações, e as mamas têm sua maior atividade nesse período da amamentação<sup>(6)</sup>. As alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais são frequentes na vida da mulher e de sua família, e podem contribuir para desencadear transtornos emocionais no pós-parto.

O suporte psicológico à família e, principalmente, à mulher, minimiza os transtornos emocionais, fenômenos comuns e transitórios nessa fase e que estão diretamente relacionados às alterações hormonais presentes no pós-parto, como salientam autores<sup>(7-9)</sup>. A chegada do bebê desperta ansiedades, mudanças na vida da mulher e na rotina, exigindo modificações nos hábitos de vida, especialmente entre aquelas inseridas no mercado de trabalho. Uma das principais necessidades apontadas por essas mulheres, portanto, é a preocupação em conciliar a vida profissional e a maternidade<sup>(6)</sup>.

Nos relatos das participantes E01 e E03, percebe-se que, embora secundíparas, necessitaram do apoio do seu núcleo familiar, especialmente no puerpério. A avó materna e o pai são descritos como cuidadores do bebê, junto com a mãe. É importante que o momento do parto seja vivenciado pelo casal para fortalecer a união, sendo fundamental na construção da paternidade e dos vínculos precoces<sup>(10)</sup>.

Os serviços de saúde devem estar acessíveis a mudanças da sociedade, percebendo o companheiro como participante do processo, alguém que contribui com apoio emocional para a mulher, e não como aquele que pode atrapalhar o serviço dos profissionais<sup>(11)</sup>. Nesse contexto, as ações de promoção da saúde devem incluir o companheiro e demais familiares da gestante no processo de aprendizado<sup>(12)</sup> e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem para aliviar a fadiga e outros sintomas das puérperas no período crítico<sup>(13)</sup>.

Para a mulher reiniciar as atividades sexuais após o parto, é necessário um período de adaptação. Os profissionais de saúde devem estar atentos a esses aspectos, considerando que a episiotomia poderá causar sensações de dor e desconforto, além de vergonha da aparência na região genital afetando a atividade sexual<sup>(14)</sup>. Contudo, nem sempre a dor e limitações das mulheres no puerpério são valorizadas pelos profissionais da saúde, afetando diretamente a

qualidade de vida das puérperas<sup>(15)</sup>. O enfermeiro e demais profissionais envolvidos no cuidado pós-parto devem valorizar as necessidades sinalizadas pelas mulheres na consulta do puerpério, e se atentar para as demandas da mãe e não, exclusivamente, para os cuidados do bebê.

A demora para a saída do colostro e o início da amamentação foram mencionados pelas participantes. Muitas mães no pós-parto imediato acreditam que não produzem leite suficiente para o bebê, o que pode interferir no aleitamento<sup>(16,17)</sup>. Orientações quanto ao aleitamento materno, para minimizar riscos e inseguranças relativas ao autocuidado da mulher e a relação mãe-bebê, devem ser abordadas pelo enfermeiro nas atividades de educação em saúde<sup>(6)</sup>.

As mulheres na prática de amamentar são influenciadas por vários aspectos: culturais, características sociodemográficas, experiência pessoal, tradição familiar e escolha pessoal<sup>(17)</sup>. Apesar da identificação de alguns problemas, a maioria considerou o aleitamento uma experiência agradável, confirmando o pressuposto que o ato de amamentar pode ser prazeroso.

Estudo realizado na Turquia observou que as gestantes apresentam alto nível de ansiedade em relação ao parto e ao período pós-parto, preocupando-se com o comportamento negativo dos médicos na hora do parto, e de não conseguirem amamentar o seu filho<sup>(18)</sup>. A aproximação do profissional de saúde a essas mulheres favorece a comunicação, estabelece vínculos e contribui para a prevenção de agravos para a mãe e o bebê.

A educação em saúde pode auxiliar as mulheres no ciclo gravídico-puerperal e favorecer a identificação de intercorrências. No entanto, não deve ser utilizada somente como repasse de informações. Os profissionais de saúde devem considerar que cada mulher é um sujeito único, com expectativas e conhecimentos diferentes<sup>(19,20)</sup>.

As entrevistadas referiram a participação do enfermeiro em atividades de educação em saúde no pré-natal, com orientações em atividades coletivas, grupos de gestantes, e individuais, mas não referiram acompanhamento no puerpério tardio.

Considerando que a instituição sede da pesquisa se trata de um hospital universitário, que conta com a participação

## *“O suporte psicológico à família e, principalmente, à mulher, minimiza os transtornos emocionais”*

de profissionais de distintas áreas como enfermagem, medicina, nutrição, serviço social e psicologia, e que também participam alunos realizando atividades práticas nas referidas áreas de conhecimento, é oportuno salientar o diferencial do atendimento nessas instituições, preocupadas com a formação profissional e o cuidado humanizado dos clientes.

O estudo teve, como limitação, sua realização em um único cenário, sendo oportuno replicar a investigação em outros espaços.

## CONCLUSÃO

O pós-parto é um período singular na vida da mulher. Nesse estudo, emergiram os sentimentos e sensações positivas vivenciadas, as mudanças no ritmo de vida, a participação dos familiares nos cuidados ao bebê e as atividades de educação em saúde.

O enfermeiro contribui para a educação em saúde das mulheres no pré-natal nas consultas de enfermagem ou nas orientações coletivas, entretanto não foi percebida sua presença no seguimento do puerpério.

## REFERÊNCIAS

- Zanatta E, Pereira, CRR. "Ela enxerga em ti o mundo": a experiência da maternidade pela primeira vez. *Temas Psicol.* 2015; 23(4):959-72.
- Spindola T, Progianti JM, Penna LHG. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um Hospital Universitário. *Cienc.* 2012; 18(2):65-73.
- Soares NA, Morgan BS, Santos FBO, Matozinhos FP, Penna CMM. Everyday health-related beliefs and practices among primary health care users. *Rev enferm UERJ.* 2014; 22(1):83-8.
- Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
- Baião MR, Santos MMAS, Libera BD, Machado RCM. Puerperium and its sociocultural dimension from the perspective of women living in Mangueiras - Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Demetra.* 2013; 8 (Supl1):309-20.
- Santos FAPS, Brito RS, Mazzo MHSN. Puerperium and postpartum review: meanings attributed by the mother. *Rev Min Enferm.* 2013; 17(4):859-63.
- Nunes JM, Oliveira EM, Machado MFAS, Costa PNP, Vieira NFC. Being a woman and taking part in a community health educational group: motivations and expectations. *Rev enferm UERJ.* 2014; 22(1):123-8.
- Busanello J, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Lunardi VL, Santos SS. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(4):807-14.
- Barbosa MARS, ngelo, M. Experiences and meanings of post-partum depression in women in the family context. *Enfermeria Global.* 2016; 15(42):280-302.
- Francisco BS, Souza BS, Vitorio ML, Zampieri MFM, Gregório VRP. Fathers' perceptions about their experiences as birth companions. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(3):576-83.
- Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Rene.* 2012; 13(5):994-1003.
- Ximenes VL, Silva ICM, Silva MFP. Participação do companheiro na promoção do aleitamento materno exclusivo em hospital amigo da criança. *Rev Interdisc NOVAFAP.* 2012; 5(1):30-6.
- Song JE, Chae HJ, Kim CH. Changes in perceived health status, physical symptoms, and sleep satisfaction of postpartum women over time. *Nurs Health Sci.* 2014; 16(3):335-42.
- Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19(2):181-5.
- Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa LS, Nakano MAS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(2):264-8.
- Teich AS; Barnett J; Bonuck K. Women's perceptions of breastfeeding barriers in early postpartum period: a qualitative analysis nested in two randomized controlled trials. *Breastfeed Med.* 2014; 9(1):9-15.
- Primo CC, Nunes BO, Lima EFA, Leite FMC, Pontes MB, Brandão MAG. Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Invest Educ Enferm.* 2016; 34(1):198-210.
- Egelioğlu Cetişli N, Denizci Zirek Z, Bakılan Abalı F. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan.* 2016; 16(1):32-42.
- Libera BD, Saunders C, Santos MMAS, Rimes KA, Brito FRSS, Baião MR. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(12):4855-64.
- Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira, MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1):13-21.

# IMAGEM DO ENFERMEIRO SOB A ÓTICA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

Rosimere Vieira Souza<sup>1</sup>, Luanna Carolina Alves<sup>2</sup>, Lorena Lobo Leite Bhering Barra<sup>3</sup>, Luiza Marques Fernandes<sup>3</sup>, Patrícia de Oliveira Salgado<sup>4</sup>, Selma Maria da Fonseca Viegas<sup>5</sup>

Objetivo: conhecer a imagem do enfermeiro frente ao acadêmico de enfermagem. Metodologia: estudo de caso qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, realizado com 26 participantes do 9º período de uma instituição de ensino superior. Os dados foram coletados por meio da entrevista individual e analisados segundo Análise de Conteúdo Temática. Resultados: a imagem se postula em um profissional essencial na área da saúde, que organiza o setor, gerencia ações, lidera a equipe, presta assistência aos pacientes e é referência para outros profissionais. Conclusão: a (des)valorização do profissional foi um dos aspectos na construção dessa imagem e na percepção positiva/negativa do acadêmico frente ao futuro na profissão.

**Descritores:** Educação em Enfermagem, Imagem, Prática Profissional, Pessoal de Saúde, Enfermagem.

## IMAGE OF NURSE UNDER THE PERSPECTIVE OF THE NURSING ACADEMIC

Objective: to know the image of the nurse in front of the nursing academic. Methodology: a qualitative case study based on the Comprehensive Sociology of Daily Life, carried out with 26 participants from the 9th period of an institution of higher education. The data were collected through the individual interview and analyzed according to the Thematic Content Analysis. Results: The image postulates itself in an essential professional in the health area, which organizes the sector, manages actions, leads the team, provides assistance to patients and is a reference for other professionals. Conclusion: The (de) valuation of the professional was one of the aspects in the construction of this image and in the positive / negative perception of the academic towards the future in the profession.

**Descriptors:** Education, Nursing, Image, Professional Practice, Health Personnel, Nursing

## IMAGEN DE ENFERMERAS DE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERIA ACADÉMICO

Objetivo: conocer la imagen de la enfermera en el estudiante de enfermería. Metodología: estudio de caso cualitativo basado en la sociología comprensiva de la vida cotidiana, que se celebró con 26 participantes del noveno período de una institución de educación superior. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales y se analizaron mediante análisis de contenido temático. Resultados: La imagen se postula un profesional esencial en el campo de la salud, que organiza el sector, gestiona las acciones, dirige el equipo, ayuda a los pacientes y es un punto de referencia para otros profesionales. Conclusión: La (des) valoración profesional fue uno de los aspectos de la construcción de la imagen y la percepción positiva / negativa frente académico del futuro en la profesión.

**Descriptor:** Educación en Enfermería, Imagen, Práctica Profesional, Personal de Salud, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: rosyvieira05\_ita@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho.

<sup>3</sup>Enfermeira. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Viçosa.

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de São João Del-Rei.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência cujas essência e especificidade são o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e equânime. O profissional enfermeiro desenvolve, de forma autônoma ou em equipe, atividades de promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde, como também de prevenção de riscos e agravos. Assim, “utiliza da ciência, da arte, da estética e da ética para ações de cuidado destinadas a ajudar as pessoas a viverem mais saudáveis e, quando necessário, a superarem os efeitos da doença como um fenômeno social, existencial, cultural e transitório”<sup>(1,107)</sup>.

Na enfermagem, a própria denominação enfermeiro não ajuda muito a definir a profissão, sobretudo para o público leigo, porque liga o nome a enfermo, doença ou enfermidade. Esse profissional tem uma atuação mais ampla, que inclui ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos.

Há descritas três imagens associadas à enfermeira: “a de mãe que cuida do filho, de doentes ou feridos; a da religiosa que cuidava de alguém como parte do cumprimento do dever cristão e a da enfermeira-servidora que surgiu na Europa protestante a partir do século XVI”<sup>(2,893)</sup>. Essas imagens representam, por tradição e cultura, a feminilização da enfermagem. Nos últimos anos, pode-se afirmar que na enfermagem está se firmando uma tendência à masculinização da categoria, com o aumento da presença masculina na composição. Essa tendência é recente, data do início da década de 1990<sup>(3)</sup>.

A imagem pode significar tanto o quadro que uma pessoa tem do objeto de sua vivência, quanto a opinião, contra ou a favor, que o público pode ter de uma instituição, organização ou personalidade ou ainda o conceito de que uma pessoa goza junto a outrem. Esse conceito está intimamente ligado à ideia de prestígio social e sua construção relaciona-se a concepções, sentimentos e atitudes<sup>(4)</sup>.

Em relação à profissão, a imagem de qualquer categoria profissional, na sociedade, pode ser associada a poder, reconhecimento e status. Por isso, o que a sociedade pensa do profissional é tão importante quanto aquilo que ele é; pois a projeção de uma imagem negativa dificulta o desenvolvimento da profissão e seu reconhecimento por parte da sociedade. A enfermagem tem utilizado pouco e

mal os meios de comunicação para elucidar a comunidade científica e a população em geral sobre suas competências e seu papel na sociedade. Pesquisas no Brasil e no mundo retratam a “invisibilidade” do profissional em relação a seus clientes<sup>(5,55)</sup>.

Nos estágios curriculares, os graduandos podem observar de forma mais abrangente o atuar do enfermeiro, sua maneira de posicionar-se no trabalho, o que pode intervir em seu aprendizado e na visão que constroem do enfermeiro.

Nesse contexto, indagamos: qual a influência da formação acadêmica na construção da imagem do enfermeiro, perante os discentes de enfermagem de uma instituição de ensino superior de Minas Gerais?

O estudo teve como objetivo conhecer a imagem do enfermeiro frente ao acadêmico de enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso qualitativo<sup>(6)</sup>, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano<sup>(7)</sup>.

O cenário foi o curso de graduação em enfermagem de uma universidade de Minas Gerais, com 114 graduandos de enfermagem que atendiam ao critério de inclusão: estar cursando o 9º período da graduação nessa instituição. Foram selecionados por estarem no final do curso e terem tido mais contato com enfermeiros em campos de

estágio. Assim, dos 114 acadêmicos, 26 foram entrevistados, considerando-se a saturação dos dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual aberta, na qual os alunos responderam as seguintes questões: 1- Fale-me, mediante suas experiências acadêmicas e de vida, qual é a imagem que você tem do enfermeiro? 2- Essa imagem que você acabou de relatar modificou ou vem se modificando ao longo do Curso de Graduação em Enfermagem? Para a análise de dados utilizou-se da Análise de Conteúdo Temática<sup>(8)</sup>, originando duas categorias: Atuação do profissional enfermeiro; Contexto profissional: (des)valorização do enfermeiro.

O projeto de pesquisa foi aprovado sob o Parecer nº 0220.0.213.000-11 do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Para garantir o anonimato dos participantes, foram utilizados pseudônimos.

# *“Na enfermagem, a própria denominação enfermeiro não ajuda muito a definir a profissão”*

## RESULTADOS

### Atuação do profissional enfermeiro

A atuação profissional pode ser diversa e influenciar a formação de habilidades e de competências para atuação in loco: *O enfermeiro do setor, geralmente, fica muito afastado do acadêmico, não gosta que a gente faça-lhe pergunta, ou então ele só dá assistência mesmo porque a instituição de uma maneira ou outra obriga (Amazonita). Ah, o enfermeiro ele é... o 'Norte', para o acadêmico?! Eu pude observar no estágio, sem ele nada funcionava... (Ametista). Eu vejo o enfermeiro como um profissional fundamental dentro da equipe multidisciplinar porque ele tá presente 24 horas dentro da instituição, ele tem essa relação mais próxima com o paciente (Esmeralda).*

Os acadêmicos apontam a influência do perfil do enfermeiro sobre o processo de trabalho: *Num hospital tinha andar que era todo organizado, o enfermeiro tinha uma bagagem de conhecimento, ele buscava conhecimento mesmo. Tinha outro andar que era todo desorganizado, sabe, você via, era totalmente diferente um andar do outro numa mesma instituição. Então, assim, você vê o perfil do enfermeiro pela equipe que ele coordena (Diamante). O enfermeiro é um profissional que vai organizar o setor onde ele trabalha, primeiro com um espírito de liderança do pessoal e, depois, com a parte técnica (Ágata).*

O modo como o enfermeiro desempenha suas atividades referenciará toda sua equipe, ou seja, a habilidade, as competências, as atitudes e a liderança determinam seu perfil profissional. Dentre as diversas atribuições é necessário que o enfermeiro promova a interação entre os dicotômicos campos do cuidado e da administração: *A gente vê que o enfermeiro tem que participar, tem que estar junto com sua equipe, trabalhar junto, para ter bons resultados. Se ele se isolar e achar que tá ali pra gerenciar a assistência, e não puser a mão na massa, eu acho que o trabalho fica incompleto (Ametrino). O enfermeiro é um grande articulador, uma pessoa que tem que ter uma visão de gestão muito grande, porque não é apenas o trabalho na assistência (Barita). Mas o que a gente consegue ver é que o enfermeiro, aquele que a gente aprende ser enfermeiro na faculdade, ele não existe, é um ou outro né!? O enfermeiro, ele é um tarefeiro... Parece que ele aliou ao Sistema, aliou a normas e rotinas do hospital*

*e não faz diferente, não faz nada pra mudar (Pérola). Só que, na prática, a gente vê que é completamente diferente, o enfermeiro é um profissional basicamente subordinado aos médicos (Turquesa). Tem instituições que o enfermeiro não tem autonomia nenhuma, ele segue muitas vezes o que o médico pede (Diamante). O enfermeiro tem passado a ideia de um profissional sem autonomia no seu trabalho (Esmeralda).*

### Contexto profissional: (des)valorização do enfermeiro

A imagem profissional pode estar associada à autonomia, ao status, à atuação do profissional no processo de trabalho e a seu reconhecimento/valorização: *Eu tinha uma visão que o enfermeiro era valorizado, tinha trabalho definido... A relação interpessoal dentro de um ambiente hospitalar, eu imaginava que era outra coisa. Hoje, na prática, eu vejo que é totalmente diferente, nós somos desvalorizados (Cornalina). Acho que o enfermeiro é um profissional pouco valorizado, sabe, é um profissional que tem muitas responsabilidades e pouco reconhecimento (Diamante). O enfermeiro é um cuidador, mas que não é valorizado. Nos estágios, a gente tá vendo isso, a remuneração dele é péssima, eu penso que ele se doa demais e as pessoas veem de menos nele (Citrino). Nós somos desvalorizados... e nós somos desunidos entre classe mesmo. Não somos reconhecidos, e isso me deixa um pouco triste porque eu tinha uma visão antes, e hoje eu tenho uma visão totalmente diferente (Cornalina).*

Alguns acadêmicos percebem uma imagem valorizada: *Eu entrei na graduação. Parece que uma luz iluminou tudo... A gente vê realmente o papel do enfermeiro e o papel do técnico... O enfermeiro pra mim realmente tá sendo muito valorizado (Ônix).*

Considerando o valor social da profissão e a amplitude de competências e habilidades que o profissional enfermeiro tem a desempenhar, os resultados apresentam que a valorização da enfermagem deveria ser um de seus atributos.

## DISCUSSÃO

A experiência prática permite ao estudante construir uma identidade profissional própria. A atuação profissional pode influenciar na transformação de conhecimentos, atitudes e habilidades e faz-se necessário que o cenário de prática seja

**“O modo como o enfermeiro desempenha suas atividades referenciará toda sua equipe”**

um ambiente que promova empatia, confiança, paciência e respeito para com os estudantes de enfermagem<sup>(9)</sup>.

A imagem do enfermeiro apresentada é a de um profissional necessário e fundamental no cenário da saúde, indispensável na Unidade, identificada pela forma de atuação desse profissional. Ao cuidar, a presunção é de que o enfermeiro possa ver a pessoa além de sua enfermidade, esse é um artifício prático para despertar o senso de habilidade profissional de relacionar o ser em seu ambiente diverso e suas relações culturais<sup>(10)</sup>.

O enfermeiro carece de atualização contínua, não pode se restringir à aprendizagem adquirida na graduação, e deve atuar como multiplicador dos saberes que necessitam ser socializados com a equipe para que ambos possam se aprimorar permanentemente<sup>(11)</sup>.

O discente expõe sua preocupação ao perceber o enfermeiro como um profissional alienado no sistema. Alunos devem se formar críticos e problematizadores sobre a atuação de enfermeiros que realizam ações mecânicas e tarefas. "Assim, analisar o trabalho da Enfermagem relacionado aos atributos de profissão requer olhar para a utilidade social deste trabalho, assim como para os determinantes histórico-sociais de seu papel no campo multiprofissional de saúde"<sup>(12,40)</sup>.

A submissão da enfermagem à medicina é causada pela própria história da profissão, na qual se esperava dos enfermeiros uma postura caridosa, que fossem capazes de cumprir tarefas prescritas pelos médicos e que cuidassem dos aspectos administrativos do serviço. Com o passar do tempo, essa função se modifica passando o enfermeiro a ser auxiliar do médico, uma estreita relação entre o modelo religioso e a submissão à autoridade médica. Toda essa dependência do conhecimento médico, associada à submissão imposta pelos médicos, é um dos fatores que ainda influencia na postura do corpo da enfermagem<sup>(13)</sup>. Para compreendermos o nosso presente, fazemos comparações com os momentos do passado<sup>(7)</sup>, o que vem ocorrendo com a imagem do enfermeiro.

A atuação, o perfil do profissional enfermeiro e a autonomia, bem como a comunicação efetiva com o acadêmico, têm implicações na construção da imagem do enfermeiro perante o estudante de graduação. A imagem do

enfermeiro concebe um conjunto de representações sociais, as quais por meio de conceitos, afirmações, explicações, reproduzem e são reproduzidas pelas ideologias geradas no dia a dia das práticas sociais, interno-externa a ela. Para Maffesoli<sup>(7)</sup>, o conjunto de representações e suas combinações constituem motores sociais por excelência. Por isso, a projeção de uma imagem negativa dificulta o desenvolvimento da profissão, influencia em sua prática e diminui seu reconhecimento social.

Provocar mudanças na imagem da profissão, provavelmente, exija a veiculação, de forma verossímil, da Enfermagem, instrumentalizando os profissionais da comunicação acerca do conhecimento sobre essa profissão, punindo a comunicação de inverdades divulgadas<sup>(14)</sup>.

O acadêmico assimila cuidado com valorização do enfermeiro. O cuidado significa zelo, atenção, solicitude e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Assim, compreender o valor do cuidado de enfermagem exige uma compreensão ética que contemple a vida como sendo um bem valioso em si, começando pela valorização da própria vida<sup>(15)</sup>.

A imagem de valorização do enfermeiro pode ser influenciada negativamente pela desunião. Vários fatores interferem na relação interpessoal da equipe de enfermagem: descompromisso com os objetivos do trabalho; personalidade dos membros

do grupo; disputa de poder entre os integrantes; problemas pessoais e com familiares interferindo no desempenho profissional; nível de escolaridade diversificado e o egoísmo. Ademais, a desmotivação pelos baixos salários, relações conflituosas em diferentes níveis hierárquicos, problemas no desempenho de funções pela falta de conhecimentos, habilidades e inaptidão dificultam também esse relacionamento entre enfermeiros<sup>(16)</sup>.

