



# Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 9, Nº 1, 2018



submissão online

## PAÍS ESTÁ PRONTO PARA UMA SOCIEDADE DE IDOSOS ?

Maria Liz Cunha de Oliveira



Dois séculos atrás, passar dos 40 anos era algo incomum. Os que conseguiam eram considerados quase seres abençoados pelos deuses. Graças aos avanços médicos e sociais, a esperança de vida começou a aumentar num ritmo considerável no final do século XIX. Hoje, viver até 80 anos é habitual. E tudo indica que, dentro de pouco tempo, chegar aos 100 será bastante normal.

Segundo o IBGE no ano de 2060, em todo o país terá dois idosos para cada jovem dependendo do estado, com rapidez maior ou menor. Com o aumento populacional, é esperado uma mudança no perfil do idoso nas próximas décadas. Já existem esforços para desmistificar essa imagem do senhorzinho encurvado, de bengala, da vovó fazendo crochê... Seremos idosos mais "jovens". A mudança da identificação nas placas de idoso já aprovada em nosso país, é legítima uma vez que a imagem da pessoa com bengala não representa mais as pessoas com idade superior a 60 anos. Atualmente uma pessoa de 60 anos têm condições físicas e mentais superiores à população idosa dos anos 90, quando a identificação antiga foi adotada, hoje estamos falando de um idoso ativo, favorecido pela tecnologia médica do último século – vacinas, exames, medicamentos –, mais lúcido, mais protagonista<sup>(1)</sup>.

No entanto, como viver esses novos anos? Podemos nos permitir o luxo de ser mais longevos? Como disse a escritora e Nobel de Literatura Svetlana Alexievich: "Faltam ideias para este novo período". Não há um manual de instruções, nem uma filosofia consolidada a respeito.

Além do tema laboral, a longevidade pode trazer outras mudanças sociais. Por exemplo, a ideia de ter várias vidas matrimoniais (na Espanha, os casamentos entre maiores de 60 anos se multiplicaram por cinco em quatro décadas, segundo o Instituto Nacional de Estatística). Também poderia ser ampliada a idade máxima para financiar uma moradia, para 85 anos por exemplo. A questão é o que fazer com esses 20 ou 30 anos de vida estendidos com frequência após a aposentadoria. Não há um manual de instruções a respeito.

Dispor de mais tempo livre para fazer tudo o que o trabalho não permitiu fazer é uma das coisas positivas vindas à mente. Viajar, ler, cuidar dos netos, se organizar para pedir melhoras políticas para a nova condição de vida...

As gerações que estão agora entrando nos 60 anos são muito diferentes. Viveram o maior salto e progresso econômico da história do nosso país iniciado com o presidente Juscelino Kubitschek. Em sua juventude, alguns foram a shows de Luiz Gonzaga, Ney Mato

Grosso, Chico Buarque, Maria Betânia (muitos ainda vão) escutavam The Beatles, ABA e protagonizaram a transição para a democracia.

Notadamente o tempo de duração de uma vida atualmente se redistribuiu:

somos mais tempo jovens, mais tempo adultos e, da mesma forma, velhos durante mais tempo.

Talvez, continuar trabalhando, mas em outro ritmo ou com outra atividade, seria uma opção. Por duas razões: manter o cérebro em forma, garantir renda ou simplesmente porque gostam do que fazem.

Mas do ponto de vista cognitivo, nem todo mundo chega do mesmo jeito aos 80 na mesma idade os idosos são menos semelhantes entre si que os jovens. Portanto, sempre que possível, as aposentadorias não deveriam ser julgadas. A realidade é: um bom envelhecimento depende da possibilidade das pessoas terem aposentadorias adequadas.

O Relatório Mundial sobre Proteção Social 2017-2019<sup>(2)</sup>, a OIT chama atenção para a pobreza na terceira idade está crescendo na Europa. E adverte: as aposentadorias recentes devem ser corrigidas se isto não ocorrer, 19 países europeus verão suas aposentadorias caírem nas próximas décadas, sobretudo na Espanha, Portugal e Polônia. Como será isto no Brasil?

Pode ser que os cidadãos nascidos neste momento vejam com total naturalidade – por decisão própria ou porque não terão outro remédio – o fato de trabalhar até os 75 anos e viver até os 100.

No entanto, como o sistema público conseguirá absorver essa mudança? Nos anos oitenta do século XX, quando foi desenhada o sistema previdenciário brasileiro de seguridade social, considerado progressista comparado aos de outros países nesse período. Em 1970, a população idosa do Brasil era de 4,5 milhões, representando 5% da população, em 2017 os maiores de 60 representavam é de 30,2 milhões<sup>(3)</sup>. Tais números revelam a importância cada vez maior das políticas públicas relativas à previdência, frente ao crescente número de indivíduos aposentados, em relação àqueles em atividade. Diante destes dados volto a reflexão para quem está lendo este editorial e pergunto: como você se programou para viver a sua velhice?

### REFERÊNCIAS

- 1 - Rodrigues M. País não está pronto para uma 'sociedade de idosos'. G1 Globo.com. 2018 agos [ acesso em 27 ago 2018]. Disponível em: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2018/08/05/pais-nao-esta-pronto-para-uma-sociedade-de-idosos-diz-especialista-leia-entrevista.ghtml>
- 2 - World Social Protection Report 2017-19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals International Labour Office – Geneva: ILO; 2017
- 3 - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Agencia IBGE notícias 2018 ago [acesso em 27 ago 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>

\* Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem e Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Distrito Federal, Brasil.

# EFICÁCIA DO CURATIVO HIDROCOLÓIDE EM RELAÇÃO AO FILME TRANSPARENTE NA PREVENÇÃO DE LESÕES POR PRESSÃO

Tatyanne Silva Rodrigues<sup>1</sup>, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida<sup>2</sup>, Péterson Danilo de Oliveira Lima Goiano<sup>3</sup>, Valéria Maria Silva Nepomuceno<sup>1</sup>, Carliane da Conceição Machado Sousa<sup>1</sup>, Mariana Lustosa de Carvalho<sup>1</sup>

**Objetivo:** Identificar as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia do curativo hidrocolóide em relação ao filme transparente na prevenção de lesões por pressão. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, realizada em abril de 2017, em estudos primários, publicados entre 2007 a 2017, nos idiomas português, espanhol e inglês. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados SciELO, BDNF, LILACS, MEDLINE, PubMed, Web of Science e CINAHL, direcionada pela questão de pesquisa: Qual a eficácia do curativo hidrocolóide em relação ao filme transparente na prevenção de lesões por pressão? **Resultados:** Foram encontrados 780 artigos científicos, que após avaliação quanto à adequação aos critérios de inclusão, duplicidade e conteúdo, obteve-se uma amostra final de seis artigos. **Conclusões:** As evidências da maioria dos estudos apontaram a superioridade do filme transparente em relação ao hidrocolóide na prevenção de lesões, por ser mais eficiente.

**Descritores:** Úlcera por pressão, Prevenção, Bandagens

## EFFECTIVENESS OF THE HYDROCOLLOID DRESSING COMPARED TO THE TRANSPARENT FILM IN THE PREVENTION OF PRESSURE LESIONS

**Objective:** To identify the available scientific evidence on the effectiveness of the hydrocolloid dressing in relation to the transparent film in the prevention of pressure lesions. **Methodology:** Integrative review of the literature, conducted in April 2017, in primary studies, published between 2007 and 2017, in Portuguese, Spanish and English. **Results:** A total of 780 scientific articles were found, which, after evaluating the adequacy of the criteria for inclusion, duplicity and contemplation of the proposed theme, obtained a final sample of 6 articles. **The results of most studies have pointed to the superiority of the transparent film in relation to the hydrocolloid in the prevention of lesions, because it is more efficient and effective. Conclusions:** Although we can estimate the efficacy of the transparent film on the hydrocolloid, we did not find studies with applicability at home.

**Descriptors:** Pressure ulcer, Prevention, Bandages

## EFFECTIVIDAD DEL CURATIVO HIDROCOLÓIDE VERSUS PELÍCULAS TRANSPARENTES EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN

**Objetivo:** Identificar las evidencias científicas disponibles sobre la efectividad del curativo hidrocoloide versus película transparente en la prevención de lesiones por presión. **Metodología:** Revisión integrativa de la literatura, realizada en abril de 2017, en estudios primarios, publicados entre 2007 a 2017, en los idiomas portugués, español e inglés. **Resultados:** Se encontraron 780 artículos científicos, que tras evaluación en cuanto a la adecuación a los criterios de inclusión, duplicidad y contemplación al tema propuesto, se obtuvo una muestra final de 6 artículos. **Los resultados de la mayoría de los estudios apuntaron la superioridad de la película transparente en relación al hidrocoloide en la prevención de lesiones, por ser más efectivo y económico. Conclusiones:** A pesar de poder estimar la efectividad de la película transparente sobre el hidrocoloide, se recomienda realizar estudios adicionales, para reafirmar la eficacia de las coberturas, ya que tampoco se encontraron estudios con aplicabilidad en el ámbito domiciliar.

**Descriptores:** Úlcera por presión, prevención, vendajes.

**Descritores:** Úlcera por pressão, Prevenção, Bandagens

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí-UFPI. EMAIL: enftatyanne@gmail.com

<sup>2</sup>Centro Universitário UNINOVAFAPÍ.

<sup>3</sup>Faculdade de Kurios-CE.



As lesões por pressão (LPP) representam um grave problema de saúde, por elevarem as taxas de internação, colaborando para o crescimento da morbimortalidade e tratamentos com altos custos para os serviços de saúde<sup>(1)</sup>. São definidas pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como um dano na pele e/ou tecidos moles subjacentes, comumente localizadas sobre uma proeminência óssea ou relacionada a um dispositivo médico ou outro objeto, resultantes na maioria das vezes, por pressão, fricção, cisalhamento e fatores intrínsecos do paciente, instando-se de forma gradual, por meio de um processo de isquemia tecidual, que resulta em uma lesão de pele, seja em pele íntegra ou em úlcera aberta, com várias classificações, dependendo do tipo de tecido acometido e aspecto da lesão<sup>(2)</sup>.

Em abril de 2016, nos Estados Unidos, o órgão americano NPUAP alterou o termo úlcera por pressão para lesão por pressão, bem como, os estágios do sistema de classificação de algarismos romanos para algarismos arábicos e adição de novas definições<sup>(3)</sup>. No que se refere as alterações no sistema de classificação das LPP, estas foram distribuídas da seguinte maneira: Estágio 1; Estágio 2; Estágio 3; Estágio 4; Lesão não classificável; Lesão tissular profunda; e Lesão relacionada a dispositivos médicos e em membranas mucosas<sup>(4)</sup>.

Dentre os fatores associados ao risco de desenvolvimento de LPP, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica; diabetes; inconsciência; imobilização; insuficiência sensorial; perda de função motora; incontinência urinária e/ou fecal; deficiências nutricionais; índice de massa corporal alterados; doenças circulatórias; imunodeficiência; uso de corticoides por tempo prolongado; tabagismo; e alterações do nível de consciência<sup>(5)</sup>.

A ocorrência de LPP é considerada um indicador negativo da qualidade da assistência prestada, pois apesar dos fatores extrínsecos não serem os únicos causadores das lesões, estes quando associados aos fatores intrínsecos, apresentam grande influência para a ocorrência da lesão<sup>(6)</sup>. Assim, para facilitar a investigação dos profissionais de saúde frente aos fatores comumente associados ao desenvolvimento das LPP e estratificar seu risco, existem escalas de avaliação de risco, eficazes tanto no âmbito hospitalar, como em domicílio<sup>(2)</sup>. Após os pacientes serem avaliados quanto ao risco de LPP, medidas preventivas devem ser tomadas, e dentre estas, o uso de coberturas protetoras como o filme transparente e hidrocolóide são recomendadas e podem apresentar bons resultados<sup>(7)</sup>.

Dessa forma, considerando que as lesões por pressão retratam a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, faz-se necessário que os enfermeiros trabalhem

exaustivamente esta problemática, tornando-a um tema de grande relevância para a sua prática clínica e sustentadas nas melhores evidências<sup>(8)</sup>. Assim, o presente estudo tem o objetivo de Identificar as evidências científicas disponíveis sobre a eficácia do curativo hidrocolóide em relação ao filme transparente na prevenção de lesões por pressão.

## METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura, a qual permitiu sintetizar estudos com diferentes métodos de pesquisa, para a obtenção de conclusões de um tema específico e incorporação das evidências identificadas na prática clínica. Para a operacionalização dessa revisão, utilizaram-se as seguintes etapas: identificação do tema e seleção questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas; avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão final<sup>(9)</sup>.

Para elaboração da questão de pesquisa, utilizou-se a estratégia PICO<sup>(10)</sup>, em que P refere-se ao problema (Lesões por pressão); I refere-se à intervenção (Hidrocolóide); C à comparação (Hidrocolóide x Filme transparente); e O caracteriza o resultado esperado (Prevenção das lesões), compondo assim, a seguinte questão: Qual a eficácia do curativo hidrocolóide em relação ao filme transparente na prevenção de lesões por pressão?

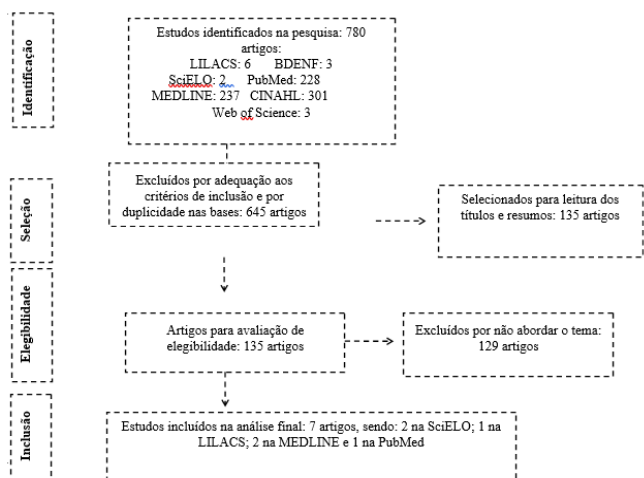
Os descritores selecionados foram: úlcera por pressão (pressure ulcer; úlcera por presión); prevenção (prevention; prevención); bandagens (bandages; vendajes). Vale ressaltar que apesar de ter tido mudança do termo úlcera por pressão para lesão por pressão, este termo ainda não faz parte dos Descritores em Ciências da Saúde (DecS). Entretanto, os demais descritores são DeCs e Medical Subject Headings (MeSH), conforme consulta realizada, os quais foram associados utilizando o operador booleano and.

O levantamento bibliográfico foi realizado na Scientific Electronic Library Online (SciELO), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), United States National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), tendo como critérios de inclusão dos estudos: artigos primários em texto completo gratuito, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2007 a 2017. A justificativa do critério de seleção de artigos, se deu pelo fato de que estudos que analisem o uso do hidrocolóide e filme transparente para prevenção de lesões, se intensificaram nos últimos 10 anos<sup>(11)</sup>.



A busca dos artigos científicos foi realizada no mês de abril de 2017, obtendo-se um total de 780 artigos científicos. Deste quantitativo, os artigos foram avaliados quanto a qualidade e adequação aos critérios de inclusão, duplicidade entre as bases, excluindo-se 645 artigos. Posteriormente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos, a fim de averiguar a contemplação ao tema, enquadrando-se assim, seis artigos para a análise final, conforme mostra a figura 1.

**Figura 1** - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos artigos, para o desenvolvimento da pesquisa. Teresina, Piauí, Brasil, 2017.



**Fonte:** Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, PubMed, Web of Science e CINAHL

A extração dos dados dos estudos selecionados será executada por meio da utilização de um instrumento de coleta de dados adaptado, proposto e validado por pesquisadoras da Enfermagem<sup>(12)</sup>. Tal instrumento contempla a identificação do artigo, ano, local do estudo, características/avaliação do rigor metodológico e nível de evidência.

**RESULTADOS**

Dos seis estudos selecionados, três (50%) foram publicados no ano de 2015; dois (33,3%) em 2016 e um (16,7) em 2013. Diante deste quantitativo, percebe-se que apesar da alta prevalência de lesões por pressão, as publicações não acompanham essa evolução, em especial, as que avaliam a aplicabilidade/efetividade de coberturas protetoras.

Outro fator que pode estar relacionado é o fato de que os estudos relacionados a prevenção de LPP, buscam de forma mais ampla, identificar os cuidados realizados para

a prevenção, e quando se busca avaliar a efetividade de curativos, por existirem vários tipos de coberturas e os artigos que avaliam tal intervenção serem em maior número internacionais, pouco se aborda sobre as coberturas em questão neste estudo, já que são mais utilizadas no Brasil<sup>(13)</sup>.

No que se refere ao delineamento dos estudos, verifica-se que os artigos são provenientes de ensaios clínicos controlados, estudos analíticos e transversais, respectivamente, os quais tratavam em sua maioria, sobre a efetividade do filme transparente e hidrocolóide para a prevenção de LPP, com ênfase no número de lesões desenvolvidas após a aplicação das coberturas e na avaliação do custo-efetividade.

Diante da avaliação da efetividade do filme transparente e hidrocolóide na prevenção de LPP, pode-se verificar que o filme transparente foi mais efetivo. O hidrocolóide apresentou-se efetivo em um estudo, entretanto, vale ressaltar, tal cobertura foi avaliada de forma isolada no mesmo. E, em outro estudo, a maior efetividade foi dada a cobertura de ceramida quando comparada ao hidrocolóide. Para a análise e síntese dos artigos selecionadas, utilizou-se um quadro sinóptico, construído para esse fim (Quadro 2).

**Quadro 1** - Síntese dos estudos primários incluídos na revisão integrativa. Teresina, Piauí, Brasil, 2017.

| Título do artigo   | Autores/Ano               | Delineamento do estudo | Amostra analisada | Curativo utilizado                | Resultados/Conclusões   |
|--|---------------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------------|---|
| Custos de coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral                             | INOUE, MATSUDA, 2016      | Estudo analítico       | 25 pacientes      | Filme transparente e hidrocolóide | O filme transparente demonstrou-se uma opção econômica e eficaz para prevenir lesões por pressão sacrais em pacientes críticos e que o motivo que levou as trocas foi o deslocamento. |
| Managing pressure ulcers and moisture lesions with new hydrocolloid technology                 | LINTHWAITE, BETHELL, 2016 | Estudo analítico       | 10 pacientes      | Hidrocolóide                      | O hidrocolóide mostrou-se efetivo, reduzindo os tempos de cicatrização, os gastos com tratamentos adicionais e facilitando a regular inspeção das áreas lesionadas.                   |
| Avaliação de custo-efetividade de dois tipos de curativos para prevenção de úlcera por pressão | INOUE, MATSUDA, 2015      | Estudo analítico       | 25 pacientes      | Filme transparente e hidrocolóide | O custo-efetividade do filme transparente foi maior do que o hidrocolóide na prevenção de lesão sacral, com diferença de mais de 100% do preço no desfecho final.                     |

|  |                    |   |               |                                   |  |
|--|--------------------|---|---------------|-----------------------------------|--|
| Evaluation of effectiveness of hydrocolloid dressing vs ceramide containing dressing against pressure ulcers | HAO et al., 2015   | Ensaio clínico controlado                 | 97 pacientes  | Hidrocolóide e Ceramida           | Os curativos de ceramida foram mais eficazes na redução do eritema e na melhora da cicatrização, quando comparado com curativos de hidrocolóides comuns, sendo necessários maiores estudos para comprovar essa eficiência. |
| Using transparent polyurethane film and hydrocolloid dressings to prevent pressure ulcers                    | DUTRA et al., 2015 | Estudo analítico transversal              | 160 pacientes | Filme transparente e hidrocolóide | Os resultados indicam que o filme transparente apresentou melhor desempenho e teve maior eficácia do que o curativo de hidrocolóide na prevenção do envolvimento de lesões por pressão.                                    |
| Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano                          | SOUZA et al., 2013 | Ensaio clínico controlado não-randomizado | 100 pacientes | Filme transparente                | O filme transparente mostrou-se muito efetivo na prevenção de lesões por pressão no calcâneo com 19 dias sem ocorrências.  |

**Fonte:** Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, PubMed, Web of Science e CINAHL

## DISCUSSÃO

As LPP são consideradas uma grave alteração da integridade da pele e como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, já que são esses profissionais, que prestam uma assistência direta aos pacientes cotidianamente<sup>(14)</sup>. São comumente observadas em vários países do mundo, sobretudo, em pacientes idosos que apresentam restrição de mobilidade, e avaliado como uma das mais caras intervenções médico-cirúrgicas aplicadas nesse público<sup>(15)</sup>. A maior prevalência de idosos desenvolverem LPPs, se dá pela menor produção de colágeno, redução da elasticidade, má vascularização<sup>(13)</sup>.

Para a prevenção de LPP em pacientes susceptíveis, é necessário a aplicação de coberturas protetoras em áreas de maior pressão e de proeminências ósseas<sup>(14)</sup>. Dentre as abordagens realizadas para evitar tais lesões, vem sendo utilizado diferentes tipos de curativos, que promovem a proteção da pele e redução das forças de fricção e cisalhamento sobre a pele<sup>(15)</sup>.

Existem vários tipos de curativos disponíveis no mercado para prevenção de LPP, dentre eles, o filme transparente e o hidrocolóide, são os mais utilizados no Brasil e estão disponíveis para uso desde o início da década de 80<sup>(13)</sup>. Dessa forma, sob essa constatação, há cada vez mais, a necessidade de ampliar os recursos opcionais para a prevenção de LPP, a fim de reduzir as complicações,

desconfortos e altos custos com tratamentos<sup>(16)</sup>.

Assim, considerando há necessidade de racionalização dos recursos financeiros nas instituições de saúde e que as coberturas são indispensáveis para a prevenção de LPPs, torna-se mais lucrativo financeiramente o uso de filme transparente, que se apresentou no estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), uma economia média de R\$167,00 por paciente, em relação a outras coberturas analisadas<sup>(14)</sup>.

Estudo realizado no Paraná, na Região Sul do Brasil<sup>(17)</sup>, identificou que o filme transparente foi 5,5 vezes mais econômico, quando comparado com a placa hidrocolóide, logo que ofereceu menor custo de aquisição associado a maior quantidade de pacientes assistidos, tendo uma relação de custo-efetividade a cada lesão evitada de cerca de R\$ 29,00 e 272,00 reais, para o filme e hidrocolóide, simultaneamente.

Ensaio clínico controlado com 100 pacientes de um hospital universitário brasileiro que faziam uso de filme transparente para prevenir lesões por pressão em calcâneos<sup>(11)</sup>, observou-se que a incidência de lesões foi de 6% na intervenção experimental e 18% na intervenção controle, sendo possível afirmar que, embora o paciente possa desenvolver lesões, a possibilidade de ocorrência foi significativamente mais elevada naqueles que não fazem o uso do filme transparente.

Dado que corrobora com o estudo realizado na UTI de Passos em 2015<sup>(13)</sup>, que os resultados indicam que o filme transparente apresentou melhor desempenho e teve maior eficácia do que o curativo de hidrocolóide na prevenção de LPP. No entanto, apesar dessa alta efetividade do filme transparente, em relação ao hidrocolóide, em um estudo de caso realizado em 2016<sup>(17)</sup>, mostrou que o hidrocolóide foi efetivo na prevenção de LPP, agindo na redução do tempo de cicatrização, nos custos com tratamentos adicionais e permitindo a frequente inspeção das áreas lesionadas. Todavia, vale ressaltar, que essa superioridade do hidrocolóide, pode ser justificada por ter sido avaliada isoladamente neste estudo.

Já na pesquisa realizada com 97 pacientes internados em um hospital chinês<sup>(15)</sup>, que avaliou o hidrocolóide com o curativo com ceramida, a segunda opção foi mais eficaz na prevenção de lesões do que a primeira, o que torna-se importante, que esse tipo de cobertura seja avaliado em comparação ao filme transparente, pois no presente estudo, mostrou-se a intervenção mais custo-efetiva.

Nesse cenário, o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, precisa aprimorar suas habilidades de gerenciamento dos serviços e da assistência, com foco na aquisição e melhoria dos recursos físicos, tecnológicos

e humanos, para a maior segurança dos paciente e profissionais envolvidos nesse processo, e no intuito de prevenir as LPPs, o uso de coberturas protetoras, torna-se uma tecnologia de trabalho inovadora e eficaz<sup>(14)</sup>.

O presente estudo evidencia que a melhor cobertura a ser utilizada na prevenção de LPP é o filme transparente. Esse tipo de discussão ainda é considerada incipiente, frente os altos índices de morbimortalidade ocasionados por essas lesões.

Dessa forma, o estudo teve como limitações a escassez de produções que respondessem à questão de pesquisa, como também não serem identificados estudos que retratassem a aplicabilidade de ambas coberturas analisadas no âmbito domiciliar. O que tornou necessária, a realização de estudos adicionais, em especial, os que avaliam a eficácia de coberturas protetoras. Outra limitação é que não foram consideradas as capacitações dos profissionais de saúde para o manuseio e manutenção de tais coberturas.

## CONCLUSÕES

As evidências da maioria dos estudos apontaram a superioridade do filme transparente em relação ao hidrocolóide na prevenção de lesões. Ressalta-se que também é mais eficiente por apresentar menores custos de aquisição e manutenção. Ressalta-se ainda, a necessidade de avaliação da eficácia do filme transparente, em comparação com outras coberturas protetoras disponíveis no mercado, tanto no âmbito hospitalar e domiciliar. Sugere-se assim, ampliar as orientações acerca dessa temática nas instituições de saúde e em domicílio, criando mecanismos eficazes de comunicação entre profissionais de saúde e os cuidadores, para que assim, seja garantida a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

- 1- Pott FS, Ribas JD, Silva OBMda, Souza TS, Danski MTR, Marineli MJ. Algoritmo de prevenção e tratamento de Úlcera Por Pressão. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 20]; 18(2):238-244. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26085>
- 2- Borghardt AT, Prado TN, Bicudo SDS, Castro DS, Bringuento MEO. Pressure ulcers in critically ill patients: incidence and associated factors. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 20]; 69(3):460-467. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000300460&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300460&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166903071>.
- 3- Moraes JT. Conceito e Classificação de Lesão por Pressão: Atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Enferm Cent O Min* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 20]; 6(2):2292-2306. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1423>
- 4- Olkoski E, Assis GM. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 20]; 20(2):363-369. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000200363&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200363&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160050>.
- 5- Moraes GLA. Aplicação de protocolo de prevenção de úlcera por pressão no contexto domiciliar: uma trajetória percorrida. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 20]; 18(2):387-391. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32590>
- 6- Lima AFC, Castilho V. Mobilização corporal para prevenção de úlceras por pressão: custo direto com pessoal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 20]; 68(5):930-936. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000500930&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000500930&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156805231>.
- 7- Moro JV, Caliri MHL. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 20]; 20(3):e20160058. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160058.pdf>
- 8- Freitas JPC, Alberti LR. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta paul enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 20]; 26(6):515-521. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600002>.
- 9- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2008 [cited 2017 Jul 20]; 17(4):758-764. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- 10- Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2007 [cited 2017 Jul 20]; 15(3):508-511. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.
- 11- Souza TS, Danski MTR, Johann DA, Lazzari LSM, Mingorance P. Prevenção de úlceras por pressão no calcanhar com filme transparente de poliuretano. *Acta paul enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 20]; 26(4):345-352. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000400008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000400008>.
- 12- Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2017 Jul 20]; 14(1):124-131. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.
- 13- Dutra RAA, Salomé GM, Alves JR, Pereira VOS, Miranda FD, Vallim VB et al. Using transparent polyurethane film and hydrocolloid dressings to prevent pressure ulcers. *Journal of Wound Care*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 20]; 24(6):268-275. Available from: <http://www.univas.edu.br/mpcas/egresso/publicacao/201611071170118748690.pdf>
- 14- Inoue KC, Matsuda LM. Custos de coberturas para a prevenção de úlcera por pressão sacral. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 20]; 69(4):641-645. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0641.pdf>
- 15- Hao DF, Feng G, Chu WL, Chen ZQ, Li SY. Evaluation of effectiveness of hydrocolloid dressing vs ceramide containing dressing against pressure ulcers. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 20]; 19:936-941. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25855916>
- 16- Linthwaite A, Bethell E. Managing pressure ulcers and moisture lesions with new hydrocolloid technology. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 20]; 25(8):442-448. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27126753>
- 17- Inoue KC, Matsuda LM. Avaliação de custo-efetividade de dois tipos de curativos para prevenção de úlcera por pressão. *Acta paul enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 20]; 28(5):415-419. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000500415&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000500415&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500070>



# ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Maria de Jesus Nascimento de Aquino<sup>1</sup>, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante<sup>2</sup>, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu<sup>2</sup>, Ligia Fernandes Scopacasa<sup>2</sup>, Francisca Diana da Silva Negreiros<sup>3</sup>

**Objetivo:** analisar o conteúdo das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes, em . **Metodologia:** estudo quantitativo, com 151 prontuários de pacientes internados, de uma unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público terciário de Fortaleza-CE, Brasil, do período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, cujas anotações de 48 horas e de alta foram avaliadas. **Resultados:** dados evidenciaram anotações com conteúdo deficiente, que não expressavam a realidade dos pacientes e a assistência de enfermagem prestada. Observou-se adequação em relação ao preenchimento dos dados: data, horário e identificação do paciente, mas o preenchimento do número do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará e assinatura do profissional sinalizaram preocupação pelo alto percentual de não conformidade aos aspectos éticos e legais. **Conclusão:** as anotações de enfermagem não refletiram as gravidades dos pacientes, nem a dinâmica da UTI.

**Descritores:** Registros de Enfermagem, Auditoria de Enfermagem, Cuidados Críticos, Enfermagem, Qualidade da Assistência à Saúde.

## **NURSING NOTES: QUALITY ASSESSMENT IN INTENSIVE CARE UNIT**

**Objective:** Analyze the contents of nursing notes in patients' records in an intensive care unit (ICU) of a public tertiary hospital in Fortaleza, CE. It is a descriptive study with quantitative approach that analyzed 151 medical records of patients admitted to an ICU, from September 2014 to February 2015, whose 48 hour and discharge notes were evaluated. Data revealed notes with poor content, which did not express the patients' situation, nor the nursing care provided. Data concerning date, time, and patient identification were adequate. However, the COREN number and the professional's signature raised concern given the high percentage of non-compliance regarding ethical and legal aspects. Nursing notes did not reflect the severity of patients, nor the dynamics in the ICU

**Descriptors:** Nursing Records, Nursing Audit, Critical Care, Nursing, Quality of Health Care

## **ANOTACIONES DE ENFERMERÍA: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

**Objetivo:** analizar el contenido de las anotaciones de enfermería en registros de pacientes, en una unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital público terciario de Fortaleza-CE, Brasil. **Metodología:** estudio cuantitativo con 151 prontuarios de pacientes internados, de septiembre de 2014 a febrero de 2015, cuyas anotaciones de 48 horas y de alta fueron evaluadas. **Resultados:** datos evidenciaron anotaciones con contenido deficiente, que no expresaban la realidad de los pacientes y la asistencia de enfermería prestada. Se observó adecuación en relación al llenado de los datos: fecha, hora e identificación del paciente, pero el llenado del número del Consejo Regional de Enfermería de Ceará y firma del profesional señalaron preocupación por el alto porcentaje de no conformidad a los aspectos éticos y legales. **Conclusión:** las anotaciones de enfermería no reflejaron las gravidades de los pacientes, ni la dinámica de la UTI.

**Descritores:** Registros de Enfermería, Auditoría de enfermería, Cuidados Críticos, Enfermería; Calidad de la Atención de Salud.

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza-UNIFOR/CE.Email: dejenascimento@gmail.com

<sup>2</sup>UNIFOR/CE.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Ceará-UFC/CE.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de alta complexidade assistencial e requer equipe de enfermagem especializada. A rotina deste espaço está relacionada à manutenção da estabilidade das funções vitais em situações clínicas que exigem conhecimento especializado<sup>(1)</sup>.

Devido à complexidade de cuidados, é necessário que a comunicação escrita, entre os profissionais de enfermagem e/ou equipe multiprofissional seja eficiente e fidedigna, descrevendo as alterações apresentadas pelos pacientes e os procedimentos realizados de forma segura.

Dentre os cuidados necessários à segurança do paciente, encontra-se a comunicação escrita demonstrada por meio dos registros em prontuários. O registro correto garante, ao paciente, uma qualidade na assistência continuada e, ao profissional, um respaldo legal. A ação de registrar faz parte das boas práticas de saúde, melhorando a comunicação entre a equipe, e auxilia numa recuperação segura e mais rápida dos pacientes<sup>(2)</sup>.

Essa comunicação entre os profissionais é fundamental para organização e (re) planejamento do cuidado, pois registros adequados objetivam a continuidade da assistência de enfermagem prestada e permitem fomentar pesquisas e auditorias, a fim de contribuir para uma enfermagem mais científica<sup>(3)</sup>.

Os registros são importantes para serem utilizados para fins de auditoria, pesquisa e avaliação da qualidade da assistência de Enfermagem. Através deles, podem ser realizadas investigações da evolução do paciente e do respectivo tratamento, fornecendo material para pesquisas de determinadas doenças e suas manifestações, servem também de fontes de dados em auditorias de aspecto financeiros ou relacionadas à qualidade da assistência e, ainda, contribuem para educação dos profissionais de saúde, pois permitem a elaboração de estudo de casos, pois, contêm as informações pertinentes aos pacientes<sup>(4)</sup>.

Para realizar anotações de qualidade, é mister atenção aos aspectos: registros devem ser legíveis, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais e cronológicos; não é permitido escrever à lápis ou utilizar corretivo líquido;

não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços; ao final da anotação, deve ter data e hora; identificação do profissional que fez as anotações<sup>(5)</sup>.

Na prática profissional, observa-se que os procedimentos são realizados, mas muitos deixam de ser anotados ou são registrados de modo incompleto. As falhas geram conotações conflitantes, em que se pode interpretar que os procedimentos foram executados ou não, causando prejuízo para avaliação dos cuidados prestados, para as glosas hospitalares e o reconhecimento do impacto do trabalho realizado pelos profissionais de Enfermagem.

Diante da importância da temática sobre os registros de enfermagem, objetivou-se analisar o conteúdo dos registros das anotações de enfermagem em prontuários de pacientes, em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público terciário de Fortaleza-CE.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo e quantitativo. A população foi constituída de 194 prontuários dos pacientes internados na UTI, de setembro de 2014 a fevereiro de 2015. Foram avaliadas as

anotações de 48 horas após a internação e as do dia da alta.

O instrumento de coleta de dados foi um checklist elaborado com base nas sugestões do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)<sup>(6)</sup>. Os critérios de inclusão foram: o paciente ter se internado durante o período de setembro de 2014 a fevereiro 2015, apresentar as anotações de 48 horas de internação e de alta descritas no prontuário e estar disponível no arquivo do hospital. Foram excluídos prontuários de pacientes que tiveram alta com menos de 48 horas ou com 48 horas de internação, sendo excluídos 43 prontuários, totalizando 151.

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel/2007, analisados pelo programa Statistic Package for Social Sciences, por meio da análise estatística descritiva.

A pesquisa respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme protocolo nº 693.756/2014.

## RESULTADOS

Foram avaliados 151 prontuários com ênfase na avaliação da qualidade das anotações de enfermagem de 48 horas de internação e alta.

*Devido à complexidade de cuidados, é necessário que a comunicação escrita, entre os profissionais de enfermagem e/ou equipe multiprofissional seja eficiente e fidedigna*

Na Tabela 1, encontram-se as informações e características presentes nas anotações de 48 horas e alta.

**Tabela 1** - Informações e características dos registros das anotações de enfermagem da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

| Variáveis (n=151)      | 48h |      |     |      | Alta |      |     |      |
|------------------------|-----|------|-----|------|------|------|-----|------|
|                        | Sim |      | Não |      | Sim  |      | Não |      |
|                        | n   | %    | n   | %    | n    | %    | n   | %    |
| Letra legível          | 151 | 100  | -   | -    | 151  | 100  | -   | -    |
| Data                   | 150 | 99,3 | 01  | 0,7  | 138  | 91,4 | 13  | 8,6  |
| Horário                | 82  | 54,3 | 69  | 45,7 | 120  | 79,5 | 31  | 20,5 |
| Identificação paciente | 143 | 94,7 | 8   | 5,3  | 141  | 93,4 | 10  | 6,6  |
| Rasura                 | 16  | 10,6 | 135 | 89,4 | 11   | 7,3  | 140 | 92,7 |
| Espaço em branco       | 21  | 13,9 | 130 | 86,1 | 19   | 12,6 | 132 | 87,4 |
| Assinatura             | 145 | 96   | 06  | 4    | 147  | 97,4 | 04  | 2,6  |
| Categoria profissional | 21  | 13,9 | 130 | 86,1 | 29   | 19,2 | 122 | 80,8 |
| Número do Conselho     | 7   | 4,6  | 144 | 95,4 | 25   | 16,6 | 126 | 83,4 |

Os dados referentes aos horários obtiveram percentual de preenchimento maior nas anotações de alta 120 (79,9%). O número de rasuras e espaços em branco nas anotações pesquisadas foram relativamente baixo em ambos os períodos investigados, mas as anotações de 48 horas ainda obtiveram percentual superior, 16 (10,6%) e 21 (13,9%), respectivamente, quando comparados à anotação de alta.

As assinaturas dos profissionais nas anotações estavam presentes na maioria das anotações de 48 horas, 145 (96%); e alta, 147 (97,4%). Foi evidenciado que dos 145 registros de 48 horas, 125 (86,2%) e dos 147 registros de alta, 52 (35,4%) apresentavam mais de uma assinatura. A informação sobre a categoria profissional foi mencionada em 29 (19,2%) registros das anotações de alta, em 21 (13,9%) das anotações de 48 horas. O número do conselho estava presente em 7 (4,6%) das anotações de 48 horas e em 25 (16,6%) das anotações de altas.

Evidenciam-se na Tabela 2 as anotações referentes ao sistema neurológico, gastrointestinal e urinário e os cuidados prestados presentes nas anotações de 48 horas.

**Tabela 2** - Conteúdo da descrição neurológica, gastrointestinal e urinária e dos cuidados prestados presentes nas anotações de Enfermagem da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

| Conteúdo da descrição (n=151)            | Sim |      | Não |      |
|--|-----|------|-----|------|
|  | n   | %    | n   | %    |
| Neurológico                              | 75  | 49,7 | 76  | 50,3 |
| Gastrointestinal - Tipo de Dieta         | 80  | 53   | 71  | 47   |
| Gastrointestinal - Eliminação Intestinal | 53  | 35   | 98  | 65   |
| Urinário                                 | 89  | 59   | 62  | 41   |
| Massagem de conforto                     | 65  | 43   | 86  | 57   |
| Mudança decúbito                         | 10  | 6,6  | 141 | 93,4 |
| Aspiração                                | 06  | 4    | 145 | 96   |
| Medida de proteção                       | -   | -    | 151 | 100  |
| Cuidados de higiene                      | 151 | 100  | -   | -    |

Dentre as anotações, 76 (50,3%) não continham a condição neurológica do paciente. Acerca das informações colhidas sobre gastrointestinal, 80 (53%) descreveram o tipo de dieta. Registro sobre a eliminação intestinal; 98 (65%) dos prontuários não informaram sobre as eliminações. A diurese foi descrita em 89 (59%) registros.

Com relação à descrição dos cuidados prestados, as informações sobre mudança de decúbito foram mencionadas em 10 registros (6,6%) e aspiração em seis registros (4%) e massagem de conforto foi de 65 (43%).

Os registros sobre presença de drenos, curativos e dor nas anotações de 48 horas estão na Tabela 3.

**Tabela 3** - Descrição de cuidados sobre curativos, drenos e dor das anotações de Enfermagem de 48 horas da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

| Descrição dos cuidados        | Sim |      | Não |      |
|-------------------------------|-----|------|-----|------|
|                               | n   | %    | n   | %    |
| Paciente com curativo (n=121) | 121 | 80,1 | 30  | 19,9 |
| Registro do curativo          | 49  | 40,5 | 72  | 59,5 |
| Registro do local da lesão    | 21  | 17,4 | 100 | 82,6 |
| Registro do tipo              | 5   | 4,1  | 116 | 95,9 |
| Registro características      | 5   | 4,1  | 116 | 95,9 |
| Paciente com dreno (n=30)     | 30  | 20   | 123 | 81,5 |



| Descrição dos cuidados           | Sim |      | Não |      |
|----------------------------------|-----|------|-----|------|
|                                  | n   | %    | n   | %    |
| Registro do dreno                | 16  | 53,3 | 14  | 46,7 |
| Registro do local do dreno       | 8   | 26,7 | 22  | 73,3 |
| Registro do aspecto e quantidade | 1   | 3,3  | 29  | 96,7 |
| Registro da dor (n=151)          | 2   | 1,3  | 149 | 98,7 |

Dos 151 prontuários, foi identificado que 121 pacientes tinham curativos e 30 drenos, porém nas anotações de Enfermagem, foram mencionadas apenas em 49 (40,5%) pacientes e, destas anotações, observou-se baixo índice de registros referente ao local da lesão 21 (17,4%), tipo de curativo 5 (4,1%) e características das feridas 5 (4,1%). Com relação à descrição de dreno, foi evidenciado sub-registros de informações referentes aos pacientes com dreno, localização, aspecto e quantidade da secreção. A presença de dor foi mencionada em 2 (1,3%) dos registros.