Como limitação para os avanços na autonomia e na valorização do enfermeiro apontam-se a fragilidade política dos seus discursos; a pouca apropriação sobre a historicidade da profissão; o apego a imagens idealizadas da enfermagem, que não correspondem à realidade da prática social; a precarização das relações e das condições de trabalho nos serviços. Há de se desenvolver uma cultura crítica de reflexão sobre as fragilidades políticas da enfermagem, para que a busca pela autonomia seja um exercício da qualidade

*“O enfermeiro carece de atualização contínua, não pode se restringir à aprendizagem adquirida na graduação”*

do seu fazer<sup>(17)</sup>.

Os relatos explicitam que o acadêmico se espelhará na imagem positiva do enfermeiro competente, habilidoso, ético e comprometido. Destarte, é imperiosa a necessidade de o enfermeiro atentar para sua atuação no ambiente de trabalho, nas relações interpessoais, no enfrentamento de conflitos, enfim, na prática diária tanto assistencial quanto gerencial.

Considerando o valor social da profissão e a amplitude de competências e habilidades que o profissional enfermeiro tem a desempenhar, os resultados apresentam que a valorização da enfermagem deveria ser um de seus atributos.

## CONCLUSÃO

Os resultados apresentam que a imagem do enfermeiro frente ao acadêmico se postula em um profissional essencial na área da saúde, que organiza o setor, gerencia ações, lidera a equipe, presta assistência aos pacientes e é referência para

outros profissionais. Porém, a insatisfação do acadêmico é presente ao receber um tratamento indiferente dos enfermeiros dos setores onde vivenciaram a prática em estágios.

Os quesitos que qualificam o enfermeiro são fonte de referência para aqueles que pretendem seguir essa profissão. A relação profissional-acadêmico com comunicação efetiva é essencial para a formação de um profissional preparado para a atuação em equipe multiprofissional e em ações interdisciplinares.

A (des)valorização do profissional foi um dos aspectos na construção dessa imagem e na percepção positiva/negativa do acadêmico frente ao futuro na profissão.

Com os resultados do presente estudo com discentes, sugere-se o conhecimento da imagem do enfermeiro frente aos docentes, gestores do ensino e dos próprios enfermeiros que supervisionam estágios curriculares da graduação em enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev. bras. enferm.*, 2011; 64(1): 106-113.
- Campos PFS, Oguisso T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. *Rev. bras. enferm.*, 2008; 61(6):892-898.
- Machado MH, Filho WA, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco* 2015; 6 (1/4): 11-17.
- American Psychological Association. *Dicionário de Psicologia APA*. Artmed, 1 ed, 2010. p. 1042
- Fonseca LF, Silva MJP. Desafiando a imagem milenar da enfermagem perante adolescentes pela internet: impacto sobre suas representações sociais. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11(suplem.):054-062.
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução de Crsithian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 290 p.
- Maffesoli M. *O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva*. Traduzido por Aluizo Ramos Trinta. Porto Alegre: Sulina, 2010. 295 p.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279 p.
- Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DMO, Ito TN. Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(4):505-11
- Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc. Anna Nery.* 2013; 17(1): 133-141
- Amestoy SC, Backes VMS, Trindade LL, Canever BP. Produção científica sobre liderança no contexto da enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(1): 227-33
- Pires DP. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. *Rev. bras. enferm.* 2013 ; 66(spe): 39-44
- Ribeiro JMS. Autonomia profissional dos enfermeiros. *Rev. Enf. Ref., Coimbra*, 2011; serIII(5): 27-36
- Avila LI, Silveira RS, Silveira JT, Lunardi VL, Ommeren LV, Fernandes GFM. Visibilidade da enfermagem sob a ótica de universitários. *Enferm. Foco* 2013; 4(3,4) 211 - 214
- Déborah Ramos KRR, Mesquita SKC, Galvão MCB, Enders BC. Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. *Enfermagem em Foco* 2013; 4(1): 41-44
- Corradi EM, Zgoda LTRW, Paul MFB. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.*, 2008; 13(2): 184-193
- Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. *Rev. esc. enferm. USP.* 2011; 45(spe2) : 1710-1715

# SEGURANÇA DO PACIENTE NA VISÃO DE ENFERMEIROS: UMA QUESTÃO MULTIPROFISSIONAL

Marcos Antônio Nunes de Araújo<sup>1</sup>, Wilson Danilo Lunardi Filho<sup>2</sup>, Rosemary Silva da Silveira<sup>2</sup>, José Carlos Souza<sup>3</sup>, Edsom Luís Devos Barlem<sup>2</sup>, Nanci da Silva Teixeira<sup>4</sup>

Objetivo: identificar como o enfermeiro percebe a segurança do paciente na instituição de saúde em que atua. Metodologia: estudo descritivo, de corte transversal, realizado entre janeiro e fevereiro de 2016, em Dourados/MS, com 52,58% da população de 310 enfermeiros hospitalares. Aplicou-se questionário sociodemográfico com questões vinculadas à segurança do paciente, cujos dados foram submetidos à análise descritiva. Resultados: parte dos enfermeiros apontou menor segurança quanto aos procedimentos, cuidados e administração de medicamentos. Conclusão: compete à equipe multiprofissional atuar na promoção da segurança do paciente, sendo o enfermeiro o profissional apto a identificar e comunicar riscos iminentes, prevenindo a ocorrência de danos e promovendo saúde na sua integralidade, devido à assistência de enfermagem ocorrer ao longo das 24 horas do dia.

**Descritores:** Segurança do paciente, Gerenciamento de risco, Papel do enfermeiro, Raciocínio clínico.

## PATIENT SAFETY IN THE PERSPECTIVE OF NURSES: A MULTI PROFESSIONAL ISSUE

Objective: to highlight how the institutional safety is in the perspective of nurses. Methodology: a cross-sectional descriptive study conducted between January and February 2016, in Dourados City, State of Mato Grosso do Sul, Brazil, with 52.58% of 310 hospital nurses. A sociodemographic questionnaire with questions about "patient safety" was used. A descriptive and statistical analysis was performed. Results: some of the nurses indicated less safety regarding procedures, care and administration of medication. Conclusion: It is the role of multi professional team to promote patient safety. Nurses are capable of identifying and communicating imminent risks, due to their 24 hours assistance, preventing injuries and promoting health in its entirety.

**Descriptors:** Patient Safety, Risks Management, Nurse's Role, Clinical reasoning.

## SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA PERCEPCIÓN DE ENFERMEROS: UNA CUESTIÓN MULTIPROFESIONAL

Objetivo: identificar cómo la enfermera percibe la seguridad del paciente en la institución de salud en que actúa. Metodología: estudio descriptivo de corte trasversal hecho de enero a febrero de 2016, en Dourados/MS, con 52,58% de la población de enfermeros hospitalarias. Se utilizó encuesta sociodemografica respecto la "seguridad del paciente" Se hizo el análisis descriptivo y estadístico. Resultados: parte considerable de los enfermeros indicó menor seguridad cuanto a procedimientos, cuidados y administración medicamentosa. Conclusión: el equipo multiprofesional debe promover la seguridad del paciente, considerando el enfermero como el más apto a identificar y comunicar riesgos iminentes en las 24h de su asistencia, evitando danos e promocionando salud en su integralidad.

**Descritores:** Seguridad del paciente, Administración de riesgos, Función de los enfermeros, Raciocinio clínico.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Doutor. Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. E-mail: marcosjuara10@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeiro. Doutor. Universidade Federal do Rio Grande.

<sup>3</sup>Médico. Doutor. Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestre. Universidade de Caxias do Sul.

## INTRODUÇÃO

Cada vez mais, as instituições de saúde precisam ter como meta prioritária atender integralmente e de maneira segura as necessidades de saúde de seus pacientes, sendo muito importante que as atividades desenvolvidas por seus profissionais estejam fundamentadas em pressupostos filosóficos, científicos e metodológicos claros e apropriados para garantir um modelo assistencial de qualidade. A qualidade tem sido uma meta, considerando os constantes aperfeiçoamentos das práticas que buscam a integralidade do cuidado para a satisfação das necessidades de saúde e de segurança de quem depende desses trabalhadores e de seus serviços<sup>1</sup>.

Entretanto, cuidar integralmente, reunindo o conhecimento reflexivo e crítico, exige do enfermeiro raciocinar clinicamente para diagnosticar necessidades de saúde e planejar cuidados de enfermagem de qualidade e seguros. A qualidade do cuidado de enfermagem precisa ser continuamente avaliada, tanto para aprimorar a assistência, como para entender e refletir sobre a segurança do cuidado ofertado<sup>2</sup>. A gerência dos cuidados por parte do enfermeiro produz resultados, implicando diretamente na qualidade e na excelência oferecidas aos pacientes assistidos que, por sua vez, vivenciam a organização do sistema assistencial múltiplo formado pelo quadro de profissionais de enfermagem e saúde. O enfermeiro age na gestão e efetivação do cuidado, na coordenação de recursos humanos e gerência de recursos materiais, no comando e planejamento da assistência e habilitação da equipe de enfermagem, além da avaliação do conjunto das ações<sup>3</sup>.

Em decorrência dos avanços tecnológicos, o hospital tornou-se cada vez mais um ambiente inseguro e o despreparo de profissionais de saúde pode induzir ao erro na prestação da assistência, causando danos de curto, médio ou longo prazos. Além disso, hospitais lotados, insuficiência de leitos e de profissionais, dupla jornada de trabalho, insuficiência de recursos materiais, dentre outros, aumentam o risco de eventos adversos, comprometendo a segurança do paciente e, em alguns casos, provocando até sua morte. Portanto, o enfermeiro precisa se instrumentalizar com indicadores que avaliem tanto a estrutura quanto o processo e os efeitos de suas ações, procurando estabelecer um olhar mais amplo para a qualidade e segurança da assistência prestada<sup>4</sup>.

Atualmente, na área da saúde, há uma imensa busca pela qualidade e pela segurança, apoiada por políticas públicas, gerando mudanças significativas no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos modelos de gestão das instituições<sup>5</sup>. Por sua vez, as modificações demográficas, sociais e econômicas que a sociedade brasileira vivencia, atualmente, têm impactado as categorias de vida e saúde da população e, conseqüentemente, contribuem com novas ações para

o sistema e serviços de saúde do país, influenciando a adaptação a novos perfis de necessidades<sup>4</sup>.

Cabe ressaltar que, embora ainda não tenha o devido reconhecimento como parte importante de um campo autônomo de saber e de intervenção, até mesmo por parcela significativa de seus profissionais, a enfermagem é uma área do saber útil à sociedade, sobretudo, devido ao desenvolvimento de um conjunto de práticas essenciais à vida<sup>6</sup>. Seguindo nessa linha de raciocínio, a realização deste estudo encontrou sua justificativa na importância da temática segurança do paciente, que se mostra recorrente em nosso meio de trabalho. Desse modo, teve-se como objetivo identificar como o enfermeiro percebe a segurança do paciente na instituição de saúde em que atua.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, realizado de janeiro a fevereiro de 2016, no município de Dourados/MS, referência em saúde para 36 municípios da região Sul do estado Mato Grosso do Sul. Considerou-se a população de 310 enfermeiros distribuídos entre sete hospitais (dois filantrópicos, dois públicos e três particulares), cuja amostra foi constituída a partir dos critérios de inclusão: trabalhar há, pelo menos, três meses em um ou mais hospitais e não estar afastado por qualquer motivo, no período da coleta das informações.

A amostra foi constituída por 163 enfermeiros (52,58% do total). Aplicou-se um questionário sociodemográfico que também contemplou questões especificamente vinculadas ao tema da "segurança do paciente" do ponto de vista dos enfermeiros, levando em consideração médicos, fisioterapeutas e enfermeiros como os profissionais diretamente vinculados aos cuidados prestados aos pacientes internados nas unidades dos diferentes hospitais. As questões que constaram no corpo do questionário sociodemográfico estão especificadas no quadro apresentado a seguir:

**Quadro** - Recorte do questionário sociodemográfico com enfoque na percepção do enfermeiro quanto à segurança do paciente.

QUESTÕES	ALTERNATIVAS POSSÍVEIS	
Você se sente seguro com sua assistência prestada ao seu paciente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em que área você observa que o paciente está menos seguro?	<input type="checkbox"/> Procedimento médico <input type="checkbox"/> Procedimento de enfermagem <input type="checkbox"/> Procedimento de fisioterapia <input type="checkbox"/> Cuidados médicos <input type="checkbox"/> Cuidados de enfermagem <input type="checkbox"/> Cuidados de fisioterapia	<input type="checkbox"/> Prescrição <input type="checkbox"/> Prescrição de Fisioterapia médica <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos pela enfermagem <input type="checkbox"/> Orientação médica <input type="checkbox"/> Orientação de enfermagem <input type="checkbox"/> Orientação de fisioterapia

Os dados do questionário sociodemográfico foram armazenados em formato Excel, procedendo-se sua análise descritiva.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos órgãos pertinentes CEPAS/FURG nº184.2015 e CAAE nº50643215.7.0000.5324. Realizou-se a coleta de dados somente após a assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelos participantes e preservou-se o anonimato tanto das pessoas, quanto das instituições envolvidas.

## RESULTADOS

Considerando a variável paciente menos seguro na realização de procedimentos, prescrições, cuidados e orientações obtiveram-se os resultados dispostos na Tabela para Segurança do paciente com relação ao profissional de saúde envolvido, segundo a visão de enfermeiros.

**Tabela** - Respostas dos enfermeiros sobre "segurança do paciente" na realização de procedimentos, prescrições, cuidados e orientações. Dados da pesquisa, 2016.

	Sente-se seguro com a assistência que presta ao seu paciente?		
	Sim	Não	
	94,4%	5,6%	
Em que área observa que o paciente está menos seguro quanto a/aos:			
	Médico/a	de enfermagem	de fisioterapia
<b>Procedimentos</b>	61,7%	8,6%	29,6%
<b>Prescrições</b>	50,7%	48,1%	1,2%
<b>Cuidados</b>	38,18%	27,87%	33,93%
<b>Orientações</b>	41,22%	19,39%	39,39%

## DISCUSSÃO

A enfermagem é uma profissão, cujo objetivo principal é cuidar da saúde e bem-estar do indivíduo, família e comunidade, agindo na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, respeitando princípios éticos e legais no cuidar do ser humano<sup>7</sup>. Possuir conhecimento sobre o corpo e seu perfeito funcionamento é importante para a prevenção e possível controle dos desequilíbrios orgânicos que afetam a saúde. Na visão dos enfermeiros, fica clara a importância atribuída aos fisioterapeutas e médicos, colegas profissionais na atuação no setor de saúde.

A fisioterapia é entendida como aliada na recuperação clínica de pacientes, no âmbito hospitalar, promovendo atividades que buscam a restauração da perda funcional, redução de incapacidades, aprimoramento da funcionalidade, além do tratamento e prevenção de complicações respiratórias, mediante massagem, exercícios e uso de agentes eletrofísicos. Há o entendimento de que ao profissional médico, por sua vez, compete realizar consultas e atendimentos, procedimentos técnicos, tratar e implementar ações para recuperação, manutenção e promoção da saúde,

coordenar programas e serviços de saúde, efetuar perícias, auditorias e sindicâncias, elaborar documentos e difundir conhecimentos da área médica e da saúde. Assim, conforme evidenciado na visão dos enfermeiros, as três profissões e os respectivos cursos de graduação, apesar de estarem na mesma área e atuarem diariamente com os pacientes, são diferentes nos objetivos de suas formações, atribuições e ações.

Sobre as evidências de elementos necessários para a promoção da cultura de segurança institucional, identificou-se que os enfermeiros reconhecem os principais riscos (físicos, químicos, assistenciais, clínicos e institucionais) aos quais os pacientes sob seus cuidados estão expostos. Os riscos apontados são inquietantes, pois evidenciam a qualidade da assistência. Entretanto, após o seu levantamento, precisam ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando reflexões e possíveis propostas de solução e de educação permanente às equipes de enfermagem e de saúde no serviço<sup>8</sup>. A atitude de compartilhar a identificação de riscos pode ser considerada uma primeira e importante estratégia para o estabelecimento de uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

O fisioterapeuta tem como principal instrumento de trabalho o seu próprio corpo. Geralmente, a sua atividade é dinâmica, com grande deslocamento do centro de gravidade, o que lhe exige bom equilíbrio para atuar nas diversas posturas. Além disso, faz uso de agentes como água e calor, instrumentos e equipamentos mecânicos e elétricos no auxílio terapêutico baseado na cinesioterapia, massoterapia, manipulação, eletroterapia, hidroterapia e mecanoterapia. Portanto, em seu trabalho realiza procedimentos e apresenta situações que podem contribuir potencialmente para a diminuição da segurança do paciente<sup>9</sup>.

A análise estatística sobre a segurança do paciente associada às informações sociodemográficas levantadas indicam que os enfermeiros concursados e com mais de cinco anos de experiência percebem o paciente menos seguro, quando os cuidados são realizados por médicos, o que pode advir da maturidade profissional para essa observação. Em pesquisa sobre a segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose, menciona-se que, quando o prescritor não especifica a dosagem requerida em miligramas, utilizando-se de abreviaturas ou siglas nas receitas, aumenta o risco de o paciente receber uma dose medicamentosa diferente da necessária, uma vez que fármacos como a dipirona, por exemplo, apresentam várias formas farmacêuticas no mercado (ampolas de 1ml/500mg, de 2ml/500mg e de 5ml/500mg). Além disso, a identificação adequada do paciente também se faz necessária, uma vez que pessoas com nomes parecidos, internados em uma mesma enfermaria e

recebendo um mesmo medicamento, em doses diferentes, ou tendo necessidade de determinados cuidados, podem ser confundidos, prejudicando os respectivos tratamentos<sup>10</sup>.

Outro estudo enfatiza que a qualidade do cuidado de enfermagem reflete a qualidade e a segurança da assistência ao paciente, sendo que métodos de pesquisa como a pesquisa fotográfica, por exemplo, podem auxiliar no gerenciamento de riscos no trabalho com medicações, ajudando a abreviar o tempo de internações hospitalares, diminuindo a incidência de incapacitações temporárias ou permanentes e prevenindo mortes desnecessárias<sup>11</sup>. Destaca-se, ainda, estudo que aponta ser a enfermagem uma profissão ímpar, em função da oferta e prestação de seus serviços, nas 24 horas do dia ao paciente que se encontra debilitado em seu leito, aguardando uma assistência segura<sup>12</sup>.

Na área de saúde, há interesse crescente pela qualidade em todos os setores. Usuários mais bem informados tornam-se mais exigentes, gestores buscam otimizar o uso dos recursos humanos e materiais e os profissionais de saúde, além de quererem sobreviver profissionalmente no mercado, preocupam-se com a segurança e qualidade do trabalho que realizam, devido ao compromisso ético intrínseco a essa área e que envolve cuidar do bem mais valioso das pessoas que é sua saúde<sup>13</sup>.

A avaliação da qualidade de serviços ganhou importância na área da saúde, em todo o mundo, impulsionada pela demanda de financiadores, prestadores de serviços, profissionais e o público em geral. Estudos sobre a qualidade do cuidado hospitalar vêm ganhando volume, no Brasil, tendo destaque aqueles que exploram a abordagem do processo e do resultado do cuidado. Evidenciou-se que, nos estudos desenvolvidos no país, a preocupação com a abordagem dos recursos da estrutura assistencial prevalece justificada pela deficiência na oferta de profissionais e ausência de ambientes adequados à prestação dos cuidados<sup>14</sup>.

Em pesquisa realizada em 2014, foi identificado que em nenhum dos cuidados de enfermagem foi alcançado um nível desejável de assistência de enfermagem e que, apenas, dois grupos de cuidados foram considerados seguros – *higiene e conforto físico e nutrição e hidratação* – ambos pertencentes à categoria das necessidades humanas básicas psicobiológicas. Essa conclusão mostra que os trabalhadores

de enfermagem possuem dificuldade em ampliar a abrangência de seus cuidados para incluir aqueles que atendam com maior propriedade outras necessidades psicobiológicas, além das necessidades psicossociais e psicoespirituais dos pacientes<sup>15</sup>.

Com o objetivo de contribuir com os avanços científico-tecnológicos acelerados, ampliando o atendimento às exigências dos clientes da saúde, em meio à competitividade no mundo da globalização, as instituições de saúde, a exemplo das demais prestadoras de serviços, vêm buscando assegurar a qualidade do trabalho que realizam, por meio, dentre outros, de ações sistemáticas e periódicas de avaliação<sup>16</sup>.

Por sua vez, as orientações de saúde são consideradas importantes para os pacientes em tratamento e que estão em busca da melhoria da qualidade de saúde. Nesse processo, tornam-se uma tecnologia importante alicerçada no pensamento reflexivo crítico dos profissionais de saúde, por meio do diálogo e do conhecimento socializado<sup>15</sup>.

Além das orientações, os cuidados prestados antes, durante e depois de internações e tratamentos mostram-se relevantes para o alcance e a manutenção da segurança dos pacientes<sup>17</sup>. Entretanto, como as pesquisas têm apontado, muito pouco ou quase nada adianta o paciente ser cuidado por uma equipe multiprofissional, que visa à promoção da sua saúde e do seu bem-estar, se a estrutura não colabora com o funcionamento adequado para a prestação de uma assistência

de qualidade e segura<sup>12</sup>.

Considerando as limitações deste estudo, que dizem respeito ao curto período de coleta de dados (janeiro e fevereiro de 2016) e à circunscrição da população tida como foco (enfermeiros da rede hospitalar de Dourados/MS), entende-se que as visões e perspectivas manifestadas pelos profissionais necessitam ser validadas, por meio de novos empreendimentos que delineiem os pontos de vista de outras populações de enfermeiros sobre a sua prática e de seus colegas de outras profissões no ambiente de trabalho que compartilham.

## CONCLUSÃO

A enfermagem é uma profissão que busca a promoção do bem-estar de seus clientes, os quais, ao longo do percurso do distúrbio de saúde, podem deparar-se com internações e outros procedimentos que podem contemplar cuidados

*“Em pesquisa realizada em 2014, foi identificado que em nenhum dos cuidados de enfermagem foi alcançado um nível desejável de assistência de enfermagem ”*

intensos e ininterruptos, com todo um aparato tecnológico para monitoramento ou realização de investigações, visando a outros diagnósticos. Por esse motivo, compete não somente ao enfermeiro, mas a toda equipe multiprofissional atuar na promoção da segurança desses pacientes mais expostos a riscos e propensos a sofrer algum dano. Nesse sentido, tais afirmações são corroboradas pelos achados desta pesquisa, demonstrando a visão dos enfermeiros sobre os riscos iminentes ao tratamento em saúde e a importância do diálogo e da construção de vias para a ação multidisciplinar que promovam medidas para a garantia da segurança e do bem-estar dos pacientes.