Na Tabela 4, encontra-se o conteúdo dos registros de alta da UTI.

**Tabela 4** - Conteúdos das anotações de Enfermagem relacionadas à alta da UTI em hospital público. Fortaleza-CE, 2014-2015.

| Conteúdos das anotações                   | Sim |      | Não |      |
|---|-----|------|-----|------|
|   | n   | %    | n   | %    |
| Transferência para enfermagem (n=98)      |     |      |     |      |
| Condições gerais de locomoção             | 2   | 2    | 96  | 98   |
| Registro das orientações                  | -   | -    | 98  | 100  |
| Registro das condições gerais do paciente | 47  | 48   | 51  | 52   |
| Registro sobre acompanhante               | 1   | 1    | 97  | 99   |
| Registro do local de transferência        | 44  | 44,9 | 54  | 55,1 |
| Registro da entrega de pertences          | 2   | 2    | 96  | 98   |
| Registro da entrega de medicação          | 3   | 3,1  | 95  | 96,9 |

| Conteúdos das anotações                      | Sim |      | Não |      |
|--|-----|------|-----|------|
|  | n   | %    | n   | %    |
| Óbito (n=53)                                 |     |      |     |      |
| Registro da identificação do médico          | 14  | 26,4 | 39  | 73,6 |
| Registro do Eletrocardiograma (ECG)          | 10  | 18,9 | 43  | 81,1 |
| Registro da comunicação ao setor responsável | 11  | 20,8 | 42  | 79,2 |
| Registro sobre os cuidados pós-morte         | 6   | 11,5 | 46  | 88,5 |

Nos registros de alta, as informações mais frequentes foram sobre condições gerais dos pacientes 47 (48%), local de transferência 44 (44,9%) e as orientações da alta não foram mencionados em nenhum dos 98 (100%) casos. Observa-se percentual mínimos de registros da identificação do médico que atestou o óbito 14 (26,4%), ECG 10 (18,9%), comunicação do óbito 11 (20,8%) e cuidados pós-morte 6 (11,5%).

## DISCUSSÃO

As falhas nos registros das anotações de enfermagem foram devido a informações descritas de forma sucintas, que não correspondiam à gravidade dos pacientes e à dinâmica da UTI, e incorreções pontuais no tocante aos dados que possibilitassem a identificação da categoria do profissional responsável pelo cuidado prestado.

Nos registros de Enfermagem, de modo geral, as falhas, na maioria, estavam relacionadas ao não preenchimento completo e/ou ausência da identificação do profissional e número do conselho profissional executor da tarefa e as desinformações referentes à data, ao horário, à letra ilegível, às anotações com conteúdo indistinto com a evolução de enfermagem e utilização de siglas não padronizadas, também, foram encontradas<sup>(6)</sup>.

Os percentuais de registros com rasuras e espaços em branco apresentaram número reduzido. Em estudo realizado em duas instituições de atenção secundária à saúde no Ceará evidenciou percentuais de rasuras de 13,3% e 60%(7). As falhas nos registros de enfermagem podem acarretar consequências econômicas à instituição, bem como provocar dúvidas quanto à assistência prestada. As anotações devem ser claras e objetivas, de forma que qualquer pessoa que lê possa entender a informação registrada<sup>(6)</sup>. Nesta pesquisa, todas as anotações encontravam-se legíveis.

A assinatura do profissional estava presente na maioria dos registros, porém foi evidenciado que em alguns registros continham a assinatura de mais de um profissional ao final do registro, o que constitui uma não conformidade. Destaca-se que os dados da categoria profissional, número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) foi insatisfatório, o que possibilitou a identificação da categoria de poucos profissionais.

O COFEN determina que os membros da equipe devem apor as assinaturas ou rubricas sobre os dados do carimbo contendo a sigla da categoria profissional, a inscrição do conselho e a sigla do COREN, acompanhada da sigla da Unidade da Federação. O carimbo é pessoal, intransferível e de uso obrigatório em todo documento firmado, quando do exercício profissional<sup>(8)</sup>.

As anotações referentes aos cuidados são realizadas para se ter um meio de comunicação entre os profissionais de saúde, o que ajuda a melhorar a qualidade e a continuidade do cuidado, e facilita o planejamento deste. É fundamental a realização das evoluções, prescrições, registros e anotações de Enfermagem de forma correta<sup>(9)</sup>.

Neste estudo, identificaram-se falhas nos registros das eliminações, tipo de dieta, descrição dos cuidados de mudança de decúbito, aspiração, dreno, curativo e dor que foram pouco registradas. Fato que coincide com estudo realizado no Paraná, em que foram evidenciados registros insatisfatórios de cuidados de enfermagem, destacando que as anotações sobre as eliminações intestinais estavam com informações incompletas e não havia registros da realização de mudança de decúbito<sup>(10)</sup>.

O registro de dor foi pouco mencionado neste estudo. Em pesquisa realizada em hospital em São Paulo, os registros de localização/características (54%), providência adotada (65%) e intensidade (36%) foram considerados insatisfatórios<sup>(11)</sup>.

Em estudo sobre registro de curativo, observou-se percentual elevado de registro sem o tipo de tecido e de exsudado<sup>(12)</sup>. Resultados semelhantes ao encontrados nesta pesquisa, nos poucos curativos mencionados na anotação não continham as informações necessárias para o registro adequado.

As anotações sobre o curativo devem ser descritas: local da lesão e sua dimensão; data e horário; sinais e sintomas observados como presença de secreção, coloração, odor, quantidade; relatar necessidade de desbridamento; tipo de curativo oclusivo, aberto, simples, compressivo; presença de dreno; material prescrito e utilizado, bem como relatar o nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia prévia<sup>(5)</sup>.

A análise dos registros de Enfermagem realizada em dois

hospitais de Maceió evidenciou que estes eram descritos com pouca profundidade, não apresentavam as respostas dos clientes aos cuidados prestados, não retratavam a realidade do paciente e a assistência prestada. Ainda, referiram que as respostas dos clientes frente aos cuidados prestados estavam presentes em 8% e 1,8% dos registros<sup>(13)</sup>. Outra investigação realizada em hospital de Santa Catarina observou-se que as anotações realizadas pela enfermagem não expressavam a condição clínica dos pacientes e a assistência prestada registrada foram anotadas de forma precária<sup>(14)</sup>, corroborando com os resultados desta pesquisa.

No registro de alta, foi evidenciado que as informações sobre condições gerais do paciente, locomoção, local da transferência, presença do acompanhante, entrega de pertences e medicações obtiveram percentual baixo nas anotações e em nenhum foram descritas as orientações prestadas. Estudo realizado em um hospital em São Paulo apresentou semelhança em relação ao registro de condição de locomoção, procedimentos/cuidados realizados. Nesse estudo, o percentual de 77% para os registros de condições de transporte e procedimento/cuidados realizados foi considerado regular, o registro do local de transferência foi mencionado em 84% dos registros<sup>(11)</sup>.

A ausência de registros ou informações incompletas podem gerar problemas de duplicidade de procedimentos executados dificuldades no acompanhamento de cuidados prestados e na execução da atividade, o que pode colocar em risco a recuperação do paciente<sup>(11)</sup>. Diante do exposto, é necessário que as anotações de Enfermagem contemplem as atividades desenvolvidas e descrevam as respostas ao tratamento, as condutas tomadas.

Os registros constituem meio de demonstrar o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, é um indicativo imprescindível da assistência prestada. O preenchimento incompleto ou sua ausência são fatores que impossibilitam a avaliação da assistência prestada, o fornecimento de informações que possam amparar judicialmente o profissional e/ou a instituição.

É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência<sup>(5)</sup>.

Este estudo apresenta limitações quanto ao tamanho de sua amostra, devido a dificuldade de localizar alguns prontuários no arquivo, a falta de impressos das anotações de 48 horas e/ou alta nos prontuários e ter sido realizado em um único hospital reduzindo a quantidade de prontuários incluídos.

## CONCLUSÃO

A qualidade das anotações de Enfermagem não reflete a dinâmica das atividades desempenhadas pelos profissionais de Enfermagem nem retratam, pela avaliação dos registros, a situação clínica dos pacientes. Desta forma, não cumprem com as exigências éticas e legais na maioria dos casos.

Detecta-se melhora em relação ao preenchimento de informações, como preenchimento do nome completo do paciente, data, horário da realização dos procedimentos e legibilidade dos registros, conforme sugere a legislação e que são de grande importância para segurança do paciente.

Para maior conscientização da equipe de enfermagem sobre a relevância dos registros serem fidedignos e claros, fazem-se necessários programas de educação permanente que abordem assuntos sobre resoluções do COFEN e as implicações jurídicas e econômicas, bem como os riscos à segurança do paciente, devido a registros incompletos ou ausentes e sua importância como instrumento de defesa dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Costa TD, Barros AG, Santos VEP. Registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Baiana Enferm.* 2013; 27(3):234-42.
2. Brasilino CEM, Oliveira PBL, Cavalcante MA, Barbosa JO, Guimarães RK. Segurança do paciente assistido em unidade de pronto atendimento: elaboração e implementação de um panfleto informativo. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem.* [Internet]. 2016. [Citado 2017 ago 19]; 2(2). Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrcs.edu.br/index.php/mice/article/view/1165/938>>.
3. Seignemarthin BA, Jesus LR, Virgílio MSTG, Silva EM. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem no pronto Atendimento de um Hospital Escola. *Rev Rene.* 2013; 14(6):1123-32.
4. Azevêdo LMN, Oliveira AG, Malveira FAS, Valença CN, Costa EO, Germano RM. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. *Rev Rene.* 2012; 13(1):64-73.
5. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. [Internet]. 2016 [Citado 2017 ago 19]. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>>.
6. Barreto JA, Lima GG, Xavier CF. Inconsistências das anotações de enfermagem no processo de auditoria. *R Enferm Cent O Min.* 2016; 1(6):2081-93.
7. Cestare VRF, et al. Anotações e registros de enfermagem: em busca da qualidade da assistência. *ReTEP.* 2015;7(1):1465-8.
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 0545/2017, de 9 de maio de 2017. Atualiza a norma que dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição pelos profissionais de enfermagem. Brasília-DF: COFEN; 2017.
9. Santana LC, Araújo TC. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. *Rev ACRED.* 2016; 6(11):59-71.
10. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. *Esc Anna Nery.* 2012; 16(3):576-82.
11. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM Bernardes. A qualidade dos registros de Enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev Enferm UERJ.* 2012; 20(1):79-83.
12. Gardona RGB, Ferracioli MM, Pereira MTJ. Avaliação da qualidade dos registros dos curativos em prontuários realizados pela enfermagem. *Rev Bras Cir Plast.* 2013; 28(4):684-90.
13. Silva TG, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. *Enferm Foco.* 2016;(1):24-7.
14. Rojahn D, Souza I, Locatelli P, Heemann R, Ascari RA. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. *Rev Uningá.* 2014; 19(2):9-13.



# COORDENAÇÃO DO CUIDADO EM UMA REGIÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL: UMA PESQUISA AVALIATIVA

Lucas Agostinho Fernandes<sup>1</sup>, Rinaldo de Souza Neves<sup>1</sup>, Suderlan Sabino Leandro<sup>1</sup>, Pedro Sadi Monteiro<sup>2</sup>

**Objetivo:** Avaliar a coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde na Região Administrativa do Recanto das Emas. **Metodologia:** pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa com delineamento transversal, realizada com quarenta e dois profissionais lotados nas unidades básicas de saúde da região administrativa. **Resultados:** os resultados da pesquisa indicam uma fragilidade no sistema de referência e contrarreferência aos serviços especializados. **Conclusão:** foram identificadas fragilidades na comunicação entre os serviços, podendo ser um empecilho para assistência, bem como a inversão do fluxo de encaminhamento, o que leva a crer que este fato esteja impedindo a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Estratégia Saúde da Família.

### COORDINATION OF CARE IN AN ADMINISTRATIVE REGION OF THE FEDERAL DISTRICT: AN EVALUATING RESEARCH

**Objective:** This research aims to evaluate the coordination of care in Primary Health Care in the Recanto das Emas Administrative Region. **Methodology:** This is an evaluative research, with a quantitative approach with a cross-sectional design, carried out with forty-two professionals in the basic health units of the administrative region. **Results:** The results indicate a fragility in the referral system and counter-referral to specialized services. **Conclusion:** We have identified weaknesses in communication between services, which may be an obstacle to assistance, as well as the inversion of the referral flow, which leads us to believe that this fact is preventing the resoluteness of Primary Health Care.

**Keywords:** Primary Health Care, Health Assessment, Family Health Strategy.

### COORDINACIÓN DEL CUIDADO EN UNA REGIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISTRITO FEDERAL: UNA INVESTIGACIÓN EVALUTIVA

**Objetivo:** Esta investigación objetiva evaluar la coordinación del cuidado en la Atención Primaria a la Salud en la Región Administrativa del Recanto de las Emas. **Metodología:** Se trata de una encuesta evaluativa, de abordaje cuantitativo con delineamiento transversal, realizada con cuarenta y dos profesionales abarrotados en las unidades básicas de salud de la región administrativa. **Resultados:** Los resultados de la investigación indican una fragilidad en el sistema de referencia y contrarreferencia a los servicios especializados. **Conclusión:** Se identificaron fragilidades en la comunicación entre los servicios, pudiendo ser un obstáculo para asistencia, así como la inversión del flujo de encaminhamento, que lleva a creer que este hecho está impidiendo la resistividad de la Atención Primaria a la Salud.

**Palabras clave:** Atención Primaria a la Salud, Evaluación en Salud, Estrategia Salud de la Familia.

<sup>1</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde/DF/Brasília. Email: rinaldodesouza@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Brasília-UnB.

## INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde possuem duas metas principais, a primeira diz respeito à otimização da saúde da população; a segunda visa minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso nos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde<sup>(1)</sup>.

Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) é, para um sistema de saúde, a porta de entrada para as necessidades de saúde da população, fornecendo atuação sobre a pessoa no decorrer do tempo, dispondo atenção para as condições e coordenando ou integrando a atenção fornecida por terceiros. Na busca de orientar a APS, definem-se eixos estruturantes, que recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; assim como atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural<sup>(1)</sup>.

Dentre os atributos principais, a coordenação é o estado de se harmonizar uma ação ou esforço comum. Considera-se que a essência da coordenação é a disponibilidade de informações sobre problemas e serviços anteriores e o reconhecimento de informações coletadas de uma necessidade de cuidado atual<sup>(1)</sup>. Logo, a coordenação da atenção contempla a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional, por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado na atenção geral ao paciente<sup>(2)</sup>.

A falta dessa articulação entre os serviços é chamada de sistemas fragmentados de atenção à saúde, que se organizam através de um conjunto de pontos isolados e incommunicantes. Já os sistemas integrados de atenção à saúde, as denominadas Redes de Atenção à Saúde, são aqueles organizados através de conjuntos coordenados de pontos de atenção à saúde, para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida<sup>(3)</sup>.

Há muitos instrumentos de avaliação da Atenção Primária, porém, a maioria deles com propostas voltadas para a administração, avaliando desempenho e efetividade dos serviços de saúde e de Atenção Primária, com poucos estudos que se fundamentam e orientam a partir da Atenção Primária à Saúde, como o proposto por Starfield<sup>(4,1)</sup>.

Nesse cenário, o Plano distrital de Saúde para a região administrativa do Recanto das Emas de 2012 a 2015<sup>(5)</sup>, definiu como alguns objetivos e metas atingir 100% de cobertura populacional com a Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma estrutura física adequada; reduzir a demanda reprimida por consulta de especialidades, tendo como uma das intenções a implantação do matriciamento, ou seja, suporte assistencial e

técnico-pedagógico aos profissionais das ESFs pelas equipes de apoio<sup>(6)</sup>; e tornar a atuação do controle social efetiva com a instalação de conselhos gestores de saúde nas unidades.

A importância do presente estudo advém da necessidade do conhecimento da maneira como a coordenação do cuidado na APS está sendo inserida e trabalhada no Recanto das Emas, pois a APS deve ser capaz de integrar o cuidado ao paciente através da coordenação entre os serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

Pesquisas de avaliação da atenção primária, como a presente, possibilitam a tomada de decisão, a reestruturação e manutenção de fluxos e contrafluxos. Ainda, evidenciam a maneira como o modelo de saúde é desenvolvido em sua capilaridade. Tomando por base essa necessidade, o estudo objetiva avaliar a coordenação do cuidado da APS no Recanto das Emas.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa com delineamento transversal. A avaliação é um componente fundamental das práticas de saúde pública, baseada no emprego de alternativas metodológicas que servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente a julgar o mérito e o valor de algo de modo justificável, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão sobre programações pertinentes<sup>(7)</sup>.

O local de estudo foi a XV Região Administrativa das 31 do Distrito Federal (DF), o Recanto das Emas. Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio 2015, a população urbana estimada no Recanto das Emas é de 145.304 habitantes, 27,26% estão na faixa etária de 40 a 59 anos, 21,81% situam-se na faixa de 25 e 39 anos, enquanto na faixa de 15 a 24 anos, 20,62%, e os idosos representam 9,18%. Quanto ao nível de escolaridade, a população concentra-se na categoria dos que têm ensino fundamental incompleto. Os que possuem nível superior completo representam menos de 6%. A Região Administrativa conta com cinco unidades básicas de saúde e duas clínicas da família, dispondo de dezoito equipes da ESF<sup>(8)</sup>.

A população do estudo é composta por médicos e enfermeiros da ESF de unidade básica tradicional que assistem usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, tendo como critério de inclusão aqueles que apresentassem tempo de atuação no serviço igual ou superior a seis meses e que aceitassem participar da entrevista e como critério de exclusão aqueles que apresentaram duas recusas para participar do estudo. A amostra foi constituída por 42 profissionais, dentre eles, 20 médicos e 22 enfermeiros.

As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a abril de 2016 por cinco pesquisadores devidamente treinados,

em todas as sete unidades de saúde do Recanto das Emas. As entrevistas foram, ainda, efetuadas nas unidades de trabalho dos profissionais em horário alternativo à jornada de trabalho, com duração média de quarenta minutos.

O instrumento utilizado para essa avaliação é o PCATool-Brasil - Primary Care Assessment Tool Brasil - que se apresenta como modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde, válido no Brasil, em versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos, profissionais de saúde e ao gestor do serviço de saúde. Tem por finalidade medir a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e dos três atributos derivados da APS: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural<sup>(2)</sup>.

OPCATool-Brasil versão profissional é composto por 77 sub itens distribuídos em oito itens relacionados aos atributos da APS, que são: o acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação - integralidade de cuidados, coordenação - sistemas de informação, integralidade - serviços disponíveis, integralidade - serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária. Utilizou-se uma escala do tipo Likert, para os participantes responderem, onde: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim, 9 = não sei/não lembro<sup>(2)</sup>.

Deste instrumento, os atributos que avaliam a coordenação do cuidado - integração do cuidado e coordenação do cuidado - sistemas de informação foram os recortes da pesquisa. Utilizou-se para a tabulação dos dados o programa Microsoft Excel, obtendo-se a frequência do atributo referente aos profissionais. Os resultados elaborados foram apresentados em tabelas para análise estatística de cada variável.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), onde recebeu a devida aprovação em 3 de agosto de 2015, sob o número 1.167.857. Os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

O perfil dos profissionais apresenta 21 médicos (48,84%) e 22 enfermeiros (51,16%), evidenciando predominância feminina de 30, correspondendo a 69,76% da amostra. Identificou-se que 90,69% possui alguma especialização, sendo 17 em saúde da família (39,53%) e 4 em saúde pública (9,30%).

Coordenação: integração do cuidado

A Tabela 1 apresenta a análise das variáveis que compõem o atributo coordenação: integração de cuidados.

**Tabela 1.** Análise univariada das variáveis de coordenação: integração de cuidados, referente aos profissionais de saúde, Brasília-DF, 2016.

| Variáveis   | Frequência Total |       | Médicos |       | Enfermeiros |       |
|---|------------------|-------|---------|-------|-------------|-------|
|   | n                | %     | n       | %     | n           | %     |
| Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?                              |                  |       |         |       |             |       |
| Com certeza, sim  | 9                | 20,9  | 4       | 19,05 | 5           | 22,73 |
| Provavelmente, sim  | 18               | 41,9  | 9       | 42,86 | 9           | 40,91 |
| Provavelmente, não  | 14               | 32,6  | 7       | 33,33 | 7           | 31,82 |
| Com certeza, não  | 2                | 4,7   | -       | 4,76  | 1           | 4,55  |
| Não sei/não lembro  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |
| Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos? |                  |       |         |       |             |       |
| Com certeza, sim  | 28               | 65,1  | 12      | 57,14 | 16          | 72,73 |
| Provavelmente, sim  | 10               | 23,33 | 7       | 33,33 | 3           | 13,64 |
| Provavelmente, não  | 5                | 11,6  | 2       | 9,52  | 3           | 13,64 |
| Com certeza, não  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |
| Não sei/não lembro  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |
| Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?  |                  |       |         |       |             |       |
| Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?             |                  |       |         |       |             |       |
| Com certeza, sim  | 38               | 88,4  | 18      | 85,71 | 20          | 90,91 |
| Provavelmente, sim  | 4                | 9,3   | 2       | 9,52  | 2           | 9,09  |
| Provavelmente, não  | 1                | 2,3   | 1       | 4,76  | -           | -     |
| Com certeza, não  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |
| Não sei/não lembro  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |
| Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?                                       |                  |       |         |       |             |       |
| Com certeza, sim  | 1                | 2,3   | 1       | 4,76  | -           | -     |
| Provavelmente, sim  | 6                | 14,0  | 2       | 9,52  | 4           | 18,18 |
| Provavelmente, não  | 14               | 32,6  | 7       | 33,33 | 7           | 31,82 |
| Com certeza, não  | 22               | 51,2  | 11      | 52,38 | 11          | 50,0  |
| Não sei/não lembro  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |
| Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?                   |                  |       |         |       |             |       |
| Com certeza, sim  | 25               | 58,1  | 11      | 52,38 | 14          | 63,64 |
| Provavelmente, sim  | 15               | 34,9  | 8       | 38,10 | 7           | 31,82 |
| Provavelmente, não  | 3                | 7,0   | 2       | 9,52  | 1           | 4,55  |
| Com certeza, não  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |
| Não sei/não lembro  | -                | -     | -       | -     | -           | -     |

Fonte: Autor da pesquisa, 2016.



A análise das variáveis que compõem o atributo coordenação: sistemas de informações estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Análise univariada das variáveis de coordenação: sistema de informações, referente aos profissionais de saúde, Brasília-DF, 2016.

| Variáveis  | Frequência Total |      | Médicos |       | Enfermeiros |       |
|--|------------------|------|---------|-------|-------------|-------|
|  | n                | %    | n       | %     | n           | %     |
| Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? |                  |      |         |       |             |       |
| Com certeza, sim   | 30               | 69,8 | 12      | 57,14 | 18          | 81,82 |
| Provavelmente, sim   | 10               | 23,3 | 7       | 33,33 | 3           | 13,64 |
| Provavelmente, não   | 1                | 2,3  | -       | -     | 1           | 4,55  |
| Com certeza, não   | 2                | 4,7  | 2       | 9,52  | -           | -     |
| Não sei/não lembro   | -                | -    | -       | -     | -           | -     |
| Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?  |                  |      |         |       |             |       |
| Com certeza, sim   | 37               | 86,0 | 18      | 85,71 | 19          | 86,36 |
| Provavelmente, sim   | 6                | 14,0 | 3       | 14,29 | 3           | 13,64 |
| Provavelmente, não   | -                | -    | -       | -     | -           | -     |
| Com certeza, não   | -                | -    | -       | -     | -           | -     |
| Não sei/não lembro   | -                | -    | -       | -     | -           | -     |
| Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?  |                  |      |         |       |             |       |
| Com certeza, sim   | 28               | 67,4 | 11      | 52,38 | 18          | 81,82 |
| Provavelmente, sim   | 13               | 30,2 | 9       | 42,86 | 4           | 18,18 |
| Provavelmente, não   | -                | -    | -       | -     | -           | -     |
| Com certeza, não   | 1                | 2,3  | 1       | 4,76  | -           | -     |
| Não sei/não lembro   | -                | -    | -       | -     | -           | -     |

Fonte: Autor da pesquisa, 2016.

## DISCUSSÃO

No que se refere ao conhecimento das consultas que os usuários fazem a especialistas, a maioria dos profissionais respondeu 'provavelmente sim' (41,9%), contudo também é grande o número daqueles que afirmaram 'provavelmente não' (32,6%).

O conhecimento das consultas realizadas pelos usuários é essencial para a atenção coordenada devido ao fato de que é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde de diferentes especialidades. A inadequação desse conhecimento pode resultar não só em necessidades não atendidas, como

também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva<sup>(9)</sup>.

O papel especial do profissional de atenção primária é moderar a tendência em relação a dominância na tomada de decisões do usuário, evitar duplicações desnecessárias de exames e procedimentos e minimizar a expressão, para o paciente, de diferenças insignificantes no julgamento com outro profissional que esteja envolvido<sup>(1)</sup>. Neste sentido, os profissionais do Recanto das Emas referem reforçar essa tendência por meio da discussão dos diferentes serviços onde poderiam ser encaminhados.

Os entrevistados apresentaram divergência quanto o auxílio ao usuário para marcação das consultas, considerando provavelmente ficar a encargo dos técnicos administrativos do balcão de marcação da unidade básica de saúde.

Quanto ao encaminhamento de pacientes a serviços especializados e o fornecimento de material escrito aos serviços, esses itens foram avaliados positivamente com escores elevados (85,7%). Esse resultado é importante para a integração das unidades de saúde à rede assistencial, pois é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas, resolvendo as necessidades menos frequentes e mais complexas<sup>(9)</sup>.

As avaliações negativas quanto a variável recebimento de informações do serviço especializado, 51,2% 'com certeza não' e 32,6% 'provavelmente, não', leva a inferir uma fragilidade no sistema de referência e contrarreferência da XV Região Administrativa do DF. Essa debilidade na integração do cuidado é evidenciada em pesquisas em outras regiões administrativas do DF (10,11) e em alguns estados brasileiros<sup>(12-14)</sup>.

A referência é definida como o ato de encaminhar um usuário atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade. Já a contrarreferência, o ato de encaminhar um usuário para o estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência<sup>(15)</sup>. O sistema de referência e contrarreferência pode ser considerado como um dos pontos mais importantes para viabilizar a implantação de um sistema coordenado, pois a partir de sua estrutura há o estabelecimento de um fluxo de encaminhamento da clientela aos diversos níveis de atenção<sup>(16)</sup>.

Este aspecto estrutural da coordenação está intrinsecamente ligado ao chamado sistemas fragmentados de atenção à saúde, pois em geral não há uma população adscrita de responsabilização, resultando em uma incapacidade na comunicação da atenção primária à saúde nos níveis de atenção, apoios e a logística<sup>(3)</sup>.

Desta forma, apresenta-se uma realidade que impossibilita o desenvolvimento de ações e serviços de saúde próprios da APS, principalmente nesta região administrativa cujo

Plano de Saúde(5) traz grandes anseios para a APS, como a abrangência total da ESF na região e o atendimento das demandas reprimidas a serviços especializados.

Já a variável conversar com o usuário a respeito dos resultados da consulta ao especialista, tem resultados positivos (58,1%) principalmente pela disponibilidade dos registros médicos da Secretaria de Estado de Saúde do DF serem em prontuários eletrônicos, facilitando o acesso às informações<sup>(17)</sup>.

As listas de problemas inseridas na primeira página do prontuário realmente melhoram o reconhecimento dos problemas sob atenção dos profissionais. Resumos computadorizados também podem alcançar o propósito de identificar os problemas dos usuários por parte dos profissionais de saúde, mas não todos os aspectos da atenção; conseqüentemente, as inovações nos prontuários médicos podem melhorar sua utilidade para fins de continuidade<sup>(1)</sup>.

Logo observamos que ao abordar os entrevistados e questioná-los quanto as questões referente aos sistemas de

informações, as três variáveis apresentaram desempenho favorável, evidenciando a informatização como potencialidade da APS. Já as questões referentes a integração do cuidado evidenciaram escores insatisfatórios, resultados esses similares em outras regiões brasileiras<sup>(18-20)</sup>.

O estudo apresentou limitações quanto à disponibilidade dos profissionais para a entrevista, principalmente pelo instrumento de avaliação possuir 77 sub itens, exigindo cerca de 40 minutos para o seu preenchimento.

## CONCLUSÃO

O estudo identificou fragilidades na comunicação entre os serviços, mesmo com avaliação positiva das variáveis referente aos sistemas de informações. A existência de lacunas na integração do cuidado pode ser um empecilho para a assistência dos usuários, bem como a inversão do fluxo de encaminhamento, o que nos leva a crer que esse fato esteja impedindo a resolubilidade da APS do Recanto das Emas.

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool-Brasil. Brasília; 2010.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.
5. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano distrital de Saúde 2012 a 2015 [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2016 Oct 20]. Available from: [http://www.mpdf.t.mp.br/saude/imagens/politicas\\_publicas/Plano\\_distrital\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://www.mpdf.t.mp.br/saude/imagens/politicas_publicas/Plano_distrital_saude_2012_2015.pdf).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília; 2010.
7. Arreaza ALV, Moraes JC. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. Cienc Saude Colet [Internet]. 2010 Aug [cited 2016 Oct 21];15(5):2627-2638. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500037&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500037&lng=en) doi: 10.1590/S1413-81232010000500037.
8. Distrito Federal. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Distrital por amostra de domicílios – Recanto das Emas – PDAD 2015 [Internet]. Brasília; 2015 [cited 2016 Oct 20]. Available from: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Recanto-das-Emas-1.pdf>.
9. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 Sep [cited 2016 Oct 18];66(Spe No):158-164. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en) doi: 10.1590/S0034-71672013000700020.
10. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Saude Debate [Internet]. 2015 June [cited 2016 Oct 18];39(105):387-399. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200387&lng=en) doi: 10.1590/0103-110420151050002007.
11. Leandro SS, Monteiro PS. Avaliação da coordenação da atenção na perspectiva dos profissionais de saúde. Enferm Foco [Internet]. 2017 Nov [cited 2017 Dec 21];8(3):65-69. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/articulo/view/1097/402> doi: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1097.
12. Lins TS, Soares FJP, Coelho, JAPM. Avaliação dos atributos em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 Dec 21];40(3):355-363. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000300355&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000300355&lng=en) doi: 10.1590/1981-52712015v40n3e01862015.
13. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da atenção primária à saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. Saude Debate [Internet]. 2014 Oct [cited 2016 Oct 18];38(Spe No):279-295. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en) doi: 10.5935/0103-1104.2014S021.
14. Cesar MC, Campos GWS, Montebelo MIL, Sarmiento G. Avaliação da atenção primária no município de Piracicaba, SP, Brasil. Saude Debate [Internet]. 2014 Oct [cited 2016 Oct 20];38(Spe No):296-306. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600296&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600296&lng=en) doi: 10.5935/0103-1104.2014S022.
15. Melo DF, Criscuolo MBR, Viegas SMF. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. Rev Fund Care Online [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Dec 21];8(4):4986-4995. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402/pdf> doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995.
16. Dias VA. Referência e contra-referência: um importante sistema para complementaridade da integralidade da assistência [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2012 [cited 2016 Nov 05]. Available from: <http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Valdecir-Avila-Dias-.pdf>.
17. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 292, de 31 de outubro de 2013. Diário Oficial do Distrito Federal [Internet]. 7 nov 2013;Seção 1:6 [cited 2016 Oct 22]. Available from: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Nov/7/portaria-no-292-de-31-de-outubro-de-2013>.
18. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 Oct [cited 2016 Oct 21];8(29): 294-303. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/828> doi: 10.5712/rbmf-8(29)828.
19. Silva AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 Aug [cited 2016 Oct 19];48(Spe No): 122-128. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en) doi: 10.1590/S0080-623420140000600018.
20. Maia LG. Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017 [cited 2017 Dec 22]. Available from: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7824/5/Tese%20-%20Ludmila%20Grego%20Maia%20-%202017.pdf>.

# O RENDIMENTO DA PROVA TUBERCULÍNICA ENTRE COMUNICANTES DE PORTADORES DE TUBERCULOSE PULMONAR EM BELÉM-PA

Manoel Junior Ferreira Mendes<sup>1</sup>, Jhennifer Pereira Rodrigues<sup>1</sup>, Manoel Samuel Da Cruz Neto<sup>1</sup>, Jéssica Hegedus Camargo<sup>1</sup>, Euzébio de Oliveira<sup>1</sup>, Antônia Margareth Moita Sá<sup>1</sup>

**Objetivo:** Determinar o rendimento da Proteína Purificada Derivada (PPD) em comunicantes de tuberculose pulmonar ativa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa realizado em duas Unidades Básicas de Saúde localizadas em Belém-PA. Participaram da pesquisa 42 comunicantes de ambos os sexos. As informações foram colhidas por meio de um formulário estruturado, com perguntas fechadas e finalizadas com a realização da aplicação do PPD. **Resultados:** O rendimento do PPD apresentou 22 comunicantes (52,3%) positivos, 19 comunicantes (45,2%) negativos e 1 contato (2,3%) não retornou para a avaliação. **Conclusão:** A pesquisa demonstra que a maior parte dos comunicantes que realizam a prova tuberculínica podem estar infectados pelo Bacilo de Koch.

**Descritores:** Tuberculose, Teste Tuberculínico, Tuberculose Latente

## THE EFFICIENCY OF TUBERCULIN TEST AMONG THE CONTACTS OF PEOPLE WITH PULMONARY TUBERCULOSIS IN BELÉM-PA

**Objective:** To determine the efficiency of Derived Purified Protein (PPD) in active pulmonary TB patients. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach carried out in two Basic Health Units located in Belém-PA. Participated in the scientific study 42 contacts of both sexes, which the information was collected through a structured form, with closed questions and finalized with the implementation of the PPD. **Results:** The PPD efficiency presented 22 positive (52.3%) communicants, 19 negative (45.2%) and 1 contact (2.3%) did not return to the evaluation. **Conclusion:** Research shows that most contacts who perform the tuberculin test may be infected by Koch bacillus.

**Descriptors:** Tuberculosis, Tuberculin Test, Latent Tuberculosis.

## LA RENDIMIENTO DEL TEST TUBERCULINICO ENTRE COMUNICANTES DE PORTADORES DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN BELÉM-PA

**Objetivo:** Determinar el rendimiento de la Proteína Purificada Derivada (PPD) en comunicantes de tuberculosis pulmonar activa. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, transversal y de abordaje cuantitativo realizado en dos Unidades Básicas de Salud ubicadas en Belém-PA. Participaron de la encuesta 42 comunicantes de ambos sexos. La información fue recogida a través de un formulario estructurado, con preguntas cerradas y finalizadas con la aplicación del PPD. **Resultados:** El ingreso del PPD presentó 22 comunicantes (52,3%) positivos, 19 comunicantes (45,2%) negativos y 1 contacto (2,3%) no regresó para la evaluación. **Conclusión:** La investigación demuestra que la mayor parte de los comunicantes que realizan la prueba tuberculínica pueden estar infectados por el Bacilo de Koch

**Descritores:** Tuberculosis, Prueba de Tuberculina, Tuberculosis Latente

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Pará-UEPA. Email: manoeljfmendes@gmail.com



## INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK). Uma de suas características é o longo período em que pode permanecer em latência, sendo este, um traço peculiar de defesa contra o sistema imunológico do corpo humano. Enquanto outras bactérias se multiplicam a cada duas horas, o BK leva de 12 a 20 horas, apresentando também um longo período de incubação que varia de 4 a 12 semanas. Apesar de o BK atingir vários órgãos do corpo humano, sua forma mais comum de contaminação é a pulmonar<sup>1</sup>.

Tendo como referência os dados de 2015 sobre TB, foi estabelecido o objetivo de erradicar a epidemia até 2030 com o uso da meta (90, 90, 90) do STOP TB Partnership (Parceria para a paralisação da TB), que visa à identificação de pelo menos 90% de todas as pessoas com TB no mundo, garantindo o tratamento apropriado e preventivo conforme as indicações. Além disso, pretende alcançar 90% da população vulnerável, excluídos e os que se encontram em grupos de risco, bem como curar 90% dos casos diagnosticados<sup>2</sup>.

No Brasil, em 2017, foram notificados 69.569 casos novos de TB. Nesse mesmo ano, o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil hab. No mesmo período, ao realizar um substrato por regiões brasileiras, a Região Norte teve o maior coeficiente de incidência do país com 42,7 casos novos de TB para cada 100 mil hab. Dentre os estados da região, destaca-se o estado do Pará com o maior número de casos novos notificados de TB da região 3.232 (38,8/100 mil hab). Ao passo que na avaliação dos comunicantes de TB pulmonar, a capital paraense, Belém, tem a menor taxa de cobertura de avaliação deste grupo populacional do Brasil, com 8,2% dos comunicantes examinados. Tais dados mostram que os indicadores do Estado do Pará estão aquém das taxas e metas pactuadas pela administração pública brasileira em convenções internacionais<sup>3</sup>.

Visando a melhoria desses indicadores, em 1999, foi lançado o Plano Nacional do Controle da Tuberculose (PNCT), que envolve o esforço em conjunto das esferas Federal, Estadual e Municipal, com o objetivo de desenvolver ações de planejamento mais efetivo para a TB e seus comunicantes. Uma das metas do PNCT é a identificação de pessoas com a Infecção Latente da Tuberculose (ILT). O diagnóstico precoce das pessoas com ILTB pode ser obtido através da testagem com o Derivado de Proteína Purificada (PPD)<sup>4</sup>.

A prova tuberculínica (PT) ou teste tuberculínico (TT) padronizada pela Organização Mundial da Saúde constitui-se na aplicação de 0,1 ml, por via intradérmica do derivado protéico PPD-RT 23 na face anterior do terço médio do antebraço esquerdo, com leitura, realizada após 72 horas da aplicação. O rendimento da PT é caracterizado pelo resultado

positivo ou negativo da reação local. A PT positiva ou reatora é definida como uma enduração medindo  $\geq 5$  milímetros; e uma PT negativa ou não reatora é definida medindo  $< 5$  milímetros<sup>4</sup>.

No Brasil, o teste tuberculínico é a principal ferramenta de investigação para identificar a ILTB. Apesar de apresentar pouca especificidade em uma população vacinada pela BCG o teste possui uma elevada sensibilidade, tem baixo custo na matéria prima utilizada e na operacionalização de recursos humanos e de materiais para interpretação do exame, tendo em vista ser um método de aplicabilidade simples, tornando-o assim, atraente para a gestão pública<sup>5</sup>.

A TB é uma doença curável, mas o sistema de saúde desestruturado, a urbanização não planejada, as práticas e ambientes insalubres são propícios para a disseminação da doença. A forma latente do *Mycobacterium tuberculosis* atua como um complicador, pois enquanto não for identificado, continuará a ser disseminado em meio social (6). A despeito dos custos aos cofres públicos ocasionados pela TB, de acordo com dados do Ministério da Saúde estima-se que a cada caso novo diagnosticado no ano de 2017, e que utilizará o esquema básico para o seu tratamento completo por seis meses dentro da Atenção Primária em Saúde, tem como custo total R\$118,70 reais por usuário, ressaltando que este valor refere-se somente ao tratamento farmacológico, excluindo fatores operacionais como ferramentas para elucidação do diagnóstico, controle laboratorial e recursos humanos, que elevam este custo primário de forma substancial, gerando altos valores para a administração pública. Neste sentido, o diagnóstico precoce é um dos grandes desafios para o controle da TB e diminuição dos gastos públicos<sup>2</sup>.

Para tal, também é necessário que as políticas de saúde alcancem os resultados almejados, expressando o compromisso com as diretrizes e princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) nos cuidados com os usuários de TB. Os cuidados devem ultrapassar os limites do usuário com tuberculose, sendo necessário investigar o meio social dos diagnosticados de TB, identificando os comunicantes para posteriormente reduzir as fontes da doença e interromper o ciclo de infecção, independente das dificuldades locais, materiais e profissionais que podem haver<sup>6</sup>.

No Brasil, de 30 a 50% dos diagnósticos de TB são realizados em hospitais, e em média 30% dos óbitos em TB ocorrem nestes locais, apontando falhas na atenção básica no que se refere à oferta do serviço, à acessibilidade e à aceitabilidade. Uma pesquisa, realizada no município de Vitória no Espírito Santo, mostrou que os usuários que buscam ajuda nas UBS não encontram resolutividade da sintomatologia neste nível de atenção, e com isso, são encaminhados para níveis secundários. Isso evidencia o despreparo dos profissionais em receber o indivíduo que apresenta os sinais

e sintomas da TB e de identificar em um meio social a busca ativa dos comunicantes<sup>7</sup>.