Desse modo, a segurança do paciente, em todas as suas dimensões, vem se tornando uma preocupação constante

para o setor da saúde, motivo pelo qual é um tema que precisa ser intensamente debatido na atualidade, devido às evidências do impacto da ocorrência dos erros e dos eventos adversos nos sistemas de saúde. Assim, percebe-se que a segurança do paciente não é uma problemática individual, tampouco de uma única categoria profissional, mas fruto de um processo que envolve a necessidade da transformação institucional. Promover debates sobre a segurança do paciente e instituir cuidados seguros e que não causem danos evitáveis mostram-se mais do que necessários, no sentido de estabelecer estratégias, com vistas a proporcionar uma assistência de qualidade e implantar uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

- Pertence PP, Melleiro MM. A implantação de uma ferramenta de gestão da qualidade em um hospital universitário. *Rev. Esc. Enferm. da USP*, São Paulo, v. 44, n. 4., p. 1024-1031, dez. 2010.
- Vituri DW, Matsuda M. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. *Rev. Esc. Enferm. da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2., p. 429-437, jun. 2009.
- Santos BP, Ferreira GB, Soares MC, Meincke SMK, Könzgen SM. Ensino de enfermagem no Brasil: do advento do sistema Nightingale ao cenário científico. *Hist. Enf. Rev. Electr.* 2014 Aug.-Dec. [cited 2017 Jan 22]; 5(2):310-22. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-26779>.
- Vieira FS, Caldana RHL, Corradi-Webster CM. Relatos de auxiliares de enfermagem psiquiátricos sobre suas práticas e sobre pessoas internadas por uso compulsivo de substâncias psicoativas. *Saúde transform. soc.* 2013 [cited 2017 Jan 27]; (4):139-48. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2244>
- Padilha EF, Matsuda LM. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-691, ago. 2011.
- Amendoeira J. Ensino de enfermagem: perspectivas de desenvolvimento. *PensarEnferm.*, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 2-13, 1º sem. 2009.
- Pizzoli LML. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital de Heliópolis. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 [citado em 19 dez 2016]; 11(4):1065-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400028>.
- Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. *Esc. Anna Nery.* 2014 [cited 2016 Nov 10]; 18(1):122-9. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/ean\\_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/ean_1414-8145-ean-18-01-0122.pdf).
- Cárdia MCGA. Organização dos Serviços de Fisioterapia no Setor Público de João Pessoa/PB [trabalho de conclusão de curso] 1996. Universidade Federal da Paraíba, Especialização em Saúde do Trabalhador, João Pessoa, PB, Brasil.
- Gimenes FRE, Mota MLS, Teixeira TCA, Silva AEBC, Optotz SP, Cassiani SHB. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010 Nov.-Dec. [cited 2016 Oct 27]; 18(6): 07 telas. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_03.pdf).
- Raduenz AC, Hoffmann PP, Raduenz V, Sasso GTMD, Maliska ICA, Marck PB. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2010 Nov.-Dec. [cited 2016 Oct 30]; 18(6):10 telas. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt\\_02](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02).
- Costa DVS, Fragoso LVC, Queiroz PA, Carvalho SMA, Costa DVS, Freitas MMC. Nursing Contributions to the Patient's Safety in The Intensive Care Unit: An Integrate Review. *Rev enferm UFPE.* 2016 Jun. [cited 2017 Jan 13]; 10(6):2177-88. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/7051>.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática. Brasília (BR): ANVISA; 2013 [cited 2016 Mar 17]. Available from: [http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/imagens/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/imagens/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf).
- Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.* 2013 Jun. [cited 2016 Nov 17]; 29(6): 1063-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a04v29n6.pdf>.
- Freitas JS, Silva AEC, Minamisava R, Bezerra ALO, Souza MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2014 May.-Jun. [cited 2016 Dec 17]; 22(3):454-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3241.2437>.
- Pena MM, Silva EMS, Tronchin DMR, Melleiro MM. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. *Rev. esc. Enferm. USP.* 2013 [cited 2017 Feb 04]; 47(5):1227-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201300005000030>.
- Chistoforo BEB, Carvalho DSS. Cuidados de enfermagem realizada ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Rev Enfermagem USP.* 2009 [cited 2016 Nov 2016]; 43(1):14-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43n1/02.pdf>.

# FAST HUG: UM ALIADO NA MANUTENÇÃO DIÁRIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO

Rebeca Ramos Santos<sup>1</sup>, Danielle de Mendonça Henrique<sup>2</sup>, Luana Ferreira de Almeida<sup>3</sup>, Maridalva de Souza Penteadó<sup>4</sup>, Sandra Regina Maciqueira Pereira<sup>5</sup>, Dayanne Pamela da Silva Santos<sup>6</sup>

**Objetivo:** compreender se enfermeiros consideram relevante a utilização do *Fast Hug* (FH) na assistência ao paciente crítico. **Metodologia:** estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, realizado em uma UTI de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. **Resultados:** das 17 enfermeiras participantes, 11 não conheciam o FH, 10 não haviam trabalhado em instituição que o utilize. O item profilaxia de trombose foi considerado o mais difícil de avaliar por 8 delas; a maioria (15) acreditou ser necessária sua implementação no setor, sendo sugeridas as seguintes estratégias: utilizá-lo na avaliação do paciente, passagem de plantão, *checklist* e visita multiprofissional. **Conclusão:** as enfermeiras demonstraram interesse em aplicar o FH, compreendendo sua relevância.

**Descritores:** Terapia Intensiva, Checklist, Cuidados de Enfermagem, Segurança do Paciente.

## FAST HUG: AN ALLY IN THE DAILY MAINTAINANCE OF NURSING CARE FOR CRITICAL PATIENTS

**Objective:** To understand if nurses consider the use of *Fast Hug* (FH) in the care of critically ill patients to be relevant. **Methodology:** a descriptive study, quantitative and qualitative research, carried out in the intensive care unit of a University Hospital of Rio de Janeiro. **Results:** 11 of the nurses did not know the FH, while 10 never worked in an institution that uses it. Thrombosis prophylaxis was considered the most difficult to assess (08); the majority 15 believe that it is necessary to apply in the sector, the following strategies are suggested: it is used in patient evaluation, shift changes, checklist, multidisciplinary visit. **Conclusion:** nurses showed interest in applying FH, understanding its relevance.

**Descriptors:** Critical care, Checklist, Nursing care, Patient safety.

## FAST HUG: UN ALIADO EN EL MANTENIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

**Objetivo:** Para entender si las enfermeiras consideran relevante la utilización Del *Fast Hug* (FH) em la asistencia a los pacientes en estado crítico. **Metodología:** Estudio descriptivo, pesquisa quantitativo-qualitativa, llevado a cabo em la unidad de cuidados intensivos de un Hospital Universitario de Río de Janeiro. **Resultados:** 11 de las enfermeras no conocía el FH, 10 nunca ha trabajado en una institución que lo utiliza. La profilaxis de latrombosis se considera el más difícil de evaluar (08); 15 cree que es necesaria aplicación em el sector, se sugieren lãs siguientes estrategias: se utiliza em La evaluación del paciente, cambios de turno, checklist, visita multidisciplinaria. **Conclusión:** Las enfermeiras mostraron interes em aplicar el FH, comprendendo supertinencia.

**Descritores:** Cuidados críticos, Checklist, Atención de Enfermería, Seguridad del paciente.

<sup>1</sup>Enfermeira, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E-mail: rebeca.ramos7@hotmail.com

<sup>2</sup>enfermeira, Doutora, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup>Enfermeira, Doutora, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

<sup>4</sup>Enfermeira, Doutora, Universidade de São Paulo.

<sup>5</sup>Enfermeira, Doutora, Escola de Enfermagem Anna Nery.

<sup>6</sup>Enfermeira, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por suas características peculiares, é considerada um cenário assistencial de alto risco. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>1</sup>, mortes por erros ou complicações decorrentes da assistência contribuíram para o início de um movimento mundial para a criação das metas internacionais com vistas a promover a segurança do paciente.

Entre as ferramentas sugeridas para a melhoria contínua da qualidade e da segurança, está a introdução de *checklists* e a prática diária de visitas à beira-leito. Para a prevenção de incidentes, o *checklist* tem sido um instrumento disponível para auxiliar no planejamento para redução de eventos adversos<sup>2</sup>. Foi lançado pela OMS e teve inicialmente sua implementação em centro cirúrgico, mostrando redução de complicações de 11% para 7% após sua introdução<sup>3</sup>.

Essas ferramentas têm potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços à saúde e de reduzir custos na UTI, além de facilitar a aplicação de tarefas complexas, diminuir a variabilidade, melhorar a comunicação entre a equipe e ajudar a garantir que tudo o que deve ser feito realmente seja feito<sup>4</sup>.

Nessa direção, um exemplo de ferramenta para o cuidado seguro na UTI é o *Fast Hug* (FH). Trata-se de um mnemônico, inicialmente proposto pelo médico Jean-Louis Vincent com o objetivo de sistematizar o atendimento ao paciente crítico. Envolve sete itens que devem ser revisados diariamente a fim de evitar omissões nos cuidados intensivos.

São eles: *Feeding* (Alimentação), *Analgesia*, *Sedation* (Sedação), *Thromboembolicprevention* (Profilaxia de trombose venosa), *Head ofbedelevated* (cabeceira do leito elevada), *stress Ulcerprophylaxis* (profilaxia de úlcera de estresse) e *Glucose control* (controle glicêmico)<sup>5</sup>. A sua simplicidade permite rápido aprendizado e utilização pela equipe.

Dessa forma, o *checklist* reforça a lembrança de tarefas mínimas necessárias, tornando-as explícitas e oferecendo não só a oportunidade de verificação de itens, mas o incentivo e o reforço à disciplina de alto desempenho<sup>6</sup>, o que pode ser aplicado ao FH. Assim, entendendo a importância de estabelecer medidas de segurança do paciente nas UTI, objetivou-se neste estudo compreender se os enfermeiros consideram relevante a utilização do FH na assistência ao paciente crítico.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa,

realizado em uma UTI de um hospital universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma unidade com 10 leitos, sendo 1 para isolamento respiratório. Os usuários são atendidos por uma equipe multiprofissional, que inclui residentes, docentes e acadêmicos de graduação e pós-graduação. Os pacientes atendidos nessa unidade são, em geral, clínicos e cirúrgicos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto, em 19/09/16, sob parecer nº 1.734.306. O trabalho foi desenvolvido em duas etapas: 1) Apresentação do FH, ministrada pela autora, 2) Aplicação do instrumento de coleta de dados.

Por considerar o FH uma ferramenta ainda pouco conhecida, considerou-se válida a referida apresentação do conceito de FH, em *PowerPoint*, tendo duração de 30 minutos, a fim de situar os participantes na temática da pesquisa antes de aplicar o instrumento.

O instrumento foi composto de perguntas abertas e fechadas (múltipla escolha) e objetivou apresentar variáveis relacionados à caracterização dos sujeitos, o conhecimento prévio dos participantes sobre o FH, as dificuldades para avaliar os itens do FH e as estratégias sugeridas pelos enfermeiros para sua implementação.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2016, após o recebimento da passagem de plantão a fim de acolher, simultaneamente, as equipes (diurna e noturna).

Os sujeitos foram enfermeiros e residentes de enfermagem que atuam na UTI. Foram incluídos aqueles atuantes no cenário no mês da coleta de dados, que participaram da primeira etapa da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o tratamento dos dados dissertativos, produzidos a partir das questões discursivas, foi utilizada a abordagem qualitativa, por meio da proposta de análise de conteúdo temático de acordo com Minayo<sup>7</sup>. As enfermeiras foram identificadas com nomes de flores para garantir o sigilo das respostas. Para o tratamento das questões objetivas, foi utilizada uma abordagem quantitativa, com o uso de números absolutos.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 17 enfermeiras (9 residentes e 8 estatutárias). A maioria (11) com idade entre 20-29 anos. Em relação à formação profissional, 11 possuíam apenas graduação e as demais, especialização (7) e mestrado (1). Somente 2 das entrevistadas trabalhavam em outro setor de terapia intensiva (tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa. Rio de Janeiro, 2016.

Variável	N
<b>Sexo</b>	
Feminino	17
<b>Idade</b>	
20-29	11
30-39	04
40-59	02
<b>Função</b>	
Residente do 1º ano	04
Residente do 2º ano	05
Plantonista	07
Diarista	01
<b>Titulação</b>	
Graduação	11
Especialização em Terapia Intensiva	04
Outras especializações	03
Mestrado	01
<b>Total</b>	<b>17</b>

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

Após a apresentação do conceito de FH, as enfermeiras responderam ao questionário e os dados foram analisados segundo duas subcategorias: a aplicabilidade e as estratégias

para a implementação na UTI.

### Aplicabilidade na UTI

Após a apresentação da ferramenta, as enfermeiras descreveram as possibilidades de sua aplicação. Todas as enfermeiras julgaram importante a observação dos itens que compõem o FH e 14 revelaram ser de fácil memorização. A Escala de Avaliação de Agitação e Sedação de *Richmond* já é utilizada no setor e foi indicada por 16 enfermeiras como útil na avaliação dos itens sedação e analgesia ao se aplicar o FH. Quanto à necessidade da implementação de um instrumento em formato *checklist*, que contemplasse cada item do FH, a maioria das enfermeiras (16) acreditou ser necessária ao setor.

A fim de analisarmos a aplicabilidade do FH na UTI, as enfermeiras foram questionadas sobre quais itens do FH consideravam difícil (eis) de avaliar durante a visita à beira-leito. Os resultados foram: 08 responderam ter dificuldade em avaliar o item profilaxia de tromboembolismo venoso, seguido de analgesia (07), profilaxia de úlcera de estresse (07), sedação (03) e controle glicêmico (01). Algumas dificuldades foram justificadas e emergiram as seguintes categorias descritas abaixo (Quadro 1).

**Quadro 1** - Dificuldades apontadas pelas enfermeiras ao verificar os itens do *Fast Hug* na assistência ao paciente. Rio de Janeiro, 2016.

Discursos	Subcategorias
Amarilis-“Quando o paciente está bem entregue, não é possível avaliar se a analgesia está sendo efetiva. Dor é bastante subjetiva”.	Analgesia - subjetividade da dor.
Orquídea-“Analgesia, porque nem sempre o paciente consegue expressar o desconforto”.	
Bromélia e Dália-“Os itens (T e U) apenas podem ser avaliados ao verificar a prescrição médica”.	Profilaxia de Trombose e Úlcera - limitam-se à verificação das medicações profiláticas na prescrição.
Jasmim-“Itens A, S e T por motivos que dependem da equipe médica”.	Analgesia, Sedação e Profilaxia de Trombose - Dependem da decisão médica.
Rosa-“O item U, pois envolve análise que excede a inspeção e a palpação presentes no exame físico”.	Analgesia e Profilaxia de Trombose - Demandam avaliação mais profunda para identificar alterações.
Gardênia-“Itens A e T, pois necessitam de maior tempo e avaliação mais aprofundada para identificar essas alterações”.	

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

### Estratégias sugeridas para a implementação do FH na UTI.

Quanto ao melhor momento de aplicar o FH durante a avaliação do paciente, todas responderam ser durante o exame físico (17); no Round (13); na Passagem de plantão (11), durante o aprazamento das prescrições médicas (10).

Quanto às estratégias sugeridas, após a análise das falas das enfermeiras, emergiram as subcategorias: utilizar o FH na passagem de plantão; como *checklist*; na visita multiprofissional; conjugado aos impressos existentes; durante a avaliação do paciente e como atribuição do enfermeiro rotina (quadro 02).

**Quadro 2** – Sugestões e estratégias apontadas pelas enfermeiras como passíveis de serem aplicadas no setor utilizando o processo mnemônico *Fast Hug*. Rio de Janeiro, 2016.

Discursos	Subcategorias
<p>Lavanda-“Constar na folha de passagem de plantão do registro noturno”.</p> <p>Gérbera-“Introduzir na passagem de plantão e no Round multidisciplinar”.</p> <p>Íris-“Incluir item de avaliação da alimentação na passagem de plantão”.</p> <p>Margarida-“Reformular a passagem de plantão para constar o FH”.</p> <p>Camélia-“Incluir na letra U, a prevenção/avaliação de úlcera córnea e de pressão. Adaptar o livro de passagem de plantão ao FH.</p>	Utilização do FH durante a passagem de plantão.
<p>Tulipa-“Checklists comprovadamente diminuem a incidência de erro”.</p> <p>Helicônia-“Implementar no <i>checklist</i> de enfermagem”.</p> <p>Lírio-“Instrumento simples usando o mnemônico com espaço para observações para cada item”.</p>	Utilização do FH em formato checklist
<p>Antúrio e Hortênsia -“Durante a visita multiprofissional”</p> <p>Dália-“Aplicar na visita multiprofissional com todos que avaliam o paciente”.</p>	Utilização do FH durante a visita multiprofissional
<p>Girassol-“Conjugar aos instrumentos já existentes: passagem de plantão e visita clínica diária, condutas de enfermagem e discussão com a equipe”.</p> <p>Rosa-“Os itens do FH já se encontram em instrumentos do setor, porém, podem ser aperfeiçoados e mais objetivos após este treinamento”.</p>	Conjugação do FH aos impressos existentes no setor
<p>Tulipa-“Gera sobrecarga mais um impresso a ser preenchido pelo plantonista. Mas pode fazer parte da sua avaliação”.</p>	Utilização do FH durante a avaliação do paciente
<p>Gardênia-“Mais adequado ser atribuído a um enfermeiro rotina”.</p>	Atribuição do FH ao enfermeiro rotina

Fonte: Instrumento de coleta de dados.

## DISCUSSÃO

Os resultados evidenciados revelaram que a maioria das enfermeiras desconhecia a ferramenta e que, apesar de ser utilizada em outros países, na amostra pesquisada, não foi identificada instituição que aplicasse o FH em sua rotina.

A profilaxia de tromboembolismo venoso foi definida pela maioria das enfermeiras como o item mais difícil de avaliar. O risco deve ser avaliado desde o momento da internação, pela pesquisa de fatores clínicos, medicamentosos e cirúrgicos. A correta utilização da profilaxia deve ser realizada de acordo com o risco apresentado pelo paciente. É recomendado que o paciente clínico seja reavaliado constantemente para indicação ou suspensão da profilaxia<sup>8</sup>.

Quanto às demais dificuldades apresentadas pelas enfermeiras, que dizem respeito à avaliação dos itens do FH, emergiram as seguintes subcategorias: subjetividade da dor; dependem da decisão médica a avaliação da analgesia, sedação e profilaxia de trombose; demandam avaliação profunda para identificar alterações: o controle da dor (analgesia) e profilaxia de trombose.

A dor, em todos os níveis de atenção à saúde, é subdiagnosticada ou mal avaliada, subtratada e, algumas vezes, negligenciada<sup>9</sup>. Isso pode ser relacionado ao seu caráter subjetivo. Logo, torna-se imprescindível a utilização de escalas de avaliação da dor pelos enfermeiros. Tal instrumento deve ser de fácil aplicação e interpretação, possibilitar que as

pequenas alterações sejam avaliadas, examinar a sedação, a fim de realizar a correta titulação de fármacos, além de observar a agitação do paciente<sup>10</sup>. Cabe ao enfermeiro avaliar a eficácia da analgesia empregada, observando os sinais vitais ao monitor antes e após a conduta.

A escala de Sedação e Agitação de *Richmond* foi referida pela maioria das enfermeiras como útil ao avaliar os itens do FH. A sedação, quando excessiva, aumenta o risco de TVP, reduz a motilidade intestinal, a pressão arterial, a capacidade de extração de oxigênio e aumenta o risco de polineuropatia.

Para evitar a sedação excessiva, surgiu o conceito de interrupção diária da infusão de sedativos, incorporada por cerca de 30% das UTIs, a fim de avaliar a necessidade de sedativo e diminuir o acúmulo, o tempo de ventilação mecânica e a permanência na UTI<sup>10</sup>.

A simples medida de verificação diária do FH pode favorecer o fortalecimento do despertar diário de sedação, fazendo com que os profissionais reavaliem a resposta do paciente à dose ofertada de sedativo, proporcionando os ajustes cabíveis.

Emergiu das falas relacionadas à dificuldade, durante a avaliação do FH, a subcategoria decisão médica ao se tratar da avaliação da analgesia, sedação e profilaxia de trombose. Quando questionadas quanto à necessidade de implementar o FH no setor, a maioria respondeu positivamente.

Dentre as variadas estratégias que poderiam ser

implementadas ao utilizar o processo mnemônico FH no setor, a maioria das enfermeiras sugeriu que fosse utilizado no momento da passagem de plantão. Nele, ocorre a troca de informações entre os profissionais e são abordadas questões referentes ao estado dos pacientes, assistência prestada e intercorrências<sup>11</sup>. Assim, os dados recebidos subsidiam a tomada de decisões e quando essas serão reavaliadas.

As informações transmitidas devem ser claras e precisas, pois falhas na comunicação podem representar prejuízos na assistência, inclusive com danos à saúde dos pacientes<sup>12</sup>. Dessa forma, a estratégia em se utilizar o FH durante a passagem de plantão pode permitir avaliar os itens no início da jornada de trabalho, a fim de priorizar condutas e verificar os resultados.

A maioria das enfermeiras considerou o mnemônico de fácil memorização, o que confere maior aceitação e aplicabilidade pela equipe. Além disso, o perfil jovem dos profissionais deste estudo pode sugerir maior receptividade à ferramenta apresentada.

Como limitações do estudo, considera-se que há poucas publicações na literatura sobre a temática *fast hug*, o que restringiu a discussão de alguns resultados obtidos no referido estudo.

## CONCLUSÃO

Foi possível constatar no estudo que, quando questionadas quanto ao conhecimento prévio sobre o processo mnemônico FH, a maioria desconhecia e nunca

havia participado de evento, palestra, atualização ou espaço de discussão que abordasse essa temática. Esse dado corrobora o quanto a pesquisa foi relevante, ao tornar conhecido aos enfermeiros o conceito do processo mnemônico FH e como ele pode ser facilmente aplicado na rotina de terapia intensiva.

No que diz respeito às dificuldades para implantação do FH, identificadas durante a avaliação de seus itens, torna-se relevante o aperfeiçoamento das práticas que aproximem os profissionais enfermeiros do uso de escalas de dor, agitação e sedação validadas; do conhecimento de fatores de riscos para trombose e úlcera gástrica; e da interpretação de exames laboratoriais, a fim de tornar a avaliação ao paciente mais direcionada.

Foi possível descrever as estratégias de implementação da ferramenta FH pelos enfermeiros, as quais foram: utilizar no momento da passagem de plantão (forma verbal ou impressa); como um *checklist*; na visita multiprofissional; conjugado aos impressos já existentes no setor; durante a avaliação ao paciente (exame físico) e ser de atribuição do enfermeiro rotina. As enfermeiras demonstraram interesse em aplicar o processo mnemônico FH no setor, compreendendo sua relevância no cuidado ao paciente crítico.

Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas e publicadas e que sejam criados espaços de discussão em eventos científicos, para que a ferramenta se torne conhecida pelos demais profissionais que atuam em UTI e setores afins, objetivando uma assistência mais segura.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde - OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009
2. World Health Organization. WHO Patient Safety Checklists [online]. 2014 [acesso 2017 fev 02]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/em>
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29 [acesso 2017 fev 02]; 360(5):491-9. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>
4. Réa-Neto A, Castro JEC, Knibel MF, Oliveira MC. *Gutis-Guia da UTI segura* [online]. São Paulo (SP): Associação de Medicina Intensiva Brasileira; 2010 [acesso 2017 fev 03]. Disponível em: [http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho\\_GUTIS.pdf](http://www.orgulhodeserintensivista.com.br/PDF/Orgulho_GUTIS.pdf).
5. Vincent JL. Give your patient a Fast Hug (at least) once a day. *Crit Care Med*. 2005 jun;33(6):1225-29.
6. Gawande A. *Checklist: como fazer as coisas bem feitas*. Rio de Janeiro: Sextante; 2011.
7. Minayo MSC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13 ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
8. Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri, SP: Manole; 2010.
9. Ribeiro SB, Pinto JC, Ribeiro JB, Felix MM, Barroso SM, Oliveira LF, et al. Pain Management at Impatient Wards of a University Hospital. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012 set-out; 62(5):599-611.
10. Sakata RK. Analgesia e Sedação em Unidade de Terapia Intensiva. *Ver Bras Anesthesiol*. 2012 nov-dez; 60(6): 648-58.
11. Marques LF, Santiago LC, Felix VC. A passagem de plantão como elemento fundamental no processo de cuidar em Enfermagem: o perfil da equipe de Enfermagem de um hospital universitário. *R PesqCuidFundam*. 2012 abr-jun;4(2):287-82.
12. Brasil. *Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde*. GGES/Anvisa, Brasília. 2011 jan-jul;1(1):1-12.

# ATUAÇÃO ÉTICA DO ENFERMEIRO FRENTE AOS ERROS DE MEDICAÇÃO

Daniela Cavanholi Mangilli<sup>1</sup>, Maria Terezinha Da Assunção<sup>1</sup>, Maria Teresa Brasil Zanini<sup>1</sup>, Valdemira Santina Dagostin<sup>2</sup>, Maria Tereza Soratto<sup>3</sup>

**Objetivo:** identificar a atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. Realizou-se entrevista semiestruturada com 10 enfermeiros. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo. **Resultados:** a atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação inclui a tomada de decisão em relação às intercorrências com o paciente; ações educativas com a equipe de enfermagem; registro do erro e aplicação de penalidades. **Conclusão:** considera-se imprescindível a educação permanente dos profissionais para a prevenção e redução de erros de medicamentos, possibilitando a segurança do paciente e qualificação do serviço.

**Descritores:** Ética, Erros de medicação, Segurança do paciente, Enfermagem.

## ETHICAL ROLE NURSES FACE WITH MEDICATION ERRORS

**Objective:** to identify the work ethics of nurse facing medication errors. Qualitative, descriptive, exploratory field research. Semi-structured interview was held with 10 nurses. Data analysis was carried out from the analysis of content. **Results:** the ethic of the nurse facing medication errors include decision-making in relation to complications with the patient; educational activities with the nursing staff; error log and the application of penalties. **Conclusion:** it is considered vital the permanent education of professionals for the prevention and reduction of medication errors, patient safety and service qualification.

**Descriptors:** Ethics, Medication errors, Patient safety, Nursing.

## ENFERMERÍA ÉTICA FRENTE A LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

**Objetivo:** identificar la ética de trabajo de la enfermera frente a errores de medicación. Investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria y campo. Entrevista semiestructurada se realizó con 10 enfermeras. Análisis de datos se llevó a cabo a partir del análisis de contenido. **Resultados:** la ética de la enfermera frente a errores de medicación incluyen la toma de decisiones en relación con las complicaciones con el paciente; actividades educativas con el personal de enfermería; registro de errores y la aplicación de sanciones. **Conclusión:** se considera imprescindible la formación permanente de profesionales para la prevención y reducción de errores de medicación, seguridad del paciente y calificación de servicio.

**Descriptor:** Ética, Errores de Medicación, Seguridad del Paciente, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC - Email: guiga@unesc.net

<sup>3</sup>Enfermeira. Mestre. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC

## INTRODUÇÃO

Os erros de medicação são eventos complexos, envolvendo procedimentos, profissionais e múltiplas etapas relacionados à prescrição, dispensação e administração do medicamento<sup>(1-3)</sup>.

O processo de medicação percorre um longo caminho iniciando na produção, segue com a prescrição, dispensação e a administração. A administração de medicamentos compreende o processo de checagem, diluição, preparação e administração no paciente. A enfermagem atua diretamente na administração de medicamentos, sendo que sua atuação é crucial para evitar erros<sup>(4)</sup>.

Entre os principais dilemas éticos envolvendo situações de erros de medicação, levando-se em conta gravidade, tipo de erro e medicamentos envolvidos, destacam-se o registro do erro no prontuário, comunicação entre os profissionais, a revelação do erro para o paciente ou familiares, causando danos ou não<sup>(5)</sup>.

Os erros de medicação não devem ser banalizados, nem magnificados, e devem ser adequadamente abordados em todas as suas repercussões pessoais, profissionais e institucionais. O reconhecimento da possibilidade real de sua ocorrência, a avaliação dos riscos, a revisão das etapas do sistema de medicação, a implementação de políticas institucionais para notificação, capacitação e revelação de erros de medicação são os caminhos a seguir<sup>(5)</sup>.

O enfermeiro que exerce essa função deve ter consciência da qualidade na prestação desse serviço e necessita ter conhecimento e habilidade referentes aos aspectos ético-legais, sendo o responsável por toda sua equipe, assim como as implicações que possam ocorrer devido a um erro ao administrar um medicamento ao paciente<sup>(6)</sup>.

Para a segurança do paciente em relação à administração de medicamentos faz-se necessário capacitação contínua da equipe de enfermagem<sup>(3,7,8)</sup> e o desenvolvimento de programas de avaliação e prevenção de erros nas instituições hospitalares<sup>(1)</sup>.

Considerando-se a importância da temática para os enfermeiros, que gerenciam e respondem legalmente por erros cometidos pela equipe de enfermagem, é que se percebeu a necessidade de aprofundamento sobre o tema. Considerado um problema de grande impacto na atividade profissional, pelos danos que podem causar ao paciente, familiares, profissionais e instituição hospitalar, o estudo teve como objetivo identificar a atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação.

## METODOLOGIA

A pesquisa caracterizou-se como qualitativa, descritiva e de campo, realizada em um hospital de pequeno porte no extremo sul catarinense. Os dados foram coletados por

meio de entrevista semiestruturada com 10 enfermeiros atuantes no hospital, independente do setor de atuação, com agendamento prévio, sendo transcritas as falas conforme a realização da entrevista. Como critérios de inclusão da pesquisa foram utilizados enfermeiros atuantes no hospital pesquisado; aceitação para participar da pesquisa segundo Resolução 510/2016<sup>(9)</sup>, e de exclusão os enfermeiros que não estivessem atuando no hospital durante o processo de pesquisa; não aceitação para participar da pesquisa ou não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A análise e interpretação dos dados foram realizadas a partir da categorização dos dados, por meio da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados<sup>(10)</sup>.

A partir da análise dos dados foram delineadas as seguintes categorias norteadoras da pesquisa: perfil dos profissionais e capacitação sobre erro de medicação; os tipos de erros e os fatores relacionados ao erro na administração de medicamentos; atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação.

Para preservar o sigilo e o anonimato dos profissionais participantes da pesquisa, utilizou-se indicador alfanumérico (P1 a P10), respeitando as diretrizes da Resolução 510/2016<sup>(9)</sup>. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo parecer nº 1.696.985/2016.

## RESULTADOS

### Caracterização do perfil dos profissionais

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, todos são do sexo feminino, a idade variou de 24 anos a 39 anos, o tempo de atuação como enfermeiro variou de 1 a 10 anos. Sete enfermeiros possuem especialização em áreas variadas: urgência e emergência (P8); MBA Gestão em Saúde e Controle de Infecção Hospitalar (P2); Centro Cirúrgico, CME, CCIH e Regulação em Saúde (P4); Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente (P5); Cuidados ao paciente crítico; Pediatria e neonatologia; Auditorias em serviços de saúde (P7); Enfermagem Obstétrica (P9); Regulação (P10). Os enfermeiros que estão realizando curso de pós-graduação: Enfermagem do trabalho e Gestão de Clínicas (P1); Pós Urgência e Emergência (P3) e Pós obstetria e neonatologia (P6).

Os profissionais em sua maioria possuem capacitação sobre erro de medicação, sendo importante ressaltar que o enfermeiro P1 respondeu ter tido capacitação sobre erro de medicação somente na graduação e o P6 possui capacitação fora da instituição. Os enfermeiros P3 e P8 não receberam capacitação. O enfermeiro P9 não se recordava de ter recebido alguma capacitação.

### Os tipos de erros que ocorrem na administração de medicamentos

Os principais tipos de erros que ocorrem na administração

de medicamentos estão vinculados à via e à dose; preparo da medicação; horários; troca de paciente e de medicação; dispensação, entre outros erros: P1 - *“Troca de pacientes, dosagens, diluições e reconstituições erradas, vias, contaminações.”* P2 - *“Erros de horários, dose, medicamento, diluição, tempo de administração.”* P3 - *“Erro de medicação, via errada, horário, dose.”* P4 - *“Dose incorreta, via de medicação errada, preparo de medicamento, medicamentos misturados que precipitam, prontuário ilegível, dispensação do medicamento. Não realizado as nove certezas.”* P5 - *“Inúmeros são os tipos que podem ocorrer, desde a dispensação, distribuição, preparo, prescrição e administração.”* P9 - *“Os erros comuns de acontecerem são os de não cumprimento da regra das 5 certezas (paciente certo, via certa, dose certa, hora certa, medicação certa).”*

### Os fatores relacionados ao erro na administração de medicamentos

Os enfermeiros descreveram a diversidade de fatores que envolvem o erro na administração de medicamentos, sendo que a falta de atenção, conhecimento e a sobrecarga de trabalho foram os mais citados segundo os relatos: P1; P3 - *“Falta de atenção, falta de qualificação, sobrecarga (horário de trabalho, número de pacientes por profissional, etc).”* P4 - *“Falta de atenção, excesso de trabalho, despreparo científico e técnico do profissional, falta de comprometimento com o paciente e a instituição.”* P6 - *“Desatenção e falta de leitura da prescrição.”* P7 - *“Falta de conhecimento, falta de acompanhamento, falta de atenção, negligência.”*

### Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação

As medidas tomadas pelo enfermeiro frente ao erro na administração de medicamentos são realizadas a partir da tomada de decisão em relação às intercorrências com o paciente; avaliando e controlando os efeitos adversos advindo do erro.

A avaliação e controle de intercorrências no paciente em virtude de erro de medicação foram ressaltados pelos enfermeiros 1 e 7: P1 - *“[...] comunicar os profissionais necessários (equipe), conversar com o profissional causador do erro e tomar as devidas providências conforme rotinas e gravidade do erro.”* P2 - *“Avaliar o paciente (ver possíveis danos), comunicar o médico assistente (saber as medidas a serem tomadas).”* P3 - *“Chamar o funcionário, orientar e advertir se for o caso. Controlar os efeitos adversos que o erro possa vir a ocasionar.”* P5 - *“[...] tentar tomar medidas, educativas ou sistemáticas, para evitar novos possíveis ‘erros’.”* P7 - *“[...] registrar a ocorrência.”* P8 - *“Realizar uma advertência por escrito e orientar o modo correto de fazer.”* P9 - *“Realizar mais supervisão, avaliar o profissional, discutir*

*e ajudar a esclarecer dúvidas, realizar capacitação, conferir prescrição médica.”* P10 - *“Conversar com o funcionário[...].”*

Destaca-se no relato dos enfermeiros a importância da capacitação contínua da equipe de enfermagem para prevenir o erro de medicações, devendo ser baseada em procedimentos operacionais e protocolos da área segundo os enfermeiros: P4 - *“Treinamento interno, orientação, supervisão e auxílio no preparo e na administração do medicamento. Esclarecimento de dúvidas através dos POP’S e protocolos de segurança do paciente.”* P5 - *“[...] tentar tomar medidas, educativas ou sistemáticas, para evitar novos possíveis ‘erros’.”*

O papel ético do enfermeiro frente aos erros de medicação é bem diversificado, compreendendo desde a orientação do profissional, advertência ou suspensão, dependendo da gravidade do caso; registro no prontuário com comunicação do paciente e equipe; registro do caso no livro de ocorrência, com comunicação ao superior e relato do caso à Comissão de Segurança; Ética e COREN.

Destaca-se nos relatos dos enfermeiros o seu papel enquanto educador da equipe e, dependendo da gravidade do caso, a tomada de decisão a respeito do erro. P2 - *“Conversar com o funcionário e orientá-lo. Dependendo do caso, dar advertência ou suspensão.”* P4 - *“[...] em casos graves, suspende o funcionário, relata para a comissão de ética e COREN.”*

Somente o enfermeiro P6 ressaltou como papel ético frente aos erros de medicação a comunicação do paciente e o registro no prontuário. Para orientação e supervisão da equipe é necessário o aperfeiçoamento e qualificação do enfermeiro sobre erro de medicação. Destaca-se pelos relatos dos profissionais o papel primordial do enfermeiro na educação continuada da equipe, realizando supervisão; observação; orientação; correção de prescrição de medicamentos, para evitar os possíveis erros, sendo fundamental a participação ativa do profissional na organização e supervisão dos padrões operacionais e protocolos institucionais, baseados nas certezas objetivando a segurança do paciente e da própria equipe de enfermagem: P3 - *“Sempre orientar e lembrar as certezas na administração da medicação.”* P4 - *“Treinamentos e educação continuada, orientação do enfermeiro do setor, POP’S e protocolos institucionais.”* P7 - *“[...] padronização de medicações, atuação da comissão de segurança do paciente.”*

### DISCUSSÃO

O resultado da pesquisa denota os variados tipos de erros que ocorrem na administração de medicamentos vinculados à via e à dose; preparo da medicação; horários; troca de paciente e de medicação; dispensação e não cumprimento das certezas. Em pesquisa de revisão integrativa, Gomes et al<sup>(1)</sup> evidenciaram erros na administração de medicamentos na dosagem; medicação errada; troca de paciente; erro de

horário; via errada, além de erro documental.

Os erros de medicação são passíveis de prevenção e o uso das certezas no processo de administração é fundamental para minimizar os incidentes com erros<sup>(12,13)</sup>. Paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora certa, tempo certo, validade certa, abordagem e resposta certa, registro certo, são o roteiro que os profissionais precisam dominar para prestar uma assistência livre de danos<sup>(12)</sup>.

Os fatores que envolvem o erro na administração de medicamentos vinculam-se à falta de atenção, conhecimento e à sobrecarga de trabalho segundo resultado delineado nesta pesquisa.

O erro de medicamentos está associado aos procedimentos e técnicas inadequadas ou incorretas<sup>(1,11)</sup>; falta de identificação do paciente, leito, medicamento, hora e via; letra ilegível<sup>(2)</sup>, conversas na sala de medicações e desatenção<sup>(2,4,11)</sup>, falhas na prescrição médica<sup>(14)</sup>; falhas na comunicação<sup>(4)</sup>; não observação da equipe de enfermagem quanto a possíveis reações medicamentosas<sup>(11)</sup> e à sobrecarga de trabalho<sup>(2,4,14)</sup>.

Os motivos que mais geram a ocorrência de erros na administração de medicação são profissionais que necessitam cuidar de muitos pacientes, gerando sobrecarga dos mesmos, excesso de tarefas, carência de profissionais e falta de atenção. Falta de conhecimento e a inexperiência também são identificados como fatores relevantes para a ocorrência de erros<sup>(4,15)</sup>.

É imprescindível que a equipe de enfermagem possua conhecimento técnico atualizado sobre o mecanismo de ação, interações e reações adversas dos medicamentos<sup>(3,7,11)</sup> para a segurança do paciente e da equipe a fim de reduzir os eventos adversos<sup>(11)</sup>.

A prevenção do erro de medicação deve ser discutida por todos os profissionais envolvidos no sistema de medicação. A assistência de saúde qualificada e que almeje a segurança do paciente constitui-se em um trabalho coletivo no qual as responsabilidades também devem ser compartilhadas<sup>(4)</sup>.

A atuação ética frente aos erros de medicação segundo os enfermeiros entrevistados inclui a tomada de decisão em relação às intercorrências com o paciente; ações educativas com a equipe de enfermagem; registro do erro e aplicação de penalidades.

Em pesquisa de Siqueira et al<sup>(13)</sup>, as condutas adotadas pela equipe de enfermagem perante o erro de medicação envolve comunicar o incidente ocorrido aos supervisores, com adoção de ações prudentes no processo de trabalho com conferências preventivas da medicação e das certezas no preparo e administração das medicações. Notificar, mensurar e analisar a ocorrência do erro de medicação e o grau de dano ao paciente pode subsidiar ações de prevenção e controle do evento adverso<sup>(16)</sup>.

O sistema de medicação é complexo, caracterizado pela atuação de diversos profissionais, sendo que a enfermagem deve promover um cuidado adequado e de qualidade visando à prevenção de erros e à segurança do paciente<sup>(17)</sup>.

As maneiras de lidar com os erros de medicação são inúmeras, sendo extremamente importante o registro e notificação dos erros, a comunicação do caso para o responsável, paciente, familiares e para a comissão de segurança da instituição hospitalar.

Destaca-se no relato dos enfermeiros a importância da capacitação contínua da equipe de enfermagem para prevenir o erro de medicações, devendo ser baseada em procedimentos operacionais e protocolos da área segundo os enfermeiros. O estabelecimento de protocolos assistenciais capazes de permitir o rastreamento precoce de riscos e a aplicação de intervenções oportunas pode melhorar a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente<sup>(2,16)</sup>, principalmente em situações onde decisões devem ser tomadas prontamente tanto em relação ao diagnóstico, como a possíveis danos à saúde do cliente<sup>(18)</sup>.

A elaboração de protocolos juntamente com a equipe de enfermagem e a educação permanente são medidas essenciais para mudar velhos hábitos dos profissionais e garantir uma assistência de enfermagem segura e livre de danos.

Medidas como treinamento sobre erros de medicação, adoção de relatórios de ocorrência de erros sem consequentes punições aos envolvidos, organização de medidas administrativas voltadas ao planejamento do sistema de medicação são consideradas estratégias em busca de maior segurança para o paciente, qualificação e integralidade do cuidado<sup>(19)</sup>.

O enfermeiro enquanto responsável por sua equipe deve ter a iniciativa de promover a educação permanente para melhorar a assistência e prevenir a incidência de erros decorrentes de imperícia, imprudência e negligência. Cabe à instituição como empregadora e responsável por seus profissionais incentivar a prática da educação permanente sobre a atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação, oferecendo recursos para tal, melhorando a qualidade técnico-científico de seus profissionais e garantindo a qualidade na assistência prestada na instituição e a segurança do paciente.

## CONCLUSÃO

Foi possível constatar que este tema tão polêmico é, no entanto, uma realidade constante nos hospitais. Os erros de medicamentos são variados e caracterizados pela via errada e dose errada; diluição da medicação; erros de horários; dispensação do medicamento; tempo de administração; troca de pacientes; contaminações; prontuário ilegível; distribuição,

prescrição e administração da medicação, além de não realização das certezas pela equipe de enfermagem.

Diversos fatores podem estar associados aos erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem, estando relacionados à sobrecarga de trabalho; falta de atenção e qualificação; erros na prescrição médica; dispensação errada do medicamento e o próprio sistema.

As medidas tomadas pelo enfermeiro frente ao erro na administração de medicamentos são realizadas a partir da

tomada de decisão em relação às intercorrências com o paciente e o papel ético do enfermeiro frente aos erros de medicação está relacionados às ações educativas com a equipe de enfermagem; registro do erro; advertência ou suspensão.

Nesse contexto, sugere-se a educação permanente da equipe de enfermagem como um fator relevante para a prevenção e redução de erros de medicamentos, assim como medida para melhorar a qualidade nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: Anvisa, 2013. 172 p.
2. Santi T, Beck CLC, Silva RM, Zeitoune RG, Tonel JZ, Reis DAM. Error de medicación en un hospital universitario: percepción y factores relacionados. *Enferm. glob. Murcia*, 2014 jul.; 13(35):172-183.
3. Tomasi YT, Souza GN, Bitencourt JVOV, Parker AG, Martini JG, Mancia JR. Atuação do enfermeiro na administração de medicamentos em uma instituição hospitalar: estudo descritivo. *Enferm. Foco* 2015; 6(1/4): 06-11.
4. Forte ECN, Machado FL, Pires DEP. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(esp.):1-10.
5. Dalmolin GRS, Goldim JR. Erros de medicação em hospitais: considerações a partir da Bioética. *Rev Assoc Med Bras.* 2013; 59(2): 95-99.
6. Sarte AP, Bento AAG, Cortez EA, Carmo TG, Nascimento RM. Responsabilidade ética e legal do enfermeiro na administração medicamentosa: reflexões para o ensino. 2016. [Acesso em: 2016 jun 12]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcef/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/II8445.E8.T4216.D4AP.pdf>.
7. Abreu DPG, Santos SSC, Silva BT, Ilha S. Responsabilidades éticas e legais do enfermeiro em relação à administração de medicamentos para pessoas idosas. *Rev. de Enferm. do Centro Oeste Mineiro.* 2015 set./dez.; 3(5): 1905-1914.
8. Andrade PP, Amaral TS, Omizzolo JAE. Segurança do paciente: administração segura de medicamentos. *Rev. Inova Saúde. Criciúma*, 2015 nov.; 4(2):45-60
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. [Acesso em 2016 out. 30]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.
11. Gomes ATL, Assis YMS, Silva MF, Costa IKF, Feijão AR, Santos VEP. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2016 jul/set; 21(3): 01-11.
12. Coren/SC, Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Resposta Técnica-Coren/SC nº 016, 2013. [Acesso em: 2016 nov. 11]. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Resposta-T%C3%A9cnica-016-2013-CT-Nove-certos-na-administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos.pdf>.
13. Siqueira CL, Ferreira KM, Souza TC, Feldman LB. Sentimentos experimentados por equipes de enfermagem acerca dos erros de medicação. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(esp.): 1-10.
14. Nascimento MA, Freitas K, Oliveira CGS. Erros na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem: uma revisão sistemática. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Aracaju*, 2016. out; 3(3): 241-256.
15. Vestena CFL, Girardon-Perlini NMO, Rosa BVC, Stamm B, Beuter M, Rosa N. Erros na administração de medicamentos: estudo com uma equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPI.* 2014 out-dez; 3(4):42-9.
16. Borges MC, Faria JIL, Jabur MRL, Oliveira KA, Zborowski IP, Beccaria LM. Erros de medicação e grau de dano ao paciente em hospital escola. *Cogitare Enferm.* 2016 out/dez; 21(4):1-9.
17. Pereira CDFD, Tourinho FSV, Santos VEP. Segurança do paciente: avaliação do sistema de medicação por enfermeiros utilizando análise fotográfica. *Enferm. Foco* 2016; 7(1): 76-80.
18. Paes GO, Mesquita MGR, Moreira MB. Melhores práticas aplicadas à segurança do paciente na administração de medicamentos. *J Nurs UFPE, Recife*, 2016 dez; 10(Suppl. 6):4969-73.
19. Marini DC, Pinheiro JT, Rocha CS. Avaliação dos erros de diluição de medicamentos de administração intravenosa em ambiente hospitalar para o desenvolvimento de um guia de diluição e administração dos mesmos. *Infarma* 2016 jul; 28(2):81-89.