De acordo com o exposto acima, este trabalho objetivou determinar o rendimento do teste tuberculínico em comunicantes dos portadores de tuberculose pulmonar ativa levantando a seguinte questão de pesquisa: Qual o rendimento da prova tuberculínica entre os comunicantes dos portadores de tuberculose atendidos em duas unidades básicas de saúde de Belém- PA?

## OBJETIVOS

Determinar o rendimento da prova tuberculínica em comunicantes dos portadores de tuberculose pulmonar ativa.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa realizado em duas Unidades Básicas de Saúde - UBS, localizadas nos bairros do Guamá e Jurunas, que são regiões historicamente com altos índices de incidência de TB e de elevada densidade demográfica no município de Belém- PA. O estudo contou com uma população de 42 comunicantes, ou seja, comunicantes de usuários com TB pulmonar que estavam cadastrados e em tratamento nas referidas UBS, no período de Fevereiro a Março de 2018. Foram incluídos na pesquisa, comunicantes de pessoas acometidas por TB pulmonar, com idade igual ou acima de dois anos, de ambos os sexos e que não estejam em investigação de TB ativa. Foram excluídos do estudo as gestantes, os portadores de HIV, os usuários cadastrados nas unidades de saúde selecionadas acometidos por TB anteriormente, pessoas em tratamento para doenças imunossupressoras, profissionais de saúde e pessoas que tiverem dificuldade de comunicação.

As variáveis incluíram o sexo, idade, escolaridade, raça/cor, renda, estado civil, tipo de moradia, naturalidade. Também contou com as características clínicas epidemiológicas dos comunicantes de TB como, o uso de álcool, tabaco e/ou outras drogas, renda, relação de parentesco, a intensidade do convívio com caso índice, grau de parentesco, possui cicatriz vacinal da BCG e as condições de moradia. Além disso, foi avaliado o rendimento da Prova Tuberculínica, considerado positivo quando for igual ou maior que 05 mm.

Após a autorização da realização da pesquisa nas UBS, da aprovação do Comitê de Ética e da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido- TCLE, ou no caso menor de idade foi utilizado o Termo de Assentimento para Menores, assinado pelo responsável. Mediante a isso, foram realizadas as entrevistas dos comunicantes com o auxílio de um formulário estruturado com perguntas fechadas, em seguida, procedeu-se a aplicação do PPD, e por fim, após 72h, a leitura do teste. A aplicação e interpretação da PT foi

realizada somente por um dos autores da pesquisa, com ampla experiência e conhecimento na área.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Magalhães Barata, da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e aprovado segundo o parecer nº 2.290.654 de 21 de setembro de 2017.

## RESULTADOS

A população foi constituída por 42 comunicantes de pessoas com TB. Com relação aos dados socioeconômicos, evidenciou-se que 35 (83, 3%) se auto declararam como pardos; 27 (64,2%) tinham menos de 10 anos de estudo; 11 (26,1%) estavam desempregados; 31 (73,8%) possuíam renda mensal de 1 a 3 salários mínimos; 26 (61,9%) moravam em casas de alvenarias, 20 (47,6%) comunicantes tinham casas de 4 a 5 cômodos, 25 (59,5%) de 2 a 3 janelas e 21 (50%) mais de 3 portas (Tabela 1).

**Tabela 1:** Dados Socioeconômicos dos comunicantes de TB ativa. Belém-PA, 2018

| RAÇA     | TOTAL | RENTA     | TOTAL | TIPO DE MORADIA | TOTAL | Nº DE JANELAS | TOTAL |
|----------|-------|-----------|-------|-----------------|-------|---------------|-------|
| BRANCA   | 4     | SEM RENDA | 9     | ALVENARIA       | 26    | 1 JANELA      | 4     |
| PARDA    | 35    | 1-3 SM    | 31    | MADREIRA        | 16    | 2 a 3 JANELAS | 25    |
| NEGRA    | 3     | 3-5 SM    | 2     | OUTROS          | 9     | 4 a 5 JANELAS | 12    |
| INDÍGENA | 0     | > 5 SM    | 0     | TOTAL           | 42    | > 5 JANELAS   | 1     |
| OUTRAS   | 0     | TOTAL     | 42    |                 |       | TOTAL         | 42    |
| TOTAL    | 42    |           |       |                 |       |               |       |

| ESCOLARIDADE           | TOTAL | PROFISSÃO    | TOTAL | Nº DE CÔMODOS | TOTAL | Nº DE PORTAS | TOTAL |
|------------------------|-------|--------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|
| SEM ESCOLARIDADE       | 3     | SERV. PÚBL.  | 2     | 1 CÔM.        | 7     | 1 PORTA      | 8     |
| ALFABETIZADO           | 8     | IND. PRÓV.   | 8     | 2 a 3 CÔM.    | 15    | 2 PORTAS     | 13    |
| FUNDAMENTAL INCOMPLETO | 10    | AUTÔNOMO     | 9     | 4 a 5 CÔM.    | 20    | > 3 PORTAS   | 21    |
| FUNDAMENTAL COMPLETO   | 1     | PENSIONISTA  | 2     | > 5 CÔM.      | 5     | TOTAL        | 42    |
| ENS. MÉD. INCOM.       | 6     | DESEMPREGADO | 11    | TOTAL         | 42    |              |       |
| ENS. MÉD. COMP.        | 10    | DO LAR       | 4     |               |       |              |       |
| SUPE. INCOM.           | 3     | ESTUDANTE    | 6     |               |       |              |       |
| SUPE. COMP.            | 1     | TOTAL        | 42    |               |       |              |       |
| TOTAL                  | 42    |              |       |               |       |              |       |

Fonte: Protocolo da Pesquisa

A tabela evidencia que 17 (40,5%) eram do sexo masculino e 25 (59,5%) do sexo feminino; com 13 (30,9%) pessoas na faixa etária de 30 a 49 anos no qual, 13 (30,9%) eram filhos das pessoas com TB ativa; 30 (71,4%) não fumavam e 21 (50%) não ingeriam bebidas alcoólicas (Tabela 2).

**Tabela 2:** Dados Gerais dos comunicantes de TB ativa. Belém-PA, 2018.

| SEXO         | TOTAL | PARENTESCO       | TOTAL |     |             |               |       |  |
|--------------|-------|------------------|-------|-----|-------------|---------------|-------|--|
| MASCULINO    | 17    | ESPOSO (a)       | 9     |     |             |               |       |  |
| FEMININO     | 25    | FILHO (a)        | 13    |     |             |               |       |  |
| TOTAL        | 42    | PAI/MÃE          | 3     |     |             |               |       |  |
|              |       | AVÔ/AVÓ          | 2     |     |             |               |       |  |
|              |       | TIO (a)          | 0     |     |             |               |       |  |
|              |       | SOBRINHO (a)     | 2     |     |             |               |       |  |
| FAIXA ETÁRIA | TOTAL | OUTROS           | 13    |     |             |               |       |  |
| 00 a 04 Anos | 1     | TOTAL            | 42    |     |             |               |       |  |
| 05 a 09 Anos | 2     |                  |       |     |             |               |       |  |
| 10 a 14 Anos | 3     | FUMANTE          | SIM   | NÃO | EX-FUMANTE  | NÃO SE APLICA | TOTAL |  |
| 15 a 19 Anos | 5     |                  | 6     | 30  | 5           | 1             | 42    |  |
| 20 a 29 Anos | 7     |                  |       |     |             |               |       |  |
| 30 a 49 Anos | 13    |                  |       |     |             |               |       |  |
| 50 a 59 Anos | 7     | BEBIDA ALCOOLICA | SIM   | NÃO | EX-ETILISTA | NÃO SE APLICA | TOTAL |  |
| > 60 Anos    | 4     |                  | 10    | 21  | 10          | 1             | 42    |  |
| TOTAL        | 42    |                  |       |     |             |               |       |  |

Fonte: Protocolo da Pesquisa.

Em relação aos dados epidemiológicos, 31 (73,8%) negaram problemas de saúde, 32 (76,1%) não faziam utilização de medicamentos e 33 (78,5%) possuíam a cicatriz vacinal da BCG; da magnitude da convivência 36 (85,7%) comunicantes

tinham um convívio contínuo com a pessoa com TB ativa, 37 (88%) moravam na mesma casa, porém 22 (52,3%) do total da amostra não dormiam no mesmo cômodo e 32 (76,1%) não dormiam na mesma cama que a pessoa com TB ativa. Por fim, a leitura do PPD revelou 22 comunicantes (52,3%) positivos, com valores do endurecido maior ou igual a 5 mm e 19 comunicantes (45,2%) negativos, com endurecimento menor que 5 mm. Sendo que 1 contato (2,3%) não retornou para a avaliação (Tabela 3).

**Tabela 3:** Dados Epidemiológicos dos comunicantes de TB ativa. Belém-PA, 2018.

| PROBLEMAS DE SAÚDE              | SIM      | NÃO    | TOTAL    | PROVA TUBERCULÍNICA |          |          |              |                  |
|---------------------------------|----------|--------|----------|---------------------|----------|----------|--------------|------------------|
|                                 |          |        |          | LEITURA DO PPD      | POSITIVO | NEGATIVO | NÃO RETORNOU | TOTAL VERIFICADO |
| USO DE MEDICAMENTO              | 11       | 31     | 42       |                     |          |          |              |                  |
| CICATRIZ VACINAL                | 10       | 32     | 42       |                     |          |          |              |                  |
|                                 | 33       | 9      | 42       |                     |          |          |              |                  |
|                                 |          |        |          | TOTAL               | 22       | 19       | 1            | 42               |
| <b>Magnitude da Convivência</b> |          |        |          |                     |          |          |              |                  |
| Tipo de Convivência             | Contínuo | Diário | Eventual | TOTAL               |          |          |              |                  |
|                                 | 36       | 6      | 0        | 42                  |          |          |              |                  |
| Mora na Mesma Casa              | SIM      | NÃO    | TOTAL    |                     |          |          |              |                  |
|                                 | 37       | 5      | 42       |                     |          |          |              |                  |
| Dorme no Mesmo Cômodo           | SIM      | NÃO    | TOTAL    |                     |          |          |              |                  |
|                                 | 20       | 22     | 42       |                     |          |          |              |                  |
| Dorme na Mesma Cama             | SIM      | NÃO    | TOTAL    |                     |          |          |              |                  |
|                                 | 10       | 32     | 42       |                     |          |          |              |                  |

Fonte: Protocolo da Pesquisa

## DISCUSSÃO

Sendo a Região Norte do Brasil no ano de 2017, detentora da maior taxa de incidência de TB, o Estado do Pará contribui de forma relevante para o crescimento desses indicadores (42% dos casos novos notificados), a capital Belém ocupa a quarta maior taxa de incidência de TB do Brasil (84,9/100 mil hab.). É uma doença fortemente influenciada pelas variáveis sociais e demonstra relação direta com indicadores de pobreza e exclusão social. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belém em 2010 foi de 0,746 pontos, na escala de 0 a 1, ocupando a 628ª posição pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013. Este baixo IDHM destaca a situação de pobreza existente na cidade e o risco de contrair a TB pela baixa qualidade de vida da população refletindo em suas moradias<sup>8</sup>.

As habitações mais humildes se caracterizam por possuírem poucos cômodos, favorece a aglomeração de pessoas em um mesmo ambiente, além de proporcionar pouca ventilação. O agente causador da TB é um micro-organismo que prioriza locais fechados onde há pouca ou nenhuma luminosidade e ventilação. Além disso, quando existem aglomerações em ambientes com tais características, a contaminação pode chegar a 100%. Cuidar dos indivíduos contaminados deve ser a prioridade, assim como oferecer atenção aos seus comunicantes para o maior controle da tuberculose<sup>8</sup>.

Entre os comunicantes examinados nessa pesquisa (83%) se autodeclarou de cor parda, contudo, não foram encontrados estudos que relacionam a cor da pele como fator determinante para a presença do Bacilo<sup>9</sup>.

O estudo identificou a conexão que há entre comunicantes positivos para o PPD (52,3%) com o baixo nível socioeconômico. 68% possui menos de 8 anos de estudo e aproximadamente 47% encontra-se desempregado ou exercendo alguma atividade autônoma. Aproximadamente 74% dos comunicantes desta pesquisa tem renda familiar em torno de 1 a 3 salários mínimos. Tais resultados, se aproximam dos resultados encontrados em pesquisa realizada no município de Londrina, estado do Paraná, em que se investigou a ILTB em comunicantes de TB pulmonar<sup>5</sup>. Assim como um estudo realizado em um Centro de Saúde no município de Belém com 328 usuários, incluindo os profissionais de saúde, no qual foi avaliado o rendimento da PT, mostrando 59,76% de rendimento positivo para o PPD com predominância ligada ao baixo nível socioeconômico<sup>10</sup>.

Com isso, a baixa renda afeta o estilo de vida dos comunicantes e a busca da qualidade de vida. Apesar de, cerca de, 62% das moradias serem de alvenaria, e 47,5% possuírem residências com quatro a cinco cômodos, 59,5% dos usuários tinham em seu domicílio apenas duas a três janelas, fator que pode influenciar na disseminação do bacilo, pois o número reduzido de janelas favorecem a pouca ventilação e iluminação na residência, que são fatores determinantes para diminuir a ação do bacilo em meio ambiente<sup>11</sup>. Esses achados corroboram o estudo realizado em uma cidade de médio porte no centro-oeste do Estado de Minas Gerais, que verificou uma maior incidência da ILTB em comunicantes com residências de poucos cômodos e áreas de ventilação<sup>12</sup>.

Evidências relacionadas à predominância do sexo feminino, faixa etária predominante e positividade do PPD entre filhos ou cônjuges de pessoas com TB ativa, foram também encontradas em um estudo realizado com 1000 pacientes em um Centro de Saúde na cidade de Belém-PA, em que 610 dos pacientes que realizaram o procedimento foram mulheres e 188 dos pacientes estavam na faixa etária de 31 a 40 anos. Porém o grupo "Pai/Mãe" teve maior frequência de PT positiva<sup>13</sup>.

Os indivíduos que convivem com portadores da TB possuem um risco elevado de infecção e progressão da doença, principalmente, quando esse convívio é intenso e/ou contínuo, fato demonstrado em estudo realizado com 27 indivíduos da amostra que tiveram contato contínuo com pessoas com TB ativa e, todos apresentaram prova tuberculínica positiva. No estudo em questão, 85,7% dos comunicantes tinham um convívio contínuo com pessoas que apresentavam TB ativa<sup>14</sup>.

O risco de infecção pelo bacilo da TB é devido ao tempo de exposição com o caso índice, que neste sentido é constante por viverem em uma mesma casa, dormirem no mesmo cômodo, ou em uma mesma cama. Além disso, até haver o

diagnóstico definitivo da TB, o risco de contaminação de seus familiares próximos é elevado devido à eliminação constante do bacilo<sup>9</sup>.

O tabagismo atua como um fator de risco para tuberculose latente e tuberculose ativa. As toxinas do cigarro podem provocar desencadeamento dos sintomas da TB pela baixa no sistema imunológico, além de causar a redução do muco ciliar do trato respiratório, deste modo favorecendo o aumentando e a aderência das bactérias e rompendo o epitélio protetor. Estudo realizado em Taiwan chegou a conclusão de que 17% dos casos de tuberculose naquela população estudada eram atribuídos ao tabagismo. No entanto, aproximadamente 20% da incidência global da TB está vinculada ao tabagismo<sup>15</sup>. Já, a presente pesquisa evidenciou que 71,4% das pessoas entrevistadas negam ser fumantes, bem como 50% negam ingerir bebida alcóolica.

É importante destacar que dos 42 comunicantes avaliados nessa pesquisa, apenas 1 contato (2,3%) não compareceu a unidade, levando a um saldo positivo em quase 100% dos pacientes que retornaram após 72h para leitura do teste. Este resultado leva ao questionamento sobre a condição de saúde oferecida à comunidade pois, os serviços disponibilizados pela unidade de saúde deveriam suprir as necessidades e demanda da comunidade. Esta falha abrange a dimensão estrutural, relacional e operacional resultando em riscos para as pessoas, como a não identificação dos casos de ILTB e propagação da doença.

### LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Neste estudo, ainda que obtidos resultados significativos, considera-se como limitação, o número de participantes, possivelmente relacionada a não utilização do PPD como rotina na unidade de saúde (Belém examinou 9% dos comunicantes em 2017) e falta de estratégias de busca destes, o que permite considerar relevantes os resultados encontrados para a

realidade estudada e sugere-se realização de estudos com métodos semelhantes em maiores amostras para avaliar a abrangência dos resultados para outras realidades.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do panorama nacional, a tuberculose ainda configura-se como um grande desafio para a administração pública, especialmente na Região Norte, com alarmante aumento das taxas de incidência de casos novos entre os estados, frente a baixa adesão na avaliação entre os comunicantes de TB pulmonar. Negligenciar este grupo populacional, é distanciar-se do controle desta endemia e fortalecer um banco de infectados.

Essa pesquisa mostra que a maior parte dos comunicantes, ou seja, comunicantes de pessoas com TB ativa podem estar com infecção latente da tuberculose, e que se realizado a prova tuberculínica e descoberto precocemente a infecção, essas pessoas podem ser tratadas evitando a disseminação da doença em meio social. Garantindo assim, a quebra da cadeia de transmissão e conseqüentemente a diminuição de pessoas com TB ativa.

Para isso, as Unidades Básicas de Saúde devem proporcionar a avaliação dos comunicantes e melhorar o acesso aos indivíduos que necessitam de tratamento para a infecção latente da tuberculose, proporcionando a realização da prova tuberculínica para todos, principalmente para as pessoas de convívio contínuo das pessoas com TB ativa, já que a presente pesquisa mostrou um alto índice de infecção latente nesses comunicantes, bem como, treinando e motivando os profissionais para que reconheçam a importância da realização de estratégias para os grupos de risco, como a educação em saúde. Desta forma, o público alvo obterá maior conhecimento da doença e conseqüentemente haverá diminuição de novos casos no futuro



## REFERÊNCIAS

- 1 - Piller RVB. Epidemiologia da Tuberculose. Pulmão RJ. [Internet] 2012;21(1):4-9. [acesso em 23 abr. 2018]. Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revisita/2012/n\\_01/02.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revisita/2012/n_01/02.pdf)
- 2 - World Health Organization (WHO) The End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. [Internet] [acesso em 23 abr. 2018]. Disponível em: [http://who.int/tb/post2015\\_TBstrategy.pdf?ua=1](http://who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1)
- 3 - Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde – MS. Boletim Epidemiológico: Indicadores prioritários para o monitoramento do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil. [internet] Mar 2018;49(11) 7-10 [acesso em 23 abr. 2018]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>
- 4 - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da saúde. [internet] 2011 [acesso em 23 abr. 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf)
- 5 - Dessunti EM, et al. Infecção latente de tuberculose: adesão ao tratamento e evolução dos casos. Artigo original. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro [internet]. 2013 dez [acesso em 23 abr. 2018]; 21(esp.2):711-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a03.pdf>
- 6 - Alves MV. A tuberculose hoje: a doença que, no passado, vitimou poetas, músicos, cientistas e pintores ainda é problema de saúde pública no século XXI. Rev pré UNIVESP [internet]. Dez. 2016/ Jan. 2017 [acesso em 23 abr. 2018];61. Disponível em: <http://pre.univesp.br/a-tuberculose-hoje#.WRtEueXyvIU>
- 7 - Loureiro RB. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2014 [acesso em 23 abr. 2018];19 (4): 1233-1244. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01233.pdf>
- 08 - Costa RR. Tuberculose: perfil epidemiológico em hospital referência no tratamento da doença. Rev Med Minas Gerais. [internet] 2014; [acesso em 23 abr. 2018] 24.(Suppl.5). Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1623>
- 09 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica. [internet] 2010 [acesso em 23 abr. 2018]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf)
- 10 - Carvalho JG. Rendimento da prova tuberculínica na investigação da tuberculose latente [Dissertação para título de Mestrado]. Belém. Universidade Federal do Pará. UFPA [internet]. 2012 [acesso em 23 abr. 2018]. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/5719/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Josiane%20Carvalho.pdf>
- 11 - Barbosa EL, Levino A. Análise da coinfeção TB/HIV como fator de desenvolvimento da tuberculose multidroga resistente: uma revisão sistemática. Rev Pan-Amaz Saude. 2013; [acesso em 23 abr. 2018] 4 (4): 57-66. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v4n4/v4n4a07.pdf>
- 12 - Oliveira CL, Melo AC, Oliveira LRS, Froede EL, Camargo P. Medidas de controle dispensadas a comunicantes ≤ 15 anos de casos índices com tuberculose pulmonar ativa. J Bras Pneumol. 2015; [acesso em 23 abr. 2018] 41(5):449-453. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/pt\\_1806-3713-jbpneu-41-05-00449.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v41n5/pt_1806-3713-jbpneu-41-05-00449.pdf)
- 13 - Barros PG. Perfil Epidemiológico dos casos de Tuberculose Extrapulmonar em um município do estado da Paraíba 2001-2010. Cad. Saúde Colet [internet]. 2014 [acesso em 23 abr. 2018]; 22 (4): 343-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000400343&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000400343&script=sci_abstract&tlng=pt)
- 14 - Figueiredo Jr AM. Prevalência da infecção latente tuberculosa em comunicantes de portadores de tuberculose pulmonar. 73 Folhas. [Dissertação]. Belém-PA: Escola de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará; [internet] 2015. [acesso em 23 abr. 2018] Disponível em: [https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/DISSERTAO\\_ADILSON\\_MENDES.pdf](https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/DISSERTAO_ADILSON_MENDES.pdf)
- 15 - Zelner, J. L. et al. Bacillus calmette-gue' rin and isoniazid preventive therapy protect contacts of patients with tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med. 2014. [internet] 189(7):853-9 [acesso em 23 abr. 2018] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24592878>
- 16 - Rabahi MF. Tuberculose e Tabagismo. Pulmão RJ. 2012; [internet] 21 (1): 46-49 [acesso em 23 abr. 2018] Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/profissionais/\\_revista/2012/n\\_01/11.pdf](http://www.sopterj.com.br/profissionais/_revista/2012/n_01/11.pdf)
- 17 - Peruhype RC. Distribuição da tuberculose em Porto Alegre: análise da magnitude e coinfeção tuberculose-HIV. Rev Esc Enferm USP. 2014; [internet] 48 (6): 1035-43. [acesso em 23 abr. 2018] Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt\\_0080-6234-reeusp-48-06-1035.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1035.pdf)

# DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

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

**Objetivo:** analisar o dimensionamento de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI). **Método:** estudo retrospectivo, de análise documental, e abordagem quantitativa onde foram analisados 80 processos de fiscalização do Conselho de Enfermagem do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2014, sendo utilizado um formulário de coleta com itens referentes a ILPI. Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial com distribuição de frequências e tabelas cruzadas. **Resultados:** 80 instituições possuem em média 1,2 enfermeiros, 6,7 técnicos de enfermagem e 2,3 auxiliares de enfermagem. Para cumprir a Resolução 543 as instituições deveriam aumentar o quadro de Enfermeiros em 1348% e Técnicos em 420%. O cálculo proposto, específico para ILPI, aumentaria o quadro de Enfermeiros em 580% e Técnicos em 122%. **Conclusão:** recomenda-se um cálculo de dimensionamento de enfermagem específico para ILPIs para assegurar uma assistência de enfermagem segura e livre de danos.

**Descritores:** Dimensionamento de pessoal; Enfermagem Geriátrica; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Legislação de Enfermagem.

### **SIZING OF NURSING STAFF IN LONG-TERM INSTITUTION FOR THE ELDERLY**

**Objective:** to analyze nursing design in long-stay institutions for the elderly (ILPI). **Method:** a retrospective study of documentary analysis and a quantitative approach where 80 control procedures were analyzed from the Nursing Council of Rio de Janeiro from 2011 to 2014, using a collection form with items related to ILPI. Data were analyzed descriptively and inferentially with frequency distribution and cross-tables. **Results:** 80 institutions have on average 1.2 nurses, 6.7 nursing technicians and 2.3 nursing assistants. In order to comply with Resolution 543, the institutions should increase the number of Nurses by 1348% and by Technicians by 420%. The proposed calculation, specific for ILPI, would increase the number of Nurses by 580% and by Technicians by 122%. **Conclusion:** A specific nursing design calculation for ILPIs is recommended to ensure safe and harmless nursing care.

**Descriptors:** Personnel Downsizing; Geriatric Nursing; Homes for the Aged; Legislation, Nursing.

### **DIMENSIONAMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS INSTITUCIONES DE LARGA PERMANENCIA PARA ANCIANOS**

**Objetivo:** analizar el dimensionamiento de enfermería en las instituciones de larga permanencia para ancianos (ILPI). **Método:** estudio retrospectivo, de análisis documental, y abordaje cuantitativo donde se analizaron 80 procesos de fiscalización del Consejo de Enfermería n el período de 2011 a 2014, siendo utilizado un formulario de recolección con ítems referentes a ILPI. Los datos fueron analizados de forma descriptiva e inferencial con distribución de frecuencias y tablas cruzadas. **Resultados:** 80 instituciones poseen en promedio 1,2 enfermeros, 6,7 técnicos de enfermería y 2,3 auxiliares de enfermería. Para cumplir la Resolución 543 las instituciones deberían aumentar el cuadro de Enfermeros en el 1348% y Técnicos en el 420%. El cálculo propuesto, específico para ILPI, aumentaría el cuadro de Enfermeros en 580% y Técnicos en el 122%. **Conclusión:** se recomienda un cálculo de dimensionamiento de enfermería específico para ILPIs para asegurar una asistencia de enfermería segura y libre de daños.

**Descritores:** Reducción de personal; Enfermería Geriátrica; Hogares para Ancianos; Legislación de Enfermería.

<sup>1</sup>Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro- Email: rodolphodepaula@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense-UFF/RJ.

## 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, de modo que garantam a segurança dos usuários e dos trabalhadores<sup>(1)</sup>. Porém, não há um dimensionamento de pessoal de enfermagem apropriado para as Instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

A Resolução COFEN 543/2017 estabelece a base para o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem. No entanto, utiliza definições aplicadas aos pacientes assistidos nas instituições de saúde e assemelhados, sua construção foi oriunda da assistência hospitalar, sendo estabelecido um número de horas de enfermagem conforme a modalidade de cuidado<sup>(2)</sup>.

A Portaria 73 do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), de 10 de maio de 2001, define e garante as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, recomenda que na instituição classificada como: modalidade I é a instituição destinada a idosos independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de autoajuda, com capacidade para 40 idosos, recomendam 3 cuidadores/12 horas; modalidade II é a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde, recomenda em sua equipe de profissionais 06 horas de atendimento de qualquer um dos profissionais da equipe, para cada 22 idosos; modalidade III é a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma Atividade da Vida Diária (AVD), necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde, recomenda uma equipe de profissionais 24 horas, para cada 20 idosos<sup>(3)</sup>.

Desse modo, os dispositivos que legislam a assistência ao idoso institucionalizado, quando se referem à enfermagem lesam a legislação do exercício profissional de enfermagem, pois não consideram a presença do enfermeiro nas 24 horas. No entanto, a presença de técnicos e auxiliares de enfermagem nas 24 horas, requer a supervisão do enfermeiro, seria um agravante a Lei 7.498/86<sup>(4)</sup>, que estabelece a presença do enfermeiro como obrigatória, onde ocorra os cuidados de enfermagem com presença dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Em estudo anterior, definiu-se um número de horas de enfermagem específico para ILPI mediante associação das legislações vigentes relacionadas ao dimensionamento e seus considerados que foram ajustadas para: 2,2 horas de enfermagem para cada idoso classificado

como grau de dependência I e II; e 3,6 horas de enfermagem para cada idoso classificado como grau de dependência III<sup>(5-6)</sup>.

Logo, pressupõe-se que a determinação de um cálculo específico para a ILPI proporciona aos profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao idoso institucionalizado, um parâmetro no dimensionamento apropriado e legal ao exercício de enfermagem. Esta recomendação também pode assegurar que os idosos institucionalizados tenham a garantia de receber os cuidados de enfermagem por profissionais habilitados e legalizados.

O conhecimento disponível na literatura nacional e internacional problematizam as ILPI como sendo lugar desprovido de trabalhadores qualificados, havendo falta de profissionais, dentre os quais os trabalhadores de enfermagem, principalmente em relação ao Enfermeiro. Assim, a maior parte do trabalho é realizada por auxiliares de enfermagem e/ou cuidadores de idosos estando responsáveis pelos cuidados integrais aos idosos<sup>(7-9)</sup>.

Portanto, o dimensionamento de pessoal é considerado uma das maiores problemáticas do processo de trabalho da enfermagem. Condições desfavoráveis ao exercício profissional de enfermagem se relacionam com impacto na qualidade da assistência de enfermagem<sup>(8)</sup>. Por isso, é imperioso regulamentar de modo adequado e realístico o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas ILPI, um nicho de atuação da enfermagem gerontológica, que mais cresce nos últimos anos, e que ainda sofre com resoluções que se contradizem, e não consideram as atividades regulamentares da profissão de enfermagem.

## OBJETIVO

Analisar o dimensionamento de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo retrospectivo, de análise documental, e de abordagem quantitativa. O local de estudo é o Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de Enfermagem seção Rio de Janeiro (COREN-RJ). O período do estudo compreende as instituições de longa permanência fiscalizadas entre janeiro de 2011 a dezembro de 2014. A coleta dos dados ocorreu em 2014.

No período de 2011 a 2014 foram realizadas 2650 inspeções fiscalizatórias (1313 inspeções em 2011, 448 inspeções em 2012, 470 inspeções em 2013 e 419 em 2014), foram instaurado 1895 processos administrativos de fiscalização (240 processos em 2011, 782 processos em 2012, 424 processos em 2013 e 449 processos em 2014), sendo que destes 159 processos administrativos de fiscalização

são referentes a Instituições de Longa Permanência de Idosos, que foi considerada a população total do estudo (46 instituições em 2011, 70 instituições em 2012, 19 instituições em 2013 e 23 instituições em 2014).

Os critérios de inclusão foram: Instituições de Longa Permanência de Idosos que foram fiscalizadas no período estipulado; fiscalização que resultou na elaboração de Relatório Circunstanciado. Como critério de exclusão tem-se: Relatórios Circunstanciados com ausência de dados referentes à clientela e ao tipo de assistência prestada, pois não seria possível classificar o idoso para realização do cálculo de dimensionamento.

Dos 159 processos administrativos eleitos para o estudo, 80 processos foram aceitos (50,3%) para a inclusão no estudo, por contemplarem as informações necessárias relacionadas ao dimensionamento de pessoal e ao sistema de classificação do idoso.

Para coleta dos dados foi elaborado um formulário com itens referentes: ao número de inspeções realizadas pela fiscalização; o motivo que instaurou o processo de fiscalização; a presença de Enfermeiro Responsável Técnico e o número de profissionais de enfermagem na instituição; se a instituição e a fiscalização utilizaram algum sistema de classificação dos idosos; se a instituição e a fiscalização previam algum cálculo de dimensionamento de pessoal; presença de cuidadores; além das questões trabalhistas relacionadas à jornada de trabalho; e escala de revezamento de pessoal.

A análise descritiva foi baseada em distribuições de frequências, tabelas cruzadas e cálculo de estatísticas descritivas e teve como objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis nos distintos subgrupos. Na Análise Inferencial de Variáveis Quantitativas (número de profissionais, número de leitos e variáveis derivadas) mais de dois grupos independentes foram comparados por abordagem não paramétrica pelo teste Kruskal-Wallis, uma vez que as variáveis não seguiram distribuição normal.

A comparação do dimensionamento previsto pelos dispositivos legais de cálculo e disponíveis na literatura foi feita de forma pareada pelo teste de Friedman, uma vez que os dados não seguiram distribuição normal. Quando comparados em pares o dimensionamento de dois instrumentos, a comparação foi feita pelo teste de Wilcoxon. A normalidade das variáveis quantitativas foi analisada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Shapiro-Wilk.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa realizou-se consulta prévia de anuência do Conselho Regional de Enfermagem quanto ao estudo que se mostrou favorável ao atendimento dos procedimentos éticos em pesquisa, sendo

essa coparticipante. Foi realizada a submissão do projeto de pesquisa para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense aprovado pelo parecer NO 606.995 em 04/04/2014.

## RESULTADOS

As 80 instituições foram distribuídas em 19 dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Dessas instituições somente 02 (2,5%) são públicas, 17 (21,3%) são filantrópicas e a maioria 61 (76,2%) são instituições privadas.

O porte das instituições é bem variado, uma vez que tem instituições de 8 a 300 leitos; com taxas de ocupação média de 91,5%, variando de 60% a 100%. O número de idosos na instituição variou de 6 a 300, com média de 48,1 idosos e desvio padrão 45,5 idosos, demonstra o quanto é heterogênea a distribuição do número de idosos atendidos nessas instituições.

A instauração do processo de fiscalização foi motivada tipicamente por ordem do Ministério Público em 26 instituições (32,5%). A proporção geral de instituições com Enfermeiro Responsável Técnico (RT) é de 92,5%. Em 100% das instituições denunciadas e inspecionadas para Certificação do Responsável Técnico, possuíam enfermeiro Responsável Técnico, no geral houve em 06 instituições (7,5%) ausência do enfermeiro Responsável Técnico. A presença de profissionais de enfermagem foi verificada em quase todas as instituições (97,5%), somente em 02 instituições investigadas por ordem do ministério Público não foram identificadas a presença de profissionais de Enfermagem. A presença de Enfermeiro nas 24 horas só ocorria em 03 instituições (3,7% do total de casos).

No geral, 66,2% das Instituições (53 instituições) tinham cuidadores de idosos; e em somente uma instituição os cuidadores estavam na escala de enfermagem.

Cabe ressaltar, que as 80 instituições têm, em média, 1,2 enfermeiros; 6,7 técnicos de enfermagem e 2,3 auxiliares de enfermagem para uma média de 48 idosos. Com relação à classificação dos idosos assistidos 60,6% das instituições apresentaram um método de classificação dos idosos.

Sobre o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, somente 2,5% das instituições apresentaram o cálculo do dimensionamento de pessoal. A Tabela 1 demonstra os percentuais relacionados ao déficit de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem comparados segundo os três dispositivos.



**Tabela 1** – Dimensionamento dos Profissionais de Enfermagem nas Instituições. Niterói-RJ, 2014.

| Quantidade de Enfermeiros | Média | Mediana | Desvio Padrão | *C.V | Aumento Percentual Médio Previsto | p-valor Teste de Friedman |
|---------------------------|-------|---------|---------------|------|-----------------------------------|---------------------------|
| Atual                     | 1,2   | 1,0     | 1,1           | 0,9  |                                   |                           |
| Segundo a Resolução 543   | 18,1  | 13      | 18,4          | 1,0  | 1348%                             | 0                         |
| Segundo a Portaria 73     | 4,2   | 2       | 5,2           | 1,2  | 224%                              |                           |
| Segundo a Nova Proposta   | 8,6   | 6       | 8,1           | 0,9  | 580%                              |                           |
| Atual                     | 8,9   | 5,0     | 13,9          | 1,6  |                                   |                           |
| Segundo a Resolução 543   | 36,4  | 26      | 37,4          | 1,0  | 420%                              | 0                         |
| Segundo a Portaria 73     | 12,0  | 8       | 13,0          | 1,1  | 73%                               |                           |
| Segundo a Nova Proposta   | 16,1  | 12      | 17,2          | 1,1  | 122%                              |                           |
| Atual                     | 8,9   | 5,0     | 13,9          | 1,6  |                                   |                           |

Em relação aos dispositivos de cálculo de dimensionamento de pessoal, a Resolução COFEN 543/2017(2) cumpre a Lei, mas prevê números de profissionais (enfermeiros, Técnicos de enfermagem e Auxiliares de enfermagem) significativamente maiores (p-valor=0,000 do teste de Wilcoxon), do que encontrados nas instituições, pois teriam que aumentar em média 1348% o seu número de enfermeiros e em média 420% o seu número de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem previsto pela Portaria MPAS 73/2001(3) prevê números significativamente menores que aqueles previstos pela Resolução COFEN 543/2017(2) (p-valores=0,000 dos testes de Wilcoxon) e, significativamente maiores que aqueles encontrados atualmente nas instituições (p-valor=0,000); surtindo um melhoramento nas condições atuais, mas esse dimensionamento, ainda deixaria de atender a Lei 7.498/86(4), em 62,5% das instituições.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem proposto nesse estudo e específico para ILPI, cumpre a Lei em todos os casos, logo superior à Portaria 73(3), e com números significativamente menores de profissionais do que aqueles previstos pela Resolução COFEN 543/2017(2) (p-valores=0,000 dos testes de Wilcoxon). Portanto, mais viável de ser executado na prática, garantindo a especificidade do local de aplicação do cálculo, e sem prejuízos aos requisitos previstos pela lei do exercício profissional de enfermagem.

## DISCUSSÃO

O principal dado deste estudo é a demonstração da necessidade de um cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem específico à assistência de enfermagem nas ILPI. O dimensionamento de enfermagem encontrado nas instituições mostrou o quanto é preocupante a temática, pois a maioria das instituições não segue nenhuma legislação, mesmo existindo parâmetros preestabelecidos sobre o número de profissionais necessários pela ótica de cada instrumento legal.

Ao realizar um comparativo da realidade encontrada na assistência ao idoso institucionalizado com os números propostos pela Resolução COFEN 543/2017(2), pela Portaria 73/2001 MPAS(3) e pelo cálculo proposto nesse estudo específico para ILPI(5-6), demonstrou o quanto é discrepante e ilegal em muitos casos o quantitativo de profissionais de enfermagem nas ILPI. De acordo com a análise, não existe quantitativo suficiente, principalmente, de Enfermeiros, que garantam uma assistência segura e livre de danos aos idosos(8,9). Estes conflitos legais existentes no exercício da enfermagem na assistência ao idoso na ILPI e também em outras modalidades de cuidado geram tais discrepâncias e o descumprimento dos gestores em atender as legislações destinadas ao exercício profissional da enfermagem(10).

A média dos profissionais existentes nas instituições fiscalizadas não atendem a Portaria MPAS 73/2001(3) e, principalmente, não atendem a Lei 7498/86(4), porque a média existente não configura a presença do Enfermeiro nas 24 horas. Além, da presença desse proporcionar legalidade à assistência de enfermagem, o enfermeiro é reconhecido como o gestor e o solucionador dos problemas ao cuidado do idoso institucionalizado(7).

Estudos mostram que o aumento de profissionais de enfermagem na assistência aos idosos diminui em 11% a prevalência de úlceras de pressão, perda de peso, uso de drogas psicóticas e uso de cateteres vesicais(8). Outro estudo também correlacionou ao aumento de profissionais de enfermagem a uma menor prevalência de úlceras de pressão, menor número de internações hospitalares, menor uso de contenção mecânica, e melhoria nos indicadores de qualidade do cuidado aos idosos institucionalizados(9).

A inadequação numérica e qualitativa de pessoal, influencia tanto na assistência prestada aos idosos, como na saúde dos profissionais de enfermagem, aumentando o risco de exaustão emocional, estresse, insatisfação no trabalho e doenças ocupacionais, com consequentes reflexos nos índices de absenteísmo e de rotatividade(11).

Cabe ressaltar a problemática do déficit acentuado de profissionais de enfermagem em todas as vertentes legais apresentadas na assistência ao idoso institucionalizado.

Dessa forma faz-se necessário estipular um cálculo de dimensionamento específico que atenda as necessidades da atenção aos idosos em ILPI, principalmente, que respeite as Legislações que regulam os profissionais de enfermagem e as legislações sanitárias que regulam os padrões de funcionamento desses estabelecimentos. 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>(12)</sup>.

Entre os dispositivos de cálculo analisados nesse estudo, o que melhor atende é o cálculo proposto especificamente para as ILPI(5-6), ao respeitar as exigências da Lei 7.498/86(4), da Resolução COFEN 543/2017(2), por manter a mesma metodologia de cálculo e por levar em consideração o Sistema de classificação da RDC 283/2005 ANVISA<sup>(13)</sup>.

O sistema de classificação é entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de Enfermagem e objetiva estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender as necessidades biopsicossocioespirituais do paciente(14). A classificação do idoso institucionalizado é um fator determinante para traçar o plano de cuidados e, principalmente, para avaliar a modalidade assistencial da instituição de longa permanência. A RDC ANVISA classifica o idoso pelo grau de dependência em I, II e III, partindo da independência de cuidados, dependência parcial e dependência total de cuidados<sup>(13)</sup>.

O estudo mostrou que apenas 48 (60,6%) das instituições possuíam classificação dos idosos institucionalizados, ou seja, não seguiam as recomendações das legislações que regem os serviços de ILPI. Conhecer o grau de dependência das pessoas idosas é necessário para avaliar a capacidade funcional, que é expresso por meio da realização das atividades de vida diária. A execução das atividades de vida diária é considerada um parâmetro para estabelecer os graus de dependência dos idosos institucionalizados<sup>(15)</sup>. Todavia, é uma das atribuições do enfermeiro na ILPI determinar o grau de dependência para planejamento dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, para determinação do dimensionamento de pessoal<sup>(14)</sup>.

Desse modo determinar o grau de dependência do idoso é imprescindível para a determinação do número de profissionais necessários para a assistência ao idoso institucionalizado. A adequação de um instrumento único de cálculo em que seja previsto a classificação por grau de dependência de acordo com o cálculo específico para a ILPI(5-6), é importante para evitar lacunas encontradas na assistência ao idoso institucionalizado.

As instituições que possuíam cuidadores de idosos

possuíam um número inferior de profissionais de enfermagem para a assistência aos idosos, que também causa estranheza. Seria necessário aprofundar com pesquisas, tanto quantitativas, como qualitativas, sobre a atuação dos cuidadores de idosos nas ILPI, investigando se realizam as atividades de enfermagem, em razão da demanda e da sobrecarga de trabalho na rotina dessas instituições. Cabe ressaltar, que os cuidadores de idosos são trabalhadores que estão inseridos na assistência aos idosos institucionalizados que possuem atribuições elementares definidas atualmente no Código de Ocupação Brasileiro (CBO)(16)-, mesmo assim estes são inseridos na escala de enfermagem sendo erroneamente descritos como da equipe de enfermagem<sup>(17)</sup>.

O Enfermeiro tem o dever legal de impedir que profissionais sem formação de enfermagem exerçam tais funções, pois é proibido delegar atividades de enfermagem, mesmo sobre sua supervisão(4-18). O ato de delegar não significa se eximir da responsabilidade, que é intransferível, pois a responsabilidade é do enfermeiro diante de um possível dano realizado pelo cuidador<sup>(17)</sup>.

Desta forma é de suma importância a presença do enfermeiro em todo o período de desenvolvimento das ações de enfermagem na assistência ao idoso institucionalizado(4,13,18-19). Por isso, ressalta-se a importância de cálculos específicos para cada nicho de atuação de enfermagem, como o proposto nesse estudo para as ILPI.

O cálculo encontrado nesse estudo baseia-se em Relatórios descritivos gerados pela fiscalização, portanto, dados retrospectivos, uma limitação, já que houve em alguns casos a exclusão por ausência de informações mais detalhadas sobre as atividades de enfermagem para que permitissem o cálculo apurado.

## CONCLUSÃO

O estudo revelou que as instituições desrespeitam as legislações que regulamentam as ILPI, principalmente em relação à classificação do idoso e ao dimensionamento de pessoal de enfermagem. Observa-se que a realidade nos apresenta uma média de 1,2 Enfermeiros, 6,7 Técnicos de Enfermagem e 2,3 Auxiliares de Enfermagem para uma média de 48 idosos, que consiste em um número muito insuficiente para a assistência ao idoso com qualidade e segurança.

Portanto, esse estudo recomenda um cálculo de dimensionamento de pessoal específico à assistência de enfermagem nas ILPI que atenda as legislações vigentes, como também, seja aplicável a realidade dos serviços de saúde do idoso. Ao estabelecer cálculos de dimensionamento e classificação dos idosos de modo específico aumenta-se a clareza dos métodos e parâmetros a serem adotados pelos gestores e equipe de enfermagem.

O dimensionamento adequado de enfermagem pode proporcionar segurança ao paciente e permitir o monitoramento da qualidade do cuidado de enfermagem. Para isso, recomenda-se a estruturação e implementação do

cuidado integral ao idoso, com dimensionamento de pessoal adequado e capacitado para o exercício da enfermagem gerontológica.

1. Fugulin FMT, Rossetti AC, Ricardo CM, Possari JF, Mello MC, Gaidzinski RR. Nursing care time in the Intensive Care Unit: evaluation of the parameters proposed in COFEN Resolution Nº 293/04. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 sep 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. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN n. 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2017 out 09]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
3. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001. Normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil [Internet]. 2001 [cited 2014 mar 05]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei n. 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://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
5. Paula RCC, Oliveira LS, Barbosa BFS, Paula VAV, Santana RF, Albuquerque DC. Nurse staffing in homes for the aged: proposed number of hours. Rev Enf Profissional [Internet]. 2014 [cited 2015 sep 10]; 1(2):398-412. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3697/pdf\\_1409](http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3697/pdf_1409)
6. Paula RCC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituição de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo [dissertação de mestrado]. Niterói (RJ): Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense; 2015.
7. Lorenzini E, Monteiro ND, Bazzo K. Institution of homes for the aged: nurse's rol. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2013 [cited 2015 sep 15]; 3(1):345-52. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/7169>
8. Lee HY, Blegen MA, Harrington C. The effects of RN staffing hours on nursing home quality: a two-stage model. Int J Nurs Stud [Internet]. 2014 [cited 2015 sep 15]; 51(3):409-17. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913002824>
9. Backhaus R, Verbeek H, Van Rossum E, Capezuti E, Hamers JP. Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2014 [cited 2015 sep 15]; 15(6):383-93. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861013007962>
10. Rodrigues MA, Paula RCC, Santana RS. Divergências entre legislações do dimensionamento de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Enferm. Foco [Internet]. 2017 [cited 2018 mai 09]; 8 (1): 12-16. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/758/370>
11. Fugulin FMT, Lima AFC, Castilho V, Bochembuzio L, Costa JA, Castro L, et al. Cost of nursing staffing adequacy in a neonatal unit. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 sep 10]; 45(Esp):1582-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/v45nspea07.pdf>
12. Rodrigues MA, Paula RCC, Santana RF. Divergências entre legislações do dimensionamento de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Enfermagem em Foco [Internet]. 2017 [cited 2017 abr 17]. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/758/370>
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC n. 283 de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos [Internet]. 2005 [cited 2014 dez 12]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-283-de-26-de-setembro-de-2005>
14. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Patient classification system: identification of the patient care profile at hospitalization units of the UH-USP. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2015 sep 10]; 13(1):72-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a12>
15. Ferreira DCO, Yoshitmo AY. Prevalence and features of falls of institutionalized elders. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 sep 10]; 63(6):991-7. Available from: <http://oaji.net/articles/2015/672-1438199557.pdf>
16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações [Internet]. [citado 2014 dez 12]. Available from: <http://www.mte.gov.br/cbosit/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>
17. Rodrigues MA, Santana RS, Paula RCC, Silva MTN, Santo FHE. Exercício profissional de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo. Texto e Contexto Enferm [Internet]. 2018 [cited 2018 mai 09]; 27(2): e1700016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001700016>
18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. 2017. [cited 2017 abr 17] Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)
19. Conselho Regional de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN 509, de 15 de março de 2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico [Internet]. 2016 [cited 2016 mar 16]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2\\_39205.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html)

# ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: A EXCELÊNCIA COMO FONTE DE SOFRIMENTO MORAL PARA ENFERMEIROS

Carolina da Silva Caram<sup>1</sup>, Maria José Menezes Brito<sup>2</sup>, Elizabeth Peter<sup>3</sup>

**Objetivo:** Analisar a prática profissional de enfermeiros em um hospital privado acreditado, sob o prisma da ética da virtude. **Metodologia:** Estudo de caso qualitativo, realizado em um Hospital Privado “Acreditado com Excelência” em Minas Gerais. Os participantes foram 13 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual seguindo roteiro semiestruturado e observação e submetidos à Análise Temática de Conteúdo. **Resultados:** Foram identificadas contradições entre os valores que norteiam a organização do trabalho na instituição, cujo enfoque é a acreditação e os valores dos enfermeiros, os quais são voltados para o cuidado. **Conclusão:** A contradição encontrada distancia o enfermeiro de sua prática, colocando-o em confronto com a sua profissão, provocando sofrimento moral.

**Descritores:** Enfermagem, Dano Moral, Ética em Enfermagem, Acreditação Hospitalar, Prática Privada de Enfermagem.

## HOSPITAL ACCREDITATION: EXCELLENCE AS A SOURCE OF MORAL DISTRESS FOR NURSES

**Objective:** To analyze the professional practice of nurses in an accredited private hospital, under the prism of virtue ethics. **Methodology:** Case study with a qualitative approach performed in a Private Hospital “Excelent in Accreditation” in Minas Gerais. The participants were 13 nurses. The data collection was performed through an individual interview following a semi-structured script and observation and, submitted to the Thematic Content Analysis. **Results:** Contradictions were identified among the values that guide the organization of work in the institution, whose enforcement is the accreditation and values of nurses, which are focused on care. **Conclusion:** The contradiction found distances the nurses from their practice, putting them in confrontation with their profession, provoking the moral suffering.

**Descriptors:** Nursing, Moral Development, Ethics Nursing, Accreditation, Nursing Private Duty.

## ACREDITACIÓN HOSPITALARIA: LA EXCELENCIA COMO FUENTE DE SUFRIMIENTO MORAL PARA ENFERMEIROS

**Objetivo:** Analizar la práctica profesional de enfermeros en un hospital privado acreditado, bajo el prisma de la ética de la virtud. **Metodología:** Estudio de caso cualitativo realizado en un Hospital Privado “Acreditado con Excelencia” en Minas Gerais. Participaron del estudio 13 enfermeros. La recolección de datos fue realizada mediante entrevista individual siguiendo itinerario semiestruturado y observación y sometidos al Análisis Temático de Contenido. **Resultados:** Se identificaron contradicciones entre los valores que orientan la organización del trabajo en la institución, cuyo ahorque es la acreditación y los valores de los enfermeros, los cuales se dirigen al cuidado. **Conclusión:** La contradicción encontró distancia al enfermero de su práctica, colocándolo en confrontación con su profesión, provocando el sufrimiento moral.

**Descriptores:** Enfermería, Daño Moral, Ética en Enfermería, Acreditación de Hospitales, Práctica Privada de Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, E-mail: caram.carol@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG.

<sup>3</sup>University of Toronto (UofT), Canada.



## INTRODUÇÃO

A cultura da qualidade nos hospitais foi instituída no Brasil com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1999<sup>(1)</sup>. Para implementar a metodologia de acreditação são imprescindíveis planejamento estratégico, atualização de documentos, padronização de processos, implementação de manuais e protocolos, integração informacional, capacitação, enfoque em normas e rotinas e melhoria contínua<sup>(2)</sup>. A acreditação é considerada como a busca da instituição pela excelência, sendo o meio pelo qual é reconhecida no que se refere à qualidade dos padrões de gestão e de assistência oferecidos<sup>(2)</sup>.

O enfermeiro é fundamental no processo de acreditação, considerando sua atuação ininterrupta, ao expressivo quantitativo de profissionais e à formação acadêmica com enfoque em aspectos gerenciais<sup>(3,4)</sup>. Considerando a necessidade de burocratização dos processos na acreditação, enfermeiros assumem funções gerenciais nos níveis estratégicos, intermediários ou operacionais buscando alcançar certificações, o que o leva, em algumas situações, a distanciar-se do cuidado<sup>(5-7)</sup> descaracterizando, assim sua prática.

Na vertente da Ética da Virtude<sup>(8-10)</sup>, a prática é considerada uma atividade humana cooperativa, que possui bem interno a si própria que a diferencia das demais e que é concretizado na busca do indivíduo pelo alcance da excelência<sup>(9)</sup>. Ademais, a prática é configurada pela legalidade (ethos burocrático) e pela ética (ethos profissional)<sup>(8)</sup>. O ethos burocrático exige uma prática que, para evitar a negligência, seja voltada para as leis. Já o ethos profissional, embora não abandone a legalidade, propõe a excelência com o enfoque nas pessoas<sup>(8)</sup>.

Considerando a burocratização dos processos de acreditação, bem como a necessidade de manutenção e sobrevivência da organização em contextos de escassez de recursos, é possível que ocorra o redirecionamento da prática do enfermeiro para o foco da legalidade e normas vigentes, buscando a “perfeição legal” e relegando a segundo plano, o ethos profissional<sup>(8)</sup>. Tal situação descaracteriza a prática do enfermeiro, impedindo o alcance do bem interno.

Pressupõe-se, pois, a existência de conflito entre a busca do “bem interno” da prática pelo enfermeiro e a busca da excelência pela instituição, propiciando sofrimento moral. O sofrimento moral ocorre quando o profissional, na sua prática, é impossibilitado de deliberar conforme seu julgamento moral. Assim, surge o questionamento: Como o enfermeiro reconhece sua prática em um hospital acreditado?

O objetivo do presente estudo foi compreender a prática profissional de enfermeiros em um hospital privado acreditado, sob o prisma da ética da virtude.

Adotar a ética da virtude como referencial teórico permite considerar a prática como parte de um constructo amplo e

complexo, portadora de bens internos a si mesma que, para ser alcançada, dever ser alicerçada em virtudes que tornam o profissional um agente moral<sup>(11)</sup>.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, integrado, qualitativo. A abordagem qualitativa confere significado às ações dos indivíduos e ao contexto em que se inserem e se relacionam<sup>(11)</sup>. O estudo de caso abrange fenômenos sociais complexos, representados por um “caso”, sobre o qual o pesquisador se debruça holisticamente<sup>(12)</sup>. O estudo de caso único integrado se desenrola em duas unidades de análise integradas, permitindo que ambas sejam consideradas em suas particularidades e no todo. O caso do presente estudo é a prática profissional de enfermeiros, no contexto de um Hospital Privado em Minas Gerais, com certificação máxima da ONA.

As unidades de análise foram o Bloco Cirúrgico (BC) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os participantes foram a totalidade de enfermeiros dos setores, perfazendo 13 profissionais, dentre os quais 8 eram enfermeiras da UTI e 5 do BC. O critério de inclusão dos participantes foi estarem presentes no momento da coleta de dados e atuarem no plantão diurno.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual gravadas e transcritas, orientada por roteiro semiestruturado. Também foi utilizada a observação de situações vivenciadas pela pesquisadora nos cenários de pesquisa. As observações foram registradas em diário de campo e, associadas às entrevistas, compuseram o corpus da pesquisa.

Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo<sup>(13)</sup> com o auxílio do software Atlas.TI e observando-se três polos cronológicos: pré-análise: exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise, a leitura flutuante foi realizada até a assimilação do material e, posteriormente, organizado no software ATLAS.ti, compondo a unidade hermenêutica “sofrimento moral”. Nessa etapa, o corpus foi definido com a separação dos temas e dos recortes dos textos.

Na fase de exploração do material, foram realizadas a codificação e a categorização. A codificação definiu as unidades de registro (unidade de significação) e unidades de contexto (unidade de significado) que correspondem, respectivamente, aos codes e às quotations. A categorização agrupou os codes em Family, seguindo os critérios de repetição e de relevância que foram agrupados gerando dois eixos temáticos de análise: Caracterização do trabalho: enfoque no ethos burocrático e; Valores institucionais: Ethos burocrático como fonte de sofrimento moral.

O tratamento dos dados, inferência e interpretação permitiu o aprofundamento da análise dos achados, sem que houvesse julgamento. O ATLAS.ti contribuiu para que o processo de análise fosse visualizado em cada uma das fases, possibilitando agilidade e qualidade na organização dos dados<sup>(14)</sup>.

O presente estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo os aspectos éticos que envolvem a condução da pesquisa. A aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do cenário do estudo e pela Universidade possui Parecer nº 1.160.801.

## RESULTADOS

Os resultados confirmaram o pressuposto de que há conflito entre a busca pelo bem interno da prática (excelência) pelo enfermeiro e a busca pelas certificações (excelência) por parte da instituição. Foram identificadas contradições entre os valores que norteiam a organização do trabalho na instituição e os valores defendidos pelos enfermeiros, considerados relevantes para o alcance do “bem interno” da prática profissional. Os resultados foram organizados de acordo com a caracterização, pelos enfermeiros, de sua prática no hospital, a qual possui enfoque no ethos burocrático e influência nas vivências de sofrimento moral.

Os depoimentos exaltam o ethos burocrático no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, o que decorre, sobretudo, das exigências do processo de acreditação. O depoimento de Enf.12-BC revelou que a ênfase nas atividades administrativas no cotidiano: A gente fica mais na parte de gestão da qualidade, do setor, da instituição e no gerenciamento de pessoal e das cirurgias. É muito administrativo! (Enf.12-BC).

A observação realizada pela pesquisadora permitiu evidenciar a pouca aproximação entre enfermeiros e pacientes, o que decorre das demandas que requerem a utilização de computadores e de documentos impressos.

Enf.6-UTI atribuiu a sobrecarga de atividades ao processo de acreditação, a qual gera excesso de responsabilidade e de controle de documentos, associada às atividades assistenciais: Como é um hospital que está evoluindo na acreditação te exige muito, porque você tem que estar na assistência o tempo inteiro, nas manutenções do setor e trabalhar com rotinas de papéis que são exigidas por causa do gerenciamento e de segurança do paciente. Então, você fica sobrecarregado (Enf.6-UTI).

A situação mencionada é agravada devido à fragmentação dos formulários destinados ao controle de gastos e à assistência, havendo duplicidade de informações para um mesmo paciente. Observa-se, nesse contexto, a existência do trabalho imaterial, voltado prioritariamente para documentos e papéis: Eu executo um pouco do cuidar, mas principalmente,

o serviço burocrático. A gente não se dedica o tanto que gostaria ao paciente, porque a instituição preza a acreditação. A gente fica atrelada ao serviço burocrático que, muitas vezes, te impede de executar o cuidado. Para mim, ser enfermeira tem que cuidar (Enf.10-BC).

O depoimento de Enf.10-BC revela a não concretização da prática idealizada e considerada correta, isto é, o cuidado. Tal situação é associada à acreditação, a qual, para a enfermeira a distancia da essência do cuidado. Salienta-se que a instituição assume a acreditação como um valor e organiza o trabalho de tal forma que cria barreiras para o alcance do bem interno pelo enfermeiro.

ENF.18-BC revela que os gestores do hospital adotam e preservam valores que mantem a instituição no mercado. Para tal, eles lançam mão das competências do enfermeiro por possuírem, no currículo, conteúdo específicos da administração, atribuindo-lhe, pois, a responsabilidade pelo trabalho burocrático, o que propicia vivências de sofrimento: O enfermeiro está, não só burocrático, mas no gerenciamento. São papéis e documentos e o enfermeiro está perdendo sua característica principal, que é o cuidado. Não só cuidado de fazer o curativo, mas de avaliar o paciente com calma e parar 5 minutos para conversar com ele. O paciente entra no bloco e a gente nem sabe o nome. O enfermeiro está perdendo a essência (Enf.18-BC).

O enfermeiro se sente obrigado a elaborar documentos e evoluções em detrimento de estabelecer relação próxima com o paciente. Segundo Enf.3-UTI, na acreditação o enfoque da prática não está na relação do enfermeiro com o paciente, mas na maneira como ele preenche o papel: A assistência tem que ser algo que você consiga fazer e não essa correria que a gente fica no dia a dia, sobrecarregado com papel. E quando você esquece de fazer uma evolução, mas prestou uma assistência adequada, não vale. Então, vale mais você evoluir do que prestar assistência corretamente. Eu estou aqui há 10 anos e cada dia aparece um papel novo para ser preenchido. (Enf.3-UTI)

Nos setores existem pastas com protocolos e formulários a serem preenchidos para cada evento, relacionados à assistência de enfermagem e ao serviço em geral, sendo o enfermeiro responsável por seu preenchimento. Esses protocolos, na visão de Enf.4-UTI, destinam-se ao atendimento de exigências e parâmetros dos órgãos avaliadores e não para proporcionar melhorias na prática, uma vez que a assistência tem sido negligenciada: Você perde muito tempo cuidando do burocrático e a assistência e o paciente à beira leito você não consegue realizar como gostaria. Infelizmente é um lado que a enfermagem está indo por conta de protocolos do Ministério da Saúde, da Anvisa que cobra das instituições e o lado do paciente fica falho (Enf.4-UTI).

A situação descrita acima é considerada por En.13-BC como frustrante, por não reconhecer os valores próprios de sua prática, uma vez que seu trabalho está associado ao cumprimento de exigências: Eu gosto de trabalhar com o ser humano. Mas, às vezes, eu me frustro porque tem que mexer muito com papel e não com o ser humano (En.13-BC).

Percebe-se que a burocracia como valor institucional tem sido fonte de impotência para os enfermeiros desempenharem a sua prática, gerando vivências de sofrimento moral.

## DISCUSSÃO

Considerar a enfermagem como prática significa dizer que, por meio do exercício profissional o enfermeiro busca a realização do cuidado como bem interno<sup>(5-7)</sup>. Salienta-se que o bem interno da enfermagem precisa ultrapassar os saberes técnicos e biológicos<sup>(5)</sup>, mediante o aprimoramento das atividades com enfoque nas pessoas. Assim, “a estética do cuidado vai além do puramente técnico, integrando o mundo dos valores, dos sentimentos e dos aspectos éticos e culturais”<sup>(6,6)</sup>

Na vertente da Ética da Virtude<sup>(9)</sup>, o desempenho da prática envolve ser bom e fazer o certo, por meio de virtudes que, como qualidade humana, permitem que o indivíduo alcance o bem interno. Pode-se, pois, inferir que o enfermeiro, em sua prática, precisa aliar os saberes científicos e as normas legais da profissão às relações interpessoais, as quais devem ser marcadas pelo desejo de cuidar e por valores. Assim, a configuração da prática requer a coexistência da legalidade (ethos burocrático) e da ética (ethos profissional)<sup>(6)</sup>.

Para o alcance da prática do enfermeiro e concomitante o sucesso da instituição é importante que valores sejam convergentes, sendo a gestão um meio para alcançar o valor fim da enfermagem, qual seja, o cuidado<sup>(5)</sup>. Contudo, cotidianamente percebe-se que o enfermeiro se depara com valores institucionais ligados à lógica mercantilista e de manutenção no mercado, não correspondendo àquilo que é considerado valor para os profissionais. Ressalta-se que investimentos em certificações não necessariamente correspondem a qualidade do cuidado, havendo, pois, uma lacuna entre aquilo que significa e a realidade da aplicabilidade dos valores morais<sup>(10)</sup>.

Tendo em vista os depoimentos, emergiram questionamentos sobre os processos de acreditação, no que concerne ao alcance das dimensões relacionais e éticas que devem fundamentar a produção do cuidado pelo enfermeiro, garantindo qualidade da assistência.

Na perspectiva dos enfermeiros do presente estudo, a burocracia (ethos burocrático) tem prevalecido em detrimento do cuidado ao paciente (ethos profissional), revelando que, em algumas situações, o enfermeiro não vivencia o cuidado. Nesse

sentido, pode-se inferir que as instituições acreditadoras e/ou o modo como os hospitais tem institucionalizado a política de acreditação ainda se encontram vinculados ao saber fazer técnico-biológico, deixando de lado o mundo dos valores e das interações que constituem as experiências de cuidar.

Mediante tal inferência é importante salientar que esse artigo não nega a importância dos registros, documentos e protocolos, mas sim o modo como eles tem sido introduzidos na prática do enfermeiro. Ademais, entende-se o sistema de acreditação tem potencial para romper com ações mecanizadas e tecnicistas e voltá-las para o cuidado humanizado e de excelência com enfoque no sujeito<sup>(15)</sup>. Trata-se, pois, de superar o fazer mecânico incorporando mudanças culturais que permitam ao enfermeiro realizar a gestão da qualidade com vistas a proporcionar melhorias nos processos assistenciais, os quais envolvem indicadores mas, acima de tudo, pessoas<sup>(15)</sup>.

A experiência de cuidar pode ser considerada uma virtude do enfermeiro, haja vista que ele foi citado como o profissional com capacidade de considerar as fragilidades e necessidades de saúde, integrando “indivíduo-sociedade-saúde-ambiente”<sup>(7)</sup>. Os valores expressos como virtudes guiam a prática profissional na busca pela excelência<sup>(8)</sup>. Contudo, no contexto das instituições hospitalares, tem prevalecido os interesses mercadológicos, institucionais e corporativos, resultando em espaços cerceadores da atuação virtuosa do enfermeiro.

A questão que aqui se coloca é que o ordenamento excessivo obstrua o alcance do cuidado. O ordenamento faz com que o enfermeiro não realize a prática em consonância com o bem interno, agindo de forma contrária ao seu julgamento moral. Portanto, o profissional se depara com um problema moral, tece seu julgamento, mas é impossibilitado de agir de acordo com seus valores<sup>(16)</sup>. Nesse contexto o enfermeiro se depara com o problema moral de realizar o trabalho burocrático em detrimento do cuidado que julga correto, vivenciando o sofrimento moral.

Desse modo, o trabalho burocrático se revela em um espaço de dominação e de manipulação contrariando a Teoria da Ética da Virtude<sup>(9)</sup>, a qual refere que os indivíduos precisam ser reconhecidos como agentes morais autônomos.

A organização e gerenciamento são parte integrante das atividades do enfermeiro para o alcance da prática, mas devem ser meios para o alcance do cuidado como produto final. Nesse sentido, os resultados permitiram reafirmar a necessidade da coexistência do ordenamento e do cuidado, “sob o prisma de ordenar para cuidar” (5:6), sendo tais valores imprescindíveis no reconhecimento do que sustenta ou desgasta a prática do enfermeiro.

## CONCLUSÕES

Revelou-se barreiras para o enfermeiro desenvolver sua prática no contexto de um hospital acreditado. Tais barreiras caracterizam-se pelo excesso de trabalho burocrático que impede o enfermeiro de realizar a prática que consideram moralmente adequada, isto é, o cuidado direto ao paciente, vivenciando o sofrimento moral. Como consequência, ele identifica prejuízos na qualidade do cuidado.

É fato que a acreditação consiste em um processo da contemporaneidade e que influencia os modos de desempenho

da prática do enfermeiro. Assim, ressalta-se a importância de os atores envolvidos refletirem sobre estratégias para aliar a sustentabilidade econômica à qualidade do serviço prestado, sendo importante alicerçar esse elo em bases sólidas de cogestão em prol da assistência de excelência. Ademais, destaca-se a necessidade de propiciar a organização do trabalho voltada para as atividades que caracterizam a prática do enfermeiro, promovendo seu protagonismo e gerando qualidade.

## REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2017 Out 03]; 38(2):335-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>
2. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Changes in management actions after the Hospital Accreditation. Rev Rene [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 14]; 17(2):165-75. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2193/pdf>
3. Camillo NRS, Oliveira JLC, Bellucci Jr JA, Cervilheri AH, Haddad MCFL, Matsuda LM. Accreditation in a public hospital: perceptions of a multidisciplinary team. Rev Bras Enferm [Internet] 2016 [citado 2017 Jul 13]; 69(3):423-30. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en\\_0034-7167-reben-69-03-0451.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0451.pdf)
4. Maziero VG, Spiri WC. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2013 [citado 2017 Ago 07]; 15(1): 121-9. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n1/pdf/v15n1a14.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a14.pdf)
5. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 [citado 2017 Jul 29]; 21(3):695-703. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75975/79511>
6. Gonzales JS, Ruiz MCS. Cultural history and aesthetics of nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet] 2011 [citado 2017 Jun 28]; 19(5):1096-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/06.pdf>
7. Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. Demonstrating nursing care as a social practice. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2009 [citado 2017 Jul 12]; 17(6):988-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/10.pdf>
8. Cortina A. Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola; 2005.
9. MacIntyre A. After Virtue. 3ª ed. Indiana: Notre Dame Press; 2007.
10. Van Hooff S. Understanding virtue ethics. New York: Routledge; 2014.
11. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 11ª ed. São Paulo: Cortez; 2010.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
14. Brito MJM, Caram CS, Montenegro LC, Rezende LC, Rennó HMS, Ramos FRS. Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. In: Costa AP, Reis LPR, Sousa FN, Moreira A, Lamas D, editors. Computer Supported Qualitative Research. Switzerland: Springer; 2016. p. 75-86.
15. Manzo BF, Brito MJM, Correa AR. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2012 [citado 2017 Set 20]; 46(2):388-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342012000200017&script=sci\\_arttext&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342012000200017&script=sci_arttext&tling=en)
16. Oliveira JLC, Matsuda LM. Benefits and difficulties in the implementation of hospital accreditation: The voice of quality managers. Esc Anna Nery [Internet] 2016 [citado 2017 Jul 10]; 20(1): 63-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en\\_1414-8145-ean-20-01-0063.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0063.pdf)
17. Ramos FRS, Barlem ELD, Brito MJM, Vargas MA, Schneider DG, Brehmer LCF. Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. Texto Contexto Enferm [Internet] 2016 [citado 2017 Ago 25]; 25(2):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-4460015.pdf>



# O LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM E A FORMAÇÃO CRÍTICA DO ENFERMEIRO: UMA REFLEXÃO

Fátima Maria de Melo Brito<sup>1</sup>, Célia Alves Rozendo<sup>1</sup>, Janaina Paula Calheiros Pereira Sobral<sup>2</sup>

**Objetivo:** Refletir sobre a contribuição do laboratório de enfermagem para a formação de enfermeiros críticos e capazes de responder às necessidades de saúde da população. Metodologia: Ancoradas na Pedagogia Crítica, em Paulo Freire, trataremos o laboratório de enfermagem como um cenário/dispositivo que favorece a situação pedagógica, media o processo ensino aprendizagem e contribui para a formação de sujeitos comprometidos com a transformação da realidade social. Resultados: O laboratório de enfermagem deve ser um espaço de reflexão, (re)criação e (re)invenção da prática de enfermagem e que favorece a produção de novos modos de fazer que reflitam a realidade e as necessidades por ela geradas. Conclusão: O laboratório de enfermagem, como um cenário/dispositivo essencial para a formação de enfermeiros precisa ser visto numa perspectiva crítica, de superação de práticas hegemônicas conservadoras.

**Descritores:** Enfermagem, Educação em Enfermagem, Laboratórios.

## THE NURSING LABORATORY AND THE NURSE'S CRITICAL TRAINING: A REFLECTION

**Objective:** Reflect on the contribution of the Nursing laboratory for the nurse's critical training and able to respond to the health needs of the population. Method: Anchored in Critical Pedagogy, in Paulo Freire, the nursing laboratory will be treated as a scenario/device that favors the pedagogical situation, mediates the learning teaching process and contributes to the training of subjects committed to the transformation of the social reality. Results: The Nursing laboratory should be a space for reflection, (re) creation and (re) invention of the Nursing practice, favoring the construction of new ways of doing this, that reflect reality and the needs generated by it. Conclusion: The Nursing laboratory, as a scenario/essential device for the training of nurses, needs to be seen in a critical perspective, of overcoming conservative hegemonic practices.

**Descriptors:** Nursing, Nursing Education, Laboratories.

## EL LABORATORIO DE ENFERMERÍA Y LA FORMACIÓN CRÍTICA DEL ENFERMERO: UNA REFLEXIÓN

**Objetivo:** Reflexionar sobre la contribución del laboratorio de enfermería para la formación de enfermeros críticos y capaces de responder a las necesidades de salud de la población. Metodología: Ancladas en la Pedagogia Crítica, en Paulo Freire, trataremos el laboratorio de enfermería como un escenario/dispositivo que favorece la situación pedagógica, media el proceso de enseñanza aprendizaje y contribuye a la formación de sujetos comprometidos con la transformación de la realidad social. Resultados: El laboratorio de enfermería debe ser un espacio de reflexión, (re)creación y (re)invencción de la práctica de enfermería, favoreciendo la construcción de nuevos modos de hacer que reflejen la realidad y las necesidades generadas por ella. Conclusión: El laboratorio de enfermería, como un escenario/dispositivo esencial para la formación de enfermeros, necesita ser visto desde una perspectiva crítica, de superación de prácticas hegemónicas conservadoras.

**Descriptor:** Enfermería, Educación en Enfermería, Laboratorios.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Alagoas-UFAL/AL.

<sup>2</sup>UFAL/ AL. E-mail: nainacalheiros2@gmail.com.

## INTRODUÇÃO

A formação de enfermeiros competentes, críticos e capazes de responder às necessidades de saúde da população e os preceitos éticos e legais da profissão exige preparação cuidadosa, permeada de compromisso e responsabilidade social. Nessa direção, um arcabouço de saberes teóricos e práticos, de diversas ordens e natureza, é acionado e múltiplos atores, recursos, dispositivos e cenários são coordenados para promover tal formação.

Nesse contexto, destacamos o laboratório de enfermagem como essencial à formação de enfermeiros, presente desde a iniciação às práticas para o cuidado de enfermagem até o aprimoramento que vai se fazendo necessário, à medida que os estudantes vão avançando no seu processo de tornarem-se enfermeiros. Nesse percurso, constitui-se a dinâmica de idas e vindas próprias à construção do conhecimento e ao desenvolvimento das competências gerais e específicas necessárias ao exercício profissional comprometido, crítico e socialmente referenciado.

O presente artigo objetiva refletir sobre a contribuição do laboratório de enfermagem para a formação de enfermeiros críticos e capazes de responder às necessidades de saúde da população. Pensamos o laboratório de enfermagem para além de simples espaço de desenvolvimento de habilidades. Ancoradas na Pedagogia Crítica, em Paulo Freire, trataremos o laboratório de enfermagem como um cenário/dispositivo que favorece a situação pedagógica, media o processo ensino aprendizagem e deve contribuir para a formação de sujeitos comprometidos com a transformação da realidade social.

Nessa perspectiva, o laboratório de enfermagem pode se constituir elo entre a academia e os serviços de saúde, como uma representação da realidade desses serviços e, ainda, como um cenário/dispositivo essencial para viabilizar a aproximação e a inserção dos estudantes na comunidade e nos serviços de saúde. Acreditamos que o laboratório de enfermagem é fundamental para a (re)criação de práticas de enfermagem pensadas e voltadas ao atendimento das necessidades de estudantes e usuários, os quais, são a razão de existir do laboratório.

Essa lógica implica na articulação ensino-serviço-comunidade, para inserção dos estudantes o mais cedo possível nas atividades de pesquisa, extensão e integração com os serviços de saúde, potencializando a formação voltada à realidade concreta das necessidades e sistemas de saúde<sup>(1)</sup>.

Essa concepção de laboratório questiona a prática tradicional dos processos pedagógicos que ocorrem no âmbito do laboratório de enfermagem, o modo como esses processos se dão, em geral, centralizados no desenvolvimento de habilidades e baseados na demonstração de técnicas e procedimentos pelos professores para reprodução e repetição do conhecimento pelos estudantes.

Por ser um espaço de simulação, o laboratório de enfermagem pode ser potente para a formação crítica, pois possibilita aproximação com a realidade. Assim, é essencial pensar os processos de ensino aprendizagem no laboratório para além do desenvolvimento de habilidades técnicas e realização de procedimentos. Para Freire a técnica é sempre secundária. O processo que leva à necessidade do emprego da técnica é que precisa ser entendido. Deve-se atentar para o que os contextos requerem: comprometimento ético e não apenas respostas técnicas<sup>(2)</sup>.

Na enfermagem, as técnicas incorporam-se às tecnologias em saúde sob diversas dimensões na prestação de cuidados à população<sup>(3)</sup>. Nessa direção, o quanto o laboratório de enfermagem está próximo ou distante da realidade? Quais implicações pode ter uma formação distanciada da prática e da realidade concreta? Qual prática desejamos?

Essas questões são cruciais para pensar, decidir e planejar os processos de formação, mas podem, também, nortear a condução dos processos pedagógicos relativos ao laboratório de enfermagem. Assim, essa reflexão pretende ser uma contribuição para pensar o laboratório de enfermagem no contexto da formação crítica de enfermeiros.

## O laboratório de enfermagem na perspectiva da formação crítica de enfermeiros

O laboratório de enfermagem como cenário/dispositivo não se restringe a um lugar físico, mas remete a um espaço pedagógico. É neste espaço pedagógico e em determinado tempo que ocorre o encontro entre professores (educadores) e estudantes (educandos), sujeitos de uma relação educativa<sup>(4)</sup>.

Freire enfatiza que a situação educativa precisa sinalizar intenções ou direcionalidade da educação. Esta direcionalidade explicita o caráter político da educação, o qual faz parte da natureza da prática educativa. O educador, ao exercer seu papel político, sonha e luta por um mundo melhor e busca pela realização junto com seus educandos<sup>(4)</sup>.

Para a formação crítica o exercício da politicidade é imprescindível. Nessa perspectiva, o laboratório de enfermagem, como cenário/dispositivo essencial para a formação de enfermeiros, deve fomentar atividades pedagógicas que levem ao raciocínio crítico, ao questionamento e à (re)criação de processos e práticas. A mera reprodução e repetição de saberes e fazeres leva ao oposto do que defendemos anteriormente.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Enfermagem apontam, no artigo 14, a necessidade de garantia de um ensino crítico, reflexivo e criativo para a construção do perfil profissional almejado. Estimula, ainda, a inserção dos estudantes nos cenários de prática desde o início do curso e a utilização de metodologias

de ensino aprendizagem que estimulem a reflexão crítica do estudante sobre a realidade social<sup>(5)</sup>. Aqui temos um desafio importante: como pensar e fazer essa inserção na realidade de modo efetivamente crítico e que medie e/ou promova a transformação de educandos e educadores? Do mesmo modo, a escolha de metodologias que, de fato, sejam capazes de produzir sentido, reflexão e impacto na formação e na prática, não é um desafio menor.

Como ponto de partida, poderíamos pensar o laboratório de enfermagem como um lugar que favoreça a reflexão e a produção de novos modos de fazer que retratem a realidade e as necessidades por ela geradas, em vez de apenas reproduzir práticas conservadoras e aparentemente imutáveis. Implica pensar o cuidado e o ensino deste, de modo ampliado, com base na atenção singular a cada ser humano, suas necessidades, sua autonomia e seu bem-estar<sup>(6)</sup>.

Para tanto, professores e estudantes precisam conhecer a realidade e com ela estabelecerem interação. A partir dessa experiência, ambos, poderão extrair conteúdos teórico-práticos de aprendizagem. Tais conteúdos trabalhados na relação educador-educando darão subsídios para a ação pedagógica com vistas à transformação crítica da sociedade<sup>(7)</sup>.

Cogitar o laboratório de enfermagem na perspectiva crítica significa incorporar a pedagogia crítica como fundamento teórico para as situações educativas que se dão nesse cenário de aprendizagem. Implica, seguindo os princípios da pedagogia crítica, promover a capacitação de estudantes e professores para o desenvolvimento de uma compreensão crítica consciente de sua relação com o mundo<sup>(8)</sup>.

Tal relação envolve os valores que acreditamos, as palavras que dizemos, as vivências e os modos de ver e de nos colocar no mundo. Nossas escolhas derivam disso e a cada interação nossa consciência vai se alargando e produzindo novos sentidos na direção da liberdade e da amorosidade<sup>(9)</sup>. O duplo desafio de educar e cuidar implica em reconhecer que as relações humanas são complexas, se estabelecem entre seres singulares, com demandas e enfrentamentos variados<sup>(10)</sup>.

A ação de cuidar implica em estar presente e estabelecer uma relação interpessoal, na qual é muito importante singularizar cada pessoa e experiência. O tempo e o espaço são fundamentais no ato de cuidar. Um tempo de dedicação com continuidade para a realização do cuidado e um espaço onde o respeito à pessoa seja preservado<sup>(11)</sup>.

Ao se pensar a formação de enfermeiros, é necessário o desenvolvimento do olhar crítico voltado para a construção de sujeitos éticos, solidários e emancipados. Também, a produção de tecnologias com foco nos aspectos subjetivos dos processos de cuidar, de ensinar e de aprender<sup>(10)</sup>.

A formação ética de enfermeiros deve ser acompanhada de perto pelos professores na busca de possibilidades de

discussão e de enfrentamento da realidade para tomada de decisões futuras que contribuam para um cuidado de enfermagem coerente com as reais necessidades dos sujeitos e na perspectiva de produzir transformações. Nessa direção, o educador precisa permanecer em sintonia afetiva com o que faz, empenhando-se em criar oportunidades de aprendizagem ativa e significativa para os educandos. Questionar por que os estudantes teriam de reter e repetir os conhecimentos e não os inventar, também é fundamental para a construção da formação crítica<sup>(7)</sup>.

O laboratório de enfermagem pode propiciar assimilação e apreensão dos conhecimentos já estabelecidos, mas também caminhar em direção a um processo de construção ativa de novas compreensões da realidade e (re)invenção dos saberes e práticas.

O contexto atual é marcado pela intensificação do uso das tecnologias e aumento da velocidade das mudanças sociais, desafiando as instituições formativas a ampliar as possibilidades de ensinar e aprender. Esse contexto, além de ser um desafio, é também oportunidade de continuidade do projeto humano, na perspectiva da autoconstituição de sua humanidade<sup>(9)</sup>.

A formação contínua dos professores deve observar esse contexto desafiador, favorecendo o domínio dos instrumentos pedagógicos e sua utilização nos processos de ensino aprendizagem. De maneira crítica, os professores devem estar atentos às modificações que as tecnologias provocam nos processos cognitivos, compreendendo que as mesmas devem facilitar o processo de aprender, de buscar e relacionar entre si as informações<sup>(12)</sup>.

Repensar a formação dos profissionais de enfermagem implica em (re)pensar a própria formação dos docentes, implica na reflexão crítica sobre sua prática e compromisso com a ação pedagógica<sup>(13)</sup>. Assim, a reflexão sobre a formação de profissionais deve caminhar junto com a reflexão crítica sobre a formação dos professores. Ensinar e aprender são movimentos dinâmicos e simultâneos que se complementam e se interpõem. Dessa forma, professores aprendem ao ensinar e estudantes ensinam ao aprender<sup>(4)</sup>.

Para Freire, educar é formar. O respeito à autonomia e à dignidade de cada pessoa é obrigação ética. Portanto, não cabe transformar a experiência em treinamento técnico. Isso seria amesquinhar, no exercício educativo, o seu caráter formador<sup>(14)</sup>.