# COMPROMETIMENTO DA SEXUALIDADE DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Ana Inêz Severo Varela<sup>1</sup>, Luciana Martins da Rosa<sup>2</sup>, Natália Sebold<sup>2</sup>, Ana Gabriela laverde<sup>2</sup>, Amarildo Maçaneiro<sup>1</sup>, Alacoque Lorenzini Erdmann<sup>3</sup>

**Objetivo:** identificar os obstáculos relacionados à sexualidade e à vida sexual de mulheres com câncer de mama. **Metodologia:** pesquisa descritiva, que incluiu dez mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia residentes no município de Florianópolis, selecionadas pelo método bola de neve. **Dados** obtidos por entrevistas semiestruturadas, realizadas entre março e maio de 2014, submetidos à análise de conteúdo e sustentados teoricamente por estudos afins. **Resultados:** os obstáculos encontrados envolvem o enfrentamento familiar e pessoal comprometidos e a alteração sexual e ginecológica. **Conclusão:** apesar do avanço científico e tecnológico, permanece a necessidade de cuidado integral e individualizado à mulher, aos companheiros e aos familiares.

**Descritores:** Sexualidade, Neoplasias da mama, Mastectomia, Enfermagem.

## COMMITMENT TO SEXUALITY OF WOMEN WITH BREAST CANCER

**Objective:** Identify obstacles related to sexuality and sexual life of women with breast cancer. **Methodology:** descriptive study, which included ten women undergoing mastectomy or quadrantectomy, residents in Florianopolis, selected by snowball method. **Data** from semistructured interviews, conducted between March and May 2014 and submitted to content analysis and theoretically supported by related studies. **Results:** The obstacles encountered includes confrontation of family and personal commitment and sexual and gynecological change. **Conclusion:** Despite the scientific and technological advances remain the need for comprehensive care and individualized to women, to companion and family.

**Descriptors:** Sexuality, Breast neoplasms, Mastectomy, Nursing.

## COMPROMISO DE LA SEXUALIDAD DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

**Objetivo:** Identificar los obstáculos relacionados con la sexualidad y la vida sexual de las mujeres con cáncer de mama. **Metodología:** estudio descriptivo, que incluía diez mujeres sometidas a mastectomía o cuadrantectomia, residentes en Florianópolis, seleccionados por el método bola de nieve. **Los datos** recogidos por entrevistas semi-estructuradas, entre marzo y mayo de 2014, sometido a análisis de contenido y, en teoría apoyada por estudios relacionados. **Resultados:** Los obstáculos encontrados implican hacer frente familia y la evolución sexual y ginecológica personal y comprometido. **Conclusión:** A pesar de los avances científicos y tecnológicos continúa la necesidad de una atención integral e individualizada a las mujeres, compañeros y familiares.

**Descriptores:** Sexualidad, Neoplasias de la mama, Mastectomía, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira. Centro de Pesquisas Oncológicas- Florianópolis/SC.

<sup>2</sup>Enfermeira. Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora. Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: alacoque.erdmann@ufsc.br

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o de maior incidência entre as mulheres e ocupa o segundo lugar no painel geral de incidência de câncer no Brasil. Apesar disso, as taxas de sobrevivência apresentam-se com crescente elevação, graças às novas tecnologias de tratamento e para detecção precoce, especialmente nos países desenvolvidos. No ano de 2012, a incidência do câncer de mama no mundo foi 1.676.633. Para o Brasil, em 2016, são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama<sup>(1, 2)</sup>.

A mulher acometida pelo câncer de mama vivencia o impacto negativo que a doença e as terapêuticas ocasionam sobre as funções sistêmicas, mas, principalmente, sobre a imagem corporal, destacando-se o impacto do enfrentamento da mastectomia, mesmo para aquelas mulheres que realizam a reconstrução mamária. Assim, quanto menos mutiladoras forem as consequências da cirurgia, mais qualidade de vida a mulher poderá desfrutar<sup>(3)</sup>.

As mamas estão fortemente ligadas à sexualidade e à feminilidade, quando alteradas pelo câncer e pelas terapêuticas de controle da doença, a sexualidade da mulher é afetada. Muitas mulheres precisam de ajuda para superar o trauma da doença e do tratamento, bem como para retomar, plenamente, a prática da sexualidade<sup>(4)</sup>. Portanto, é preciso que os profissionais conheçam as dificuldades que permeiam a sexualidade frente ao câncer de mama, a fim de melhorar a comunicação e o vínculo terapêutico para assegurar-se melhor assistência.

Assim, a alteração da estética da imagem corporal e da sexualidade são aspectos inerentes ao câncer de mama, sendo que, essas alterações necessitam ser consideradas continuamente na prática profissional da enfermagem, principalmente quando pensamos em prestar um cuidado integral e humanizado<sup>(6)</sup>. Mas, ainda observa-se comunicação prejudicada entre os profissionais da área da saúde e as mulheres com câncer de mama<sup>(7)</sup>.

Nesse contexto, questiona-se: quais são os obstáculos enfrentados pelas mulheres com diagnóstico de câncer de mama sobre a sexualidade e vida sexual? E estabelece-se o seguinte objetivo deste estudo: identificar os obstáculos relacionados à sexualidade e à vida sexual de mulheres com câncer de mama.

Esse objetivo foi firmado considerando que em outro estudo desenvolvido, que objetivou a identificação das estratégias adotadas por mulheres para minimizar os danos que as terapêuticas utilizadas para o controle do câncer de mama causam sobre a sexualidade e vida sexual, foram encontradas estratégias, mas em virtude do expressivo

relato dos obstáculos, considerou-se importante esta divulgação.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva aprovada eticamente, CAAE 26203413000000121.

Foram incluídas dez mulheres com câncer de mama, submetidas à mastectomia total ou quadrantectomia, com ou sem linfadenectomia axilar há três ou mais anos, em remissão da doença ou realizando hormonioterapia e residentes no município de Florianópolis. A seleção das mulheres foi pelo método bola de neve, que permite que os participantes do estudo indiquem outros participantes para serem incluídos na pesquisa. A primeira entrevista foi indicada por enfermeira especialista em enfermagem oncológica atuante em Florianópolis. O número de mulheres incluídas no estudo foi definido pela saturação dos dados. A coleta dos dados ocorreu entre março e maio de 2014.

Para a coleta dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. A entrevista somente foi realizada após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pergunta que orientou o desenvolvimento do estudo foi: quais são os obstáculos que você ainda vivencia em virtude do diagnóstico de câncer de mama e das mudanças ocasionadas pelo tratamento sobre a sua sensualidade e vida sexual?

As entrevistas gravadas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo<sup>(8)</sup>. A inferência foi sustentada por estudos afins às categorias temáticas. Para garantir o anonimato, cada participante do estudo escolheu um nome de uma flor para representar seus relatos.

## RESULTADOS

As participantes do estudo totalizaram dez mulheres, sete foram submetidas à mastectomia total com linfadenectomia axilar, duas à quadrantectomia com linfadenectomia axilar e uma foi submetida a dois procedimentos, mastectomia total com esvaziamento axilar e quadrantectomia sem esvaziamento axilar (ambas as mamas); seis das entrevistadas convivem com o diagnóstico de câncer de mama há menos de dez anos e quatro há mais de dez anos. As categorias temáticas, resultantes da análise das comunicações foram: enfrentamento familiar comprometido, enfrentamento pessoal comprometido e alteração sexual e ginecológica. No quadro 1, apresentam-se as categorias, temas e unidades de significação (depoimentos das participantes que melhor expressam os temas por categoria temática).

**Quadro 1** - Obstáculos vivenciados por mulheres com câncer de mama, categorias temáticas, temas e unidades de significação. Florianópolis-SC, Brasil. 2014.

CATEGORIAS	TEMAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO
Enfrentamento conjugal comprometido	Separação e/ou divórcio	Era casada... Afetou muito... Marcou muito porque meu marido não me tocava. E isso pra mim foi muito difícil. Um homem que dormia comigo e que não estava conseguindo lidar com a situação. E eu tentei ajudar, tentei... Mas, depois eu fiquei pensando, não cabe a mim, sabe? Porque se pra ele precisa da mulher escultural, peituda, bunduda, a mulher gostosa, que todo mundo diz que a mulher brasileira é assim, o que eu posso fazer? O que eu posso fazer se não sou eu essa mulher? Daí eu acho que as coisas degringolaram um pouco. (Rosa Vermelha)
	Falta de preparo do parceiro para o enfrentamento da doença	[...] quando eu tive câncer de mama, eu vivia com um senhor, aí quando eu descobri o câncer e ele saiu. [...] eu acho que como ele já era mais de idade, ele achou que o câncer ia pegar. Hoje eu me dou bem com ele, mas eu não tive mais nada, por causa desses problemas [...]. (Gérbera)
Enfrentamento pessoal comprometido	Imagem alterada	[...] me sentia desconfortável por causa da cicatriz. (Lirio)
	Depressão / tristeza	Entrei em depressão, saí da depressão, entrei na depressão de novo, saí da depressão (risos), eu acredito que o quadro depressivo nunca vai deixar de existir. [...] E no meu caso, afetou a parte física e a emocional. E eu não consigo passar essa... Então, eu deixo a vida levar! (Margarida)
	Dificuldades para falar sobre sexo	
	Traumas psicológicos	Imagina sem uma mama! E eu era acostumada a usar decote, e coisa... Bem à vontade... Depois passei a usar coisas que me deixam sufocada, pois, se me abaixava parecia que tava todo mundo te olhando... Ninguém notava que eu não tinha um seio, mas pra minha cabeça notavam [...]. (Rosa)
	Tratamento sentido como sofrimento	Por causa do câncer, eu sofri muito com o tratamento e, sei lá, não quis arrumar ninguém naquela época, tava em função do tratamento, fui deixando, fui deixando... hoje eu fiquei traumatizada, eu não sei nem se eu consigo dilatar, não sei nem se eu consigo ter mais relação. (Gérbera)
		Quando eu fiz a cirurgia, eu tive um bloqueio e eu não queria saber de hospital de jeito nenhum! (Rosa)
Alteração sexual e ginecológica	Dor / ressecamento durante o ato sexual	[...] sou mastectomizada e parece que isso separa, que isso assusta o homem. Então, para mim a vida sexual morreu. (Hortência)
	Diminuição da libido	O problema é que a gente fica seca, aí eu vi que até depois que terminou o tratamento, durante o tratamento a relação dóia, a relação dói porque aquilo ali fica seco, aí eu usava aquele KY, aquilo ardia. [...] mas, eu acho que quando terminasse a quimi..., [...] agora dá certo, vou voltar ao normal, eu vou ter lubrificação eu vou ter vontade de fazer sexo, mas não. Passaram os cinco anos do tamoxifeno e a coisa continuou igual e até achei que ficou mais dolorido. (Rosa Vermelha)
	Dificuldade sexual	Minha relação sexual, [...]. afetou claro porque a gente fica com ressecamento vaginal, fica mais dolorido. Eu atualmente não tenho mais aquele tesão, isso acaba, e com essa situação minha de não haver penetração, dói só em tocar, não faço mais o preventivo[...] (Tulipa)

## DISCUSSÃO

O Enfrentamento Familiar Comprometido foi relatado pela maioria das mulheres entrevistadas. Os relatos mostraram maridos e companheiros despreparados para o enfrentamento do processo de adoecer e tratar o câncer junto à companheira. A autoestima e autoimagem dessas mulheres já fragilizadas e/ou prejudicadas pelo diagnóstico e efeitos do tratamento agressivo em seus corpos, agravaram-se pelo fato de serem “rejeitadas” pelos companheiros.

Nesse sentido, o enfermeiro e os profissionais da saúde têm a possibilidade de atuar e ter papel fundamental para apoiar e ajudar a mulher e seu companheiro, identificando-se os problemas e as necessidades. Porém, estudo afirma que a comunicação sobre sexualidade com os profissionais de saúde é descrita pelas mulheres com câncer de mama como prescritiva, com pouco espaço para diálogo e para a reflexão<sup>(9)</sup>.

A sexualidade e sensualidade podem ser melhoradas por meio de redes de suporte, como grupos de apoio, para envolver e aproximar mais o companheiro da mulher com câncer de mama e contribuir para um maior entendimento das condições sociais e afetivas. O cuidado prestado às mulheres com câncer de mama deve ser de forma humanizada, individualizada e integral<sup>(5-7,10,11)</sup>.

Muitos casais conseguem enfrentar o câncer e sair mais fortalecidos, porém muitos não conseguem. O tipo de relacionamento anterior ao adoecimento também corrobora para essa condição. Nessas fases, a atenção interdisciplinar é extremamente relevante, pois as diversas abordagens podem ajudar a mulher, seu companheiro a compreenderem a nova situação de vida e a se tornarem resilientes, na busca de alternativas para um novo viver, com alegria e qualidade de vida.

O Enfrentamento Pessoal Comprometido foi encontrado em mais da metade das entrevistadas. Enfrentar o câncer de mama significa a elaboração de novas escolhas de cuidados, de um novo olhar sobre a vida e o modo de viver. Esse processo gera ou obriga adaptações, impulsionadas pela luta pela sobrevivência em busca da resiliência.

Estudo aponta que, para melhorar os sentimentos negativos que as mulheres têm com a chegada da doença, é necessário apoio familiar, do companheiro e dos profissionais, ajudando-a aos poucos a voltar ao seu papel ativo na sociedade. A participação em grupo de apoio com mulheres que vivenciam a mesma experiência e a reabilitação psicossocial deve ser incentivada. Devendo os serviços de saúde estar preparados para recebê-las, entendê-las, tirando suas dúvidas e dando um cuidado humanizado<sup>(12)</sup>.

Estudos comparativos com sobreviventes de câncer de mama observaram prejuízo na qualidade de vida geral e para os domínios físico e psicológico, em relação às mulheres sem exposição a qualquer doença crônica e, para os funcionamentos físico, de papéis, emocional, cognitivo e social em relação às mulheres da população em geral<sup>(13)</sup>, sendo que, o enfrentamento ineficaz frente à nova condição de vida colaboram com esse prejuízo.

A Alteração da imagem corporal também foi revelada por mais da metade das mulheres entrevistadas e trouxe consequências sobre a identidade da mulher, fortemente influenciada pelos aspectos culturais, sociais e familiares.

Nesse contexto, é importante ressaltar que a enfermagem por meio do diálogo, da problematização, das vivências e das trocas de informações pode proporcionar o surgimento de novos aprendizados<sup>(14)</sup>, possibilitar à mulher compreender a doença e suas consequências e, mais uma vez, favorecer a resiliência e a sobrevivência, mesmo pós-diagnóstico de câncer.

Assim, diante dos relatos, observa-se a importância da avaliação de enfermagem e multiprofissional sobre os aspectos biopsicossociais e capacidade de aceitação como uma contribuição para que a mulher mantenha seu papel, apesar das mutilações vivenciadas e das mudanças no dia a dia pós-diagnóstico de câncer de mama.

A Alteração Sexual e Ginecológica foi encontrada quase que na totalidade dos relatos das mulheres incluídas neste estudo. A mudança da estética corporal causa inibição durante a relação sexual, e gera sentimentos de angústia, vergonha e constrangimento. A mastectomia altera a autoimagem e autoestima das mulheres, gera ansiedade e confusão, inclusive na decisão da reconstrução mamária. Somado a isto, a mulher ainda sofre os efeitos da quimioterapia, que altera a função sexual. Mulheres na pré-menopausa têm efeitos menores que as mulheres na pós-menopausa, principalmente, a longo prazo. O aconselhamento e a educação em saúde podem reduzir a ansiedade, trazendo segurança e melhores escolhas de cuidado<sup>(15,16)</sup>.

Os achados encontrados neste estudo assemelham-se aos encontrados em estudo qualitativo descritivo realizado em Brasília/DF, que também evidenciou que as mulheres relatam tristeza, ansiedade, vergonha, exclusão e mutilações consequentes às terapêuticas<sup>(17)</sup>.

Por fim, registra-se como limite deste estudo o método bola da neve, pois como nesse método as indicações dos participantes são consequentes às indicações das próprias participantes, esse aspecto pode ser considerado um limitador por outros pesquisadores. Como pesquisadoras

deste estudo, a seleção segundo o método bola de neve permitiu seleção aleatória, assim foi percebida como um contribuidor.

## CONCLUSÃO

Os obstáculos encontrados nesta investigação mostram sua repercussão sobre o enfrentamento pessoal e familiar comprometidos, bem como causando alterações sobre a sexualidade e características e ginecológicas.

Os resultados reforçam a necessidade dos enfermeiros adotarem uma postura mais aberta às questões voltadas

à sexualidade e à sensualidade, ao cuidado integral e individualizado à mulher, companheiros e familiares. Reforçam ainda a necessidade de orientação/educação à saúde das mulheres com câncer de mama, dos seus companheiros e da importância da atenção psicológica.

Nesse sentido, recomendam-se o uso dos diagnósticos de enfermagem e o estabelecimento de intervenções de enfermagem para atendimento das necessidades das mulheres com câncer de mama, em busca de uma melhor sexualidade e qualidade de vida, mesmo após o diagnóstico da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. International Journal of Cancer [Internet]. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. 2014
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
3. Simeão SF AP, Landro ICR, De Conti MHS, Gatti MAN, Delgallo WD, De Vitta A. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 mar; [acesso em 2017 fev 17] 18(3): 779-788. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300024&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300024&lng=en&nrn=iso)
4. Ferreira SMA, Panobianco MS, Gozzo TO, Almeida AM. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 jul-set; [acesso em 2017 fev 17]; 22(3): 835-42. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a33.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a33.pdf)
5. Santos DB, Santos MA, Vieira EM. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. Saúde Soc. São Paulo [Internet]. 2014 [acesso em 2016 nov 20]; 23(4):1342-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1342.pdf>
6. Verenhitch BD, Medeiros JN, Elias S, Nazário ACP. Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento. FEMINA [Internet]. 2014 jan-fev [acesso em 2016 ago 22]; 42(1). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4806.pdf>
7. Junqueira LCU, Vieira EM, Giami A, Santos MA. Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 mar [acesso em 2016 ago 22]; 17(44): 89-101. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100008)
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Editora 70; 2011.
9. Vieira EM, Santos DB, Santos MA, Giami A. Vivência da sexualidade após o câncer de mama: estudo qualitativo com mulheres em reabilitação Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [acesso em 2016 nov 23]; 22(3):408-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt\\_0104-1169-rlae-22-03-00408.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00408.pdf)
10. Rosa LM, Radunz V. Significado do câncer de mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. Rev Enferm UERJ. [Internet]. 2012 out-dez [acesso em 2016 ago 22]; 4(20):445-50. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a06.pdf>
11. Alvares AS, Corrêa ACP, Arantes RB. Câncer de Mama e Colo do Útero: estrutura organizacional da prevenção na estratégia saúde da família. Enferm. Foco [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 22]; 4(3/4): 153-6. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/538/221>
12. Ribeiro VC, Portella SDC, Malheiro ES. Mulheres de meia idade e o enfrentamento do câncer de mama. Rev Cuid [Internet]. 2014 [acesso em 2016 nov 23]; 5(2): 799-805. Disponível em: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/120/265>
13. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2012 out [acesso em 2016 ago 22]; 34(10):453-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012001000004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001000004)
14. Santos GS, Teixeira MB. Diagnósticos de enfermagem frequentes em idosos residentes na área de abrangência de uma Estratégia Saúde da Família. REFACS [Internet]. 2013 [acesso em 2016 ago 22]; 1(1):34-41. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/605/424.1>
15. Yi M, Joung WJ, Park EY, Kwon EJ, Kim H, Seo JY. Decision Making Experience on Breast Reconstruction for Women with Breast Cancer. J Korean Acad Nurs [Internet]. 2016 dez [acesso em 2017 fev 17]; 46(6):894-904. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28077836>
16. Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit J, Rautenberg B, Stickeler E, Erbes T, Földi M, Hasenburg A. The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. Support Care Cancer [Internet]. 2016 jun [acesso em 2017 fev 17]; 24(6):2603-9. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-015-3073-2>
17. Santos LR, Tavares GB, Reis PED. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 set [acesso em 2016 ago 22]; 16(3): 459-65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300005&lng=en)

# FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES PADRÃO POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Quézia Boeira da Cunha<sup>1</sup>, Silviomar Camponogara<sup>2</sup>, Etiane de Oliveira Freitas<sup>3</sup>, Camila Pinno<sup>3</sup>, Gisele Loise Dias<sup>3</sup>, Mariana Pellegrini Cesar<sup>4</sup>

Objetivo: identificar os fatores que interferem na adesão às precauções padrão por trabalhadores de saúde em instituições hospitalares. Metodologia: revisão integrativa conduzida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *US National Library of Medicine e SciVerse Scopus*. Resultados: dezesseis estudos atenderam aos critérios estabelecidos. Ficaram evidentes fatores que influenciam na adesão: fatores individuais – conscientização, percepção do risco, percepção da eficácia das medidas de proteção, crenças e valores, conhecimento, subjetividade, relações interpessoais; fatores relacionados ao trabalho – carga de trabalho, obstáculos do trabalho; e fatores organizacionais – disponibilidade de equipamento de proteção individual, estrutura física, supervisão, ações gerenciais. Conclusão: vários fatores interferem na adesão às precauções padrão, sendo fundamental promover aqueles que irão levar à adoção universal e minimizar os que impedem sua plena utilização.

**Descritores:** Precauções universais, Equipamento de proteção individual, Saúde do trabalhador, Pessoal de saúde.

## FACTORS THAT INTERFERE WITH ADHERENCE TO STANDARD PRECAUTIONS FOR HEALTH PROFESSIONALS: INTEGRATIVE REVIEW

Objective: To identify the factors that interfere with adherence to standard precautions for health workers in hospitals. Methodology: Integrative review conducted in the databases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *US National Library of Medicine e SciVerse Scopus*. Results: Sixteen studies met the inclusion criteria. The factors that influence with adherence to standard precautions was evident: individual factors - awareness, risk perception, perception of the effectiveness of protective measures, beliefs and values, knowledge, subjectivity, interpersonal relationships; work factors - workload, work obstacles; and organizational factors - availability of individual protection equipment, physical structure, supervision, management actions. Conclusion: Several factors interfere in adherence to standard precautions, and it is fundamental to promote those that will lead to universal adoption and minimize those that prevent its full use.

**Descriptors:** Universal precautions, Personal protective equipment, Occupational health, Health personnel.

## FACTORES QUE INTERFEREN CON LA ADHESION DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR POR PROFESIONALES DE SALUD: REVISIÓN INTEGRADORA

Objetivo: Identificar los factores que interfieren en la adhesión de precauciones estándar para trabajadores de salud en los hospitales. Metodología: Revisión integradora realizada en bases de datos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *US National Library of Medicine e SciVerse Scopus*. Resultados: Dieciséis estudios cumplieron los criterios de inclusión. Fue factores evidentes que influyen en la adhesión: factores individuales - sensibilización, percepción de riesgo, percepción de la eficacia de las medidas de protección, creencias y valores, conocimiento, subjetividad, relaciones interpersonales; factores de trabajo - carga de trabajo, obstáculos de trabajo; y factores de organización - disponibilidad de EPI, estructura física, supervisión, acciones de manejo. Conclusión: Hay varios factores que influyen en la adhesión a las precauciones estándar, siendo esencial para potenciar los que dará lugar a la adopción universal y reducir al mínimo las que impiden su plena utilización.