A formação do enfermeiro deve sinalizar para a reflexão e para a tomada de decisão: o que e como fazer ou não fazer. O laboratório de enfermagem, então, deve inserir-se no contexto da formação e não existir de forma isolada. Isso implica numa decisão quanto à mediação do laboratório de enfermagem no processo de formação: formar para a realidade ou formar para aquilo que se considera ideal?

Tais questões nos levam a refletir sobre o desafio de promover a articulação entre teoria e prática. O laboratório de enfermagem como elemento mediador dessa articulação, pode ser uma contribuição para diminuir a distância entre o real e o ideal<sup>(15)</sup>.

Seguindo essa lógica, o laboratório de enfermagem deve ser lugar de diversas oportunidades de aprendizagem, de (re) construção e (re)invenção do conhecimento com base na realidade.

Quanto mais próximos da realidade, mais claramente percebemos e sentimos a necessidade de com ela dialogar e nela intervir. A formação do enfermeiro mediada pelo laboratório de enfermagem deve, portanto, extrapolar a dimensão técnica procedimental, num compromisso ético, humanístico e social. Tal formação deve considerar a realidade dos sujeitos em interação com outros sujeitos, num exercício permanente de autonomia rumo à emancipação.

Os educadores, por sua vez, precisam ter clareza da exequibilidade das propostas pedagógicas que desenvolvem e que tais propostas envolvam os educandos como sujeitos ativos numa relação dialógica, com múltiplas possibilidades de práticas educativas e culturais, em articulação com os diversos atores nos cenários de prática.

Deve-se enfatizar que a educação é abrangente, criativa e criadora e implica em processo permanente de renovação. Na busca por novas possibilidades de ensino aprendizagem, o laboratório de enfermagem deve incorporar as tecnologias disponíveis sem, contudo, abrir mão dos valores e princípios que definem uma prática crítica e transformadora da realidade. Ao se abordar a aplicabilidade das ferramentas tecnológicas no processo ensino-aprendizagem do enfermeiro, é importante desmistificar a ideia de tecnologia apenas atrelada ao uso de equipamentos de última geração. Os saberes profissionais e as relações interpessoais são aspectos fundamentais e de natureza, também, tecnológica no processo de trabalho em saúde<sup>(16)</sup>.

Importa ressaltar que o laboratório de enfermagem deve apresentar as condições materiais objetivas para a formação que advogamos e que esteja em conformidade com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e com as necessidades de saúde emergentes da realidade social<sup>(17)</sup>. Para tanto, é necessário investimento desde a modernização da estrutura física e de equipamentos até a educação permanente dos docentes e outros sujeitos envolvidos no processo de formação dos enfermeiros, como os técnicos, por exemplo.

Tal educação permanente deve considerar que para o professor tornar-se um educador é importante que ele favoreça a liberdade criativa dos estudantes, estimulando a construção de sua autonomia<sup>(2)</sup> e a busca pela emancipação.

Uma proposta de educação para a emancipação pode ser entendida como uma atitude permanente de transformação da própria consciência individual e coletiva. Sendo assim, uma educação para a autorreflexão crítica<sup>(18)</sup>.

Destacamos algumas ideias de Freire que se coadunam com a reflexão aqui proposta: problematização, diálogo, liberdade e conscientização. A problematização parte de situações reais/vividas, sendo inseparável das situações concretas. Assim, o educador estimula os educandos a refletirem sobre a realidade de forma crítica na produção do conhecimento. O diálogo é uma necessidade existencial e condição básica para o conhecimento. Quanto à liberdade, trata-se de uma conquista que exige uma busca permanente de criar e propor formas de aprender, reinventando sempre. A conscientização é um mergulho crítico na história, assumindo o compromisso de ser sujeito que através da tomada de consciência é capaz de transformar o mundo<sup>(19)</sup>.

A transformação se dá por meio de um processo que é estético, ético, político e cognoscitivo. Contudo, não basta conhecer o objeto que se quer transformar, mas também as razões e finalidades de tal transformação.<sup>4</sup> Necessário se faz formar enfermeiros capazes de enfrentar e intervir na realidade concreta e complexa do mundo e dos aspectos que envolvem o processo de cuidar, buscando construir uma prática voltada ao ser e a partir do ser<sup>(20)</sup>.

Nessa perspectiva, é fundamental que a formação dos enfermeiros favoreça a reflexão sobre sua compreensão de mundo, de humanidade, de inserção no mundo num movimento transformador e emancipatório. As práticas emancipatórias necessitam de conexões para serem sustentadas. Um projeto educativo emancipatório deve substituir a aplicação técnica da ciência pela aplicação edificante da ciência, na qual o conhecimento é sempre usado em situações concretas e quem mobiliza esse conhecimento deve estar comprometido ética e socialmente com o impacto dessa aplicação<sup>(21-22)</sup>.

A limitação desta reflexão está na escassez de artigos, nas bases de dados, que abordem a temática. Dessa forma, essa limitação demonstra que este artigo de reflexão é inovador e tem o potencial de suscitar, nos pesquisadores, o interesse por estudos nesta temática.

## CONCLUSÃO

O laboratório de enfermagem, como um cenário/dispositivo essencial para a formação de enfermeiros que respondam às necessidades de saúde da população, precisa incorporar a perspectiva crítica. Isso implica em agregar elementos cotidianos que favoreçam a aproximação com a realidade, a qual deve inspirar a (re)construção e (re) invenção dos saberes e práticas, visando contribuir para a transformação da sociedade.



Cabe, aos sujeitos da relação pedagógica promover práticas de ensino-aprendizagem que superem a perspectiva hegemônica tradicional de reprodução e repetição de saberes e fazeres já constituídos. Tal superação pressupõe o laboratório de enfermagem para além de sua dimensão instrumental, como elemento potencializador da articulação entre teoria e prática e de aproximação com a realidade concreta.

Pretende-se, portanto, com esta reflexão contribuir para a superação de práticas conservadoras considerando a relação pedagógica na perspectiva crítica, na busca da realidade concreta para a reconstrução e reinvenção dos saberes e práticas.

## REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Silveira MR, Tavares TS, Silva PM. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 2012; 16(2):380-387.
2. Freire P. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: UNESP;2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde;2008.
4. Freire, Paulo. *Pedagogia do compromisso: América Latina e educação popular*. Indaiatuba: Villa das Letras;2008.
5. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 03, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação;2001.
6. Piexak DR, Backes DS, Santos SSC. Cuidado de enfermagem para enfermeiros docentes na perspectiva da complexidade. *Revista Gaúcha Enfermagem* 2013; 34(2):46-53.
7. Luckesi CC. *Filosofia da educação*. São Paulo: Cortez;2011.
8. Vicentini, Dayanne; Verástegui, Rosa de Lourdes Aguilar. A pedagogia crítica no Brasil: a perspectiva de Paulo Freire. In: *Semana da educação*, 16., Simpósio de Pesquisa e Pós-graduação em Educação - Desafios Atuais para a Educação, 6. 2015.Londrina: UEL;2015.
9. Miotello V. Ato responsável e vivências A boniteza de mãos dadas com a decência. *Revista Festim* 2015; 2(1):173-181.
10. Coelho MMF, Miranda KCL. Educação para emancipação dos sujeitos: reflexões sobre a prática educativa de enfermeiros. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro* 2015;5(2):1714-1721.
11. Rosello FT. *Antropologia do cuidar*. Petrópolis: Vozes;2009.
12. Delors J. Educação ou a utopia necessária. In: *Educação um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI*. São Paulo: Cortez; 1998.
13. Araújo VABT, Gebran RA, Barros HF. Formação e práticas de docentes de um curso de graduação em enfermagem. *Education Acta Scientiarum* 2016; 38(1):69-79.
14. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra;1996 .
15. Trevisan DD; Testi CV, Carmona EV, Silva EM. Formação acadêmica e a prática profissional de enfermagem: interfaces para reflexão. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2014; 38(1):155-162.
16. Salvador PTCO, Martins CCF, Alves KYA, Pereira MS, Santos VEP, Tourinho F SV. Tecnologia no ensino de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem* 2015; 29(1):33-41.
17. Erdmann AL, Fernandes JD, Teixeira GA. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. *Enferm Foco* 2011; 2 (Supl.):89-93.
18. Silva VA. Teoria crítica e educação: educação para a emancipação. Saberes em perspectiva 2013; 3(6):13-28.
19. Miranda KCL; Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12(4):631-635.
20. Coelho MP, Menezes HF, Rosas AMMTF, Rosa AF, Pinto CS, Saraiva RJ. O ensino do cuidado nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line* 2016; 10(2):647-656.
21. Oliveira IB. Contribuições de Boaventura de Sousa Santos para a reflexão curricular: princípios emancipatórios e currículos pensados praticados. *Revista E-curriculum* 2012; 8(2): 1-22.
22. Santiago ARF. Pedagogia crítica e educação emancipatória na escola pública: um diálogo entre Paulo Freire e Boaventura Santos. In: ANPEDSUL - Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 9. 2012. Caxias do Sul: UCS;2012..

# PRÁTICAS AVANÇADAS EM ENFERMAGEM: REDISCUTINDO A VALORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Elisabete Pimenta Araújo Paz<sup>1</sup>, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha<sup>2</sup>, Edson Alves de Menezes<sup>3</sup>, Gilmara Lúcia dos Santos<sup>4</sup>, Nádia Mattos, Ramalho<sup>5</sup>, Regina Célia Diniz Werner<sup>6</sup>

Objetivo: Refletir sobre questões ligadas às práticas de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no contexto do sistema único de saúde que hoje são realizadas em uma perspectiva que possa favorecer a ampliação das ações de enfermagem com vistas à melhoria da cobertura universal e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Reflete-se sobre a necessidade de ampliar o escopo das práticas de enfermagem que já são realizadas na Atenção Primária, à luz do conceito de Práticas Avançadas de Enfermagem. A ampliação de competências e da liderança dos enfermeiros em funções complexas em âmbito nacional requer estudos sobre a realidade nacional, superação dos desafios regionais e apoio dos órgãos representativos da enfermagem.

**Descritores:** Enfermagem; Atenção Primária; Práticas Avançadas de Enfermagem

## **ADVANCED PRACTICES IN NURSING: REDISCOVERING THE VALORIZATION OF NURSES IN PRIMARY HEALTH CARE**

Objective: To reflect on the potential of Nursing Practices in Primary Health Care in the context of the Brazilian Unified Health System, with an expansion of the work performed by nurses. The paper reflects on the need to expand the scope of nursing practices in Primary Care, according to the concept of Advanced Nursing Practices. The expansion of the nurses' competences and leadership in complex tasks at a national level requires studies on the Brazilian reality, the overcoming of regional challenges, and support to nursing representative bodies.

**Descriptors:** Nursing; Primary Health Care; Advanced Nursing Practices x

## **PRÁCTICAS AVANZADAS EN ENFERMERÍA: REDISCUTIENDO LA VALORIZACIÓN DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD**

Reflexionar sobre las potencialidades de las Prácticas de Enfermería en la Atención Básica de la Salud en el contexto del Sistema Único de Salud brasileño, con ampliación de las acciones realizadas por enfermeros. Se reflexiona sobre la necesidad de ampliar la gama de las prácticas de enfermería en la Atención Básica, a la luz del concepto de las Prácticas Avanzadas de Enfermería. La ampliación de competencias y del liderazgo de los enfermeros en funciones complejas en el ámbito nacional requiere estudios sobre la realidad nacional, la superación de los desafíos regionales y el apoyo de los órganos representativos de la enfermería.

**Descriptores:** Enfermería; Atención Básica; Prácticas Avanzadas de Enfermería

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro-URFJ. Email: bete.paz@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará-UFPA.

<sup>3</sup>Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro- SMS/ RJ.

<sup>4</sup>Ministério da Saúde-MS/Brasil.

<sup>5</sup>Vice-Presidente do Conselho Federal de Enfermagem-Cofen.

<sup>6</sup>Secretaria Municipal de Saúde-SMS/Vitória/ES

## INTRODUÇÃO

A enfermagem brasileira vem reconfigurando a atuação de seus profissionais na Atenção Primária à Saúde, considerando que não basta um agir fundado apenas no conceito humanista da profissão, mas assegurar a oferta de um cuidado de saúde e de enfermagem adequado e efetivo<sup>1</sup>.

É importante considerar que uma enfermagem forte, de reconhecimento social, de visibilidade no conjunto de suas práticas baseadas em evidências científicas, em resolutivas avaliações clínicas de acordo com as necessidades individuais e coletivas da população, na capacidade de firmar diagnósticos clínicos, na adoção das melhores decisões de cuidado e acompanhamento ao longo do tempo, que assume a condução dos tratamentos, torna possível a obtenção de melhores resultados na saúde da população sob seus cuidados e caracteriza uma enfermagem de prática avançada<sup>1</sup>.

O que distingue uma prática avançada de uma prática generalista, é a maneira como pensamos, a linguagem que utilizamos, as questões que formulamos e os relacionamentos que valorizamos. A complexidade dos problemas que geram atendimentos em saúde nas unidades primárias, a carga de doenças crônicas e transmissíveis que atingem a população, demandam por parte dos profissionais de enfermagem especialmente dos enfermeiros, a associação de um conhecimento instrumental e relacional, para que se consiga atender as necessidades destes indivíduos e da população em geral, considerando a cobertura universal e o acesso aos serviços de saúde, assegurados pelo arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde<sup>1</sup>. Uma das importantes questões para o bom exercício profissional dos enfermeiros que atuam em serviços primários de saúde, é que o país precisa redirecionar seu modelo de atenção, reconhecendo o escopo de atuação dos enfermeiros e, oportunizando normatização e reconhecimento legal para atuação com autonomia deste profissional para a determinação dos cuidados necessários à saúde da população.

Para avançar é importante nos atermos ao conceito de Enfermagem de Práticas Avançadas do Conselho Internacional de Enfermeiras<sup>2</sup>. A definição internacional diz que:

O enfermeiro de prática avançada é o profissional diplomado que adquiriu a base de conhecimentos especializados, com habilidades de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são determinadas pelo contexto e / ou pelo país em que a credencia<sup>2</sup>.

Países como o Canadá e os Estados Unidos da América, foram os primeiros a introduzir este conceito para a enfermagem, seguindo-se o Reino Unido, Bélgica, Austrália, Espanha, Korea. Nestes locais a prática avançada

de enfermagem está consolidada em ações como a atenção a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, crianças, gestantes, avaliações clínicas, gestão de casos, definição e acompanhamento do tratamento, prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamento a especialistas. Trata-se de em um trabalho que evidencia uma maior complexidade ao levar em conta as determinações das pessoas para o cuidado pessoal, a integração das mudanças políticas e de gestão das instituições públicas e as novas formas de interação com os demais membros da equipe de saúde nos espaços de trabalho<sup>3</sup>.

Considerando as práticas avançadas de enfermagem um campo específico de saberes e de competências profissionais, decerto que novas interações são necessárias na promoção de um cuidado em saúde oportuno e adequado às necessidades e realidades da população, principalmente quando se trata do nível preferencial de entrada da população no sistema de saúde, como é a atenção primária. Trata-se de uma prática profissional que permanentemente interage com a técnica proveniente do saber científico e que permite a utilização de uma racionalidade técnica para o desenvolvimento de uma prática clínica autônoma, com possibilidade de melhorar sensivelmente a potencialidade da Atenção Primária à Saúde no que se refere a cobertura universal, acessibilidade aos serviços e a presença de profissionais de saúde com formação diferenciada especializada capazes de assumir e responder pela melhor decisão terapêutica.

Mas, ainda há alguns aspectos que devemos considerar na implantação de uma enfermagem de práticas avançadas na Atenção Primária no Brasil, mesmo reafirmando que a participação dos enfermeiros com seu trabalho é essencial para garantia da atenção às demandas de saúde e acesso da população aos serviços de saúde, principalmente quando se trata de sistemas universais<sup>4</sup>.

Tais aspectos dizem respeito sobre qual a formação necessária para ser um enfermeiro de práticas avançadas? Como reorganizar o currículo nacional de enfermagem para atender as necessidades da atenção população? Que papel deverão ocupar junto aos demais membros da equipe de saúde? Que políticas de incentivos financeiros são necessárias para atender as necessidades do país e, como organizar a carreira para os enfermeiros? Como avaliar direta e indiretamente o impacto das práticas avançadas? Que perfil os enfermeiros deveriam apresentar (por regiões, uma formação unificada)? Como estruturar as práticas de enfermagem realizadas por profissionais em regiões remotas ou com dificuldades de acessibilidade geográfica?

Dentre o escopo de ações do enfermeiro de práticas avançadas no primeiro nível de atenção para o que hoje se apresenta, a Enfermagem de Práticas Avançadas trará maior impacto para a pesquisa na área, para a assistência

direta à população, a gestão clínica de casos, incluindo a determinação ou mudança das condutas terapêuticas, e medicamentosas, solicitação de exames laboratoriais e de imagem, seguimento longitudinal de casos e o manejo das intercorrências, ser referência profissional em casos crônicos ou que chegam para determinação diagnóstica, o que aumentaria sobremaneira sua autonomia, reconhecimento social e satisfação dos usuários.

Para que o Brasil reconheça esta modalidade de atuação profissional com ênfase na mudança de horizontes de competências e na formação de mestres em Práticas Avançadas, uma mudança estrutural na formação do enfermeiro se faz imperiosa, bem como o amparo legal regulamentador para sua prática, principalmente quanto a prescrição de medicamentos. No caso brasileiro, uma formação específica e viável às diferentes realidades poderia ser a de Especialização na modalidade de Residência Profissional, ainda que tenhamos no país programas strictu sensu de excelência acadêmica em cursos de mestrado e doutorado e de mestrado profissional. Tais programas não tem como objetivos formar enfermeiros para prática clínica ampliada, mas podem contribuir fortemente com as devidas readequações para uma formação diferenciada e especializada para este conhecimento, fortalecendo o papel deste profissional sem que se sobreponha aos enfermeiros que não possuam tal formação<sup>3</sup>.

Decerto que os investimentos na formação especializada do enfermeiro de práticas avançadas não devem se limitar à uma complementação de estudos universitários. O país, as instituições representativas da profissão e as escolas de enfermagem precisam atuar juntas para avançar na implementação da Enfermagem de Práticas Avançadas no primeiro nível de atenção. As instituições formadoras precisam dar um salto de qualidade importante na reformulação dos currículos acadêmicos e responder

ao desafio de trabalharem os conteúdos necessários à uma potente formação em clínica, diferentes abordagens culturais, de comunicação, de economia da saúde e sociais que permitam uma abordagem empática, integral e resolutiva diante dos problemas da população que requerem a plena utilização da equidade e soluções inovadoras no contexto assistencial.

Muitas questões nesta área são preliminares, mas o Conselho Federal de Enfermagem por meio de uma pesquisa nacional sobre as práticas de enfermagem na Atenção Primária, dá o passo inicial para responder ao desafio de incorporar as Práticas Avançadas de Enfermagem no contexto brasileiro, dando visibilidade ao que hoje os enfermeiros realizam, e pode ser considerado uma prática avançada a exemplo da consulta de enfermagem, da prescrição de medicamentos constantes de programas de saúde pública, o acompanhamento longitudinal de pessoas com problemas crônicos. Trata-se de identificar as necessidades para seu alcance, contribuindo com as discussões nacionais com o Ministério da Saúde e entidades representativas da enfermagem, sobre a viabilidade desta especialidade como resposta à superação das dificuldades assistenciais e gerenciais do cuidar em saúde, como favorecer aumento de cobertura e ampliação do acesso ao sistema de saúde. A Enfermagem de Práticas Avançadas pode ser a melhor resposta para superação das desigualdades existentes na saúde. Uma enfermagem forte, empoderada profissionalmente, valorizada socialmente, com reconhecimento de sua competência técnica e com regulamentação profissional de uma carreira adequada ao país. Estamos no caminho!

## REFERÊNCIAS

1. Angelo M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Fam Saúde Desenv* 1999;1(1/2):7-14.
2. International Council of Nurses. ICN framework of competencies for the nurse specialist. Geneva; 2009.
3. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Pena L, Brousseau L. Advanced practice nursing: a strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017[cited 2018 Mar 24]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5288863/pdf/0104-1169-rlae-25-02826.pdf>.
4. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030 [Internet]. Geneva; 2016. [cited Jan 17, 2017]. Available from: [http://who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en/](http://who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/).



# CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE ERROS DE MEDICAÇÃO: ESTUDO SURVEY DESCRITIVO

Elena Bohomol<sup>1</sup>, Cristiane Batista de Oliveira<sup>1</sup>

**Objetivo:** Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre erros de medicação. **Método:** Estudo survey descritivo, realizado em hospital geral de pequeno porte no município de São Paulo, com 170 profissionais da equipe de enfermagem. Os participantes responderam a um questionário contendo duas questões fechadas e cinco cenários que envolviam erros de medicação. **Resultados:** 132 (79,5%) profissionais afirmaram que na maioria das vezes têm certeza do que é um erro de medicação e 134 (80,2%) referiram não os notificar por temerem represálias. Em quatro cenários os profissionais referiram tratar-se de erros de medicação, deveriam ser notificados ao enfermeiro e médico e os relatórios de ocorrências preenchidos. **Conclusão:** O grupo pesquisado tem conhecimento do que sejam os erros de medicação, no entanto devem ser discutidas estratégias para melhorar as notificações dos eventos.

**Descritores:** Erros de medicação. Equipe de enfermagem. Segurança do paciente.

## KNOWLEDGE OF THE NURSING TEAM ABOUT MEDICATION ERRORS: A DESCRIPTIVE STUDY.

**Objective:** To verify the knowledge of the nursing team about medication errors. **Method:** A descriptive study, conducted in a small general hospital in the city of São Paulo, with 170 nursing professionals. Participants answered a questionnaire containing two closed questions and five scenarios involving medication errors. **Results:** 132 (79.5%) professionals answered that most of the time they are sure of a medication error and 134 (80.2%) affirmed not reporting them for fear of reprisal. In four scenarios, the professionals believed they were medication errors, they should be notified to the nurse and physician and to report of the occurrences. **Conclusion:** The research group has knowledge of medication errors, however, strategies to improve event reporting should be discussed.

**Descriptors:** Medication Errors. Nursing, Team. Patient Safety.

## CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN: ESTUDIO SURVEY DESCRITIVO.

**Objetivo:** Verificar el conocimiento del equipo de enfermería sobre errores de medicación. **Método:** Estudio survey descriptivo, realizado en un hospital general de pequeño porte en el municipio de São Paulo, con 170 profesionales del equipo de enfermería. Los participantes respondieron a un cuestionario que contenía dos cuestiones cerradas y cinco escenarios que implicaban errores de medicación. **Resultados:** 132 (79,5%) profesionales afirmaron que la mayoría de las veces están seguros de lo que es un error de medicación y 134 (80,2%) mencionaron no notificar por temor a represalias. En cuatro escenarios los profesionales creyeron que se trataba de errores de medicación, deberían ser notificados al enfermero y médico y los informes de ocurrencias rellenadas. **Conclusión:** El grupo investigado tiene conocimiento de lo que son los errores de medicación, pero deben ser discutidas estrategias para mejorar las notificaciones de los eventos.

**Descritores:** Errores de Medicación; Grupo de Enfermería; Seguridad del Paciente

**Descritores:** Processo de Enfermagem, cuidados de enfermagem, en funciones legislación.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo-Unifesp. Email: ebohomol@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

Os eventos adversos (EA) são os incidentes que ocorrem durante a prestação de cuidados à saúde, dentre os quais se incluem os erros de medicação (EM). São eventos evitáveis e podem ou não causar danos ao paciente<sup>(1)</sup>.

Os EM acontecem durante o processo da terapêutica medicamentosa e abrangem as fases de seleção, prescrição, preparação, dispensação, administração e monitoração. Classificam-se em diversos tipos, suas causas são multifatoriais e envolvem diversos profissionais da saúde<sup>(1-2)</sup>.

Estudos sobre EM continuam a ser feitos por tratar-se de uma questão importante e eles demonstram que as instituições de saúde estão empenhadas em compreender os fatores que levam aos erros, implementar barreiras para que os eventos sejam minimizados e elaborar ações de melhoria envolvendo os agentes que participam do processo de medicação<sup>(3)</sup>.

Uma das iniciativas brasileiras foi o lançamento, em 2013, do Programa Nacional de Segurança do Paciente pelo Ministério da Saúde que visa contribuir para a qualificação do cuidado na saúde em todos os estabelecimentos de assistência<sup>(4)</sup>. O programa estabeleceu protocolos a serem implantados nas organizações de saúde, dentre os quais se encontra o de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos<sup>(2)</sup>.

Mais recente, a Organização Mundial da Saúde lançou o 3<sup>o</sup> desafio global intitulado Medicação sem Dano, no sentido de continuar conscientizando instituições de saúde e governos, pois os EM ocorrem em grande escala vitimando pacientes e o documento aponta para a necessidade de um forte comprometimento para sua mitigação<sup>(5)</sup>.

Os profissionais que fazem parte do processo assistencial são responsáveis em adotar medidas que previnam a ocorrência de EA e EM. A equipe de enfermagem tem papel primordial nesse processo uma vez que cabe a ela a manipulação de elevada quantidade e diversidade de indicações terapêuticas e diagnósticas, a administração segura de medicamentos, o reconhecimento do EM e reações adversas, devendo para isto, estar atualizada em seus conhecimentos para que possa monitorar adequadamente o paciente e adotar medidas para a prevenção dos erros<sup>(6-7)</sup>.

Todavia evidencia-se que existem subnotificações em relação aos EA e EM relacionadas ao medo de punições, ocorrência de demissão, sentimento de culpa, ausência de conhecimento do que seja um erro, processos burocráticos de notificação, dentre outras situações<sup>(6)</sup>. Há, também, controvérsias sobre o entendimento do que seja um EM, seja pela terminologia adotada ou dificuldade de reconhecê-lo dentro de um processo assistencial ou, ainda, pelo entendimento individual do que significa erro ou incidente<sup>(7-8)</sup>.

Por conseguinte, este estudo tem como objetivo verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o que é EM e a importância de sua notificação.

## MÉTODO

Estudo survey descritivo, transversal, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (parecer número 1.009.400). A investigação foi realizada no período de 01 de abril a 10 de maio de 2015, em hospital pequeno porte (HPP) geral com 34 leitos, no município de São Paulo.

A população constituiu-se dos profissionais da equipe de enfermagem, totalizando 294 pessoas representadas por 239 auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem e 55 enfermeiros. Como critério de inclusão adotou-se a participação do sujeito como profissional ativo da equipe durante o período de coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: os profissionais que não faziam parte do quadro de profissionais fixos na instituição, estarem em afastamento ou licença médica e enfermeiros que executavam somente funções administrativas. A amostra foi de 170 (57,8%) profissionais.

O instrumento para a coleta de dados era dividido em três partes. A primeira com seis perguntas para a caracterização da amostra. A segunda apresentava cinco cenários com descrição de situações sobre o processo de administração de medicamentos pela equipe de enfermagem, cada qual com quatro questões com o intuito de se averiguar se a situação era um EM, se deveria ser notificada ao médico e ao enfermeiro e se o relatório de ocorrências deveria ser preenchido, com duas opções de respostas: sim ou não. A última parte consistia de duas afirmativas a respeito de EM e sua notificação, com as mesmas duas opções de resposta.

Os dados foram digitados, revisados, processados e analisados e submetidos à análise descritiva. Os questionários foram distribuídos para os participantes, juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, para atendimento da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 120 (70,5%) técnicos de enfermagem, 39 (22,9%) enfermeiros e 10 (5,8%) auxiliares de enfermagem e majoritariamente feminina com 136 (80%) pessoas. Em relação à idade, 52 (30,6%) profissionais tinham entre 50 a 59 anos e 48 (28,3%) entre 40 a 49 anos. Constatou-se que 109 (64,5%) participantes possuíam tempo de formação de mais de 11 anos e que 90 (52,9%) só trabalhavam na instituição pesquisada. Em relação ao período de trabalho, 89 (52,4%) estavam lotados no turno diurno.

As respostas aos cenários encontram-se na Tabela 1 e verificou-se que no Cenário 1, em que discorre sobre a não administração de uma dose de medicamentos em virtude

da ausência do paciente da unidade, 108 (74%) pessoas entenderam que a situação não era um EM, no entanto mesmo não sendo um erro, 85 (60,7%) delas relataram ser necessário notificar ao médico, 156 (96,9%) ao enfermeiro e 104 (70,3%) que o fato deve ser registrado em um relatório de ocorrências.

No Cenário 2, que refere atraso de quatro horas na administração de um medicamento na unidade de trabalho, 86 (58,1%) pessoas referiram tratar-se de um erro, 91 (65%) entenderam que o mesmo deve ser notificado ao médico, 156 (98,1%) ao enfermeiro e 117 (79,6%) que o relatório de ocorrências deve ser preenchido.

O Cenário 3 apresenta uma situação a respeito da programação de gotejamento para a administração de nutrição parenteral total e 123 profissionais (79,9%) referiram ser um erro, 75 (54,3%) que o mesmo deveria ser notificado ao médico, 149 (95,5%) ao enfermeiro e 106 (73,6%) pessoas concordaram com o preenchimento do relatório de ocorrências.

O Cenário 4 trata da não administração de uma inalação prescrita para determinado horário a um paciente porque ele estava dormindo e 116 (74,8%) pessoas consideraram erro, no entanto 72 (51,8%) não apontaram a necessidade de se notificar ao médico, porém 151 (96,8%) profissionais relatariam a situação ao enfermeiro e 95 (63,8%) referiram a necessidade de preencher o relatório de ocorrências.

O Cenário 5, ilustra a administração de medicamento para dor e duas horas e meia depois, por solicitação do paciente, o medicamento é administrado novamente. Verificou-se que 127 (81,4%) profissionais acreditaram tratar-se de um EM, 102 (72,4%) que deveria ser notificado ao médico, 146 (96,7%) notificariam ao enfermeiro e 105 (72,9%) preencheriam o relatório de ocorrências.

**Tabela 1.** Distribuição das respostas da equipe de enfermagem em relação aos cinco cenários relacionados a administração de medicação. São Paulo, 2015.

| Cenários   | Sim |      | Não |      |
|--|-----|------|-----|------|
|  | n   | %    | n   | %    |
| 1. A um paciente não é administrada sua dose de ampicilina do meio dia porque ele estava em um exame de raios X durante 3 horas. |     |      |     |      |
| Isto é um Erro de Medicação?*  | 38  | 26   | 108 | 74   |
| Deve-se notificar ao médico?*  | 85  | 60,7 | 55  | 39,3 |
| Deve-se notificar ao enfermeiro?*  | 156 | 96,9 | 5   | 3,1  |
| É necessário preencher o relatório de ocorrências?*  | 104 | 70,3 | 44  | 29,7 |

| Cenários   | Sim |      | Não |      |
|--|-----|------|-----|------|
|  | n   | %    | n   | %    |
| 2. Em uma clínica cirúrgica bastante movimentada quatro pacientes receberam as doses intravenosas de antibiótico das 8 da manhã com 4 horas de atraso.   |     |      |     |      |
| Isto é um Erro de Medicação?*  | 86  | 58,1 | 62  | 41,9 |
| Deve-se notificar ao médico?*  | 91  | 65   | 49  | 35   |
| Deve-se notificar ao enfermeiro?*  | 156 | 98,1 | 3   | 1,9  |
| É necessário preencher o relatório de ocorrências?*  | 117 | 79,6 | 30  | 20,4 |
| 3. Um paciente está recebendo nutrição parenteral total. A bomba de infusão foi programada para 200 ml/h em 24 horas ao invés de 125 ml/h em 24 horas, com início às 4 horas da manhã. Na troca do plantão, portanto às 7 horas da manhã, um membro da                   |     |      |     |      |
| Isto é um Erro de Medicação?*  | 123 | 79,9 | 31  | 20,1 |
| Deve-se notificar ao médico?*  | 75  | 54,3 | 63  | 45,7 |
| Deve-se notificar ao enfermeiro?*  | 149 | 95,5 | 7   | 4,5  |
| É necessário preencher o relatório de ocorrências?*  | 106 | 73,6 | 38  | 26,4 |
| 4. Um paciente foi admitido em sua unidade com mal asmático às 4 horas da manhã do dia 25/Dez, com prescrição de inalação a cada 4 horas. A enfermagem não deu a dose das 16h00 desse dia de natal porque o paciente estava dormindo.                                    |     |      |     |      |
| Isto é um Erro de Medicação?*  | 116 | 74,8 | 39  | 25,2 |
| Deve-se notificar ao médico?*  | 67  | 48,2 | 72  | 51,8 |
| Deve-se notificar ao enfermeiro?*  | 151 | 96,8 | 5   | 3,2  |
| É necessário preencher o relatório de ocorrências?*  | 95  | 63,8 | 54  | 36,2 |
| 5. Um médico prescreveu Tylex 1 comprimido para caso de dor no pós-operatório. Às 16h00 o paciente queixou-se de dor requisitando o medicamento e foi medicado. Às 18h30min, um segundo comprimido foi solicitado pelo paciente e foi dado pelo funcionário responsável. |     |      |     |      |
| Isto é um Erro de Medicação?*  | 127 | 81,4 | 29  | 18,6 |
| Deve-se notificar ao médico?*  | 102 | 72,4 | 39  | 27,6 |
| Deve-se notificar ao enfermeiro?*  | 146 | 96,7 | 5   | 3,3  |
| É necessário preencher o relatório de ocorrências?*  | 105 | 72,9 | 39  | 27,1 |

\*n<170: por falta de resposta

## DISCUSSÃO

Os HPP são instituições estratégicas e participam fortemente do Sistema Único de Saúde (SUS). Representam importante parcela dos leitos e da produção do SUS, com diferenças entre as regiões brasileiras e funcionam em muitos casos, como porta de entrada no sistema(9). Todavia, não foram encontrados na literatura, estudos sobre EA ou EM em instituições desta natureza, confirmando a necessidade de se pesquisar sobre Segurança do Paciente, também em HPP.

A amostra é representada por um contingente maior de auxiliares e técnicos de enfermagem e é majoritariamente feminina, confirmando os achados sobre a distribuição de categorias e sexo divulgado em pesquisa sobre o perfil da enfermagem brasileira<sup>(10)</sup>.

Há, no HPP, um percentual maior de pessoas com idade acima de 40 anos, caracterizando um grupo de profissionais adultos e também com maior experiência na atuação dentro do sistema de saúde. Esse dado é diferente de um estudo que objetivou identificar erros cometidos pela equipe de enfermagem e averiguou que 52% população estudada era de idade inferior a 35 anos e 50% tinha até cinco anos em relação ao tempo de profissão<sup>(7)</sup>.

Verificou-se que a maioria dos profissionais trabalhava apenas na instituição pesquisada, diferentemente do estudo que alerta para o crescimento do multiemprego na enfermagem devido aos baixos salários, fato que colabora com a precarização das condições de trabalho, colocando em risco a segurança do paciente<sup>(11)</sup>.

Em relação aos cenários, todos eles apresentam um tipo de erro. Nos Cenários 1 e 4 é o erro de omissão que se caracteriza pela não administração de um medicamento prescrito para o paciente; no Cenário 2, a princípio trata-se de erro de horário que é a administração do medicamento fora do intervalo de tempo estabelecido pela instituição, conforme o aprazamento da prescrição; no Cenário 3 verifica-se o erro de administração que remete à administração do medicamento em velocidade de infusão incorreta e, no caso, com utilização de suporte tecnológico; e, no Cenário 5 apresenta-se o erro de dose em que se inclui a administração de uma dose extra do medicamento(1). A equipe de enfermagem reconheceu o EM em quatro dos cinco cenários apresentados, configurando um conhecimento do que são os erros.

Para os participantes, a situação do Cenário 1 não se caracterizou como EM, trazendo à reflexão de que nem sempre é claro o conceito do que são os erros e como se dá seu reconhecimento no cotidiano de trabalho. Estudos indicam de que há diferenças no conhecimento e sensibilização entre os profissionais de saúde e enfatizam a necessidade de se adotar medidas para mudar esta realidade<sup>(6)</sup>. Além disto, independente do local da assistência ocorreu um EM, portanto

há necessidade de se reforçar que a responsabilidade pela segurança do paciente é de todos os profissionais<sup>(12)</sup>.

Ao se comparar os Cenários 1 e 2, em que o primeiro apresenta um erro de omissão e o segundo, o atraso de quatro horas porque a unidade estava sobrecarregada, verifica-se que as opiniões são divergentes para contextos equivalentes, reforçando o entendimento de que se o paciente está em outro setor ou serviço a responsabilidade sobre o erro não recai sobre a unidade de origem<sup>(12)</sup>. Ainda no Cenário 2 deve-se considerar o aprazamento da prescrição e neste caso o atraso ultrapassa em meia hora, identificando-se um EM do tipo omissão<sup>(1)</sup>.

Verificou-se que em todos os cenários os profissionais referiram que o médico e o enfermeiro devem ser notificados e o relatório de ocorrências preenchido. É possível que haja uma preocupação em narrar todos os passos em relação à assistência, no entanto, esse achado pode demonstrar insegurança nas condutas a serem tomadas em situações deste tipo. Estudos apresentam como primordial que as instituições definam os tipos de erros e EA e implementem medidas que promovam um aprendizado institucional para melhorar a segurança do paciente<sup>(12)</sup>.

Os resultados demonstraram a importância do papel do enfermeiro no processo de assistência durante a terapêutica medicamentosa, uma vez que em todos os cenários os respondentes foram praticamente unânimes em relação à necessidade de se notificar a ele. Estudos corroboram esse contexto, destacando o papel outorgado legalmente ao enfermeiro quanto à sua competência técnica em planejar ações no processo de administração de medicamentos aos pacientes sob sua responsabilidade<sup>(13)</sup>.

Em todos os cenários os profissionais apontaram para necessidade do preenchimento do relatório de ocorrências, no entanto, quando foi perguntado se alguns EM não são notificados porque o membro da equipe de enfermagem teme a reação que vai sofrer dos enfermeiros responsáveis ou colegas de trabalho, a resposta foi positiva para a maioria, inferindo-se que pode haver subnotificações e uma cultura de medo. Estudos referem que as instituições devem criar mecanismos para que a identificação dos erros seja vista como um processo importante e esclarecedor a fim de instaurar medidas para que eles sejam evitados. A cultura punitiva deve ser revista no sentido de modificá-la e se conduza para a cultura de segurança, onde a responsabilidade pela segurança do paciente seja compartilhada por todos os profissionais, instituição e paciente<sup>(14)</sup>.

A presente pesquisa apresenta como limitação ter sido realizada em uma instituição com cultura específica e com resultados restritos a ela.



## CONCLUSÃO

Em quatro dos cinco cenários os profissionais responderam corretamente como sendo erro de medicação. Em todos, eles afirmaram que seria importante comunicar ao médico, ao enfermeiro e que seria necessário preencher o relatório de ocorrências. Verificaram-se opiniões paradoxais

onde os pesquisados relataram que é importante preencher o relatório de ocorrências, contrapondo a afirmativa de que alguns erros não são notificados porque o membro da equipe de enfermagem teme a reação que vai sofrer dos enfermeiros responsáveis ou colegas de trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – Polo São Paulo; 2011. Erros de medicação: definições e estratégias de Prevenção [internet]. São Paulo (SP) [Cited 2017 Jul 04]. Available from: [http://www.rebraensp.com.br/phocadownload/publicacoes/erros\\_de\\_medicao-definicoes\\_e\\_estrategias\\_de\\_prevencao.pdf](http://www.rebraensp.com.br/phocadownload/publicacoes/erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao.pdf)
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [internet]. Brasília (DF); 2014 [Cited 2017 Jul 05]. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)
3. Zyoud AH, Abdullah NA. The Effect of Individual Factors on the Medication Error. *Glob J Health Sci.* [internet] 2016;29:8(12):197-205. doi: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n12p197>. [Cited 2017 Jul 04] Available from: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/57756>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o programa nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília (DF); 2014 Dec 1 [Cited 2017 Jul 01]. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
5. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Cited 2017 Jul 05]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255263/1/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?ua=1&ua=1>
6. Chang Y, Mark B. Moderating effects of learning climate and registered nurse staffing on medication errors. *Nurs Res.* [internet] 2011;60(1):32-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0b013e-3181ff73cc>. [Cited 2017 Jul 01] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3086538/>
7. Telles Filho PCP, Praxedes MFS, Pinheiro MLP. Measurement errors: analysis of the nursing staff's knowledge in a hospital. *Rev. Gaúcha Enferm* [internet]. 2011 Sep [Cited 2017 Jul 01]; 32(3):539-45. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300015&lng=en).
8. Abdel-Latif MMM. Knowledge of healthcare professionals about medication errors in hospitals. *J Basic Clin Pharm.* [internet] 2016;7(3):87-92. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/0976-0105.183264> [Cited 2017 Jul 01] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910473/>.
9. Mendes JDV, Cecílio MAM, Osiano VLRL. Small sized hospitals from SUS in the state of São Paulo. *BEPA* [internet] 2014;11(128):25-40. [Cited 2017 Jul 04]. Available from: [http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/saude\\_em\\_dados\\_gais\\_17\\_hospitais\\_de\\_pequeno\\_porte.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/saude_em_dados_gais_17_hospitais_de_pequeno_porte.pdf)
10. Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Fiocruz de Notícias. Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil. [internet]. 2015 [Cited 2017 Jul 01]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>
11. Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco.* [internet]. 2012 [Cited 2017 Jul 01]; 3(3):119-22. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>
12. Lawton R, Carruthers S, Gardner P, Wright J, McEachan RR. Identifying the latent failures underpinning medication administration errors: an exploratory study. *Health Serv Res.* [internet] 2012; 47(4):1437-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01390.x>. [Cited 2017 Jul 01]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3401393/>
13. Silva L, Carvalho M. Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2012 [Cited 2016 Jul 21]; 20(4):519-25. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5670>
14. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organizations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res* [internet] 2015; 22:15:341. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0994-x>. [Cited 2016 Jul 21]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546284/>

# CONSTRUINDO POSSIBILIDADES EM BOURDIEU PARA ANÁLISE DO CAMPO DA ENFERMAGEM

Tarciso Feijó da Silva<sup>1</sup>, Helena Maria Scherlowski Leal David<sup>2</sup>, Fabiana Ferreira Koopmans<sup>2</sup>, Donizete Vago Daher<sup>3</sup>

**Objetivo:** compreender e estabelecer relação de sentido entre os conceitos fundamentais de Pierre Bourdieu e o campo da Enfermagem. **Metodologia:** estudo de natureza reflexiva realizado a partir do conteúdo teórico utilizado na disciplina de Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação, do curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do II Seminário "Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação". **Resultados:** O campo da Enfermagem foi identificado como um espaço onde são construídos saberes e desenvolvidas práticas em torno dos objetos que justificam sua existência. O lugar ocupado pelos profissionais neste campo, por sua vez, mostrou-se dependente da aquisição de capital e de sua acumulação por parte dos profissionais inseridos no mesmo. **Conclusão:** os conceitos de habitus, campo social, capital social e cultural permitiram reconstruir sentidos sobre o campo da Enfermagem produzindo reflexão sobre a relevância do mesmo para a área das ciências da saúde.

**Descritores:** Enfermagem, ciências da saúde, conhecimento.

## BUILDING POSSIBILITIES IN BOURDIEU FOR ANALYSIS OF THE FIELD OF NURSING

**Objective:** to understand and establish a relation of meaning between the fundamental concepts of Pierre Bourdieu and the field of Nursing. **Methodology:** a reflexive study based on the theoretical content used in the discipline of Pierre Bourdieu and the social production of culture, knowledge and information, the doctorate course of the Postgraduate Program in Nursing of the State University of Rio de Janeiro and the II Seminar "Pierre Bourdieu and the social production of culture, knowledge and information". **Results:** The field of Nursing was identified as a space where knowledge is developed and practices developed around the objects that justify its existence. The place occupied by professionals in this field, in turn, was dependent on the acquisition of capital and its accumulation by the professionals inserted in it. **Conclusion:** the concepts of habitus, social field, social and cultural capital allowed us to reconstruct meanings about the field of Nursing, producing reflection on its relevance to the area of health sciences.

**Descriptors:** Nursing, health sciences, knowledge

## CONSTRUYENDO POSIBILIDADES EN BOURDIEU PARA ANÁLISIS DEL CAMPO DE LA ENFERMERÍA

**Objetivo:** comprender y establecer relación de sentido entre los conceptos fundamentales de Pierre Bourdieu y el campo de la enfermería. **Metodología:** estudio de naturaleza reflexiva realizado a partir del contenido teórico utilizado en la disciplina de Pierre Bourdieu y la producción social de la cultura, del conocimiento y de la información, del curso de doctorado del Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro Enero y del II Seminario "Pierre Bourdieu y la producción social de la cultura, del conocimiento y de la información". **Resultados:** El campo de la Enfermería fue identificado como un espacio donde se construyen saberes y desarrolladas prácticas en torno a los objetos que justifican su existencia. El lugar ocupado por los profesionales en este campo, a su vez, se mostró dependiente de la adquisición de capital y de su acumulación por parte de los profesionales insertados en el mismo. **Conclusión:** los conceptos de habitus, campo social, capital social y cultural permitieron reconstruir sentidos sobre el campo de la Enfermería produciendo reflexión sobre la relevancia del mismo para el área de las ciencias de la salud.

**Descriptores:** Enfermería, ciencias de la salud, conocimiento.

<sup>1</sup>Universidade Estácio de Sá-RJ- Email: tarcisofeijo@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ.

<sup>3</sup>Universidade Federal Fluminense-UFF/RJ.

## INTRODUÇÃO

Esta reflexão partiu das discussões na disciplina do Curso do Doutorado sobre Pierre Bourdieu e do II Seminário “Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação”, ambos relacionados ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ). Os diferentes conceitos apresentados pela disciplina, a partir do referencial teórico de Pierre Bourdieu, contribuíram para a construção de sentidos no que tange a Enfermagem, “abrindo” a cortina para as seguintes indagações: Qual relação existente entre os conceitos de Pierre Bourdieu e o campo da Enfermagem? De que forma estes conceitos podem contribuir para uma análise crítica deste campo?

Para compreender de que forma os conceitos do autor articulam-se com a Enfermagem foi necessário primeiramente entender que a Enfermagem como campo do conhecimento está vinculada a área das ciências da saúde e subdividida em subáreas: Enfermagem médico-cirúrgica, obstétrica, pediátrica, de doenças psiquiátricas e de saúde pública<sup>1</sup>. O enfermeiro a partir de competências relacionadas à sua formação primária na graduação e complementar nos diferentes cursos de especialização existentes, assim como em programas de mestrado e doutorado, tem adquirido autonomia para tomada de decisão no exercício da profissão na assistência e na docência. Existem, no entanto, normativas e políticas institucionais que regulam a autonomia do profissional enfermeiro e contribui para manter cada subárea da Enfermagem permeável àqueles que possuem qualificação e conhecimento. Esta prerrogativa é importante considerando que, o que cada indivíduo constrói como produto do processamento, da interpretação e da compreensão de uma informação contribui para o fazer ciência<sup>2</sup> e que existe uma pluralidade de significados atrelados a este termo, podendo ser entendida como um acervo de conhecimentos desenvolvido, acumulado, transformado e reestruturado de acordo com a integração própria de cada campo<sup>3</sup>.

A Enfermagem, como um campo de saberes e práticas ao longo do século XX construiu, cumulativamente seu conhecimento e produziu historicamente suas práticas. O instrumental arquitetado para orientar a Enfermagem, na busca de sua autonomia, como campo específico de saber foram as teorias de Enfermagem e estas permitiram uma delimitação de seus limites de atuação, no trabalho com outros profissionais<sup>4</sup>. Apesar da ampliação do campo de desenvolvimento de trabalho e das novas oportunidades, ainda há várias discussões sobre o fazer no campo da Enfermagem<sup>5</sup>.

Neste contexto, a sociologia de Bourdieu e seus conceitos, geralmente articulados, são empregados em diversos

campos de conhecimento<sup>6</sup> e podem ser utilizados para análise do campo da saúde e, por consequência, do campo da Enfermagem. Estes campos (saúde e especificamente Enfermagem) são articulados ao conjunto da sociedade e sofrem influências políticas, sociais e culturais no contexto do qual estão inseridos, transcendendo desta forma, os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconômicas, relações comportamentais, ações institucionais e individuais<sup>7</sup> para subsistir como campo e ciência e para legitimação da sua autonomia. Bourdieu procurou romper, no conjunto de suas obras, as fronteiras disciplinares e as divisões de áreas de conhecimento, contribuindo e influenciando outros diferentes campos<sup>8</sup>.

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é compreender e estabelecer relação de sentido entre os conceitos fundamentais de Pierre Bourdieu e o campo da Enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão com fundamentação nos conceitos fundamentais de Pierre Bourdieu, tais como habitus, violência simbólica, campo social e capital e suas interfaces com o campo de conhecimento e práticas da Enfermagem. Esta discussão perpassou pela Disciplina de Pierre Bourdieu, do Curso do Doutorado e do II Seminário “Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação”, ambos relacionados ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ), ocorridos no decorrer do ano de 2016.

### O desvelar da Enfermagem à luz dos conceitos de Bourdieu

Os estudos de Bourdieu permitiram identificar a Enfermagem como um subcampo do campo da saúde. Os subcampos (ou subsistemas) de acordo com o autor são regiões menores de um campo, os quais conservam a mesma dinâmica deste. Dessa forma, assim como nos demais campos e subcampos, os grupos detentores de maior volume de capital e melhor posição na estrutura deles, tendem a manter-lhes também o controle político<sup>9</sup>. Utilizaremos, no entanto, nesta discussão, o termo campo quando nos referirmos à Enfermagem orientados pela Classificação das áreas de conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)<sup>1</sup>. A noção de campo e subcampo apresentada pelo autor abre espaço para discutir relações de domínio existentes de acordo com o capital dos agentes inseridos nos mesmos. Tomada de empréstimo das investigações econômicas do Marxismo, a noção de capital empregada por Bourdieu auxilia no entendimento da posição que o indivíduo ocupa no campo, e segundo ele os detentores de maior capital são tidos como dominantes e o

de menor capital como dominados. Os dominados, por sua vez, enfrentam o que autor chamou de violência simbólica, que está atrelada ao acesso às oportunidades de adquirir capital e a imposição do capital dos dominantes (cultural, social, político, econômico, linguístico, profissional)<sup>10</sup>.

O conceito de capital para o campo da Enfermagem (ou subcampo de acordo com Bourdieu) é potente na medida em que permite compreender a luta de classes existentes entre este campo e os outros campos da área da saúde. Possibilita também analisar sob a vertente de dominantes e dominados as lutas existentes pelo poder entre os profissionais da mesma categoria no próprio campo da Enfermagem. É importante entender que os agentes (enfermeiros) possuem em comum um conjunto de interesses essenciais, isto é, “[...] tudo o que está ligado à existência do campo e isto leva à construção de uma cumplicidade objetiva que permanece subjacente a todos os conflitos e antagonismos existentes”<sup>11:51</sup> Porém, essa convivência, não se expressa formalmente, mas de forma tácita e consentida por todos os agentes (enfermeiros). Assim, apesar das relações entre os agentes (enfermeiros), integrantes do campo da Enfermagem, serem permeadas de cooperação, nelas coexistem o conflito e as disputas pela autoridade para falar e agir em nome do campo<sup>12</sup>. Alguns fatores contribuem para este processo, dentre eles a posição ocupada por cada agente no interior do campo, o capital que possuem e uso que fazem do mesmo, a relação de domínio existente no interior do campo e principalmente o que Bourdieu definiu como habitus.

O habitus seria aquilo que se adquire, mas que se encarna no corpo de forma durável sob a forma de disposições permanentes. Não deve assim, ser confundido com hábito que é considerado como ato repetitivo, mecânico, automático antes reprodutivo que produtivo<sup>13</sup>. As condições do exercício do habitus estão relacionadas a uma situação social, econômica, política - “estado particular dessa estrutura”<sup>10</sup> Não é uma coleção passiva de conhecimentos, um conjunto de regras que aplicamos às situações sociais<sup>14</sup>. É o que está no ator, no sujeito, na linguagem, na biografia cultural e na história individual, conformada, essencialmente, pela sua trajetória social dentro da família e de seu sistema de valores (habitus primário) e pela herança cultural e formação educacional da escola (habitus secundário)<sup>10</sup>. No campo da Enfermagem a noção de habitus torna-se relevante por dois motivos, primeiro por ser um sistema de disposições orientado para a prática, ou seja, “[...] é um fundamento objetivo de condutas regulares, logo, da regularidade das condutas e, se é possível prever as práticas [...] é porque o habitus faz com que os agentes que o possuem comportem-se de uma determinada maneira em determinadas circunstâncias”<sup>15:98</sup> e segundo por ser considerado como uma matriz cultural que orienta

os enfermeiros no campo da saúde, particularmente, no campo da Enfermagem<sup>12</sup>. O habitus, assim, indica a disposição incorporada, quase postural, disciplinando comportamentos, do que derivam campos estruturados e estruturantes<sup>10</sup>.

As necessidades incorporadas, convertidas em disposições geradoras de práticas e percepções fornecem sentido ao habitus, enquanto disposição geral e transponível. A estrutura estruturante que organiza as práticas e a percepção das práticas torna o habitus também uma estrutura estruturada, enquanto produtos estruturados (opus operatum) que a mesma estrutura estruturante (modus operandi) produz todas as práticas e obras do mesmo agente. Os esquemas geradores do habitus aplicam-se por simples transferência, aos mais diferentes domínios da prática<sup>8</sup>.

No campo da Enfermagem ou em outro campo da área das ciências da saúde existe um universo no qual estão inseridos os agentes e instituições que produzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência que é definida por Bourdieu como campo social.<sup>16</sup> Este, segundo o autor, é um mundo social como outro qualquer, funciona de modo mais ou menos autônomo em relação ao macrocosmo, se caracteriza por ser um campo de forças e de lutas e seu funcionamento, é dependente da existência de objetos em disputa e de pessoas dotadas de habitus<sup>16</sup>. Compreender o significado de campo social permite reconhecer o conjunto de ações, representações e interações sociais que enfrentam os sujeitos<sup>6</sup>. Os campos sociais se caracterizam por espaços sociais, mais ou menos restritos, onde as ações individuais e coletivas se dão dentro de uma normatização, criada e transformada constantemente por essas próprias ações. Dialeticamente, esses espaços, ou estruturas, trazem em seu bojo uma dinâmica determinada e determinante, na mesma medida em que sofrem influências - e, portanto, modificações - de seus atores.

O campo social da Enfermagem apresenta-se, assim, como um espaço onde são construídos saberes e desenvolvidas práticas em torno dos objetos que justificam sua existência<sup>12</sup>. Cada campo corresponde a um habitus (sistema de disposições incorporadas) próprio do campo e apenas quem tiver incorporado o habitus próprio do campo tem condição de jogar o jogo e de acreditar na importância desse jogo. Perceber a Enfermagem como campo, desta forma, implica reconhecê-la como uma estrutura estruturada regida por um arcabouço teórico, códigos específicos e diretrizes práticas (as regras do jogo). Nesta estrutura, estão legalmente instituídas, com competências e habilidades definidas, três categorias: os enfermeiros, com nível de ensino superior; os técnicos e auxiliares de Enfermagem, com nível médio. O grau de complexidade dos conteúdos curriculares e a proporcionalidade de distribuição da carga horária entre teoria e prática, entre outros fatores, garantem distribuição



desigual de capital entre os profissionais da Enfermagem afetando a dinâmica do campo social.

O espaço social é um campo de lutas onde os agentes elaboram estratégias que permitem manter ou melhorar sua posição social. Essas estratégias estão relacionadas com os diferentes tipos de capital. A partir desta compreensão, pressupomos, que o lugar ocupado pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de Enfermagem vai depender da aquisição de capital e de sua acumulação por parte dos mesmos no interior do campo da Enfermagem.

Segundo Bourdieu existem diferentes tipos de capital: econômico, social, cultural e simbólico. Todos, de alguma forma, poderiam ser aplicados para análise do campo da Enfermagem, no entanto, os conceitos de capital social e capital cultural são abraçados nesta discussão por permitirem uma concepção mais abrangente. O capital social é a agregação de recursos atuais ou potenciais que tem ligação estreita com uma rede durável de relações institucionalizadas de reconhecimento e de inter-reconhecimento. As relações estabelecidas entre os indivíduos pertencentes a um determinado grupo não advêm apenas do compartilhamento de relações objetivas ou de proximidade no mesmo espaço econômico e social. Essas relações fundam-se também nas trocas materiais e simbólicas, cuja instauração e perpetuação supõem o reconhecimento dessa proximidade pelos agentes. Desta forma, o volume de capital social de um agente individual depende tanto da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar como do volume das diferentes formas de capital (econômico, cultural ou simbólico) que é propriedade exclusiva de cada um dos agentes a quem o indivíduo está ligado<sup>17</sup>.

Já o capital cultural refere-se “[...] ao conjunto das qualificações intelectuais produzidas pelo sistema escolar ou transmitidas pela família”<sup>18:54</sup> e existe sob três formas: no estado incorporado, ou seja, sob a forma de disposições duráveis do organismo; no estado objetivado, sob a forma de bens culturais - quadros, livros, dicionários, instrumentos, máquinas, que constituem indícios ou a realização de teorias ou de críticas dessas teorias, de problemáticas; e no estado institucionalizado, sob a forma de objetivação que é preciso colocar à parte porque, como se observa em relação ao certificado escolar, ela confere ao capital cultural - de que é, supostamente, a garantia - propriedades inteiramente originais<sup>17</sup>. A necessidade de capital social e cultural pelo profissional enfermeiro justifica-se, por dois motivos, o primeiro por identificar que o desafio para ocupação de espaços pela Enfermagem está relacionado, principalmente, à formação de enfermeiros competentes tecnicamente no cuidado humano, éticos, políticos e comprometidos com o papel social da Enfermagem;<sup>19</sup> e o segundo por entender que

é de grande relevância que os profissionais reflitam acerca do seu processo de formação, a partir de suas experiências e enfrentamentos no cotidiano de trabalho, confrontando as competências adquiridas e desenvolvidas no curso de graduação com a realidade profissional, sugerindo mudanças e contribuindo para uma formação capaz de atender as necessidades do exercício da profissão<sup>20</sup>.

## CONCLUSÃO

A cortina que se abriu pela indagação inicial que motivou esta reflexão segue entreaberta entendendo não ter se esgotado as possibilidades de apreensão a partir dos conceitos de habitus, violência simbólica, campo social e capital social e cultural apresentados pela disciplina. Estes conceitos analisados amiúde na vasta obra de Bourdieu, outrora, podem revelar outras possibilidades, construir novos sentidos e serem úteis para a construção de novos conhecimentos que contribuam para análise da Enfermagem. Num primeiro momento procuramos apresentá-los estabelecendo a relação e a aplicabilidade dos mesmos com o campo da Enfermagem.

Desta forma, a partir da reflexão, a noção de habitus, campo social e capital emergiram como sendo relevantes para construção de sentidos sobre o campo da Enfermagem. O habitus por ser responsável por conformar a prática do profissional enfermeiro; o campo social por ditar normas que orientam a atuação dos profissionais no campo e pelo movimento que pressupõe pela ação dos atores que nele atuam; e o capital social e cultural por permitirem compreender que os desafios afetos ao campo da Enfermagem estão relacionados à formação e a capacidade de análise crítica pelos profissionais da Enfermagem da relevância da profissão e do trabalho que desenvolvem.

Ademais, à luz de Bourdieu conjectura-se que as relações de domínio existentes no campo da Enfermagem entre os profissionais de nível médio e superior, assim como os mecanismos utilizados pelos que detêm maior capital social e cultural para manutenção das relações de domínio tendem a se constituir como elementos que contribuem para que este seja visto como importante campo da área das ciências da saúde. É relevante reiterar, no entanto, que no contexto da prática dos serviços de saúde enfermeiros dotados de habitus, capital social e cultural tendem cada vez mais a ocupar não só no campo da Enfermagem, mas também no campo da saúde papel de destaque, assumindo ações assistenciais e gerenciais.

## REFERÊNCIAS

1. Cnpq. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Dados abertos: áreas de conhecimento. [Internet]. 2013. [cited 2017 Jul 23] Available from: [http://www.cnpq.br/web/guest/dados\\_abertos](http://www.cnpq.br/web/guest/dados_abertos)
2. Valente JA. Educação à distância no ensino superior: soluções e flexibilizações. *Interface - Comunic., Saúde, Educ* [Internet]. 2003. [cited 12 nov 2017]; 7 (12): 139-148. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a09.pdf>
3. Schwartzman S. Um espaço para a ciência: a formação da comunidade científica no Brasil. Brasília: Ministério de Ciência e Tecnologia, 2001. Available from: <http://www.schwartzman.org.br/simon/spacept/espaco.htm>
4. Almeida MCP, Mishima SM, Pereira MJB, Palha PF, Villa TCS, Fortuna CM, Matumoto S. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? *Rev. bras. enferm* [Internet]. 2009. [cited 11 dez 2017]; 62 (5): 748-752. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/17.pdf>
5. Lessa ABSL, Araujo CNV. A Enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2013. [cited 12 fev 2018]; 17(2): 481-487. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>
6. Bourdieu P. Esboço de uma teoria da prática. In: Ortiz R, organizador. Bourdieu P. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
8. Bourdieu P. A Distinção: Crítica social do julgamento. Tradução Daniela Kern; Guilherme Teixeira. 2ª ed. 2ª rev. Editora Zouk. Porto Alegre, 2015.
9. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: A teoria na prática. *RAP* [Internet]. 2006. [cited 07 jan 2018]; 40(1): 27-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a03.pdf>
10. Nascimento DM, Marteleto R. A "informação construída" nos meandros da teoria social de Pierre Bourdieu. *Datagrama zero - Rev. Ciência Info*. [Internet]. 2004. [cited 19 fev 2018]; 5 (5): 1-9. Available from: <http://www.brapci.inf.br/index.php/article/download/7651>
11. Domingos SM. Campo científico e interdisciplinaridade. In: Fernandes A, Guimarães FR, Brasileiro MCE. *Org(s). O fio que une as pedras: a pesquisa interdisciplinar na pós-graduação*. São Paulo: Biruta, 2002.
12. Lopes MEL, Sobrinho MD, Costa SFG. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da Enfermagem. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2013. [cited 10 ago 2018]; 22 (3): 819-825. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a31.pdf>
13. Bourdieu P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
14. Stevens G. *O círculo privilegiado: fundamentos da distinção arquitetônica*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2003.
15. Bourdieu P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.
16. Bourdieu P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: UNESP, 2004.
17. Bourdieu P. *A dominação masculina*. 5a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
18. Bonnewitz P. *Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu*. Petrópolis: Vozes, 2005.
19. Corbellini VL, Santos BRL, Ojeda BS, Gerhart L M, Eidt OR, Stein SC, Mello DT. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010. [cited 14 dez 2017]; 63(4): 555-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/09.pdf>
20. Meira MDD, Kurcugant P. Avaliação da formação de enfermeiros segundo a percepção de egressos. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008. [cited 21 jan 2018]; 21(4): 556-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a04v21n4.pdf>

# RELAÇÃO FAMILIAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

María Solange Nogueira dos Santos<sup>1</sup>, Karla Maria Carneiro Rolim<sup>1</sup>, Mirna Frota Albuquerque<sup>1</sup>, Carlon Washington Pinheiro<sup>1</sup>, Fernanda Jorge Magalhães<sup>2</sup>, Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes<sup>3</sup>, Firmina Hermelinda Saldanha Albuquerque<sup>4</sup>

**Objetivo:** Identificar a produção do conhecimento, na literatura, acerca das relações familiares do neonato e os profissionais da Enfermagem atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Revisão integrativa realizada no período de junho a agosto de 2016, nas bases de dados Scopus, PUBMED/Medline, Ebsco, Lilacs e Scielo. Os descritores foram: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem Neonatal, Relações Mãe-Filho, em português, inglês e espanhol. Como critério de inclusão teve-se: responder a questão norteadora “Qual o conhecimento produzido, na literatura sobre as relações entre pais/filhos e profissionais da saúde na UTIN” e estar disponível eletronicamente na íntegra. A população foi de 101 estudos, sendo selecionada uma amostra de 13 artigos. A análise foi realizada mediante a Teoria Fundamentada em Dados. **Resultados:** Evidenciou-se duas temáticas que demonstram as frágeis relações familiares e interpessoais da equipe de Enfermagem na complexidade do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a labilidade do vínculo entre profissionais, pais/família/recém-nascido. **Conclusão:** Concluiu-se que foi possível identificar as estratégias de humanização para favorecer as relações entre o recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e seus familiares. Sugere-se o aprofundamento de tal problemática de modo contribuir com novas pesquisas que possam auxiliar na prática clínica na neonatologia.

**Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal; Relações Familiares.

## FAMILY RELATIONSHIP IN NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT: INTEGRATIVE REVIEW

**Objective:** Analyze the production of knowledge about the relationship between parents -children and nursing professionals in Neonatal Intensive Care Unit. **Methodology:** Integrative Review that occurred in the period from June to August of 2016, in the databases Scopus, PUBMED/Medline, Ebsco, Lilacs and Scielo. The descriptors were: Neonatal Intensive Care Units AND Neonatal Nursing AND mother-child Relationships, in Portuguese, English and Spanish. What knowledge is produced in the literature on the relationship between parents / children and health professionals in the NICU? The sample was of 13 articles in which they used the Theory based on data, such as search method of analysis. **Results:** Two themes have come to attention demonstrating the fragile family and interpersonal relationships with the nursing staff on the complexity of the environment of the Neonatal Intensive Care Unit and the liability of the bond between professionals, parents/family/newborn. **Conclusion:** In conclusion, that it was possible to identify the strategies of humanization in order to facilitate the relationships between the newborn admitted to Neonatal Intensive Care Unit and their families. It is suggested the deepening of such problems in order to contribute with new research that may assist in clinical practice in neonatology.

**Descriptors:** Neonatal Intensive Care Units; Neonatal Nursing; Mother-son relationships.

## RELACIÓN FAMILIAR EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISIÓN INTEGRATIVA

**Objetivo:** Analizar la producción del conocimiento acerca de las relaciones entre padres-hijos y profesionales de la Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodología:** Revisión integrativa que ocurrió en el período comprendido entre junio y agosto de 2016 en las bases de datos Scopus, PUBMED / Medline, Ebsco, Lilacs y Scielo. Los descriptores fueron: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal AND Enfermería Neonatal AND Relaciones Madre-Hijo, en portugués, inglés y español. ¿Cuál es el conocimiento producido en la literatura sobre las relaciones entre padres / hijos y profesionales de la salud en la UTIN? La muestra fue de 13 artículos en que se utilizó la Teoría Fundamentada en Datos, como método de análisis de la investigación. **Resultados:** Se evidenció dos temáticas que demuestran las frágiles relaciones familiares e interpersonal del equipo de Enfermería en la complejidad del ambiente de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y la labilidad del vínculo entre profesionales, padres / familia / recién nacido. **Conclusión:** Se concluyó que fue posible identificar las estrategias de humanización para favorecer las relaciones entre el recién nacido internado en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y sus familiares. Se sugiere la profundización de tal problemática de modo contribuir con nuevas investigaciones que puedan auxiliar en la práctica clínica en la neonatología.

**Descriptores:** Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Enfermería Neonatal; Relaciones Madre-Hijo.

<sup>1</sup>Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Email: solange.nog@edu.unifor.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará-UFC.

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto-Portugal.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Amazonas-UFAM.

**INTRODUÇÃO**

O nascimento de um filho é muito desejado pelos pais, mas em muitas situações essa chegada é antecipada, devido às intercorrências gestacionais e/ou demais complicações que possam se manifestar, ocorrendo a necessidade do encaminhamento imediato do recém-nascido (RN) para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Ambiente constituído por diversos equipamentos tecnológicos, destinando-se a melhoria da sobrevida do neonato gravemente doente, com instabilidade hemodinâmica e/ou alto risco de morbimortalidade<sup>1</sup>.

No que se refere à taxa de mortalidade infantil um estudo brasileiro<sup>1</sup> evidenciou uma taxa de 11,1 por mil nascidos vivos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais menos abastada. Neste contexto, a assistência de qualidade nas primeiras horas de vida do RN, deve ser prioridade e voltada não só a sua complexidade clínica, mas também para as questões psicossociais, ambientais e ao estabelecimento do vínculo afetivo, fragilizado pelo afastamento do binômio mãe e filho.

Portanto, torna-se relevante que a equipe de saúde, atuante na UTIN, possa apoiar os familiares, auxiliá-los na aceitação da condição clínica da criança e na reorganização da rotina familiar, considerando os primeiros dias de vida do RN como fundamentais para a formação do vínculo entre pais e filhos<sup>2,3</sup>. Para tanto, o estudo se justifica e torna-se relevante à medida que busca compilar o conhecimento adquirido sobre as relações de interação entre profissional-família-RN e a importância da relação familiar para a melhoria do estado clínico do neonato internado em UTIN visando contribuir para a melhoria das estratégias de humanização da assistência.

A partir dessa perspectiva, o estudo objetivou identificar a produção do conhecimento, na literatura, acerca das relações familiares do neonato e os profissionais de saúde atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

**METODOLOGIA**

O desenho metodológico consiste em uma revisão integrativa<sup>4,5</sup>. Teve-se como questão norteadora "Qual o conhecimento produzido, na literatura, acerca das relações familiares do neonato e os profissionais da saúde atuantes na UTIN?".

A busca foi efetuada no período de junho a agosto de 2016, nas bases de dados Scopus, Pubmed/Medline, Ebsco, Lilacs e Scielo, delimitando os artigos científicos no período de 2011 a 2016, com os descritores em línguas portuguesa, inglesa e espanhola: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem Neonatal e Relações Pais-Filho, Neonatal Intensive Care Units; Neonatal Nursing; Mother-son relationships Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Enfermería Neonatal; Relaciones Madre-Hijo

Verificou-se uma população de 101 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, tais como: estar disponível eletronicamente, na íntegra conforme critério do resumo. E os critérios de exclusão de ser: cartas ao editor, editorial e protocolos, constatou-se 77 artigos constituíram para o acervo inicial. Após a realização de uma leitura na íntegra e após exclusão dos repetidos obteve-se uma amostra de 13 artigos, os quais constituíram o corpus analítico da presente revisão integrativa.

Para o alcance do objetivo proposto optou-se pela Teoria Fundamentada em Dados (TFD) têm o objetivo de identificar, desenvolver e relacionar conceitos como método de análise da pesquisa<sup>6</sup>.

A análise do acervo ocorreu em dois momentos: inicialmente realizou-se uma caracterização do conjunto de artigos quanto ao ano de publicação, país, tipo de estudo, estratégias de humanização para as relações familiares na UTIN. Em seguida, empreendeu-se uma análise de conteúdo por meio da TFD, com a qual foi possível acrescentar novas perspectivas e novos significados do conteúdo manifesto na leitura e comunicação dos artigos coletados, comparados-os em busca de similaridades e de diferenças, de modo a reagrupados-los com codificação axial e relacionados por categorias<sup>6</sup>.

**RESULTADOS**

Dentre as publicações identificadas, observou-se que ocorreram entre os anos de 2011 a 2016. Quanto ao país de realização oito eram brasileiros e cinco internacionais (Inglaterra, Estados Unidos da América, Suécia e da República Checa). Quanto ao nível de evidência apenas um possuía nível de evidência III(7), os demais tinham nível de evidência V o que demonstra uma carência de estudos com maior rigor metodológico sobre tal temática, haja vista concordar-se que os estudos com melhores evidências científicas possibilitam fundamentar a prática assistencial e guiar uma tomada de decisão clínica, incentivando a prática baseada em evidências.

**Quadro** - Caracterização dos artigos quanto ao objetivo, o local de realização e nível de evidência. Fortaleza- CE, 2017.

| Referência  | Objetivo   | Origem do Estudo                          | Nível de Evidência |
|---|--|---|--------------------|
| Rolim KMC, et al. Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. <i>Enfermagem em Foco</i> , 2016; 7(4): 42-6.                                      | Conhecer os sentimentos de mães, durante a internação do seu filho na UTIN e descrever as estratégias humanizadoras da equipe de Enfermagem direcionadas ao binômio mãe/filho neste período. | Maternidade Escola, em Fortaleza, Brasil. | V                  |
| Mórelis E, Anderson GC. Neonatal nurses' beliefs about almost continuous parent-infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 2015; 24(17): 2620-27. | Descrever o que os enfermeiros acreditam sobre o contato pele-a-pele quase contínuo para bebês prematuros entre 32 a 36 semanas de gestação.   | Hospital em Portugal.                     | V                  |



|   |   |  |     |
|---|---|--|-----|
| Dantas, MMC et al. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. Acta  | Investigar se existe relação entre apoio social e sintomas de ansiedade em mães de bebês prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.                                  | Maternidade Escola em Natal, Brasil.           | III |
| Wernet M. et al. Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. Rev Bras Enferm, 2015; 68 (2): 228-34.  | Analisar experiências maternas em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, com foco nas relações de reconhecimento.   | Hospital Filantrópico em São Paulo, Brasil.    | V   |
| Baylis R. et al. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. Acta Paediatrica, 2014; 103(10): 1045-52. | Explorar a vivência dos pais na UTIN pela primeira vez com os filhos.   | Hospital Universitário, Suécia                 | V   |
| Diaz Z, Fernandes S, Correia S. Difficulties of parents with infants admitted to a Neonatal Unit. Revista de Enfermagem Referência, 2014; 2(3): 85-93.                                      | Conhecer as vivências dos pais com bebês internados na UTIN.  | Hospital Universitário Suécia.                 | V   |
| Fernandes A. et al. A Emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: Uma competência do enfermeiro. Pensar Enfermagem, 2014; 18 (2): 45-60.                      | Compreender a forma como os enfermeiros gerem as emoções na interação RN/pais em contexto de prematuridade.   | Cinah, M Scielo e Google Acadêmico             | V   |
| Wigert H, Blom MD, Bry K. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. BMC Pediatrics, 2014; 14                                       | Descrever os pais as experiências de Comunicação com o pessoal da UTIN  | Hospital Universitário Suécia.                 | V   |
| Antunes BS. et al. Hospitalization of newborns in Neonatal Unit: the meaning for the mother. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 2014; 15 (5):                                       | Compreender o significado da internação do filho recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.  | Hospital Escola do Rio Grande do Sul, Brasil.  | V   |
| Klock P, Erdmann AL. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. Rev Esc Enferm USP, 2012; 1 (41): 45-51.                    | Compreender o significado da internação do filho recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.  | Hospital Escola do Rio Grande do Sul, Brasil.  | V   |
| Sikorova L, Kucova J. The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc  | Identificar as necessidades das mães de crianças hospitalizadas em unidades de terapia intensiva (UTI) e, em segundo lugar, avaliar o nível de apoio parental prestado pelo pessoal de saúde. | Hospital Universitário da República Checa.     | V   |
| Terra AAA, Dias IV, Reis VN. A Enfermagem atuando como facilitadora do apego materno-filial. R. Enferm. Cent. O. Min., 2011; 3 (1): 332-41.   | Discutir as ações da equipe de Enfermagem que contribuem para a formação do apego entre pais e recém-nascidos.  | Hospital Filantrópico em Juiz de Fora, Brasil. | V   |
| Terra AAA, Dias IV, Reis VN. A Enfermagem atuando como facilitadora do apego materno-filial. R. Enferm. Cent. O. Min., 2011; 3 (1): 332-41.   | Discutir as ações da equipe de Enfermagem que contribuem para a formação do apego entre pais e recém-nascidos.  | Hospital Filantrópico em Juiz de Fora, Brasil. | V   |

Quanto aos objetivos dos estudos verificou-se em nove estudos identificar o conhecimento, as percepções e os sentimentos da família em relação a condição clínica e ao processo de internação de seu filho prematuro (7-

11,13,14,16,18). Os demais buscaram descrever o conhecimento, as habilidades e as atitudes do enfermeiro perante as relações familiares e incentivo ao relacionamento interpessoal com a finalidade de melhorar o cuidado ao RN(12,15,17,19).

Ao utilizar-se a TFD para classificar, organizar e identificar as conexões emergentes dos estudos, utilizou-se um esquema organizacional, o qual centraliza a categoria principal do conteúdo dos estudos e correlaciona-se como os dados identificados relacionados ao tema correlato, denominado por "Núcleo de Sentido", o qual é constituído pelo fenômeno integral relacionado à "Relação familiar na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal". Deste aprofundamento do conteúdo abordado nos artigos proporcionou-se um aprofundamento do conteúdo e a identificação de duas categorias denominadas de: "Dificuldades interpessoais no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal" e "Relação enfermeiros e família do recém-nascido".

### Dificuldades interpessoais no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Sobre as dificuldades interpessoais no ambiente da UTIN, apresentado na Figura 1, pôde ser verificar quatro Núcleos de Sentido, são eles: 1) tensões da equipe multiprofissional<sup>2,3</sup>; 2) ambiente de alta densidade tecnológica<sup>3,8</sup>; 3) prevalência de relações impessoais<sup>2</sup>; e 4) risco de intercorrências<sup>1,2</sup>.

O primeiro dos Núcleos de Sentido aborda as questões relativas a falta de interação e articulação das diferentes categorias profissionais envolvidas na assistência da UTIN, configurando um ambiente estressor e com os processos de trabalho fragmentados<sup>3,8</sup>. Quanto à alta densidade tecnológica, segundo Núcleo de Sentido, identificou-se estudos<sup>8,9</sup> que retratam a exigência do conhecimento técnico dos profissionais, de modo a necessidade de manipular tecnologias duras, gerando excesso de objetividade dos receptores da assistência, deixando à margem o olhar para a subjetividade dos RN e seus familiares.

No terceiro Núcleo de Sentido, concentrou-se a prevalência das relações impessoais, em que se ressaltou ser uma unidade restrita, em ambiente fechado, com presença de ruídos, ocasionando dificuldades na comunicação, na socialização e nas relações interpessoais entre profissionais e famílias dos neonatos<sup>8</sup>.

No que se refere aos riscos de intercorrências, quarto Núcleo de Sentido, estes são justificados nos estudos pela alta complexidade clínica envolvida no cuidado dos prematuros, refletindo o contexto de responsabilidade e pressão psicológica em que os profissionais estão imersos<sup>3,8,9</sup>.

**Figura 1:** Esquema organizacional de ideias relacionando às dificuldades interpessoais no ambiente assistencial da UTIN.

Fortaleza, Ceará, 2017.



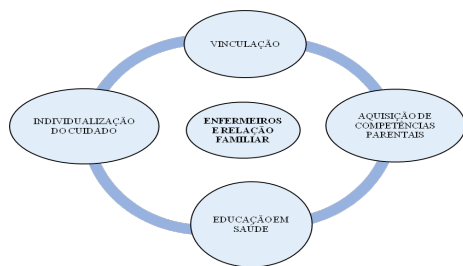
**Relação enfermeiros, pais e família do recém-nascido**

A segunda categoria temática de análise dos estudos, apresentada na Figura 2, discorre sobre os enfermeiros e a relação familiar, sendo subdividida em quatro Núcleos de Sentido: 1) vinculação <sup>3,8,9</sup>; 2) aquisição de competências parentais<sup>8,10,11</sup>; 3) educação em saúde<sup>9,10,11</sup>; e 4) individualização do cuidado<sup>15,16,17</sup>. As questões relativas à vinculação os estudos consideraram um processo fundamental para o estabelecimento de uma relação efetiva entre profissional e família, influenciando diretamente no cuidado ao RN<sup>3,8,9</sup>.

A aquisição de competências parentais, segundo Núcleo de Sentido desta categoria, é considerada uma forma em que o enfermeiro tem de estender o cuidado ao RN para a mãe e demais membros da família, proporcionando ligação afetiva, além de preparar os pais para os cuidados pós-internamento. Essa prática tem se mostrado em ascendência nas publicações analisadas, como um componente imprescindível na assistência do enfermeiro da UTIN com a família<sup>8,9,10</sup>.

O terceiro Núcleo de Sentido concentra-se nas demandas relativas à educação em saúde que o enfermeiro deve dispor a família do RN, principalmente em relação à ambiência, as finalidades das tecnologias e dos procedimentos realizados, o esclarecimento sobre o quadro clínico e a retirada das dúvidas que emergirem. Dentro dessa perspectiva, contempla-se também a comunicação eficaz, como imprescindível para o acesso a informação<sup>9,10</sup>.

**Figura 2:** Esquema de ideias relacionado à temática: enfermeiros e relação familiar. Fortaleza. Ceará, 2017.



**DISCUSSÃO**

Os elementos centrais da primeira temática são considerados por estudiosos<sup>3,9,10</sup> como dificuldades que interferem nas relações familiares e interpessoais no ambiente assistencial da UTIN, são eles: não preservação à ecologia neonatal; ambiente insalubre; luminosidade intensa e constante; ruídos excessivos e frequentes; alterações nos parâmetros de temperatura corporal do RN e ambiental da UTIN; avaliações constantes; procedimentos frequentes e sem planejamento prévio; não uso de cuidados agrupados; intercorrências constantes; pouca interação social, dentre outros.

Na UTIN, devido ao contexto do ambiente, em muitos momentos ocorre a falta de interação e articulação das diferentes categorias profissionais envolvidas na assistência. Fato decorrente do estresse que o ambiente gera, pela exposição que os profissionais vivenciam em um cenário exigente de comportamentos e habilidades específicas. Entretanto, cada profissional tem sua maneira peculiar de lidar com os sentimentos emergentes e com os demais profissionais com quem partilha este cenário. Cada um com sua personalidade e o desempenhar de funções diferenciadas em meio a situações de pressão e cobranças<sup>11,12,13</sup>.

Como um ambiente de alta complexidade, a UTIN, é identificada nos estudos, pelos diversos recursos e pelas novas tecnologias, as quais repercutem no aumento da sobrevivência do RN, porém, podem dificultar as relações interpessoais. Em tal unidade a prestação do cuidado de Enfermagem é dificultada pela rotina extenuante fazendo com que os profissionais da área, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente<sup>2,3,12</sup>.