**Descriptor:** Precauciones universales, Equipo de protección personal, Salud laboral, Personal de salud.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre. Universidade Federal de Santa Maria – UFMS. [quezinhacunha@hotmail.com](mailto:quezinhacunha@hotmail.com)<sup>3</sup>

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>3</sup>Enfermeira. Universidade Federal de Santa Maria.

<sup>4</sup>Enfermeira. Centro Universitário Franciscano de Santa Maria.

## INTRODUÇÃO

Os trabalhadores da saúde são vulneráveis ao risco biológico devido à exposição que ocorre durante o manuseio direto com sangue e fluidos corpóreos dos pacientes, que são possíveis fontes de transmissão de patógenos<sup>(1)</sup>. As precauções padrão (PP) são medidas de proteção que devem ser executadas, pelos trabalhadores, considerando que quaisquer fluidos corporais (exceto suor) podem conter agentes infectantes<sup>(2)</sup>.

Muitas vezes, os trabalhadores executam suas tarefas sem o uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) e sem a preocupação com a exposição aos riscos<sup>(3,4)</sup>, demonstrando a carência de uma cultura de segurança frente ao risco biológico<sup>(5)</sup>. Os trabalhadores conhecem os riscos a que estão expostos, entretanto, esse conhecimento não se transforma em ações seguras de prevenção de acidentes<sup>(6)</sup>.

No Brasil, apesar de existir uma legislação que contempla grande parte das recomendações internacionais, quanto à exposição ocupacional aos agentes biológicos, percebe-se a persistência da ideia de que o risco é inerente à atividade e que a exposição a esse risco é aceitável<sup>(7)</sup>. A prevenção dos acidentes de trabalho com fluidos biológicos, bem como o monitoramento pós-acidente, é papel fundamental das instituições de saúde para valorização dos trabalhadores<sup>(8)</sup>.

O uso adequado de medidas de proteção é um tema complexo e que pode sofrer influência de diversos fatores. Há necessidade de se discutir questões que envolvem a biossegurança no desenvolvimento das atividades laborais, com foco para a diminuição dos riscos ocupacionais<sup>(9)</sup>. Este estudo teve como objetivo identificar os fatores que interferem na adesão às PP, por trabalhadores de saúde, em instituições hospitalares.

## METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que percorre as seguintes etapas<sup>(10)</sup>: identificação do tema e seleção das questões de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação das evidências e análise (categorização), discussão e apresentação da síntese do conhecimento evidenciado nos estudos analisados.

A busca desenvolveu-se nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e *SciVerse Scopus* (SCOPUS). Na estratégia de busca utilizada na LILACS, foram utilizados os descritores: "exposição

a agentes biológicos" or "exposição ocupacional" or "precauções universais" and "medidas de segurança" or "equipamentos de proteção". Na PUBMED, utilizou-se como estratégia de busca "exposure, occupational" (MESH) and "precautions, universal" (MESH) and "nursing" (all fields) and "1996-2015". Já na SCOPUS, realizou-se a pesquisa com as palavras "exposure to biological agents" (TITLE, ABSTRACT, KEYWORDS) e os filtros de tempo (a partir de 1996) e subárea (enfermagem).

O levantamento dos estudos ocorreu em fevereiro de 2016. Os critérios de inclusão foram: estudos originais que investigaram os fatores que interferem na adesão às PP entre trabalhadores da saúde em ambiente hospitalar, publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 1996 até 2015, que estivessem disponíveis online na íntegra gratuitamente. O marco temporal deve-se ao fato de que as PP terem sido instituídas no ano de 1996, pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Os artigos duplicados foram considerados apenas uma vez. A Figura 1 demonstra o resultado da busca.

**Figura 1** - Estrutura do desenvolvimento do estudo de revisão. LILACS, SCOPUS, PUBMED, 2016

Busca eletrônica nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS	
Identificação de 145 produções	Leitura do título e resumo (113 exclusões por recorte temático)
32 produções	Busca dos artigos na íntegra (06 exclusões por não estarem disponíveis online gratuitamente)
26 produções	Leitura na íntegra (10 exclusões por não responderem à questão de pesquisa)
16 produções	CORPUS DA PESQUISA

Foram encontrados 145 estudos, sendo 113 excluídos por não abordarem a temática de interesse, seis excluídos por não estarem disponíveis online na íntegra gratuitamente. Dos 26 artigos que foram selecionados para análise, 16 responderam à questão de pesquisa e constituíram o *corpus* do estudo (Figura 1). Após leitura exaustiva, os estudos primários foram submetidos à mesma extração e coleta de dados, por meio do preenchimento de um quadro tipo sinóptico. Os artigos foram identificados pela letra A de "artigo", seguida de uma numeração (A1, A2, A3, sucessivamente). Com relação às questões éticas, foram respeitados os preceitos de autoria.

## RESULTADOS

Quanto à origem dos estudos, o Brasil concentrou a maior parte das publicações (43,75%). A população estudada contemplou trabalhadores da enfermagem (75%) e, também, estudos com equipe de enfermagem e equipe médica conjuntamente (25%). O cenário das pesquisas foi,

majoritariamente, hospitais gerais (56,25%), com alguns estudos realizados em setores específicos. Referente ao delineamento metodológico, houve predomínio de estudos quantitativos (68,75%). O Quadro 1 apresenta a identificação, autores, título, ano de publicação e periódico dos estudos.

**Quadro 1** - Artigos que compõem o *corpus* da pesquisa, por autores, título, ano, periódico e país.

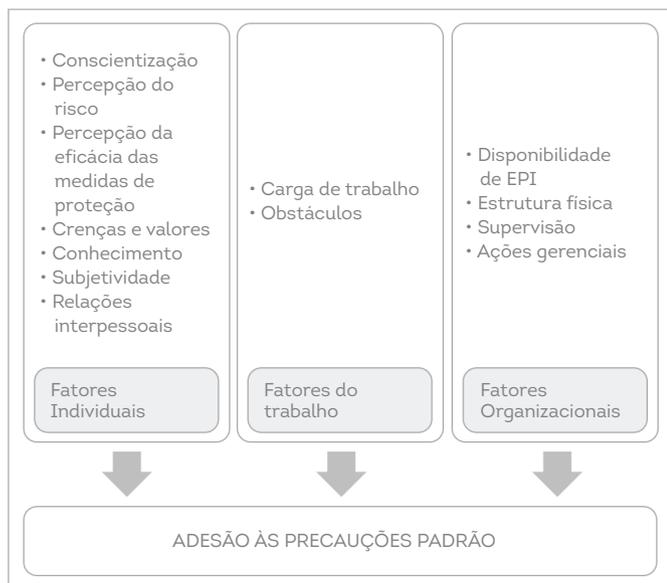
Nº	AUTORES	TÍTULO	ANO	PERIÓDICO
A1	FROTA, O. P.; FERREIRA, A. M.; LOUREIRO, M. D. R.; CHEADE, M. F. M.; REIS, M. G.	O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal.	2012	Rev. Enferm. UERJ
A2	NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; BARBOSA, J. M.; et al.	O uso de equipamentos de proteção individual por profissionais em unidades de endoscopia.	2010	Rev. Enferm UERJ
A3	AKYÜZ, N.; KESKIN, M.; AKYOLCU, N.; et al.	<i>How and how much do endoscopy professionals protect themselves against infection?</i>	2014	International Journal of Surgery
A4	EFSTATHIOU, G.; PAPASTAVROU, E.; RAFTOPOULOS, V.; et al.	<i>Compliance of Cypriot nurses with Standard Precautions to avoid exposure to pathogens.</i>	2011	Nursing and Health Sciences
A5	BREVIDELLI, M. M.; CIANCIARULLO, T. I.	Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções padrão.	2009	Rev Saúde Pública
A6	JEONG, I.; CHO, J.; PARK S.	<i>Compliance with standard precautions among operating room nurses in South Korea.</i>	2008	Am J Infect Control
A7	LYMER, U.; RICHT, B.; ISAKSSON, B.	<i>Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk.</i>	2004	Issues in Nursing
A8	OSBORNE, S.	<i>Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses.</i>	2003	Am J Infect Control
A9	LYMER, U.; RICHT, B.; ISAKSSON, B.	<i>Health care workers' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure.</i>	2003	Journal of Clinical Nursing
A10	MADAN, A. K.; RAAFAT, A.; HUNT, J.; et al.	<i>Barrier Precautions in Trauma: Is knowledge Enough?</i>	2002	The Journal of TRAUMA Injury, Infection and Critical Care
A11	LELIOPOULOU, C.; WATERMAN, H.; CHAKRABARTY, S.	<i>Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: a hospital based survey.</i>	1999	Journal of Hospital Infection
A12	KNIGHT, V. M.; BODSWORTH, N. J.	<i>Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital.</i>	1998	Journal of Advanced Nursing
A13	RIBEIRO, L. C. M.; SOUZA, A. C. S.; NEVES, H. C. C.; et al.	Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual.	2010	Cienc Cuid Saúde
A14	NEVES, H. C. C.; SOUZA, A. C. S.; MEDEIROS, M.; et al.	Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual.	2011	Rev. Latino-Am. Enfermagem
A15	TIPPLE, A. F. V.; AGULIARI, H. T.; SOUZA, A. C. S.; et al.	Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão.	2007	Cienc Cuid Saude
A16	PIAI-MORAIS, T. H.; ORLANDI, F. S.; FIGUEIREDO, R. M.	Fatores que influenciam a adesão às precauções padrão entre profissionais de enfermagem em hospital psiquiátrico.	2015	Rev Esc Enferm USP

Fonte: resultados da pesquisa.

A partir da análise dos estudos, evidenciaram-se fatores que interferem na adesão dos trabalhadores da saúde às PP. Esses fatores foram agrupados em três categorias:

fatores individuais, fatores relacionados ao trabalho e fatores organizacionais. Na Figura 2, são identificados os principais fatores que interferem na adesão às PP.

**Figura 2** - Apresentação esquemática dos fatores que interferem na adesão às PP.



## DISCUSSÃO

Dentre os fatores que interferem na adesão do profissional de saúde às PP, diversas investigações têm demonstrado a importância dos fatores individuais. A conscientização do profissional e a percepção dos riscos ocupacionais são mencionadas em diversos estudos<sup>(11-17)</sup>. Autores<sup>(13)</sup> afirmam que a consciência de estar em risco constante influencia o comportamento dos profissionais. A convivência permanente com a exposição ao material biológico favorece a diminuição da percepção dos riscos pelos profissionais, dificultando a tomada de decisão para a adoção das PP<sup>(16)</sup>.

Algumas vezes, a compreensão do trabalhador quanto à necessidade de adesão às PP é maior que a adesão em si<sup>(17)</sup>. Apesar de representar proteção, as PP não livram totalmente o profissional do risco de se acidentar e adquirir uma doença ocupacional<sup>(16)</sup>. A percepção de ineficiência das medidas de proteção pode influenciar as atitudes adotadas diante de situações de risco. Nesse sentido, a eficácia das medidas de proteção, percebida pelo profissional, é o que direciona a ação e o comportamento do mesmo frente ao risco<sup>(6)</sup>.

Os fatores individuais talvez sejam os mais complexos, considerando que a percepção dos riscos é a primeira tarefa para o uso de PP<sup>(17)</sup>. A falta do medo de se contaminar e a crença de que nada irá acontecer reforçam o sentimento da autoconfiança do trabalhador, o que leva ao descaso no uso do EPI e propicia a (des)proteção<sup>(6, 11)</sup>.

A falta de conhecimento com relação ao risco e ao tipo de EPI indicado, para cada procedimento, também é um fator que leva os profissionais a não utilizarem os EPI ou a fazerem o uso inadequado dos mesmos<sup>(11, 12, 18)</sup>. Estudo<sup>(18)</sup> verificou associação significativa entre bons conhecimentos e o risco reduzido de exposição ocupacional, demonstrando que o conhecimento é um importante fator de promoção do uso de medidas de proteção.

As estratégias educativas associadas à avaliação, revisão

e exigência de práticas seguras no processo de trabalho são apontadas como fundamentais para elevar o nível de adesão às PP<sup>(19-22)</sup>. A educação do trabalhador, por meio da reflexão acerca de sua prática, pode constituir-se em um fator positivo para mudanças preventivas. A ocorrência de acidentes com material biológico pode ser uma oportunidade de problematizar essa experiência e promover a busca da reflexão crítica dos trabalhadores<sup>(19)</sup>.

Além de treinamento regular, é preciso incentivar a participação dos trabalhadores no desenvolvimento de diretrizes e regulamentos, pois o envolvimento voluntário nesse processo pode contribuir para aumentar a adesão<sup>(21)</sup>. Nesse sentido, existe a necessidade de produção de políticas para lidar com as percepções de riscos dos trabalhadores<sup>(15)</sup>.

Por outro lado, o conhecimento nem sempre é suficiente para evitar a exposição biológica. A análise das razões, atitudes e crenças de trabalhadores de enfermagem demonstrou que, mesmo em grupos que conhecem os riscos, existe uma média suscetibilidade dos trabalhadores à exposição biológica<sup>(6)</sup>. Isso evidencia que a adesão às medidas de proteção está relacionada a aspectos que vão além de ter o conhecimento sobre o risco.

A subjetividade dos trabalhadores precisa ser levada em consideração. Estudo<sup>(23)</sup> com abordagem qualitativa apontou que os profissionais vivem um conflito entre diferentes demandas. Esse estudo também revelou que os profissionais que protegem a sua própria integridade biológica podem sentir-se envergonhados perante pacientes ou colegas de trabalho por parecerem mais ansiosos<sup>(23)</sup>.

Quanto aos fatores relacionados ao trabalho, a carga de trabalho demonstrou forte relação com questões de segurança. Trabalhadores da enfermagem da Suécia afirmaram que o aumento da carga de trabalho teve um impacto negativo nas condições de segurança<sup>(23)</sup>. Em outro estudo, o "tempo" foi apontado, por 61% dos participantes, como um fator que não interfere na adesão às PP<sup>(22)</sup>. Além disso, o dilema gerado entre salvar a vida do paciente e cuidar da própria proteção também foi reconhecido como dificultador na adesão às PP<sup>(16)</sup>.

Os fatores organizacionais possuem relação com a adesão às PP. A ausência e a quantidade de EPI pode ser um obstáculo para adesão às PP<sup>(12, 14-16, 19, 20)</sup>. Além disso, a legislação brasileira prevê a obrigatoriedade do uso de dispositivos de segurança<sup>(7)</sup>. Dessa forma, a estrutura física e a supervisão, aliadas à padronização e à socialização de rotinas, contribuem para a segurança no ambiente de trabalho<sup>(6)</sup>.

Um modelo explicativo de adesão às PP que analisa uma intersecção entre fatores individuais, relativos ao trabalho e organizacionais, mostrou a associação simultânea dos mesmos<sup>(24)</sup>. As pesquisadoras<sup>(24)</sup> ressaltam a importância dos fatores organizacionais, com ênfase no suporte estrutural da instituição para favorecer a adoção às PP. Estudo recente, realizado em um hospital psiquiátrico<sup>(25)</sup>, evidenciou que o suporte estrutural oferecido pela instituição não favoreceu a adoção às PP.

Considera-se, como limitação desta revisão, o reduzido número de produções selecionadas neste estudo. Observou-se que muitos estudos ainda têm como foco a incidência

e a caracterização dos acidentes de trabalho, com pouca ênfase sobre os fatores que têm influência para adoção de comportamentos seguros no ambiente hospitalar.

## CONCLUSÃO

A presente revisão evidenciou que fatores relacionados aos próprios indivíduos, ao trabalho e às instituições têm associação com a adesão dos trabalhadores de saúde às PP. Esses fatores atuam tanto isoladamente como entre si, contribuindo de forma positiva ou negativa na adesão às PP. Considera-se essencial examinar esses fatores em diferentes realidades, por meio da realização de novas investigações, que poderão aprofundar a compreensão desses fenômenos.

A educação permanente dos trabalhadores foi apontada como necessária para a incorporação de práticas seguras nas instituições de saúde. Além disso, outras medidas

relacionadas ao ambiente e à organização do trabalho são importantes quando se pretende alcançar uma cultura de segurança organizacional. Essas medidas incluem: melhorias na estrutura física, disposição adequada dos EPI, supervisão das práticas seguras, entre outras. Não se pode pensar em ações voltadas exclusivamente aos indivíduos, sem considerar o contexto e os múltiplos fatores que interferem nesses comportamentos.

A literatura analisada aponta para necessidade do compartilhamento de responsabilidades entre os trabalhadores e os serviços de saúde. Os serviços devem oferecer as condições para a execução de práticas seguras. E os trabalhadores precisam firmar o compromisso ético, reconhecendo o risco a que estão expostos e tomando as medidas preconizadas para minimizar a ocorrência de exposição ocupacional.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Dornelles C, Carvalho LA, Thofehm MB, Nunes NJS, Fernandes HN. Exposição de profissionais de saúde ao material biológico: estudo no ambiente hospitalar. *J Nurs Health*. 2016; 1 (1): 64-75.
- 2 - Valim MD, Marziale MHP, Hayashida M, Richart-Martinez M. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2014; 27 (3): 280-6.
- 3 - Malaguti-Toffano SE, Santos CB, Canini SRMS, et al. Adesão às precauções-padrão de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25 (3): 401-7.
- 4 - Pereira FMV, Malaguti-Toffano SE, Silva AM, Canini SRMS, Gir E. Adesão às precauções -padrão por profissionais de enfermagem que atuam em terapia intensiva em um hospital universitário. *Rev. Esc Enferm. USP*. 2013; 47 (3): 686-93.
- 5 - Mendonça KM, Tipple AFV, Sousa ACS, Pereira MS, Rappardini C. Acidentes com material biológico em serviços de urgência e emergência. *Ciencia y enfermeria*. 2014; XX (2): 65-71.
- 6 - Neves HCC, Souza ACS, Medeiros M, Munari DB, Ribeiro LCM, Tipple AFV. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. mar-abr 2011 [acesso em: 14 fev. 2016]; 19 (2): [08 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_18](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_18)
- 7 - Galon T, Marziale MHP, Souza WL. A legislação brasileira e as recomendações internacionais sobre a exposição ocupacional aos agentes biológicos. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64 (1): 160-7.
- 8 - Miranda FMD, Sarquis LMM, Cruz EDA, Kirchhoff ALC, Felli VEA. Crenças relacionadas aos acidentes de trabalho com fluidos biológicos. *Rev Enferm UFSM*. 2016; 6 (2): 235-47.
- 9 - Valle A, Moura MEB, Nunes BMVT, Figueiredo MLF. A Biossegurança sob o olhar de Enfermeiros. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20 (3): 361-7.
- 10 - 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.
- 11 - Frota OP, Ferreira AM, Loureiro MDR, Cheade MFM, Reis MG. O uso de equipamento de proteção individual por profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. *Rev. Enferm. UERJ*. 2012; 10 (esp.): 625-30.
- 12 - Neves HCC, Souza ACS, Barbosa JM, Ribeiro LCM, Tipple, AFV, Alves, SB, et al. O uso de equipamentos de proteção individual por profissionais em unidades de endoscopia. *Rev. Enferm UERJ*. 2010; 19 (1): 61-6.
- 13 - Lymer U, Richt B, Isaksson B. Blood exposure: factors promoting health care workers' compliance with guidelines in connection with risk. *Issues in Nursing*. 2004; 13: 547-54.
- 14 - Osborne S. Influences on compliance with standard precautions among operating room nurses. *Am J Infect Control*. 2003; 31 (7): 415-23.
- 15 - Leliopoulou C, Waterman H, Chakrabarty S. Nurses failure to appreciate the risks of infection due to needle stick accidents: a hospital based survey. *Journal of Hospital Infection*. 1999; 42: 53-9.
- 16 - Ribeiro LCM, Souza ACS, Neves HCC, Munari DB, Medeiros M, Tipple AFV. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. *Cienc Cuid Saúde*. 2010; 9 (2): 325-32.
- 17 - Tipple AFV, Agulhari HT, Souza ACS, Pereira MS, Medonça ACC, Silveira C. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6 (4): 441-8.
- 18 - Knight VM, Bodsworth NJ. Perceptions and practice of universal blood and body fluid precautions by registered nurses at a major Sydney teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 27: 746-51.
- 19 - Akyüz N, Keskin M, Akyolcu N, Cavdar I, Ozbas A, Ayoglu T, et al. How and how much do endoscopy professionals protect themselves against infection? *International Journal of Surgery*. 2014; 12: 720-4.
- 20 - Efstathiou G, Papastavrou E, Raftopoulos V, Merkouris A. Compliance of Cypriot nurses with Standard Precautions to avoid exposure to pathogens. *Nursing and Health Sciences*. 2011; 13: 53-9.
- 21 - Jeong I, Cho J, Park S. Compliance with standard precautions among operating room nurses in South Korea. *Am J Infect Control*. 2008; 36 (10): 739-42.
- 22 - Madan AK, Raafat A, Hunt J, Rentz D, Wahle MJ, Flint LM. Barrier Precautions in Trauma: Is knowledge Enough? *The Journal of TRAUMA Injury, Infection and Critical Care*. 2001; 52: 540-3.
- 23 - Lymer U, Richt B, Isaksson B. Health care workers' action strategies in situations that involve a risk of blood exposure. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; 12: 660-7.
- 24 - Brevideilli MM, Cianciarullo TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (6): 907-16.
- 25 - Piai-Morais TH, Orlandi FS, Figueiredo RM. Fatores que influenciam a adesão às precauções-padrão entre profissionais de enfermagem em hospital psiquiátrico. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 (3): 478-85.

# EFETIVIDADE DO FILME DE POLIETILENO NA PREVENÇÃO DE OLHO SECO EM PACIENTES CRÍTICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Diego Dias de Araújo<sup>1</sup>, Nayara Souza Ribeiro<sup>2</sup>, Tânia Couto Machado Chianca<sup>3</sup>

Objetivo: identificar o efeito do filme de polietileno na prevenção de olho seco em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva para adultos. Metodologia: estudo de revisão sistemática, guiada pelas recomendações do PRISMA. Realizou-se busca em sete bases de dados por meio de estratégias que envolveram o cruzamento dos descritores: *Dry Eye Syndromes*, *Keratoconjunctivitis Sicca*, *Corneal Diseases*, *Risk Factors*, *Intensive Care Units*, *Hospital e Nursing*. Resultados: foram identificados 784 estudos primários, avaliados 35 e selecionados quatro, nos quais houve referência à utilização do filme de polietileno para a prevenção de olho seco. Observou-se discreta superioridade na efetividade do filme de polietileno em relação às demais intervenções. Conclusão: as evidências não foram suficientes para afirmar se a eficácia do filme de polietileno é superior às outras intervenções. Sugere-se realização de ensaio clínico randomizado para verificar a eficácia de diferentes intervenções de enfermagem na prevenção de olho seco em pacientes críticos.