Percebe-se, porém, que a humanização se faz presente nas diversas maneiras de cuidar mesmo nesse ambiente tecnológico. Nesse contexto, define-se a tecnologia leve como sendo as tecnologias das relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão, como forma de gerenciar os processos de trabalho. O convívio, o diálogo, a manutenção de vínculos e a disposição em ouvir<sup>14,15</sup>. A tecnologia leve em UTIN possibilita o aprimoramento no cuidado de Enfermagem prestado ao RN, assim como aos seus pais, fortalecendo as relações entre profissionais e família. Gerando assim, condições que favorecem um estilo de vida saudável entre os cidadãos que na sociedade tanto usufruem dessa tecnologia, como a produzem, possibilitando unir a tecnologia e o cuidado ético/humanizado<sup>15,16,17</sup>.

No terceiro Núcleo de Sentido concentrou-se nos problemas referentes à prevalência das relações impessoais na UTIN, alguns estudos<sup>18,19</sup> retratam ser necessário aos profissionais de Enfermagem o autoconhecimento, autodomínio e automotivação, bases para o estabelecimento do relacionamento interpessoal. Sabe-se que o pleno controle

sobre as emoções promove a convivência entre equipes e o ambiente. Quanto aos riscos de intercorrências, justificados pela alta complexidade clínica envolvida no cuidado, concorda-se que o profissional de Enfermagem deve assistir ao RN de maneira individualizada favorecendo o princípio da integralidade centrado em suas necessidades<sup>20,22</sup>.

Sobre a vinculação, estudos ressaltam que a equipe de Enfermagem tem papel importante no acolhimento dos pais, que se encontram angustiados pela fragmentação do vínculo afetivo com o filho. Deve-se, portanto, focar na escuta dos pais/família e realizar um acolhimento singular, com a proposta de atender as suas necessidades e amenizar o sofrimento seja de ordem física, psíquica ou até mesmo espiritual<sup>7, 23, 24</sup>.

Cabe, portanto, as equipes de Enfermagem orientá-los desde a admissão do RN na UTIN até os cuidados em domicílio, das possíveis intercorrências e da importância do acompanhamento ambulatorial<sup>10,17,19,23,24</sup>. Para essa possibilidade, os enfermeiros podem utilizar-se de tecnologias educativas como instrumentos facilitadores que dinamizam as atividades promotoras de educação em saúde.

Alguns estudos<sup>23-25</sup> referem que as mães estabelecem vínculo duradouro com o enfermeiro ao recebem as primeiras orientações acerca dos cuidados ao filho, ainda no pré-natal, e as orientações seguintes à alta hospitalar do RN.

O estudo se limita por não poder generalizar os achados, pelo recorte temporal da amostra, bem com a apresentação do nível restrito de prática baseada em evidências. Diante desse contexto, torna-se evidente a necessidade de maior

aprofundamento das estratégias de incentivo das relações familiares como condição favorável para a melhoria do cuidado, do vínculo afetivo e da assistência em Enfermagem ao neonato internado em UTIN.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que foi possível identificar na literatura, o conhecimento acerca das relações familiares do neonato e os profissionais de saúde atuantes em terapia intensiva neonatal. Para isso, destaca-se as dificuldades interpessoais no ambiente da UTIN e as relações enfermeiros e família do RN.

Demonstra-se, portanto, as frágeis relações familiares e interpessoais da equipe de Enfermagem na complexidade do ambiente da UTIN, a labilidade do vínculo entre profissionais, pais/família/RN, as estratégias de estabelecimento do vínculo afetivo e a necessidade de promoção de um cuidado individualizado durante o processo de internação.

Diante deste contexto, confirma-se que a revisão integrativa da literatura permite ao pesquisador aproximar-se da problemática que deseja analisar, traçando uma exposição sobre a sua produção científica, de forma a que possa conhecer a evolução do tema e com isso, oportunizar novas pesquisas que possam auxiliar na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. Silva RMM, Menezes CCS, Cardoso LL, França AFO. Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min [Internet]*. 2016[cited 2017 Fev12];6(2):2258-70. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/940>.
2. Otaviano FP, Duarte IP, Soares SN. Assistência da enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). *Rev Saúde Foco [Internet]*. 2015[cited 2017 Mar 20];2(1):60-79. Available from: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/download/296/845>
3. Reis LS dos, Silva EF da, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Humanization of healthcare: perception of a nursing team in a neonatal and pediatric intensive care unit *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2013[cited 2017 Maio 25]34(2):118-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a15.pdf>
4. Sampieri RH, Callado CF, Lucio MDPB. *Metodologia da Pesquisa 5ª. ed.* São Paulo: McGraw-Hill, 2013.
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative Review: research method for the incorporation of evidence in health and nursing. *Texto contexto enferm. [Internet]*. 2008 [cited 2017 Set 20]; 17(4):758-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en)
6. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques.* London: Sage Publications; 1990.
7. Cruz Dantas MMM, Araújo PCB de, Revorêdo LS, Pereira HG, Maia EMC. Mães de recém-nascidos prematuros e a termo hospitalizados: avaliação do apoio social e da sintomatologia ansiogênica. *Acta Colomb Psicol [Internet]*. 2015[cited 2017 Jun 22];18(2):129-38. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0123-91552015000200011&lng=e&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-91552015000200011&lng=e&nrm=iso)
8. Carmona EV, Vale IN, Ohara CVS, Abrão ACF de V. Percepção materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2014[cited 2017 Mar 05];67(5):788-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0788.pdf>
9. Wernet M, Ayres JR de CM, Viera CS, Leite AM, Mello DF de. Reconhecimento materno na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015[cited 2017 Mar 08];68(2):228-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000200228&lng=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200228&lng=pt&lng=pt)
10. Rolim KM, Santiago NR, Vieira TL, Sancho MC, Frota MA, Boulard H, Neveau P. Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco [Internet]*. 2016[cited 2017 Mar 08];7(1):42-6. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/664>
11. Mörelius E, Anderson GC. Neonatal nurses' beliefs about almost continuous parent-infant skin-to-skin contact in neonatal intensive care. *Journal of Clinical Nursing, [Internet]* 2015 [cited 2017 May 24];24(17):2620-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25988952>
12. Fernandes A, Toledo D, Campos L, Da Silva JM. A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro. *Pensar Enferm [Internet]*. 2014[cited 2017 Mai24];18(2):45-60. Available from: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3\\_45\\_60.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf)
13. Baylis R, Ewald U, Gradin M, Nyqvist KH, Rubertsson C, Blomqvist YT. First-time events between parents and preterm infants are affected by the designs and routines of neonatal intensive care units. *Acta Paediatr [Internet]*. 2014[cited 2017 Jun 15]; 103(10):1045-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24923236>
14. Matos Diaz Z, Gonçalves CFMS, Correia S. Difficulties of parents with infants admitted in Unit Neonatology. *Rev Enferm Ref [Internet]*. 2014[cited 2017 Ago 10];4(3):85-93. Available from: <http://ezproxy.library.dal.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103926593&site=ehost-live>



15. Wigert H, Dellenmark Blom M, Bry K. Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014[cited 2017 Fev 5];14(1):304. Available from: <http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-014-0304-5>
16. Antunes BS, Paula CC De, Padoin SMDM, Trojahn TC, Rodrigues AP, Tronco CS. Hospitalization of newborns in Neonatal Unit: the meaning for the mother. *Rev da Rede Enferm do Nord* [Internet]. 2014[cited 2017 Abr 12];15(5):796–803. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1794/pdf\\_1](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1794/pdf_1)
17. Klock PALE. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. *Caring* [Internet]. 2012[cited 2017 Jun 19];46(1):45–51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06>
18. Sikorova L, Kucova J. The needs of mothers to newborns hospitalised in intensive care units. *Biomed Pap* [Internet]. 2012[cited 2017 Mai 17];156(4):330–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22660204>
19. Amarante A, Vargas L, Nuñez V. A enfermagem atuando como facilitadora do apego materno-filial. *Rev Enferm do Centro-Oeste Min* [Internet]. 2011[cited 2017 Mai 15];1(13):332–41. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/72/195>
20. Moraes AC, Araújo WC, Miranda JFDO, Camargo CL. O que pensam os pais sobre assistência de enfermagem aos prematuros em UTI neonatal? *Ciência, Cuid e Saúde* [Internet]. 2013[cited 2017 Mai 12];12(1):96–103. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/view/16319>
21. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T. Practices of intensive care nurses in the face of technologies: analysis in the light of social representations. *Text Context Nursing* [Internet]. 2014[cited 2017 Mai 25];23(2):328–37. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200328&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200328&script=sci_abstract)
22. Rocha MCP da, Carvalho MSM, Fossa AM, Rossato LM. Assistência humanizada na terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro. *Saúde em Rev* [Internet]. 2015[cited 2017 Mai 25];15(40):67–84. Available from: <https://www.metodista.br/revistas/revistasunimep/index.php/sr/article/view/2534>
23. Farias F, Vida L, Farias R, Jesus A. Humanized care in the icu: challenges from the viewpoint of health professionals. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Internet]. 2013[cited 2017 Mai 25];5(4):635–42. Available from: [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2283/pdf\\_961](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2283/pdf_961)
24. Corrêa AR, Andrade AC de, Manzo BF, Couto DL, Duarte ED. The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2015[cited 2017 Mai 25];19(4):629–34. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150084>
25. Rocha DKL, Ferreira HC. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm Foco* [Internet]. 2013[cited 2017 Out 22];4(1): 24–28. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/497/187>

# ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM APÓS COLETA DE SECREÇÃO TRAQUEOBRÔNQUICA PARA CULTURA: IMPORTÂNCIA ÉTICA E LEGAL

Josi Andrade da Silva<sup>1</sup>, Vlândia Teles Moreira<sup>2</sup>, Rita Neuma Dantas Cavalcante de Abreu<sup>3</sup>, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante<sup>2</sup>, Rubens Nunes Veras Filho<sup>3</sup>, Rita Mônica Borges Studart<sup>3</sup>

Conhecer os principais micro-organismos obtidos por meio da cultura de secreção traqueobrônquica e analisar os prontuários quanto aos registros de enfermagem sobre a descrição das características do material obtido durante a aspiração de secreção traqueobrônquica para cultura. Metodologia: trata-se de um estudo documental, descritivo com abordagem quantitativa, realizado com uma amostra de 85 registros nos prontuários dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Resultados: o estudo apontou que 60% das culturas do aspirado traqueal foi negativa. Dentre as culturas positivas, *Pseudomonas aeruginosa* foi o micro-organismo mais prevalente. Quanto aos registros de enfermagem sobre o procedimento realizado pelo enfermeiro foram observados registros curtos deste procedimento. Conclusão: este estudo destaca um maior percentual de culturas negativas nas amostras colhidas; carência dos registros detalhados dos procedimentos de enfermagem conforme recomendações do conselho de classe.

**Descritores:** cuidados de enfermagem, sucção, cuidados críticos.

## **ANALYSIS OF NURSING RECORDS AFTER COLLECTION OF TRACHEBRONCHIAL SECRETION FOR CULTURE: ETHICAL AND LEGAL IMPORTANCE**

Objectives: To know the main microorganisms obtained by means of the culture of tracheobronchial secretion and to analyze the charts on the nursing records on the description of the characteristics of the material obtained during the aspiration of tracheobronchial secretion for culture. Methodology: This is a descriptive, descriptive study with a quantitative approach, carried out with a sample of 85 records in the medical records of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU). Results: the study indicated that 60% of tracheal aspirate cultures were negative. Among the positive cultures, *Pseudomonas aeruginosa* was the most prevalent microorganism. How many of the nursing records about the procedure performed by the nurse were observed short records of this procedure. Conclusion: this study highlights a higher percentage of negative cultures in the samples collected; Lack of detailed records of nursing procedures as recommended by the class council.

**Descriptors:** nursing care, suction, critical care.

## **ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA DESPUÉS DE LA RECOGIDA DE SECRECIONES TRAQUEBRONQUIALES PARA LA CULTURA: IMPORTANCIA ÉTICA Y LEGAL**

Objetivos: Conocer los principales microorganismos obtenidos por medio de la cultura de secreción traqueobronquica y analizar los prontuarios en cuanto a los registros de enfermería sobre la descripción de las características del material obtenido durante la aspiración de secreción traqueobronquial para cultivo. Metodología: Se trata de un documental, estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo, realizado con una muestra de 85 registros en las historias clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Resultados: El estudio encontró que el 60% de los cultivos de aspirado endotraqueal fue negativo. Entre los cultivos positivos, *Pseudomonas aeruginosa* fue el microorganismo más prevalente. Como los registros de enfermería en el procedimiento realizado por las enfermeras se observaron registros cortos de este procedimiento. Conclusión: Este estudio pone de manifiesto un mayor porcentaje de cultivos negativos en las muestras; la falta de un registro detallado de los procedimientos de enfermería según lo recomendado por el consejo de clase.

**Descriptor:** cuidados de enfermería, chupar, cuidados críticos

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública do Ceará-CE. Email: josiandrade\_79@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Fortaleza-CE,

<sup>3</sup>UNICHRISTUS-CE.

## INTRODUÇÃO

A prática da enfermagem no cuidado ao paciente crítico está embasada no conhecimento técnico-científico, bem como, na realização do processo de cuidar. É de competência do enfermeiro a organização e direção dos serviços de enfermagem, os cuidados de maior complexidade técnica que exigem conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas<sup>1</sup>.

O paciente crítico internado, na maioria das vezes, necessita de suporte ventilatório mecânico, porém os cuidados com esse aparelho devem ser minuciosos pois a utilização do mesmo já favorece o risco da infecção. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é uma infecção muito característica em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo considerada uma infecção de alta letalidade<sup>2</sup>.

Vários fatores de risco foram significativamente associados à PAV<sup>3</sup>. Uma pesquisa realizada em um hospital de referência em ortopedia no interior do Paraná com 96 pacientes internados na UTI mostrou que 36,46% das infecções hospitalares registradas tem o trato respiratório como o maior sítio de infecção<sup>4</sup>.

O procedimento de aspiração e a coleta de secreção traqueal para cultura deve ser realizado em consonância com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem<sup>5</sup>. A instituição do estudo possui roteiro padronizado e impresso denominado Procedimento Operacional Padrão (POP) para realização dos diversos procedimentos de enfermagem inclusive a aspiração de secreções endotraqueais para cultura de micro-organismos. Diante da responsabilidade do enfermeiro que presta cuidados ao paciente crítico e realiza a aspiração da secreção endotraqueal por meio de uma via aérea artificial, esta pesquisa pretende obter respostas aos seguintes questionamentos: Diante da coleta de material traqueobrônquico para cultura, o enfermeiro registra o procedimento realizado, bem como, as características do material coletado? Quais os micro-organismos encontrados isolados na cultura? Quando da chegada do resultado da análise do material coletado, o enfermeiro registra a conduta tomada junto à equipe multiprofissional?

O interesse pelo tema surgiu a partir da observação do procedimento realizado pelo enfermeiro durante a atuação na UTI como residente multiprofissional no ano de 2015. O intuito desse estudo é reafirmar a importância dos registros do cuidado continuado de enfermagem ao paciente crítico. Espera-se que esta pesquisa possa subsidiar pesquisas posteriores sobre o tema tornando-se assim de relevância científica e social para estudantes e profissionais da saúde sobre seu papel junto à equipe multiprofissional, bem como, a importância ética e legal dos registros de enfermagem.

Têm-se como objetivos: Conhecer os principais micro-

organismos obtidos por meio da cultura de secreção traqueobrônquica; Analisar os prontuários quanto aos registros de enfermagem sobre a descrição das características do material obtido durante a aspiração de secreção traqueobrônquica para cultura.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, descritivo, com abordagem quantitativa<sup>6</sup>. A pesquisa foi realizada nas três Unidades de Terapia Intensiva destinadas ao cuidado adulto de um hospital terciário no município de Fortaleza, nos meses de março e abril do ano de 2016. O Centro de tratamento intensivo da instituição é composto por três UTI's adulto e uma UTI pediátrica. As UTI's somam ao todo 33 leitos subdivididos em sete leitos pediátricos e vinte e seis leitos destinados a adultos<sup>7</sup>.

Foram avaliados 85 registros nos prontuários dos pacientes internados nas três UTI's de adulto, durante o período de coleta de dados. Foram incluídos no estudo os pacientes com intubação endotraqueal com via aérea artificial e que foram submetidos à coleta de secreção traqueobrônquica (STB), registrada no prontuário e no livro de controle de cultura. Foram excluídos do estudo os menores de 18 anos, os traqueostomizados e os prontuários cujos registros não foram compreensíveis.

A amostra foi obtida por meio da aplicação da fórmula desenvolvida para estudos transversais em população infinita que leva em consideração o erro amostral e o tamanho da população. A população a ser pesquisada foi estimada pelo número de admissões nos últimos seis meses de 2015 nas UTI's adulto e baseada nos registros de enfermagem dos procedimentos de coleta de secreção traqueal obtidas para realização de cultura no mês de dezembro de 2015 no livro de controle de culturas da instituição. A partir da aplicação da fórmula, encontrou-se um mínimo de amostra de 63 registros do procedimento, no entanto, como foram encontrados 85 registros no período da pesquisa, de março a abril de 2016, optou-se por coletar todos os registros do procedimento.

O livro de controle de culturas, contendo os nomes dos pacientes que foram submetidos a coleta de secreção traqueal, foi utilizado somente para selecionar, inicialmente, os participantes. Assim, para coletar as seguintes variáveis deste estudo, foram coletados dados do prontuário: gênero, número da UTI, data da coleta da secreção, registro da cor da secreção, odor, aspecto da secreção (fluida ou espessa), sem registro, outros; resultado da cultura (positivo ou negativo), micro-organismo, registro do cuidado (conduta) após resultado.

Vale ressaltar que a população internada no período foi de 53 pacientes que realizaram ao todo 85 coletas de material

endotraqueal para cultura, ou seja, em alguns pacientes o procedimento foi realizado mais de uma vez. Os dados foram analisados considerando os aspectos descritivos de estatística como a frequência dos registros do procedimento realizado e resultado das culturas de secreção traqueobrônquica.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética da instituição sob o número 1.434.416 e seguiu as conformidades da norma 466/2012(8).

O acesso aos prontuários dos pacientes internados na UTI da instituição pesquisada ocorreu por meio de autorização escrita, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais ou responsáveis após esclarecimento sobre a pesquisa e seu funcionamento.

#### RESULTADOS

O estudo analisou 53 prontuários nas três unidades de terapia intensiva, dos quais foram 19 prontuários na UTI-2, 20 prontuários na UTI-3, e 14 prontuários na UTI-4. Quanto ao gênero predominante nos leitos de internação no período, o sexo masculino foi predominante com 37 (70%) da amostra, 16 (30%) eram mulheres.

Foram coletados 85 resultados de culturas de amostra de secreção traqueobrônquica nas três UTI's, cujos resultados mostraram que 51 (60%) não apresentaram crescimento bacteriano significativo e 34 (40%) apresentaram resultado de cultura positivo. Dentre as culturas positivas, tem-se que 18 (53%) continham *Pseudomonas aeruginosa*, seguida por 9 (26%) de *Acinetobacter baumannii* (Tabela 1).

**Tabela 1:** Estratificação geral das culturas positivas por micro-organismos, Fortaleza 2016

| Micro-organismos               | N  | %  |
|--------------------------------|----|----|
| <i>Pseudomonas aeruginosa</i>  | 18 | 53 |
| <i>Acinetobacter baumannii</i> | 9  | 26 |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i>   | 3  | 9  |
| <i>Staphylococcus aureus</i>   | 2  | 6  |
| <i>Enterobacter cloacae</i>    | 1  | 3  |
| <i>Serratia marcescens</i>     | 1  | 3  |

Quanto aos registros apenas do procedimento realizado, foi observado que o livro de controle de culturas possuía 100% dos procedimentos realizados. No entanto, o livro de cultura foi pesquisado somente para a seleção dos pacientes por conter data da coleta de secreção e nome do paciente submetido ao procedimento.

Neste estudo, o documento em análise foi o prontuário. Os dados coletados mostraram que os prontuários possuíam 93% dos registros de coleta de secreção para cultura realizados. Esta pesquisa evidenciou falhas em 100% da caracterização do material e da conduta após resultado da cultura das secreções nos prontuários. Durante a pesquisa, foi observado que os prontuários possuíam registros curtos deste procedimento, não sendo encontrada a descrição do material obtido, bem como suas características. Foram encontrados registros do tipo: "Colhido culturas"; "Colhido STB para culturas".

#### DISCUSSÃO

Os resultados das culturas das três unidades de terapia intensiva mostraram que em 60% o resultado foi negativo, ou seja, não apresentaram crescimento bacteriano significativo.

Um estudo destacou a importância da implementação das medidas profiláticas para PAV em pacientes gravemente enfermos, as quais contribuíram para a diminuição do uso de antibióticos, menores taxas de mortalidade, custos hospitalares mais baixos e redução significativa do número de casos de PAV(3). É necessário se atentar também para a realização de procedimentos invasivos no paciente crítico somente quando houver a real necessidade desses.

Levando em consideração apenas as culturas com resultados positivos tem-se que, os dois microrganismos predominantes nas três UTI's foram a *Pseudomonas aeruginosa*, seguidos pelo *Acinetobacter baumannii*. Em outro estudo com amostras do líquido traqueal colhidas pelo profissional enfermeiro na UTI de um hospital público no DF, mostrou também que a *pseudomonas aeruginosa* é micro-organismo prevalente neste tipo de cultura, com 30% da frequência<sup>9</sup>.

Os registros nos prontuários do paciente são uma prerrogativa legal para a assistência de enfermagem, o que assegura a continuidade da assistência. A elaboração de ferramentas para monitorar a qualidade das anotações de enfermagem é uma estratégia de grande valia, desde que estas ferramentas sejam eficientes em termos de tempo e estejam em acordo com a realidade. Existem modelos como o Australiano, por exemplo, que utilizam o Nursing and Midwifery Content Audit Tool (NMCAT), para o gerenciamento da monitorização deste tipo de documentação<sup>10</sup>.

Alguns estudos apresentados em uma revisão<sup>11</sup> narrativa demonstraram que os registros, na prática, são realizados de forma indevida, com presença de rasuras, dados ilegíveis, siglas não padronizadas e terminologias incorretas, erros ortográficos e a ausência de assinatura e carimbo do profissional<sup>11</sup>.

Em junho de 2016, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou um guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente. Esse guia traz diversas orientações como evolução, registros dos procedimentos de enfermagem, como por exemplo a aspiração traqueal pelo enfermeiro, recomendando registrar data e hora, motivo da aspiração, localização (traqueostomia ou tubo endotraqueal), característica e quantidade da secreção; na traqueostomia, registrar o tipo e o número da cânula, as condições da pele, a necessidade de limpeza e troca da endocânula; anotar intercorrências e providências adotadas durante a aspiração, assinar com nome completo e número de registro no conselho de classe<sup>12</sup>.

Ressalta-se que os pacientes do presente estudo estavam internados em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital da Capital Cearense. Embora esse estudo tenha como objetivo principal analisar somente a parte documental sobre a descrição das características do material obtido durante a aspiração de secreção traqueobrônquica para cultura, é importante discutir que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de Vias aéreas, por meio da Resolução COFEN No - 557, de 23 de agosto de 2017, resolve: Art. 2º Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional Enfermeiro, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem<sup>13</sup>.

Quanto a participação de outros profissionais, como o Fisioterapeuta, no que se refere a coleta de secreção traqueal para cultura, a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR<sup>14</sup> definiu que a aspiração traqueal pode ser um dos componentes do protocolo fisioterapêutico, devendo ser realizada por esse profissional, quando necessária, após a implementação dos diversos recursos que compõem o escopo da terapia para remoção de secreções, mas que deve ser entendida como técnica comum a todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. No entanto, opina que a coleta isolada de secreções para obtenção de cultura de secreção traqueal não é atribuição do fisioterapeuta."

Este estudo evidenciou falhas nos registros do enfermeiro quanto a caracterização do material e conduta após resultado da cultura das secreções nos prontuários, o que pode comprometer o compartilhamento das informações necessárias à equipe multiprofissional e a continuidade do cuidado ao paciente.

Um estudo internacional<sup>15</sup> ressaltou que é importante a avaliação contínua da prática dos enfermeiros de cuidados críticos no que se refere à implementação de procedimentos seguros e corretos, com base nas recomendações das melhores práticas.

A Resolução Nº 564, de 6 de novembro de 2017 aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Neste documento, tem-se no Art. 36 "Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras"<sup>16</sup>.

Alguns autores, ao identificarem falhas nos registros de enfermagem, referem que o enfermeiro, ao não registrar as intervenções de enfermagem, mostra desconhecer como deveria cuidar. Portanto, prejudica a realização de pesquisas sobre o cuidado prestado pela Enfermagem e, descumprindo o arcabouço jurídico que ampara seu exercício profissional, contribui para sua invisibilidade no ambiente hospitalar<sup>17</sup>.

O presente estudo apresenta algumas limitações a saber: ter sido realizado somente nas UTIs de um único hospital, bem como a própria limitação de se trabalhar com dados de prontuários, ou seja, dados já existentes.

## CONCLUSÕES

Tendo em vista os dados apresentados observa-se um percentual maior de culturas negativas. Dentre as culturas positivas, têm-se a prevalência da bactéria pseudomonas nas culturas de secreção traqueal dos indivíduos internados no centro de terapia intensiva da instituição do estudo.

Observa-se também a carência dos registros detalhados dos procedimentos e condutas realizadas pelo enfermeiro. Vale ressaltar a importância destes registros completos no prontuário, visto que, possibilitam a continuidade do cuidado e da assistência, constituindo-se como fonte de pesquisa científica, fonte de análise da qualidade da assistência de enfermagem.

O estudo é relevante por possibilitar uma reflexão sobre a importância do cumprimento das recomendações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) para o registro de enfermagem no prontuário do paciente.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)> Acesso em: 20/05/2015.
2. Trevisan GS, Vieira GCG, Brida R L. Pneumonia associada à ventilação mecânica: o conhecimento dos profissionais de enfermagem no processo de prevenção. UNINGÁ Review [Internet]. 2016 [cited 2017 March 17]; 26(3): 28-34. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1804>
3. Ferreira C, de Souza D, Cunha T, Tavares M, Reis S, Röder D, et al. The effectiveness of a bundle in the prevention of ventilator-associated pneumonia. Brazilian Journal Of Infectious Diseases [Internet]. 2016 [cited 2017 March 17]; 20(3): 267-271. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-86702016000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702016000300008)
4. Santos RP, Mariano LR, Takahashi LS, Erdmann MF. Prevalência de infecção hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva – Um estudo retrospectivo. Rev. Enferm. UFSM [Internet]. 2014 [cited 2018 July 03] 4(2): 410-418. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11233>
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Câmara técnica orientação fundamentada Nº 004/2015. Coleta de secreção traqueal para exame de cultura. Available from: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20004%20revis%C3%A3o.pdf>
6. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
7. Prefeitura de Fortaleza. Instituto Dr. José Frota. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/ijf>> Acesso em 22/05/2015.
8. Conselho Nacional de Saúde (BRASIL). Resolução 466 de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 25/05/2015.
9. Tosin MM, Moreira RV, Da Silva JX, Rolo Filho M. Análise microbiana de amostras de líquido traqueal em pacientes da UTI de um hospital público do DF Coletadas Por Enfermeiro. Revisa: Revista de divulgação científica Sena Aires. 2014. 3(2): 153-160.
10. Viana CD, Bragas LZT, Lazzari DD, Garcia CTF, Moura GMSS. Implantação da auditoria concorrente de enfermagem: um relato de experiência. Texto Contexto Enferm, 2016;25(1):e3250014.
11. Santana LC, Araújo TC. Análise da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários. Revista ACRED, 2016; 6(11):59-71.
12. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 0514 de 2016. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016\\_41295.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html)> Acesso em 03/07/2016.
13. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 557, DE 23 DE AGOSTO DE 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html). Acesso em 01/04/2018. Acesso em 01/04/2018.
14. Coffito. Acórdão nº 477, de 20 de maio de 2016. Dispõe sobre o papel do fisioterapeuta na coleta de secreção traqueal para cultura. Available from: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=5082>. Acesso em 01/04/2018.
15. Haghghat S, Yazdannik A. The practice of intensive care nurses using the closed suctioning system: An observational study. Iran J Nurs Midwifery Res. [Internet]. 2015 [cited 2018 July 10]; 20(5):619-625. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4598911/>
16. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução Nº 564, de 6 de novembro de 2017 aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em 01/04/2018.
17. Silva TG da, Santos RM, Crispim LMC, Almeida LMWS. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Enferm. Foco [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 06]; 7(1):24-27. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679/293>

# ESTADO DA QUESTÃO COMO MÉTODO DE PESQUISA PARA EVIDÊNCIA DO OBJETO EM ESTUDOS DA ENFERMAGEM

Roberlandia Evangelista Lopes<sup>1</sup>, Sílvia Maria Nóbrega-Therrien<sup>2</sup>, Maria de Irismar Almeida<sup>2</sup>

**Objetivo:** Incitar a reflexão acerca do Estado da Questão (EQ) como método de pesquisa para evidência do objeto em estudos da enfermagem. **Método:** é uma reflexão teórica sobre EQ, elaborada a partir de referencial bibliográfico específico e experiência da autora nessa produção em trabalhos científicos vinculados à enfermagem. O levantamento bibliográfico foi feito de forma manual, em acervos online, pessoais e bibliotecas. **Resultados:** são discutidos os domínios que o enfermeiro pesquisador deve possuir para elaboração e evidência do seu objeto de investigação, assim como caminhos e, conseqüentemente, suas implicações metodológicas nesse processo. **Conclusão:** o artigo conduz necessidade de o pesquisador explorar o EQ, assim como reforça atributos necessários e imprescindíveis na condução desse método.

**Descritores:** Enfermagem, Pesquisa, Método, Pesquisa em enfermagem.

## ESTADO DA QUESTÃO COMO MÉTODO DE PESQUISA PARA EVIDÊNCIA DO OBJETO EM ESTUDOS DA ENFERMAGEM

**Objective:** To stimulate the reflection about the State of the Question (EQ) as a research method for evidence of the object in nursing studies. **Method:** it is a theoretical reflection on EQ, elaborated from specific bibliographic reference and experience of the author in this production in scientific works linked to nursing. The bibliographic survey was done manually, in online collections, personal and libraries. **Results:** the domains that the nurse researcher must possess for the elaboration and evidence of their research object are discussed, as well as ways and, consequently, their methodological implications in this process. **Conclusion:** the article requires the researcher to explore the EQ, as well as reinforce necessary and indispensable attributes in the conduct of this method.

**Keywords:** Nursing, Search, Method, Nursing research.

## ESTADODELACUESTIÓNCOMOMÉTODODEINVESTIGACIÓNPARAEVIDENCIADELOBJETOENESTUDIOSDELAENFERMERÍA

**Objetivo:** Fomentar la reflexión sobre el estado de la materia (EQ) como método de investigación para la evidencia del objeto de los estudios de enfermería. **Método:** es una reflexión teórica sobre EQ, elaborado a partir de la referencia bibliográfica específica y la experiencia del autor en esta producción de artículos científicos relacionados con la enfermería. La revisión de la literatura se realizó manualmente, colecciones en línea, personal y bibliotecas. **Resultados:** analiza las áreas que el investigador enfermera debe poseer para el diseño y la evidencia de su objeto de investigación, así como las formas y por lo tanto sus implicaciones metodológicas en este proceso. **Conclusión:** El artículo lleva necesidad de que el investigador para explorar la ecualización, así como los atributos necesarios e indispensables refuerza en la realización de este método.

**Palabras clave:** Enfermería, Investigación, Método, La investigación de enfermeira.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Ceará-UECE. E-mail: roberlandialopes@hotmail.com..

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Ceará-UECE.

## INTRODUÇÃO

O Estado da Questão (EQ) é um método de pesquisa que evidencia as condições atuais na literatura científica sobre o objeto de investigação<sup>(1)</sup>. Dir-se-á que o EQ define o objeto específico de trabalho de conclusão de curso de graduação ou pós-graduação. Dentre as suas características, é pertinente discorrer que esse método intenta caracterizar o objeto, além de evidenciar as categorias centrais da abordagem teórica metodológica do estudo proposto. Essas, por sua vez, estão de acordo com os objetivos da pesquisa.

Então, imagine a seguinte situação: um aluno pesquisador parte para a construção do projeto inicial, seja graduação, dissertação e tese, com um objeto em mente, com inferências empíricas sobre o mesmo. E, a partir disso, inicia o capítulo do EQ. Esse se estrutura didaticamente em um texto apresentado em um item específico do trabalho de conclusão do curso<sup>1</sup>.

Mas, como iniciar? Sobre o ponto de partida na produção do EQ, Nóbrega-Therrien e Therrien<sup>1</sup> afirmam haver diversas possibilidades de se construir o texto. Por um lado, este será mais fácil de ser elaborado por aqueles que possuem as habilidades que envolvem a linguagem escrita, ou seja, aqueles que têm facilidade para escrever. Por outro lado, só essa habilidade não é tudo, precisa-se contar com os achados, dispor de um bom material devidamente fichado, com todas as referências que serão exigidas para as citações, seja no corpo do texto, seja para as notas de rodapé, ou até para os anexos.

É importante mencionar, também, que a flexibilidade na construção do EQ exige alguns atributos necessários para que se inicie a produção do capítulo do projeto de pesquisa, entre eles, sensibilidade, criatividade, desenvolvimento da análise crítica, tempo, dedicação, estratégias de organização para os dados, domínio na manipulação das bases de dados e, acima de tudo, entender que o caminho da escrita é específico para cada aluno pesquisador, cada um podendo traçar sua narrativa, conforme considera necessário para desenvolver a escrita.

Feitas as definições, características e atributos necessários para o desenvolvimento do EQ, particulariza-se a discussão para o campo da enfermagem, visto que a categoria tem ofertado cada vez mais uma demanda de pesquisadores aos programas de pós-graduação: Na Enfermagem, esse crescimento e visibilidade da pesquisa e conseqüentemente da produção científica no cenário nacional e internacional é resultado do crescimento da Pós-Graduação em Enfermagem na América Latina nos últimos anos, especialmente no cenário brasileiro<sup>2</sup>.

Então, entender o EQ e como ocorre seu desenvolvimento, pode dar aos pesquisadores da enfermagem a oportunidade de melhorar as questões diretamente ligadas ao seu tema

de investigação, implicando assim: no aprendizado, no amadurecimento, nos avanços e as novas descobertas das diferentes áreas do conhecimento.

Dito isto, sintetiza-se: o EQ é um método de pesquisa que ajuda o aluno/pesquisador a evidenciar seu objeto por meio das evidências científicas disponíveis, além de fazer surgir às categorias analíticas que poderão ser desenvolvidas nos trabalhos de conclusão do curso. Esse capítulo, parte do trabalho científico vinculado à graduação ou pós-graduação, necessita de sentido e sensibilidade, essas específicas a cada autor(a) que está em processo de (re) criação da narrativa. Até porque, os instrumentais técnicos, são importantes para um trabalho de qualidade, mas, também, é necessário um operário habilidoso e experiente para que com esses(instrumentos) possa obter resultados qualitativamente bons.

Assim, o objetivo desse artigo é incitar a reflexão acerca do Estado da Questão (EQ) como método de pesquisa para evidência do objeto em estudos da enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de reflexão o qual se fundamentou em, Nóbrega-Therrien e Therrien<sup>1</sup>, Sousa, Marques-Viera, Severino, Antunes<sup>6</sup> e Mendes, Silveira e Galvão<sup>7</sup>, além da percepção das autoras a respeito do assunto discutido. Destaca-se que as pesquisadoras desse ensaio teve o contato com esse método de pesquisa em 2014. Esse período foi marcado pela participação da mesma na disciplina EQ(40h) na construção de trabalhos científicos, pertencente ao Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Estadual do Ceará, ministrado pelos autores do referencial teórico adotado nesse texto, no caso, Nóbrega-Therrien e Therrien. Essa vivência permitiu a leitura mais aprofundada sobre o tema, além da imersão em diversas produções de EQ que vinham sendo desenvolvidas por alunos mestrands e doutorandos.

Erdemann, Peiter e Lazoni<sup>3</sup> afirmam que o processo de produção de conhecimento deve ser, integrado, dinâmico, contínuo e complementar. Essa construção coletiva, por meio da interação e troca de saberes entre os membros do Grupo de Pesquisa ou integrantes de diversos grupos, configura-se como um novo modo de produzir ciência.

Assim, o texto foi organizado em três partes: os domínios que o enfermeiro pesquisador precisa ter para desenvolver um EQ, os caminhos percorridos pelo enfermeiro pesquisador e a descrição de um EQ construído na área.

## OS DOMÍNIOS QUE O ENFERMEIRO PESQUISADOR PRECISA TER PARA DESENVOLVER UM EQ

Todo método de pesquisa, seja conhecido ou desconhecido, exige primariamente esse questionamento:

por onde começar? Quais os domínios necessários para que seja possível sua construção? Nóbrega-Therrien e Therrien(1) referem dois: o domínio conceitual e o domínio da literatura.

O pesquisador alcança o domínio da literatura quando é capaz de investigar uma extensiva e relevante literatura e, ao mesmo tempo, utilizá-la no desenvolvimento de análise e discussão de ideias. O domínio conceitual é alcançado quando há capacidade de organizar, com coerência, perspectivas ou teorias relevantes para interpretar e explorar seu tema de estudo e acrescentar a esse uma análise crítica<sup>1</sup>.

Porém, a experiência de construção do EQ em pesquisas da enfermagem exigiu, para além desses domínios, ora referidos, entre eles: conhecimento para manipulação de bases de dados online, assim como nos descritores em saúde.

A disponibilidade e oferta de materiais informacionais como as bases de dados em ambientes virtuais acessadas por meio de interfaces online se configura em uma realidade nas universidades brasileiras e tem como uma das iniciativas pioneiras, o Portal de Periódicos da Capes<sup>4</sup>.

A utilização de bases de dados nas pesquisas em saúde tem sido cada vez mais explorada e, por vezes, até incentivadas. Porém, é pertinente alertar, que as bases de dados selecionadas devem conter assuntos relacionados com o tema pesquisado. Assim, não é qualquer base de dados que irá compor o campo de busca das minhas informações do EQ e, sim aquelas que se fazem pertinente cientificamente para revelar o fenômeno pesquisado.

No capítulo sobre o EQ, portanto, o pesquisador enfermeiro deve munir-se de todos esses domínios para que haja uma contribuição original a respeito do seu problema de investigação.

## OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELO ENFERMEIRO PESQUISADOR NA CONSTRUÇÃO DO EQ

Até aqui, ancorado no referencial teórico<sup>1,6,7</sup> se encontram pistas de como caminhar para elaboração do EQ: “Estes e outros critérios, que são subjetivos, definem por onde ele vai começar”. (1:10) Mas, como de fato fazer o EQ? A ansiedade por caminhos mais claramente definidos e que pudessem contribuir para esse andar na construção do EQ, direcionou a necessidade de recorrer a algumas etapas da Revisão integrativa (RI) proposta por Mendes, Silveira e Galvão<sup>7</sup>.

Mesmo não sendo objetivo desse texto discorrer sobre esse método (RI), é interessante frisar a distinção central entre esse e o EQ. A primeira trata-se de uma revisão na literatura, que irá evidenciar o objeto de pesquisa; já a segunda faz a análise das pesquisas para fins de subsidiar a prática baseada em evidência.

Feito isso, se detalha as fases que foram emprestadas da RI na construção do EQ: a escolha e definição do tema,

a definição dos objetivos primários e a questão de pesquisa (representam o primeiro passo da RI) são partes fundantes para se começar as palavras iniciais dessa narrativa. Para se dar sequência ao caminho até as informações encontradas e que são pertinentes ao tema que se busca, se faz necessário definir os descritores em saúde (DeCS) e, nesse ponto, é crucial se entender que na saúde, área da enfermagem, este vocabulário tem como finalidade principal servir como uma linguagem única para indexação.

Uma vez verificada a validade desses descritores, o pesquisador deve selecionar as bases de dados que respondem aos objetivos e tema de escolha. Essas bases podem ser manuais (livrarias públicas, pessoais ou públicas) ou online. De posse da base que lhe fornecerá os dados brutos do seu EQ, o enfermeiro pesquisador necessitará domínio para manipular a mesma, em especial, as online e, dentre eles, o uso de operadores de busca. Para a realização do levantamento bibliográfico em bases de dados, são utilizados os operadores booleanos AND, OR e NOT e outras técnicas como a truncagem de palavras, com a finalidade de facilitar o processo de busca e seleção da informação desejada. “O que pode constituir-se em algo salutar na medida em que amplia e enriquece as possibilidades metodológicas nesse campo do saber”(5:134).

Existe também a opção do uso de filtros, entre os mais comuns: tempo (pesquisas antigas e novas), território da publicação, língua em que o material foi produzido e QUALIS. Lembre-se que a escolha desses filtros não pode ser aleatória, mas sim baseada nas justificativas científicas que a pesquisa demanda. Assim, se um pesquisador demarca o tempo como filtro, por exemplo, ele necessitará de uma justificativa que atenda o seu objeto e não selecionar a janela cronológica que lhe for conveniente.