**Descritores:** Síndromes do Olho Seco, Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem.

## POLYETHYLENE FILM EFFECTIVENESS IN DRY EYE IN CRITICAL PATIENTS PREVENTION: SYSTEMATIC REVIEW

Objective: To identify the effect of polyethylene film on the prevention of dry eye in critically ill patients admitted to an adult intensive care unit. Methodology: A systematic review study, guided by PRISMA recommendations. Seven databases were searched through strategies that involved the cross-referencing of Dry Eye Syndromes, Keratoconjunctivitis Sicca, Corneal Diseases, Risk Factors, Intensive Care Units, Hospital and Nursing. Results: A total of 784 primary studies were identified, 35 were evaluated and four were selected, with reference to the use of polyethylene film for the prevention of dry eye. There was a slight superiority in the effectiveness of the polyethylene film in relation to the other interventions. Conclusion: The evidence was not sufficient to establish whether the efficacy of the polyethylene film is superior to that of other interventions. We suggest performing a randomized clinical trial to verify the efficiency of different nursing interventions in the prevention of dry eye in critically ill patients.

**Descriptors:** Dry Eye Syndromes, Intensive Care Units, Nursing.

## EFICACIA DE LA PELÍCULA DE POLIETILENO EN OJO SECO EN CRÍTICO PACIENTES PREVENCIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Objetivo: Identificar el efecto de película de polietileno para evitar que el ojo seco en pacientes en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos para adultos. Metodología: estudio de revisión sistemática, guiándose por las recomendaciones PRISMA. Se llevó a cabo la búsqueda en siete bases de datos a través de estrategias que implican el cruce de descriptores: Dry Eye síndromes, queratoconjuntivitis seca, enfermedades de la córnea, factores de riesgo, unidades de cuidados intensivos, del hospital y de enfermería. Resultados: Se encontraron 784 estudios primarios identificados, evaluados y seleccionados de cuatro 35 en la que se hizo referencia a la utilización de una película de polietileno para la prevención del ojo seco. Hubo una ligera superioridad en la eficacia de la película de polietileno en relación con otras intervenciones. Conclusión: La evidencia no es suficiente para afirmar que la eficacia de la película de polietileno es superior a otras intervenciones. Se sugiere la realización de un ensayo clínico aleatorizado para verificar la eficacia de diferentes intervenciones de enfermería para evitar que el ojo seco en pacientes críticamente enfermos.

**Descritores:** Síndrome de Ojo Seco, Unidades de Cuidados Intensivos, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeiro, Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros -UNIMONTES. E-mail: diego.dias1508@gmail.com

<sup>2</sup>Aluna de Iniciação Científica. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG.

## INTRODUÇÃO

Os pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTIs) comumente são acometidos por insuficiências orgânicas graves ou estão sob risco de desenvolvê-las, dependendo, assim, do emprego de alta tecnologia, medicações e de equipe de profissionais especializados.

Nas UTIs, é constante a preocupação das equipes médicas e de enfermagem quanto à estabilização dos principais sistemas vitais (respiratório, cardiovascular e neurológico). Entretanto, não tem sido dada a real importância à implementação de medidas preventivas e de intervenções para questões tidas como secundárias, como o cuidado com as alterações na superfície ocular<sup>(1-8)</sup>. Como na maioria das vezes, os pacientes são incapazes de relatar sintomas oculares, frequentemente, esse problema é negligenciado<sup>(3,9)</sup>.

Uma das complicações em pacientes críticos, resultantes da sedação ou coma, é o fechamento palpebral ineficaz. Esses pacientes apresentam maior risco para o desenvolvimento de olho seco e, conseqüentemente, para a lesão de córnea<sup>(4-6)</sup>. A disfunção do filme lacrimal, conhecida como “olho seco”, é uma alteração multifatorial das lágrimas e superfície ocular que resulta em sintomas de desconforto, distúrbios visuais e instabilidade do filme lacrimal com danos potenciais à superfície ocular. O problema é acompanhado por aumento na osmolaridade do filme lacrimal e inflamação da superfície ocular<sup>(10)</sup>.

Considera-se que a abordagem preventiva com a implementação de cuidados oculares específicos é fundamental para pacientes internados em UTIs, pois a não prevenção do olho seco pode impactar negativamente na vida dos pacientes<sup>(2)</sup>.

A definição do diagnóstico de enfermagem de risco de olho seco é “vulnerabilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho, que pode comprometer a saúde”<sup>(2,8,9)</sup>. Por sua vez, estudo de incidência de olho seco aponta índice alarmante. Em trabalho conduzido no Brasil, a incidência em pacientes críticos foi de 53%<sup>(2)</sup>.

No cenário mundial, para diminuir os índices de prevalência e de incidência de olho seco além de alterações da superfície ocular em pacientes críticos, diferentes intervenções têm sido utilizadas na elaboração de diretrizes clínicas voltadas à prevenção do agravo. Dentre as tecnologias empregadas, destaca-se o filme de polietileno<sup>(4,5)</sup>.

O filme de polietileno é um polímero, obtido por polimerização de etileno, não linear e de baixa densidade,

utilizado para manter o filme lacrimal sobre a superfície ocular. Ao evitar a evaporação do filme lacrimal, tende-se a facilitar o umedecimento da córnea e formar uma câmara úmida, o que colabora na prevenção do olho seco<sup>(4,5,8)</sup>.

Além do filme de polietileno, outras intervenções como pomadas, colírios oculares líquidos e gel, gaze umedecida, gaze de parafina, hidrogel, entre outras, também são indicadas para auxiliar na prevenção do problema<sup>(4,5)</sup>. Contudo, a avaliação das evidências sobre a efetividade do uso desses materiais na terapêutica para a prevenção do olho seco ainda é escassa.

Assim, o estudo justifica-se pela necessidade de se determinar o efeito de intervenções de enfermagem na prevenção do olho seco em pacientes críticos. Além disso, representa uma contribuição ao conhecimento na área de enfermagem de cuidados intensivos com a proposta de implementação de práticas baseadas em evidência na prevenção e tratamento desse diagnóstico, resultando em assistência de enfermagem de maior qualidade.

O presente estudo teve por objetivo identificar o efeito do filme de polietileno na prevenção de olho seco em pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva para adultos.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Sistemática (RS) guiada pelas recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*<sup>(11)</sup>. Para elaboração da pergunta da revisão, utilizou-se a estratégia PICO<sup>(12)</sup>. A pergunta foi “o uso do filme de polietileno é mais efetivo que o de outras intervenções de enfermagem (p. ex. pomadas e colírios oculares líquidos e gel) na prevenção de olho seco em pacientes críticos?”.

Os estudos foram selecionados por meio de busca eletrônica em sete bases de dados da área da saúde, a saber: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - MEDLINE via U.S. National Library of Medicine National Institute of Health - PubMed, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature - CINAHL e Web of Knowledge*, utilizando-se o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Biblioteca Cochrane, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde - IBECS e na Base de dados em Enfermagem - BDNF, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS.

As estratégias de busca utilizadas nas bases de dados envolveram o cruzamento dos seguintes descritores: *Dry Eye Syndromes, Keratoconjunctivitis Sicca, Corneal Diseases, Risk Factors, Intensive Care Units, Hospital e*

*Nursing*. Esses foram combinados por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*.

A Figura 1 apresenta a estratégia de busca adotada na base MEDLINE via PubMed, a qual foi adaptada para as demais bases analisadas.

**Figura 1** - Estratégia de busca na base de dados Medline/ Pubmed.

#1 (("Dry Eye Syndromes" OR "Corneal Diseases"[Title/Abstract])) AND hospital\*[Title/Abstract]

#2 (("Corneal Diseases"[Mesh])) AND ("Intensive Care Units"[Mesh])

#3 ("Dry Eye Syndromes"[Mesh:noexp]) OR "Keratoconjunctivitis Sicca"[Mesh] AND nurs\*

#4 (("Dry Eye Syndromes" OR "Keratoconjunctivitis Sicca"[Title/Abstract])) AND hospital\*[Title/Abstract]

#5 (((("Dry Eye Syndromes"[Mesh:noexp]) OR "Keratoconjunctivitis Sicca"[Mesh])) AND ("Intensive Care Units"[Mesh])

#6 (((("Dry Eye Syndromes"[Mesh:noexp]) OR "Keratoconjunctivitis Sicca"[Mesh])) AND ("Risk Factors"[Mesh])

#7 "Dry Eye Syndromes"[Mesh] AND nurs\*

Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, cujos participantes eram indivíduos adultos, internados em UTIs, submetidos à implementação do filme de polietileno versus outra intervenção de enfermagem para a prevenção de olho seco e/ou alterações da superfície ocular, nos idiomas inglês, espanhol e português. Os critérios de exclusão foram: a não pertinência ao tema e publicações em idiomas não contemplados pelos critérios de inclusão.

Para a seleção dos estudos, dois revisores independentes analisaram os títulos e os resumos das publicações identificadas e, em caso de dúvida ou discordância, um terceiro revisor foi solicitado para emitir parecer sobre a inclusão ou não do estudo na revisão.

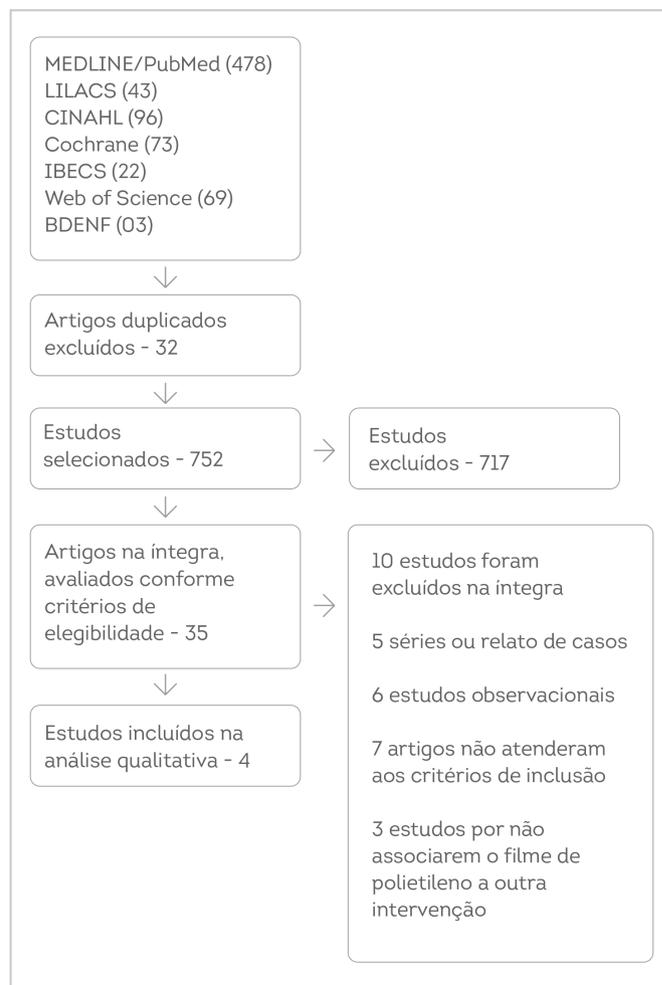
Na avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados, utilizou-se a Escala de Jadad<sup>(13)</sup>. Essa

avalia e pontua cinco tópicos específicos: o estudo foi descrito como aleatório?; o método de randomização foi apropriado?; o estudo foi descrito como duplo cego?; o método de mascaramento usado foi apropriado? e, houve descrição de exclusões e perdas?. A cada tópico é atribuído 1 (um) ponto, de modo a interpretar que estudos com resultado inferior a 3 pontos são considerados de má qualidade.

## RESULTADOS

Na busca, foram identificados 784 estudos primários: 478 na MEDLINE/PubMed, 43 na LILACS, 96 na CINAHL, 73 na Cochrane, 22 na IBECs, 69 na *Web of Science* e três na BDEF. Desse total, 35 foram pré-selecionados. Após análise independente, verificou-se que apenas quatro se referiam à utilização do filme de polietileno na prevenção de olho seco e/ou alterações da superfície ocular em pacientes críticos. Esses foram incluídos nessa pesquisa (Figura 2).

**Figura 2** - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos.



**Tabela 1** - Síntese dos ensaios clínicos e escores obtidos na avaliação da qualidade metodológica.

Autores / Ano	Amostra	Intervenção	Resultados	Escala de Jadad
Cortese D, Capp L, Mckinley S. 1995(14)	60	Colírio lubrificante gotas versus filme de polietileno	Entre os nove pacientes que desenvolveram alterações oculares, oito estavam no grupo colírio lubrificante gotas (n=30) e um no grupo filme de polietileno (n=30).	3
Koroloff, N, Boots R, Lipman J, Thomas P, Rickard C, Coyer F. 2004(15)	110	Colírio lubrificante gotas associado à lágrima artificial em gel versus filme de polietileno	Dos quatro pacientes que desenvolveram alterações oculares, nenhum estava no grupo filme de polietileno (n=60) e quatro estavam no grupo (n=50) colírio lubrificante gotas associado à lágrima artificial em gel (p=0,12).	3
So M, Lee H, Leung H, Lim A., Chan C, Yan W. 2008(16)	116	Filme de polietileno versus pomada ocular	Dos sete pacientes (6,0%) que desenvolveram alterações oculares, quatro (6,8%) estavam no grupo filme de polietileno (n = 59) e três (5,3%) estavam no grupo de pomada ocular (n = 57) (p=0,519).	4
Güler K, Eser I, Egrilmez S. 2011(8)	18	Colírio lubrificante gotas versus filme de polietileno	Entre os 36 olhos de 18 pacientes, metade dos olhos receberam a intervenção colírio lubrificante gotas e os outros 18 olhos o filme de polietileno. Os 15 olhos que apresentaram teste de fluoresceína positivo para olho seco estavam no grupo colírio lubrificante gotas (n=18) (p < 0,001).	2

Os estudos incluídos foram publicados entre 1995 e 2011, com uma publicação na década de 1990 e três entre 2004 e 2011. Todos os estudos foram descritos como aleatórios, totalizando 304 pacientes recrutados em unidades de terapia intensiva para adultos. Entre os sujeitos participantes nos estudos, 167 foram alocados no grupo que recebeu tratamento com filme de polietileno e os demais em grupos com outras intervenções (seja no grupo experimental ou controle). Do total (167) que recebeu o filme de polietileno, em cinco pacientes não foi alcançada a prevenção do olho seco e, conseqüentemente, esses desenvolveram alterações na superfície ocular.

## DISCUSSÃO

Em relação ao desfecho "olho seco", um total de 269 (304-88,5%) pacientes tiveram o problema do olho seco prevenido. Ressalta-se que, em 60,2% (162) dos pacientes que tiveram olho seco prevenido, o filme de polietileno foi a intervenção implementada.

No estudo de Cortese; Capp; Mckinley<sup>(14)</sup> observou-se que o filme de polietileno foi mais efetivo quando comparado ao uso do colírio lubrificante gotas, uma vez que, no primeiro grupo, um paciente desenvolveu alterações na superfície ocular e, no segundo grupo, oito pacientes a desenvolveram. Em estudo<sup>(8)</sup> realizado em UTI na Turquia, com o emprego das mesmas intervenções, notou-se também a superioridade do efeito do filme de polietileno. Nenhum paciente desenvolveu o problema de olho seco. Verificou-se que 15 pacientes alocados no grupo colírio lubrificante gotas desenvolveram o desfecho (P<0,001).

Em metanálise<sup>(17)</sup> que incluiu sete ensaios clínicos, confirmou-se a superioridade da câmara úmida formada

pela utilização do filme de polietileno em relação ao colírio lubrificante gotas na prevenção de alterações oculares em pacientes críticos. Nesse estudo, encontrou-se diferença estatisticamente significativa (RR=0,13; IC 95%: 0,05-0,35; P=0,0001) na comparação entre os grupos. Os autores afirmam que, apesar do uso de câmaras de umidade poder estar associado a maior eficácia da proteção da córnea em comparação com a lubrificação com colírio gotas, o resultado analítico foi limitado por grave risco de parcialidade e imprecisão. A maioria dos estudos não mascarou os avaliadores e o pequeno tamanho amostral pode ter influenciado na estimativa global do efeito das intervenções.

Já a lubrificação ocular com gotas de lágrimas artificiais é incapaz de impedir a evaporação da película lacrimal em pacientes com lagofalmo. Ao cobrir a área dos olhos com o filme de polietileno, formando uma câmara de umidade, evita-se a evaporação das lágrimas<sup>(17)</sup>. Talvez seja essa a vantagem de superioridade encontrada para o uso preferencial das câmaras de umidade em relação aos colírios.

Salienta-se que, em outros estudos<sup>(15,16)</sup>, o efeito do filme de polietileno também foi superior para a prevenção do olho seco, quando comparado ao uso do colírio lubrificante gotas associado à lágrima artificial em gel (p=0,12)<sup>(15)</sup> e à pomada ocular (p=0,519)<sup>(16)</sup>, apesar de em ambos não terem sido encontradas significâncias estatísticas.

Em revisão sistemática<sup>(18)</sup>, cujo objetivo foi identificar práticas baseadas em evidências na prevenção de alterações corneanas em pacientes adultos internados em unidade de cuidados intensivos, os resultados evidenciaram dúvidas sobre a melhor prática para a prevenção do problema, apesar dos

autores indicarem que o filme de polietileno, por formar uma câmara úmida, ser a intervenção mais eficaz na redução da incidência do desfecho. No estudo, o uso do filme de polietileno foi comparado com outras intervenções, incluindo o uso do colírio lubrificante gotas<sup>(18)</sup>.

Outras duas revisões sistemáticas<sup>(4,5)</sup> realizadas pelo Instituto Joanna Briggs afirmam que a implementação do filme de polietileno é uma das práticas mais eficazes na prevenção de olho seco em pacientes críticos, no entanto, os autores também propõem uma série de outras medidas que podem compor diretrizes clínicas, tais como: higiene ocular, cuidados oculares utilizando colírios, pomadas e a manutenção do fechamento das pálpebras.

Não foi encontrada significância estatística na análise de comparação entre os grupos apresentados em estudo de metanálise<sup>(17)</sup> em que foram empregadas câmaras de umidade e pomada lubrificante (RR=0,81; IC 95%: 0.51-1,29; P=0,38). Uma possível explicação para tal fato é a de que as pomadas, por terem uma composição mais oleosa, têm um tempo de retenção mais longo do que o colírio ocular e, assim, proporcionam uma maior estabilização da película lacrimal. Porém, neste estudo<sup>(17)</sup>, tanto na análise comparativa entre o filme de polietileno e o colírio lubrificante gotas, quanto na do filme de polietileno e a pomada lubrificante, a qualidade global da prova foi baixa.

Algumas limitações foram identificadas, como a maioria dos estudos não ter sido descrito como duplo-cego; o método

de mascaramento dos avaliadores não ter sido adequado e ter estabelecido o diagnóstico de alterações na superfície ocular/ olho seco utilizando somente a avaliação com fluoresceína. Esse é considerado um método apoiado em análises muito subjetivas.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados nesta revisão sistemática, observaram-se evidências no que se refere ao filme de polietileno versus outras intervenções de enfermagem na prevenção de olho seco em pacientes críticos.

As evidências são insuficientes para afirmar que o uso do filme de polietileno é superior à utilização de outras intervenções. Entretanto, há que se considerar uma discreta superioridade do filme de polietileno na prevenção de olho seco em pacientes críticos, conforme evidenciado na presente revisão sistemática. Contudo, mais estudos são necessários para confirmação dessa hipótese.

Verifica-se que esses resultados precisam ser interpretados com cautela devido à escassez de informações provenientes de ensaios clínicos randomizados de qualidade. Evidencia-se que são necessários mais estudos testando diferentes intervenções e mesmo o próprio filme de polietileno antes de se implementar câmaras de umidade na prática clínica rotineira.

*APOIO FINANCEIRO: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo 441971/2014-8.*

## REFERÊNCIAS

- 1 - Grixti A, Sadri M, Edgar J, Datta AV. Common ocular surface disorders in patients in intensive care units. *Ocul Surface*. 2012; 10(1): 26-42.
- 2 - Araújo DD, Almeida NG, Silva PMA, Ribeiro NS, Werli-Alvarenga A, Chianca TCM. Prediction of risk and incidence of dry eye in critical patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2689.
- 3 - Masoudi N, Sharifitabar Z., Shari M., Adib M. . An audit of eye dryness and corneal abrasion in ICU patients in Iran. *Nursing in Critical Care*. 2014; 19(2): 73-7.
- 4 - Joyce N. Eye Care for Intensive Care Patients: A Systematic Review. *Int J Evid Based Healthc*. 2002; 6(21): 1-5.
- 5 - Joyce N. Eye Care for Patients in the ICU. *Int J Evid Based Healthc*. 2006; 10(1): 72A-72D.
- 6 - Werli-Alvarenga A, Ercole FF, Botoni FA, Oliveira JADMM, Chianca TCM. Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2011; 19(5): 09 telas.
- 7 - Fernandes N, Pinto R, Mesquita S, Júnior F, Botarelli R, Vitor F. Evidence of interventions for the risk of dry eye in critically ill patients: an integrative review. *Applied Nursing Research*. 2015; 28(1): 1-15
- 8 - Güler K, Eser I, Egrilmez S. Effectiveness of polyethylene covers versus carbomer drops (Viscotears) to prevent dry eye syndrome in the critically ill. *J Clin Nurs*. 2011; 20(13-14): 1916-22.
- 9 - Herdman TH, editors. *NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification, 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- 10 - Fonseca C, Arruda V, Rocha M. Olho seco: etiopatogenia e tratamento. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 2010; 73(2): 197-203.
- 11 - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman G; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International Journal of Surgery*. 2010; 8(5): 336-41.
- 12 - Santos C, Pimenta M, Nobre C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2007; 15(3): 508-11.
- 13 - Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan D J, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is Blinding necessary?. *Control Clin Trials*. 1996; 17(1): 1-12.
- 14 - Cortese D, Capp L, Mckinley S. Moisture chamber versus lubrication for the prevention of corneal epithelial breakdown. *Am J of Crit Care*. 1995; 4(6): 425-8.
- 15 - Koroloff N, Boots R, Lipman J, Thomas P, Rickard C, Coyer F. A randomised controlled study of the efficacy of hypromellose and Lacri-Lube combination versus polyethylene/Cling wrap to prevent corneal epithelial breakdown in the semiconscious intensive care patient. *Intensive care medicine*. 2004; 30(6): 1122-6.
- 16 - So M, Lee H, Leung H, Lim A., Chan C, Yan W. Comparing the effectiveness of polyethylene covers (Gladwrap™) with lanolin (Duratears®) eye ointment to prevent corneal abrasions in critically ill patients: A randomized controlled study. *International journal of nursing studies*. 2008; 45(11): 1565-71.
- 17 - Zhou Y, Liu J, Cui Y, Zhu H, Lu Z.. Moisture Chamber Versus Lubrication for Corneal Protection in Critically Ill Patients: A Meta-Analysis. *Cornea*. 2014; 33(11): 1179-85.
- 18 - Werli-Alvarenga A, Ercole FF, Herdman TH, Chianca TCM. . Nursing interventions for adult intensive care patients with risk for corneal injury: a systematic review. *International journal of nursing knowledge*. 2013; 24(1): 25-9.

# MARKETING PESSOAL E ENFERMAGEM: PROJEÇÃO PARA VISIBILIDADE SOCIAL DO ENFERMEIRO

Josivaldo Barreto Andrade<sup>1</sup>, Maria de Belém Cavalcante<sup>1</sup>, Máira Rosa Apostólico<sup>1</sup>

Objetivo: conhecer a percepção dos enfermeiros sobre *marketing* pessoal e verificar como o utilizam em seu cotidiano de trabalho. Metodologia: estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, que utilizou entrevistas semiestruturadas com 16 enfermeiros, submetidas à Análise de Conteúdo. Resultados: emergiram três categorias: Percepção sobre *marketing* profissional, Imagem pessoal e Projeção do ambiente organizacional. Várias estratégias foram utilizadas para potencializar o *marketing* pessoal, como imagem, aparência e postura ética, as quais contribuíram para a visibilidade da profissão. Conclusões: os profissionais reconheceram a importância de investir na própria imagem, como forma de valorizar a si mesmo e a profissão.

**Descritores:** Marketing, Autoimagem, Papel Profissional, Enfermagem.

## PERSONAL MARKETING AND NURSING: PROJECTION FOR THE NURSE SOCIAL VISIBILITY

Objective: to know the perception of nurses about personal marketing and verify how they use it in their daily work. Methodology: exploratory, descriptive qualitative approach study, that applied a semi-structured interview to 16 nurses, submitted to Content Analysis. Results: three categories were identified: Perception about professional marketing, Personal image and Projection of the organizational environment. Several strategies were used to improve the personal marketing, as image, appearance, and ethical posture, which contributed to the visibility of the profession. Conclusion: professionals recognized the importance of investing in their own image as a way to value themselves and the nursing profession.

**Descriptors:** Marketing, Self Concept, Professional Role, Nursing.

## SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA PERCEPCIÓN DE ENFERMEROS: UNA CUESTIÓN MULTIPROFESIONAL

Objetivo: conocer la percepción de los enfermeros sobre el *marketing* personal y verificar cómo utilizan en su cotidiano de trabajo. Metodología: estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cualitativo, que utilizó entrevistas semiestruturadas con 16 enfermeras sometidas al Análisis de Contenido. Resultados: tres categorías surgieron: Percepción sobre *marketing* profesional, Imagen personal y Proyección del ambiente organizacional. Varias estrategias se utilizaron para mejorar la *marketing* personal como imagen, apariencia y postura ética, promoviendo visibilidad de la profesión. Conclusión: los profesionales reconocen la importancia de invertir en su propia imagen como forma de valorarse a sí mismos ya la profesión de enfermería.

**Descritores:** Mercadeo, Autoimagen, Rol Profesional, Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeiro. Universidade de Guarulhos-UNG. E-mail: maira.apostolico@prof.ung.br

## INTRODUÇÃO

A enfermagem profissional enfrenta desafios para superar preconceitos construídos pelo imaginário coletivo, influenciando a aceitação e o reconhecimento da autonomia profissional. A visibilidade da profissão está relacionada à sua trajetória histórica e à falta de cientificidade que, por muito tempo, resultou em comportamentos considerados inadequados e em falta de reconhecimento diante da equipe de saúde<sup>(1)</sup>. Entretanto, o mundo do trabalho e a influência nele exercida pelos meios de produção, pela tecnologia e pelas relações sociais imprimem, nos profissionais, a necessidade de diversificar suas qualidades para além das competências técnicas pertinentes à profissão. Assim, o modo como se comportam e se relacionam, sua visão de mundo e seus valores, sua capacidade empreendedora e versatilidade na condução e solução de conflitos são essenciais para o destaque em suas carreiras<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto, para além do conhecimento científico, o modo de agir, o compromisso e a satisfação com as atividades exercidas também promovem a visibilidade dos enfermeiros. Em muitas situações, a identidade profissional é construída e reforçada pelos meios de comunicação em massa, nem sempre resultando em reconhecimento positivo e em valorização do cuidar científico exercido pela enfermagem<sup>(3)</sup>.

Estudo realizado com enfermeiros israelenses identificou tendência dos meios de comunicação em reforçar aspectos negativos da profissão, como casos de negligência e de sobrecarga de trabalho, configurando um grande desafio para o recrutamento de estudantes e futuros profissionais<sup>(4)</sup>.

Nesse sentido, o *marketing* pessoal tem como objetivo divulgar as capacidades e as potencialidades das pessoas, atraindo e mantendo relacionamentos permanentes nos âmbitos pessoal e profissional, além da satisfação de todos os envolvidos. Ele requer planejamento, bem como a utilização de estratégias para o alcance de uma vantagem competitiva<sup>(5)</sup>.

O *marketing* pessoal, juntamente à qualificação e às competências, constituem os pilares de um promissor futuro profissional. Qualificação e competências funcionam como indicadoras das limitações e potencialidades pessoais que devem ter destaque pelas estratégias de *marketing* pessoal. As três dimensões devem ser trabalhadas contínua e conjuntamente, construindo uma visão estratégica, além de objetivos de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, utilizam-se a comunicação interpessoal, as redes de relacionamentos, o espírito de equipe, a visão estratégica, a liderança, entre outros. Não se trata de criar um personagem profissional fictício, mas de valorizar potencialidades individuais, para consolidar uma imagem favorável ao crescimento de cada um e da instituição onde atua<sup>(6)</sup>.

Considerando o contexto histórico da enfermagem e os desafios enfrentados pelos profissionais para a construção de sua imagem pessoal, o presente estudo indagou se os conhecimentos dos profissionais sobre o *marketing* pessoal são aplicados em estratégias efetivas para a promoção de uma autoimagem positiva e empreendedora. Para tanto, o objetivo da investigação foi conhecer a percepção dos enfermeiros sobre *marketing* pessoal e verificar como o utilizam em seu cotidiano de trabalho.

A finalidade desse estudo foi explicitar como o profissional pode potencializar a valorização de sua imagem profissional, por meio de estratégias de *marketing* pessoal, muitas vezes utilizadas, mas sem a devida intencionalidade. Ressalta-se a escassez de estudos nessa temática nas bases de produção científica, o que justifica sua relevância.

## METODOLOGIA

Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida em um hospital privado da Zona Sul do município de São Paulo, que, na ocasião da coleta de dados, contava com um contingente de 116 enfermeiros, 225 técnicos de enfermagem e 248 auxiliares de enfermagem.

O convite para participar do estudo ocorreu nas várias clínicas da instituição e nos diversos períodos de trabalho, incluindo fins de semana, para todos os enfermeiros em atividade. O critério de inclusão foi atuar na instituição há mais de seis meses. Foram excluídos profissionais que estivessem gozando férias, em processo de aposentadoria ou afastados por qualquer motivo durante o período das entrevistas. Voluntariaram-se 16 profissionais, que atenderam aos critérios de inclusão, constituindo-se nos participantes deste estudo. As entrevistas foram agendadas em horários convenientes aos participantes, solicitando-se autorização para gravação do conteúdo em mídia digital.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com roteiro elaborado para este estudo, entre os meses de maio e junho de 2014, gravadas e, posteriormente, transcritas para análise. As questões norteadoras versaram sobre o significado de *marketing*, estratégias para potencialização ou promoção do *marketing* pessoal e suas implicações. A coleta de dados foi finalizada quando foi identificada a saturação dos dados, conforme previsto no método qualitativo de pesquisa. As entrevistas foram codificadas utilizando-se nomes de flores para identificação dos entrevistados, resguardando-se o anonimato.

A análise das entrevistas apoiou-se na técnica de Análise de Conteúdo, seguindo as três etapas preconizadas pelo método: pré-análise, exploração e tratamento dos resultados<sup>(7)</sup>. Foi elaborado um instrumento com duas colunas; na primeira,

foram dispostas as falas dos participantes na íntegra; na segunda, foram selecionadas as unidades de significados, buscando elementos relacionados à questão norteadora do estudo. Posteriormente, essas unidades de significados foram agrupadas em temas que constituíram as categorias desta investigação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Guarulhos e autorizada pela instituição hospitalar, local do estudo, respeitando-se os preceitos éticos da pesquisa.

## RESULTADOS

Dos 16 entrevistados, nove eram mulheres. A idade dos participantes variou entre 26 e 44 anos, com média de tempo de oito anos de formação, de sete anos de atuação como enfermeiros e seis anos de atuação na instituição. Os entrevistados trabalhavam em diversas áreas da assistência em enfermagem da instituição. Da análise do conteúdo, emergiram três categorias.

Na primeira categoria, Percepção sobre *marketing*, emergiu a percepção do enfermeiro sobre *marketing* profissional. O *marketing*, para os entrevistados, associou-se à imagem do profissional diante das pessoas. Tratou-se da maneira de apresentar e divulgar, para os outros, seu produto, buscando confiança e conhecimento.

*Marketing é uma divulgação de algum produto, é uma divulgação que você quer fazer em cima daquele produto, daquele material que você pretende inserir, você pretende estar no mercado de trabalho, então o marketing é uma propaganda daquilo que você tem para oferecer, tanto no caso de pessoas, pacientes. (Margarida)*

*Uma forma de promoção, uma forma de apresentar alguma coisa para outra pessoa, promover ou a si ou a algum produto. (Girassol)*

Na segunda categoria, Imagem pessoal, os relatos apontaram para a importância da imagem que o profissional apresentava aos outros. No ambiente de trabalho, os aspectos relacionados ao comportamento e à boa apresentação pessoal foram considerados fundamentais. Foram destacadas a atenção que se devia adotar com relação às vestimentas, à maquiagem, à aparência dos cabelos, à barba, entre outras coisas.

Em relação à apresentação pessoal, os participantes acreditavam que ter uma boa aparência, vestir-se bem e estar com uma boa apresentação pessoal eram elementos necessários à obtenção de êxito e assertividade na imagem do enfermeiro. Houve referência à preocupação quanto à forma de se apresentar para o cliente, principalmente no primeiro contato, para que sua imagem pessoal tivesse um impacto positivo e gerasse uma percepção de otimismo no

atendimento e no ambiente profissional.

*Como eu sou enfermeira, o meu marketing pessoal é estar sempre uniformizada na instituição onde eu trabalho, saber falar com o cliente, olhar no olho, falar sobre os meus conhecimentos, o tempo que eu tenho na empresa, passar uma boa confiança para o cliente, isso para mim é marketing pessoal. (Dama-da-Noite)*

A postura profissional foi associada com as atitudes, como a maneira de falar, agir, vestir-se, executar o trabalho e relacionar-se com as pessoas. Ter essa marca a seu favor foi considerada uma tarefa que exigiu paciência, disciplina, perseverança, determinação e um conjunto de crenças e valores que nortearam as atitudes.

*Os meus valores eu agrego na minha postura com ética, profissionalismo, sigilo profissional, desempenho o meu atendimento com humanização. Isso eu agrego no meu marketing e tento buscar sempre o melhor de mim, para ser um profissional reconhecido no mercado de trabalho e pela minha equipe e pelos meus pacientes, o que eu tento fazer diariamente. (Margarida)*

A terceira categoria foi a Projeção do ambiente organizacional. Nos relatos dessa categoria, destacou-se a importância do ambiente organizacional como local essencial para que o *marketing* profissional pudesse ter maior visibilidade. O cuidado humanizado foi destacado como ferramenta para seu *marketing* pessoal. Trabalhar pela melhoria do atendimento passou pela humanização e incluiu saber informar, orientar, acompanhar e acolher.

*Por meio de um bom atendimento, por meio de você lidar com o paciente e seu familiar de uma forma mais humana, entendendo aquele momento que eles passam, de sofrimento. Eu acho que trato de uma maneira bem humana, sempre visando ao paciente em primeiro lugar e me mostrando sempre solícito. Mostrando-me sempre um profissional capacitado, que está ali à disposição para estar ajudando em tudo o que for possível sempre. (Bromélia)*

A comunicação, em suas mais variadas formas, foi vista como estratégia imprescindível, tanto no ambiente de trabalho, quanto na vida social do enfermeiro. Para os entrevistados, a prestação de um bom serviço e a comunicação foram as melhores maneiras de vender sua imagem profissional.

*Falar, comunicar, sempre deixar à vista, mostrar realmente a necessidade, a importância do seu trabalho dentro do ambiente que você está. (Gérbera)*

Os discursos retrataram a importância do papel do enfermeiro e a relevância do enfermeiro nas organizações de saúde, chamando a atenção para a permanência integral desse profissional nas instituições hospitalares e apontando os aspectos que dificultavam e facilitavam a visibilidade do profissional enfermeiro na sociedade como um todo.

*Eu acho que a classe precisa aprender a ser mais unida, ter mais respeito entre si mesmo e na sociedade, saber que a nossa profissão é muito importante como qualquer outra, mas aprender a se valorizar mesmo, tendo mais ética entre os profissionais e a sociedade enxergar o enfermeiro como alguém que é importante mesmo, porque o enfermeiro que fica nas 24 horas ali do lado do cliente. (Dama-da-Noite).*

## DISCUSSÃO

A análise das entrevistas realizadas com 16 participantes resultou em três categorias referentes à percepção do *marketing* e sua utilização no cotidiano de trabalho. A percepção dos entrevistados esteve de acordo com o conceito de *marketing* encontrado na literatura<sup>(6)</sup>, tido como disciplina funcionalista e ligada ao âmbito mercadológico das relações. Admite-se, porém, que as práticas de *marketing* influenciam na formação das personalidades e nas linguagens simbólicas presentes nas estruturas empresariais<sup>(6)</sup>.

O *marketing* pessoal, atualmente, é uma importante ferramenta para a visibilidade, a colocação e a ascensão profissional<sup>(5)</sup>, devendo-se considerar seu caráter político e os valores e significados sociais, que vendem juntamente com seu produto<sup>(9)</sup>. Nessa perspectiva, o uso do conceito de *marketing* alcança mais do que a promoção e a visibilidade do produto, configurando-se como instrumento ideológico de criação de papéis e satisfação de necessidades.

A enfermagem lida com seres humanos em seus momentos de fragilidade, vulnerabilidade e sofrimento, constituindo o cuidado como uma identidade da profissão<sup>(10)</sup>, o que requer do profissional alto grau de preparo e dedicação, além de uma elevada estima pessoal, profissionalização, conhecimentos, capacitação e independência. É necessário que o profissional encontre e demonstre satisfação no que faz, de forma a apresentar-se confiante em suas decisões e ações<sup>(11)</sup>.

Estudo brasileiro identificou que estudantes de enfermagem atribuem ao enfermeiro o papel de pessoa dedicada e responsável pela recuperação do paciente, necessitando do conhecimento científico e da postura ética<sup>(12)</sup>. Embora ainda que de forma tímida, a enfermagem tem usado o *marketing* para aumentar a visibilidade da profissão.

Na busca pela satisfação de seus clientes, atua por meios de comunicação, portfólio, estratégias de *endomarketing* e divulgação de conhecimentos científicos desenvolvidos ao longo dos anos de história da profissão<sup>(13)</sup>.

O profissional enfermeiro ainda reconhece em si mesmo uma imagem ambígua de cuidador. Por um lado, representa o cuidado de enfermagem e seu saber científico. Por outro, está reduzido à concepção histórica do cuidado caritativo, vocacional e não profissional. Considerando que a formação da identidade profissional se faz por diferentes aspectos (autoimagem, heteroimagem e imagem da realidade), a imagem pessoal do enfermeiro é influenciada pela forma como ele percebe seu papel social e profissional, além de sua satisfação com o trabalho e imagem corporal<sup>(14-16)</sup>.

Embora a humanização tenha sido citada pelos entrevistados como algo positivo, os obstáculos para sua incorporação nas atividades cotidianas podem prejudicar a imagem do profissional. Objeto de debates, o tema da humanização como parte integrante da política norteadora do Sistema Único de Saúde (SUS) afasta o cuidado do conceito de filantropia e caridade e o reposiciona no âmbito da prática científica. No campo da formação, a humanização deve ser tratada como tema transversal e obrigatório, não só nos aspectos relacionados à assistência, mas também na formação de uma conduta ética humanística, para cidadãos capazes de conviver e aprender com o outro<sup>(12)</sup>.

Assim, não só os profissionais devem reconhecer a relevância de seu papel social. A qualidade dos serviços depende dos diferentes atores das equipes multiprofissionais e da organização do serviço. Um ambiente de trabalho que gera insatisfação nos profissionais certamente se reflete na percepção da qualidade de assistência<sup>(17)</sup>.

Outro fator importante na formação de vínculo entre o profissional e o paciente é a comunicação, destacada pelos entrevistados como potencializadora do *marketing* pessoal. A comunicação influencia no comportamento dos envolvidos e na maneira como eles se relacionam com o mundo. A postura comunicacional do profissional pode resultar em satisfação de pacientes, familiares e profissionais, como constatou estudo brasileiro realizado em unidade de terapia intensiva<sup>(18)</sup>.

Em relação ao ambiente organizacional, embora

*“O profissional enfermeiro ainda reconhece em si mesmo uma imagem ambígua de cuidador”*

se percebam como referência dos serviços de saúde, demonstrando satisfação com o reconhecimento da comunidade de sua atuação em contextos de adversidade, enfermeiros sentem-se pouco valorizados pelos demais profissionais<sup>(14)</sup>.

O trabalho da enfermagem encontra-se na interface entre os trabalhos em saúde. Embora tenha características que o diferencie das demais profissões, nem sempre os membros da equipe de enfermagem são diferenciados pela sociedade. Isso se reflete nas representações, na autoimagem, na valorização do trabalhador e no papel social que exerce, pontos que impactam na autonomia, no reconhecimento social e na (baixa) remuneração diante de longas jornadas de trabalho<sup>(14)</sup>.

Uma estratégia para favorecer a visibilidade da profissão é o uso do *marketing* pessoal, com o propósito da “venda” de sua própria imagem de forma positiva, de acordo com as necessidades de seus clientes, da rede de relacionamento e das oportunidades do mercado<sup>(13-16)</sup>.

Como limites do estudo, destacam-se a participação de

enfermeiros de uma única instituição e o número reduzido de participantes, embora, para uma pesquisa de abordagem qualitativa, tenha sido satisfatório.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram conhecer a percepção dos enfermeiros sobre *marketing* pessoal e verificar sua aplicabilidade em seu cotidiano de trabalho. Os profissionais de enfermagem estão preocupados com sua imagem, sua apresentação pessoal e sua projeção no ambiente de trabalho. Houve preocupação dos entrevistados em prestar um serviço com qualidade e, dessa forma, divulgar melhor a imagem do profissional de enfermagem.

Sugerem-se, como estudos de continuidade, pesquisas que desenvolvam e apliquem instrumentos ou escalas para verificar aspectos detalhados da construção da imagem profissional, além do desenvolvimento e utilização do *marketing* pessoal entre os enfermeiros.

## REFERÊNCIAS

- Martins MJ, Fernandes SJ. A visibilidade da enfermagem, dando voz à profissão: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2014;8(1):2422-33.
- Ferreira GE, Rozendo CA, Santos RM, Pinto EA, Costa AC, Porto AR. Características empreendedoras do futuro enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2013;18(4):688-94.
- Avila LI, Silveira RS, Lunardi VL, Fernandes GF, Mancia JR, Silveira JT. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):102-9.
- Haron Y, Reicher S, Riba S. Factors influencing nursing career choices and choice of study program. *Health Marketing Quarterly*. 2014;31(2):167-77.
- Lopes MR, Ribeiro PE, Cunha CA. Marketing pessoal e as redes sociais: ferramentas de colocação e ascensão profissional para recém-formados. *Rev Caribeña de Ciencias Sociales*. 2015;12.
- Santos R. Contributos para a definição de uma visão estratégica na construção de um percurso profissional de sucesso. *Sociologia*. 2014;28:219-24.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Kotler PA, Keller KL. *Administração de marketing*. 12. ed. São Paulo: Pearson; 2011.
- Gomes EE, Setton MG. Marketing e educação política: um estudo sobre agentes, estratégias e interpretações da cultura. *Educ Real*. 2016;41(3):853-72.
- Oguisso T, Freitas GF. Cuidado – essência da identidade profissional de Enfermagem. *Rev da Escola de Enferm da USP*. 2016;50(2):188-9.
- Chaves EC, Simão TP, Oliveira IS, Souza IP, Iunes DH, Nogueira DA. Avaliação da autoestima em estudantes de enfermagem de uma universidade do sul de Minas Gerais (Brasil). *Invest Educ Enferm*. 2013;31(2):261-9.
- Carvalho NM, Nery IS, Campelo V, Barbosa VR. O ensino da humanização no curso de bacharel em enfermagem numa universidade pública. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2016;10(12):4554-62.
- Mendes IA, Trevizan MA, Mazzo A, Godoy S, Ventura CA. Marketing profissional e visibilidade social na enfermagem: uma estratégia de valorização de recursos humanos. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(4):788-95.
- Beck CL, Prestes FC, Tavares JP, Silva RM, Prochonow AG, Nonnenmacher CQ. Identidade profissional dos enfermeiros de serviço de saúde municipal. *Cogitare Enferm*. 2009;14(1):114-9.
- Lucchesi LB, Mendes IA. Questionário multidimensional para análise da imagem do enfermeiro. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):16-22.
- Puggina AC, Cavalheiro AC, Trentino JP, Castro PF, Silva MJ. Relação entre necessidade de adornos com satisfação com imagem corporal e autoconceito profissional da equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery [Internet]*. 2015 [acesso em: 23 fev 2017];19(4):5563-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0563.pdf>
- Araujo CA. O profissional da enfermagem e a criação de valores na saúde. *Acta Paulista Enferm [Internet]*. 2016 [acesso em: 7 mar 2017];29(4):3-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000400003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000400003&lng=es&nrm=iso)
- Puggina AC, Ienne A, Carbonari KF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJ. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Esc. Anna Nery [Internet]*. 2014 [acesso em: 23 fev 2017];18(2):277-83. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127730686014.pdf>

## PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.portalcofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores. Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Podem ser submetidos artigos originais e artigos de revisão.

### FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

#### Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas opinativas ou analíticas.

#### Artigos de revisão

Estudos de revisão integrativa da literatura, de revisão sistemática com ou sem metanálise.

Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

#### Identificação do manuscrito

**Título:** conciso e informativo;

**Autoria:** nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito;

**Idioma:** serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

**Limite de palavras:** o número máximo de palavras é de 3.500, incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol) e referências;

**Formatação:** papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

**Resumo e descritores:** o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos

idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS-Lilacs", elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading - MeSH (acessível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh)). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo;

**Ilustrações:** as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estar após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos;

**Limitações do estudo:** posicionados no final da discussão.

**Referências:** as referências estão limitadas a 25, apresentadas no formato Vancouver Style ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas, e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

**Agradecimentos e Financiamento:** posicionados no fim do texto;

**Aspectos éticos:** manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

**Transferência de direitos autorais:** os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista (modelo 2).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.

**VOCÊ QUE VIVE  
SALVANDO VIDAS  
COMECE O DIA  
SALVANDO A SUA.**

**ABRIL VERDE**



**SAÚDE, SEGURANÇA E PREVENÇÃO  
DE ACIDENTES DE TRABALHO**

Com o corre-corre do atendimento e ambientes de trabalho nem sempre adequados, muitos profissionais de Enfermagem acabam se ferindo ou contraindo doenças por acidente. Por isso, não se esqueça: cuidar da sua segurança deve estar sempre em primeiro lugar.

**JUNTE-SE AO COFEN,  
COMPARTILHE O ABRIL VERDE.**



**Cofen**  
Conselho Federal de Enfermagem