Ainda, recorrendo às etapas da RI, é interessante utilizar no EQ os critérios de inclusão e exclusão. Esse procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão.(6,7) Assim, se têm um número mais reduzido de pesquisas encontradas e definição dos estudos que são pesquisados. Dir-se-ia em uma linguagem mais rebuscada, que o pesquisador ‘jogou uma rede em rio’ e ao recolhê-la veio tudo na rede. Então, ele deve separar o que lhe serve e o que não lhe serve, mas para tal, necessita de argumentos científicos, pertinentes aos seus objetivos para realizar uma seleção apurada desse material.

Logo, seguindo essa sinuosa estrada, chega-se a um número de materiais. Bruto. Ele precisa ser lapidado, organizado e analisado de forma criteriosa. Assim, mais nitidez sobre o caminho percorrido e, com a coleta das informações,

o estudante pesquisador deve escolher o que pode ser utilizado na elaboração do EQ e o que provavelmente servirá para ser mais explorado e utilizado nas discussões e análises teóricas, que serão realizadas nos capítulos posteriores do trabalho de investigação.

A fase de organização dos dados é muito singular; em geral, se orienta a construção de quadros, imagens e tabelas para que, de forma didática, seja possível a observação mais clara dos mesmos. Ainda, é pertinente a realização da caracterização dos estudos selecionados ou mapeados, como por exemplo: periódico que mais publicou, ano em que mais houve publicação, região em que mais se publica, entre outros. O enfermeiro pesquisador deve se questionar qual a relevância dessa variável para o objeto em questão.

O passo seguinte se trata da leitura minuciosa, do fichamento, do uso do marca texto, da construção de fluxogramas relacionais que encadeiem as ideias e atendam as demandas exaltadas pelo objeto em questão, assim como a análise crítica das informações. Nóbrega-Therrien e Therrien<sup>1</sup> chamam essa fase de composição do argumento. Segundo os autores, esse momento depende principalmente da documentação coletada e, também, da capacidade do estudante/pesquisador de articular esta documentação com sentido, coerência, ideias, conceitos ou teorias, avaliando-as e acrescentando uma análise crítica, sem menosprezar a intuição, a sensibilidade e a criatividade que os resultados finais da investigação deverão referendar ou não.

Com isto, e apoiando-se, ainda, em, Therrien<sup>1</sup>, Sousa, Marques-Viera, Severino, Antunes<sup>6</sup> e Mendes, Silveira e Galvão<sup>7</sup>, a tarefa não parece fácil, mas de posse de todas as demais qualidades já referidas anteriormente, o estudante/pesquisador pode elaborar o texto, dar forma e escrever o estado da questão.

### VIVENCIANDO A CONSTRUÇÃO DO ESTADO DA QUESTÃO: NARRATIVA DE UMA PRODUÇÃO DA ENFERMAGEM

Essa sessão surge para apresentar a experiência na construção de EQ da pesquisadora desse artigo. Esse capítulo faz parte da sua tese doutoral, ainda em desenvolvimento, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Educação da UECE. O tema de escolha foi: o impacto da lei nº. 775 de 1949 na formação da Enfermeira. A narrativa foi traçada em analogia ao clássico da literatura infantil João e Maria. Ele (clássico) apresentou a demarcação de um caminho, no caso deles (das crianças), do caminho de volta para casa; no caso deste EQ, a trajetória que conduziu para o processo de elucidação do objeto proposto. A questão de pesquisa foi: O que revelam os estudos sobre o impacto da lei 775 de 1949?

Os descritores em saúde utilizados foram: educação em enfermagem, educação técnica em enfermagem, enfermeiros

e papel do profissional de enfermagem. As bases de dados selecionadas foram: Biblioteca Virtual de saúde (BVS), Bases de dados de Enfermagem (BDENF), Banco de teses e dissertações da CAPES e o acervo pessoal sobre a temática, o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem-(CEPEn) e a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn). Como critério de inclusão, optou-se por estudos que atendessem a cronologia de 1949 até tempos atuais, e que tratassem da realidade brasileira. Apareceram as seguintes variáveis: ano que mais se publicou e categoria mais contemplada, ou seja, auxiliar de enfermagem e enfermeira.

Com isso, foi possível trabalhar com 46 obras. A composição do argumento ocorreu sobre 2 temáticas centrais: motivos que contribuíram para a promulgação da Lei n.775 e a existência de um novo membro: consequências para a formação da enfermeira. O confronto crítico com os autores das 46 obras, olhares diversos sobre o fenômeno fizeram parte desse momento. Só assim foi possível clarear e delimitar a contribuição original da tese doutoral proposta no campo científico da enfermagem.

Ao final da construção desse EQ, foi possível terminar a análise das produções textuais com a possibilidade de recomeço, uma vez que o objeto de investigação ficou mais definido. Entre as constatações, se pode inferir que não havia obras tratando diretamente da temática investigada, reforçando a pertinência e originalidade deste objeto. Também com o EQ, algumas categorias foram sinalizadas, entre elas: Legislação em enfermagem: atos normativos do ensino.

A demarcação do tempo histórico em que a pesquisa será desenvolvida, também foi fruto das leituras das obras mapeadas no EQ. Assim, optou-se pelo ano de 1949, ano que saiu a lei nº. 775 de 1949 e o marco final 1961, ano que instituiu a última lei da enfermagem com seus respectivos profissionais, antes da inserção do Técnico de enfermagem.

Assim, redimensionou-se o objetivo da tese: analisar as consequências da lei nº. 775 de 1949 na formação da Enfermeira Cearense EESVP, no período de 1949 a 1961. Para encerrar o EQ, retomou-se a analogia da história de João e Maria, afirmando que ao seguir as migalhas por meio de João e Maria, a pesquisadora da tese foi conduzida a um caminho mais sólido para reformulação do objeto de investigação; fato esperado quando se desenvolve um EQ.

### CONCLUSÃO

Essa última sessão, das considerações finais, não trata mais de resgatar os achados desse ensaio reflexivo, até por que acima já foi feito isso. Ela objetiva gerar reflexões para que possam despertar o interesse dos demais pesquisadores enfermeiros em aprofundar a temática, de discutir e (re) discutir essas informações.



Assim, como demonstra que esse método de pesquisa na área da enfermagem parte de uma concepção inovadora, uma vez que se vê pouca produção sobre esse assunto no país:

Há de referir, também, que o caminho proposto acima para a condução do EQ não é uma 'formula mágica' única a ser seguida. Ela demonstra um modo de caminhar. O formato e os meios de condução desse caminho partirão muito do condutor. Uns podem ser bem mais habilidosos em relação a outros, atributos inerentes ao status de pesquisador e, mais que isso, da sua experiência de pesquisar e ler.

Isso dito acima remete ao pensamento de Santos, Anjos e Almeida: (8:259) : "Educar em prol da pesquisa é complexo, exige dedicação e responsabilidade[...] que precisam ter pensamentos reflexivos para trabalharem com as informações e atuarem como construtores e reconstrutores de conhecimentos".

## REFERÊNCIAS

1. Nóbrega-Therrien SM, Therrien J. Trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. EAE [Internet]. 2004 Dec [cited 2017 Jan 15]; 15(30): 5-16. Available from: <http://www.foc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1203/1203.pdf>
2. Sílvia, RS. Pós-graduação e a pesquisa em enfermagem na América Latina: avanços e desafios. Revista Cuidart [Internet]. 2015 Jun [cited 2018 Jun 1]; 6(2):1019-21. Available from: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/307/458>
3. Erdmann, AL, Peiter, CC, Lazoni, GMM. Grupos de pesquisas em enfermagem no Brasil: comparação dos perfis de 2006 e 2016. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 Jun [cited 2018 Jun 1]; 38(2):269051. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-r-genf-1983-144720170269051.pdf>
4. Mendes, SO, Pereira MRS, Ziviani, F. Aquisição e disponibilização das bases de dados das Universidades Federais brasileiras. Biblionline [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 Jan 11]; 11(2):160-162. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/biblio/article/download/26702/15186>
5. Camboim, LG, Bezerra, EP, Guimarães, IJB. Pesquisando na Internet: uma análise sobre metodologias utilizadas em dissertações de mestrado do programa de pós-graduação em ciência da informação na UFPB. Biblionline [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 Jan 11]; 11(2):123-134. Available from: [periodicos.ufpb.br/index.php/biblio/article/download/26702/15186](http://periodicos.ufpb.br/index.php/biblio/article/download/26702/15186)
6. Sousa, LMM, Marques-Viera, CMAM, Severino, SSP, Antunes, AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Rev. Invest. Enferm [Internet]. 2017 Nov [cited 2018 Jan 11]; 1(1):17-26. Available from: [https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1149/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa\\_RIE21\\_17-26.pdf](https://repositorio-cientifico.uatlantica.pt/bitstream/10884/1149/1/Metodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf)
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008 Oct./Dec [cited 2017 Jan 13]; 17(4):758-764. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)
8. Santos, VC, Anjos, KF, Almeida, OS. Iniciação Científica a partir de Estudantes de Enfermagem. R bras ci Saúde [Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Jan 13]; 19(4): 255-260. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>.

# RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS EM CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR

Camila Soares Teixeira<sup>1</sup>, Valdelize Elvas Pinheiro<sup>2</sup>, Iracema da Silva Nogueira<sup>2</sup>

**Objetivo:** descrever os resultados maternos e neonatais da assistência no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar da Maternidade Balbina Mestrinho em Manaus. **Método:** pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem quantitativa, onde realizou-se a análise de 378 (74,85%) prontuários de partos assistidos entre setembro de 2014 a 2016. **Resultados:** A maioria das parturientes (50,79%) era jovem, entre 18 e 25 anos e multiparas (74,86%), permaneceram em média 03 horas e 14 minutos em trabalho de parto e acompanhadas (97,35%). Obteve-se uma taxa de episiotomia de 8,46% e laceração perineal de 52,37% predominando as de primeiro grau (38,62%). A maioria dos recém-nascidos permaneceu em contato pele a pele (86,60%) e foi realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical (77,78%). A média do Apgar no primeiro minuto fora de 8,72 e no quinto minuto 9,76. **Conclusões:** Os resultados condizem com o que preconiza o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde.

**Descritores:** enfermagem obstétrica; parto humanizado; políticas públicas de saúde

## MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES AT THE IN-HOSPITAL BIRTH CENTER

**Objective:** to describe the maternal and neonatal outcomes of the care provided at the In-hospital birth center. **Method:** an exploratory, descriptive study with quantitative approach where the analysis of 378 (74,85%) birth assisted medical records was performed from September 2014 to September 2016. **Results:** the majority of parturients (50,79%) was young, between 18 and 25 years old and multiparas (74,86%). The result obtained was an episiotomy rate of 8,46% and 52,37% of perineal laceration, predominating the first degree lacerations. The majority of newborns remains in skin-to-kin (86,60%) and was made the late clamping umbilical cord (77,78%). The average of Apgar's rate was 8,72 in the first minute and 9,76 in the fifth. **Conclusion:** The results meet the guidelines adopted by the Ministry of Health and the World Health Organization.

**Descriptors:** obstetric nursing; humanizing delivery; public health policies

## RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN CENTRO DE PARTO NORMAL INTRAHOSPITALARIO

**Objetivo:** describir los resultados maternos y neonatales de cuidados en el Centro de Parto Normal Intrahospitalario de la Maternidad Balbina Mestrinho en Manaus. **Método:** estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cuantitativo, que llevó a cabo el análisis de 378 (74,85%) de los nacimientos asistidos, registros a partir de septiembre de 2014 y 2016. **Resultados:** La mayoría de las madres (50,79%) eran joven entre 18 y 25 años de edad y multiparas (74,86%) eran, en promedio, 03 horas y 14 minutos y seguido de trabajo de parto acompañadas (97,35%). Obtenido como una tasa de episiotomías de 8,46% y 52,37% laceración perineal el predominio de primer grado (38,62%). La mayoría de los recién nacidos se mantuvieron en contacto con la piel (86,60%) y se llevó a cabo a finales de sujeción del cordón umbilical (77,78%). El promedio de Apgar en el primer minuto fuera de 8,72 y 9,76 en el quinto minuto. **Conclusiones:** Los resultados son consistentes con la recomendada por el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud.

**Descritores:** enfermería obstétrica; parto humanizado; las políticas de salud pública

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. E-mail: cst.enfg@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Amazonas - UEA.

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, no âmbito da reformulação da assistência ao parto e da busca pela diminuição das intervenções e cesarianas, promoveu no Sistema Único de Saúde, a criação dos Centros de Parto Normal (CPN)<sup>1,2</sup>.

Os CPN foram instituídos para garantir a condução fisiológica do trabalho de parto e partos normais sem distócia por enfermeiros obstétricos. Possuem equipe de retaguarda, composta por médicos obstetra, anestesista e pediatra, que atuam apenas se houver necessidade ou solicitação da equipe do CPN. Localizam-se como unidade intra-hospitalar ou nas imediações de uma maternidade de referência<sup>1</sup>.

Buscando evitar as intervenções desnecessárias ao processo fisiológico, faz-se uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, criadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de classificar as práticas assistenciais realizadas como úteis, recomendadas ou não recomendadas pela OMS. Dentre as práticas recomendadas estão: liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor. Observou-se que modelos intervencionistas nesse processo fisiológico apresentam resultados maternos e neonatais adversos e as mulheres mostram-se insatisfeitas com tais procedimentos<sup>3</sup>.

Outra estratégia para humanização do parto foi a criação da Rede Cegonha, que visa garantir à mulher o direito a um planejamento reprodutivo de qualidade, e a atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério. Buscando a redução da mortalidade, a reestruturação e modernização da rede assistencial à saúde materno-infantil<sup>4</sup>.

Estudar a implementação e atuação dos CPN é essencial para o desenvolvimento da Rede Cegonha em Manaus, bem como para a evolução das técnicas de humanização do pré-parto, parto e puerpério.

Objetivou-se descrever os resultados maternos e neonatais no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar de uma maternidade pública em Manaus.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa com coleta de dados retrospectiva, desenvolvido em Manaus, no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNIh) da Maternidade Balbina Mestrinho (MBM), centro de referência na atenção à gestação de alto risco, inaugurada em 1961, e reformada na década de 1990.

Quanto a evolução perante as políticas públicas, em 2002 a Maternidade foi contemplada com o Programa Mãe Canguru, em 2005 tornou-se "Hospital Amigo da Criança", e então, em 2014 inaugurou-se o CPNIh.

O CPNIh é composto por três suítes, equipadas com

camas PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e berços aquecidos para recepção do recém-nascido e 01 alojamento conjunto, composto por 03 camas hospitalares. A equipe é composta por 02 enfermeiras obstétricas e 02 técnicos de enfermagem, há colaboração complementar, quando necessário, de um médico pediatra e um médico obstetra. O local também atua como campo de estágio de enfermeiros residentes em enfermagem obstétrica, vinculados aos programas de residência em enfermagem das Universidades Federal e Estadual do Amazonas.

A população do estudo contemplou os prontuários de gestantes atendidas no CPNIh da MBM, totalizando 505 prontuários. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: prontuários de gestantes atendidas no CPNIh entre setembro de 2014 até setembro de 2016 e prontuários com registros legíveis e sem rasuras, excluindo-se prontuários ilegíveis e de mulheres de etnia indígena. Buscou-se constituir-se uma amostra representativa para garantir generalização dos resultados e o entendimento das boas práticas preconizadas. Dessa forma, a amostra constituiu-se de 378 (74,85%) prontuários.

Ressalta-se que houve perda de prontuários por conta de inadequação de armazenamento e de registro referente ao local de parto.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu em um formulário elaborado pelas pesquisadoras, contemplando: dados sociodemográficos, características obstétricas e dados específicos do trabalho de parto, parto e pós-parto.

Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva, através da frequência absoluta e relativa das variáveis, classificando-as em suas respectivas categorias e discutidas através dos achados de estudos nacionais e internacionais. Também fora realizado a média aritmética do número de consultas pré-natais, contidas na caderneta da gestante das parturientes.

Por se tratar de pesquisa em prontuários de seres humanos, a referida pesquisa atendeu as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde(5). Inicialmente, solicitou-se a autorização da Secretaria de Estado da Saúde, para fins de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, sendo aprovado mediante o parecer CAAE: 55450716.6.0000.5016. As autoras declaram que não há conflitos de interesse neste estudo.

## RESULTADOS

Observou-se que entre as 378 mulheres atendidas, 50,79% (192) estavam na faixa etária de 18 a 25 anos, e apenas 5,29% (20) tinham mais de 35 anos. Em relação a escolaridade, 28,57% (108) mulheres haviam completado o ensino médio,

não houve registro de nenhuma parturiente analfabeta. Quanto ao estado civil, houve predominância das solteiras (56,35%; 213).

Observa-se na tabela 1 as características obstétricas das parturientes, cerca de 24,60% (93) eram primíparas, sendo o maior percentual (27,51%; 104) apresentado por aquelas que estavam na segunda gestação, a média de consultas pré-natais foram 6,43 consultas. A idade gestacional mais frequente (61,64%; 233) foi entre 39 semanas e 39 semanas e 6 dias.

**Tabela 1** - Características obstétricas das parturientes. Centro de Parto Normal Intra-hospitalar. Manaus. 2014 - 2016.

| Variáveis                   |            |                |
|-----------------------------|------------|----------------|
| PARIDADE                    | Frequência | %              |
| 2 a 4 partos anteriores     | 244        | 64,55%         |
| Primípara                   | 93         | 24,60%         |
| 5 ou mais partos anteriores | 39         | 10,32%         |
| Sem Informação              | 2          | 0,53%          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>378</b> | <b>100,00%</b> |
| CONSULTAS DE PRÉ-NATAL      |            |                |
|                             | Frequência | %              |
| 7 ou mais consultas         | 183        | 48,42%         |
| 5 a 6 consultas             | 120        | 31,75%         |
| 3 a 4 consultas             | 50         | 13,22%         |
| 1 a 2 consultas             | 16         | 4,23%          |
| Sem Informação              | 9          | 2,38%          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>378</b> | <b>100,00%</b> |
| IDADE GESTACIONAL           |            |                |
|                             | Frequência | %              |
| 39 - 40s6d                  | 233        | 61,64%         |
| 37 - 38s6d                  | 135        | 35,71%         |
| ≤ 41sem                     | 10         | 2,65%          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>378</b> | <b>100,00%</b> |

Sobre os acompanhantes, os companheiros foram maioria em 42,33% (160) dos atendimentos, apenas 1,06% (4) parturientes estavam desacompanhadas durante o trabalho de parto. Quanto ao período expulsivo e pós-parto, 97,35% (368) das pacientes estavam acompanhadas.

A respeito do exame de rotina para detecção de sífilis, a maioria (96,56%; 365) das parturientes apresentou resultado negativo. Entretanto, 8 pacientes apresentaram resultado positivo, e em 0,79% (3) prontuários não foi encontrado registro sobre o exame.

Recomenda-se a abertura do partograma no momento de internação da parturiente, 68,78% (260) destas foram

acompanhadas por meio deste instrumento.

Como pode ser visto na tabela 2, a bola suíça foi o método mais utilizado (58,73%; 222) como exercício de auxílio para progressão do parto e conforto. Observou-se que 15,87% (60) das parturientes não utilizou nenhum exercício para progressão do parto.

**Tabela 2** - Boas Práticas de relaxamento e conforto das parturientes. Centro de Parto Normal Intra-hospitalar. Manaus. 2014-2016.

| Variáveis      |            |        |
|----------------|------------|--------|
| Método         | Frequência | %      |
| Bola Suíça     | 222        | 58,73% |
| Cavalinho      | 205        | 54,23% |
| Banho Morno    | 180        | 47,62% |
| Escada de Ling | 172        | 45,50% |
| Deambulação    | 68         | 17,99% |
| Não utilizou   | 60         | 15,87% |
| Outro          | 23         | 6,08%  |
| Massagem       | 10         | 2,65%  |

Quanto a posição durante o período expulsivo, a maioria (58,20%; 220) adotou a posição semideitada, seguido da posição de cócoras (17,72%; 67). Na associação entre lacerações e posição adotada, observou-se que a maioria dos partos em posição semideitada (108; 60,67%) não resultou em lacerações. Enquanto que 37,10% (82) resultaram em laceração de primeiro grau. Das 19 vezes que a banqueta fora utilizada no período expulsivo, 7 vezes houve laceração de grau 2, correspondendo a 36,84%.

Não houve laceração perineal em 47,09% (178) das parturientes, como demonstra a tabela 3. A laceração mais frequente foi a de primeiro grau (38,62%; 146). Sobre a realização da episiotomia, 90,74% (343) das parturientes não fora exposta a esse procedimento. Na relação entre episiotomia e número de gestas, observou-se maior frequência de episiotomia em primigestas (84,37%; 27).

**Tabela 3** - Condições perineais. Centro de Parto Normal Intra-hospitalar. Manaus. 2014-2016

| Variáveis       |            |        |
|-----------------|------------|--------|
| Episiotomia     | Frequência | %      |
| Sem episiotomia | 343        | 90,74% |
| Médio-lateral   | 25         | 6,61%  |
| Mediana         | 7          | 1,85%  |

| Sem Informação | 3          | 0,79%  |
|----------------|------------|--------|
| Laceração      | Frequência | %      |
| Sem lacerações | 178        | 47,09% |
| Grau 1         | 146        | 38,62% |
| Grau 2         | 49         | 12,96% |
| Grau 3         | 3          | 0,79%  |
| Sem Informação | 2          | 0,53%  |

Não houve intercorrências durante a assistência, em 30,42% (115) dos partos. Entretanto em 59,79% (226) dos prontuários, essa informação não estava registrada. Houve 01 caso de hemorragia pós-parto e prolapso de cordão e 03 casos de retenção placentária. As parturientes permaneceram em média 03 horas e 24 minutos em trabalho de parto.

Verificou-se que a maioria dos recém-nascidos (81,22%; 307) permaneceu em contato pele a pele e fora realizado o corte tardio (58,47%; 221), porém, não se especificou o tempo de contato e para realização do corte.

Em relação aos RNS, houve leve predominância do sexo feminino 52,12% (197), e peso médio de 3188,33 Kg. Observou-se no primeiro minuto uma média do Índice de Apgar de 8,72 e sobre o quinto minuto de vida, predominou (91,53%; 346) o índice 10, sendo a média de 9,76.

Sobre a continuidade assistencial aos recém-nascidos, 96,30% (364) dos RNs permaneceram em alojamento conjunto, apresentando desfecho favorável, enquanto 3,44% (13) foram encaminhados para a observação neonatal, por motivos como desconforto respiratório e necessidade do uso de medicações.

Dos 378 partos 98,68% (373) foram assistidos por Enfermeiras (os) obstétricas (as) e em 1,32% (05) houve a interação com o profissional médico durante o período expulsivo.

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que o perfil sociodemográfico das gestantes assistidas no referido CPNIH é semelhante ao encontrado em outros estudos envolvendo CPN e Casas de Parto, em que a maioria das parturientes são adultas jovens, entre 18 a 25 anos<sup>3,6-8</sup>.

O perfil obstétrico das parturientes vai de encontro com o relatado na literatura, uma vez que diversos estudos apresentam as multiparas como maior percentual assistido nos CPN (3,6,8), já a média de consultas pré-natais assemelha-se ao encontrado em estudo paulista, em que 87,3%<sup>9,4,2</sup> das parturientes realizaram 6 ou mais consultas<sup>9</sup>. O Ministério da Saúde, recomenda no mínimo 06 consultas de pré-natal, para o alcance de uma assistência de qualidade, com realização de exames e orientações para condução da gestação, parto e

puerpério<sup>10</sup>.

Apesar da resistência e das dificuldades de implantação da Lei nº11.108, a maioria das parturientes estava acompanhada durante o trabalho de parto e parto<sup>11</sup>.

Sobre os exames para detecção de sífilis, a medida é uma estratégia da Rede Cegonha, para auxiliar a detecção e prevenção da transmissão vertical<sup>4,12</sup>. O Norte é a terceira região brasileira com maior incidência de sífilis congênita<sup>12</sup>, fato preocupante uma vez que relaciona-se com altos índices de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

A instituição apresenta boa adesão ao partograma, recomendado pela Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, ressalta-se que linhas de ação antes de 04 horas de trabalho de parto podem aumentar intervenções obstétricas sem benefícios para o binômio<sup>13</sup>.

A utilização de recursos que auxiliem na promoção do conforto e alívio da dor mostram-se eficientes em CPN e Casas de Parto, compondo a categoria A de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, recomendadas pela OMS<sup>13-14</sup>. Observou-se, nesta amostra, predominância da posição semideitada (58,73%), entretanto, em estudo conduzido no Distrito Federal, a mesma posição fora adotada por apenas 33,5% das parturientes<sup>15</sup>.

Evidências científicas<sup>13</sup>, demonstram que o uso de posição vertical ou lateralizada quando comparadas as posições convencionais (supina ou litotômica) está associada a redução de aproximadamente 4,29 minutos na duração do segundo período do trabalho de parto, beneficiando a vitalidade fetal.

Os índices de laceração perineal de primeiro grau e perineo íntegro encontrados neste estudo (85,71%) foram maiores que os de outros estudos, que encontraram valores acima de 70% e 66,8% (3,9). A maior frequência de realização de episiotomia em primigestas (84,37%; 27), também fora relatado em outros estudos<sup>9,16</sup>.

Diretrizes recentes não recomendam a realização de episiotomia de rotina, pois não há proteção ao assoalho pélvico sendo os riscos de complicações como dispaurenia, edema, deiscência e infecção mais evidentes<sup>13</sup>.

O Ministério da Saúde orienta a realização do contato pele a pele após o nascimento, estimulando o aleitamento materno e evitando a separação do binômio na primeira hora, vale ressaltar que tal medida também auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto<sup>13</sup>.

A realização do clampeamento tardio do cordão umbilical é recomendado<sup>13</sup>, buscando aumentar os níveis de hemoglobina, através da promoção de maior transfusão placentária, evitando a deficiência de ferro na primeira infância(17-18).

Quanto ao índice de Ápgar, estudos<sup>3,9</sup> identificaram que entre 99,2% e 99,9% dos recém-nascidos apresentaram Apgar



>7 no primeiro minuto e 100% no quinto minuto. Os índices de transferências neonatais encontrados são levemente superiores aos resultados de outros estudos, que apresentam 1,4% e 2% de percentual de transferência em CPN e Casas de Parto<sup>3,9</sup>.

O atendimento ao parto de baixo risco é previsto pela Lei do exercício da enfermagem, que atribui ao enfermeiro o acompanhamento da evolução e execução do parto sem distância e dos cuidados puerperais. Assegura-se uma equipe de retaguarda, que prestará pronto atendimento caso o CPN encaminhe ou solicite atendimento<sup>2,19-20</sup>.

Algumas limitações observadas no presente estudo, dizem respeito ao preenchimento incompleto dos prontuários. O correto registro facilita a realização de pesquisas que posteriormente subsidiarão a adoção de novas políticas de saúde. Outra limitação encontrada, fora a escassez de estudos recentes realizados em CPN no Brasil, e principalmente na região Norte, dificultando a ampla discussão acerca dos resultados encontrados.

## CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que as práticas assistenciais do referido CPNIh são conduzidas de acordo com as diretrizes de assistência ao parto normal e com as políticas de humanização do parto e nascimento. Dessa forma, constantemente busca-se o respeito à dignidade feminina e ao bem-estar do binômio.

Considerando estudos nacionais e alguns internacionais, os resultados maternos e neonatais do CPNIh, não discordam dos resultados apontados, apresentando desfechos favoráveis para as parturientes de baixo risco. Tais resultados devem incentivar a continuidade de pesquisas nos CPN da região norte, sendo de suma importância caracterizar essa assistência para a obtenção de resultados mais conclusivos, pois a melhoria da qualidade da assistência ao binômio mãe e filho está diretamente relacionada às evidências científicas.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº.11 de 7 de Janeiro de 2015. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília-DF; 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº.11 de 7 de Janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015.
3. Lobo SF, de Oliveira SMJV, Schneck CA, da Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(3):812-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459 de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
6. Pereira ALDF, Lima TRL De, Schroeter MS, Gouveia MDSF, Nascimento SD Do. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Abr 10];17(1):17-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/03.pdf>
7. Pereira ALF, Nicácio MC. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. *Revista de Enfermagem da UFSM* [Internet]. 2014 [cited 2017 Abr 10]; 4(3): 546-55. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/13268/pdf>.
8. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, De Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):77-86.
9. Silva FMB da, Paixão TCR da, Oliveira SMJV de, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2013;47(5):1031-8.
10. Brasil. Ministério Da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
11. Brasil. Lei n.11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2005.
12. Domingues RMSM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(6):1-12.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
14. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa [Internet]. 2014 [cited 2017 Abr 10];18(2):505-12. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>.
15. Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. *Rev Enferm UFPE on-line* [Internet]. 2017 [cited 2017 Abr 10]; 11 (Supl.2): 932-40. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>.
16. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotmia, Laceração e Integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [cited 2017 Abr 10]; 19(1):77-83. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>.
17. Vain NE. Em tempo: como e quando deve ser feito o clameamento do cordão umbilical: será que realmente importa? *Rev Paul Pediatr. Associação de Pediatria de São Paulo*; 2015;33(3):258-9.
18. Chaparro CM. Timing of umbilical cord clamping: Effect on iron endowment of the newborn and later iron status. *Nutr Rev*. [Internet]. 2011 [cited 2017 Abr 10]; 69(Suppl. 1):31-36. DOI: 10.1111/j.1753-4887.2011.00430.x
19. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília-DF; 1986.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília-DF; 2010.

## ARTIGO 15

# PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS MANAUARAS FRENTE À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PREPARO DO TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO

Francisco Railson Bispo de Barros<sup>1</sup>, Luara Maia Accioly<sup>2</sup>, Wanessa Fernanda Machado de Freitas<sup>3</sup>, Luciana Lazameth Andrade<sup>4</sup>, Bruna Karoline Carvalho da Silva<sup>5</sup>, Rogério Olmedija Araújo<sup>6</sup>

**Objetivo:** analisar a assistência oferecida por enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e parto sob a ótica da puérpera. **Metodologia:** trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório de abordagem mista. Os dados foram coletados por meio de um questionário semiestruturado. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para tratamento dos dados. **Resultados:** os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2015 com 83 puérperas internadas no Alojamento Conjunto. Observou-se que 49,4% possuíam idade de 18 a 25 anos, 47% em união estável, 79,5 eram multiparas, 88% eram pardas, 34% tinham o ensino médio completo e 60% moravam em casa ou apartamento com cônjuge e/ou filhos. **Conclusão:** apesar de as entrevistadas terem recebido assistência de qualidade e humana, se faz necessário refletir sobre o aprimoramento do processo de trabalho para garantir a continuidade do cuidado.

**Descritores:** Enfermagem Obstétrica, Parto Humanizado, Parto Normal, Percepção.

### PERCEPTION OF PUERPERAL MOTHERS BEFORE NURSING CARE IN THE PREPARATION OF LABOR AND DELIVERY

**Objective:** to analyze the assistance offered by obstetrical nurses during labor and delivery from the perspective of the puerpera. **Methodology:** this is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach. Data were collected through a semi-structured questionnaire. Bardin content analysis was used for data treatment. **Results:** Data were collected from August to September 2015 with 83 puerperae hospitalized in the Joint Accommodation. It was observed that 49.4% were 18 to 25 years old, 47% were in a stable union, 79.5 were multiparous, 88% were brown, 34% had completed high school and 60% lived in a house or apartment with a spouse and / or children. **Conclusion:** Although the interviewees received quality and human assistance, it is necessary to reflect on the improvement of the work process to ensure continuity of care.

**Descriptors:** Obstetric Nursing, Humanized Birth, Normal Labor, Perception.

### LA PERCEPCIÓN DE MANAUARAS MADRES FRENTE A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL PARTO Y EL NACIMIENTO

**Objetivo:** analizar la asistencia ofrecida por enfermeras obstetras durante el trabajo de parto y parto bajo la óptica de la puérpera. **Metodología:** se trata de un estudio del tipo descriptivo y exploratorio de enfoque cuantitativo. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario semiestruturado. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin para el tratamiento de los datos. **Resultados:** los datos fueron recolectados en el período de agosto a septiembre de 2015 con 83 puérperas internadas en el Alojamiento Conjunto. Se observó que el 49,4% tenía edad de 18 a 25 años, el 47% en unión estable, 79,5 eran multiparas, el 88% eran pardas, el 34% tenía la enseñanza media completa y el 60% vivían en casa o apartamento con cónyuge y / o hijos. **Conclusión:** a pesar de que las encuestadas han recibido asistencia de calidad y humana, se hace necesario reflexionar sobre el perfeccionamiento del proceso de trabajo para garantizar la continuidad del cuidado.

**Descriptoros:** Obstétrica, Parto Humanizado, parto normal, Percepción.

<sup>1</sup>Fundação de Medicina Tropical. Email: raylsonbarros@hotmail.com

<sup>2</sup>Centro Universitário do Norte - UNINORTE/Laureate.

<sup>3</sup>Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

<sup>4</sup>Grupo Cefapp Manaus.

<sup>5</sup>Hospital Israelita Albert Einstein.

<sup>6</sup>Universidade Federal do Amazonas/UFAM.

## INTRODUÇÃO

Já se passaram mais de três décadas da efetiva introdução da enfermeira obstétrica como profissional qualificado e indicado para a realização de partos normais e humanizados sem complicações<sup>1</sup>. Compreende-se que, ao longo dos anos, a enfermagem esteve presente no desenvolvimento das civilizações, aprimorando suas habilidades e competências, obtendo segurança técnica, identificando e compreendendo múltiplas e complexas dimensões que envolvem o processo de parturição<sup>2</sup>.

Destaca-se que o enfermeiro é indispensável no acompanhamento da parturiente, tendo em vista que a recebe no momento da admissão, ouve suas angústias quanto ao medo do parto, proporciona amparo e conforto no decorrer do processo parturitivo, estimulando-a a assumir seu papel de protagonista, sendo capaz de utilizar estratégias transformadoras do ambiente em que atua, traduzindo a ciência que aprendeu em moldes humanistas e levando em conta os direitos da mulher à maternidade segura e prazerosa<sup>3-4</sup>.

Diversas são as atuações e condutas realizadas pelo enfermeiro durante o processo de parturição, sendo um tema bastante explorado sob sua percepção profissional. Todavia, existe uma carência ponderal na literatura de estudos que objetivam conhecer a satisfação das puérperas frente a mesma assistência de enfermagem oferecida, haja vista que uma assistência considerada humanizada pela enfermagem pode ser vivenciada pelas parturientes de uma forma diferente<sup>5</sup>.

Atualmente o SisPreNatal é o sistema operacional utilizado para o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Sistema Único de Saúde<sup>6</sup>. Porém, tal sistema possui uma abordagem meramente quantitativa, ou seja, números de gestantes e recém-nascidos cadastrados no programa, o que não nos permite compreender a percepção das mulheres acerca da assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto<sup>7</sup>.

Isto posto, indaga-se: qual a percepção das puérperas manauaras frente à assistência oferecida pela equipe de enfermagem durante a preparação do trabalho de parto e nascimento? Respondendo a tal questionamento, busca-se a opinião da qualidade do serviço prestado, já que as mulheres são as principais protagonistas do processo de parir.

Assim o objetivo do estudo foi de analisar a assistência oferecida por enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e parto sob a ótica da puérpera.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e

transversal desenvolvida numa abordagem mista, realizada em três maternidades localizadas nas regiões sul e leste do município de Manaus-AM, por serem instituições públicas estaduais de referência no enfoque clínico para o atendimento à saúde da mulher ao referido município e seus arredores.

Participaram da pesquisa 83 puérperas, levando-se em consideração o tempo de coleta dos dados, internadas no alojamento conjunto das maternidades supracitadas. Definiram-se como critérios de inclusão: puérperas com idade acima de 18 anos, cujo nascimento do filho se deu por meio de parto vaginal assistido por enfermeiro (a) obstetra; que se encontravam nas primeiras 24 horas de puerpério; e que concordaram em participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2015, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo informações referentes aos aspectos socioeconômicos, demográficos, antecedentes obstétricos das participantes e o cuidado oferecido à mulher durante o trabalho de parto e parto.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, na tentativa de extrair dos áudios das participantes, dados significativos para a pesquisa. Os depoimentos foram organizados e analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. A análise de dados seguiu seis passos: 1º) constituição do corpus; 2º) Leitura flutuante; 3º) organização do material; 4º) codificação; 5º) Categorização; 6º) Interferências e interpretação<sup>8</sup>.

A condução da análise de conteúdo teve como premissa as boas práticas de atenção ao processo parturitivo, mediante participação e comprometimento dos profissionais de saúde e usuárias no processo de construção, preconizados pela Política Nacional de Humanização, que garantem a salvaguarda de uma atenção à saúde materna de forma humana e individualizada<sup>9</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Norte, sob o parecer nº 1.110.038/2015. Para manter o anonimato as entrevistas foram identificadas por códigos alfanuméricos, usando-se a letra "P", e subsequente número da entrevista, de P01 a P83.

## RESULTADOS

Os dados apresentados na Tabela 1 revelam que a maioria das puérperas estava inserida na faixa etária entre a idade de 18 a 34 anos, observando-se uma predominância de 41 (49,4%) entre 18 a 25 anos. No que diz respeito ao estado civil, 39 (47,0%) afirmaram ter uma união estável e 25 (30,1%) são casadas. Referente à escolaridade das entrevistadas 28 (33,7%) concluiu o ensino médio completo, contudo, vale

ressaltar que o índice de puérperas entrevistadas com o ensino fundamental incompleto chega a 13 (15,7%). Quanto à moradia é passível de destaque que 50 (60,2%) moram com cônjuge/parceiro e 18 (21,7%) ainda moram com pais ou parentes. Das entrevistadas 68 (81,9%) relata ter mais de 04 pessoas morando no mesmo domicílio, 35 (42,1%) afirmam ter renda familiar de até 1,5 salários mínimos (até R\$ 1.182,00), entretanto grande parte da renda é de dominância do cônjuge/parceiro ou até mesmo dos pais, visto que 65 (78,3%) declara não estar trabalhando em emprego fixo.

**Tabela 1** - Caracterização do perfil socioeconômico das puérperas internadas nas maternidades do estudo, Manaus-AM, 2015.

| Idade                     | n  | %    |
|---------------------------|----|------|
| 18 - 25                   | 41 | 49,4 |
| 26 - 33                   | 32 | 38,6 |
| > 34                      | 10 | 12,0 |
| Estado Civil              | n  | %    |
| Solteira                  | 18 | 21,7 |
| Casada                    | 25 | 30,1 |
| Mora junto                | 39 | 47,0 |
| Viúva                     | 1  | 01,2 |
| Escolaridade              | n  | %    |
| Analfabeta                | 1  | 1,2  |
| Fundamental incompleto    | 13 | 15,7 |
| Fundamental completo      | 12 | 14,5 |
| Médio incompleto          | 22 | 26,5 |
| Médio completo            | 28 | 33,7 |
| Superior incompleto       | 7  | 8,4  |
| Religião                  | n  | %    |
| Católica                  | 34 | 41   |
| Protestante ou evangélica | 42 | 50,6 |

No estudo, a predominância foi de mulheres multiparas 66(79,5%), sendo que 79 (95,2%) das entrevistadas afirmam ter realizado o pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza que o mínimo de consultas para se caracterizar um pré-natal aceitável são 06, todavia, 33 (39,8%) das puérperas admitem ter comparecido a menos de 06 consultas em sua última gestação e 50 (60,2%) compareceram a 06 ou mais consultas. Na amostra, 69 (83,1%) relatam ter tido parto por via vaginal em gestações anteriores. As complicações referidas pelas mulheres nas últimas gestações e partos foram: ITU (Infecção do Trato Urinário), DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez), DCP (Desproporção Céfalo-Pélvica), Óbito fetal e prematuridade. Contudo, de

acordo com o levantamento estatístico, foi constatado que a não incidência de complicações foi superior à soma de todas as complicações relatadas (Tabela 2).

**Tabela 2** - Caracterização do perfil obstétrico das puérperas internadas nas maternidades do estudo, Manaus-AM, 2015.

| Pré-natal                         | n         | %          |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| Sim                               | 79        | 95,2       |
| Não                               | 4         | 4,8        |
| Consultas                         | n         | %          |
| < 6                               | 33        | 39,8       |
| 6                                 | 20        | 24,1       |
| 7                                 | 7         | 8,4        |
| 8                                 | 11        | 13,3       |
| 9                                 | 7         | 8,4        |
| 10                                | 5         | 6,0        |
| Paridade                          | n         | %          |
| Primipara                         | 17        | 20,5       |
| Multipara                         | 66        | 79,5       |
| Gestações anteriores              | n         | %          |
| 1                                 | 7         | 8,4        |
| 2                                 | 34        | 40,9       |
| 3                                 | 34        | 41         |
| > 3                               | 42        | 50,6       |
| Vias de parto anteriores          | n         | %          |
| Cesária                           | 14        | 16,9       |
| Vaginal                           | 69        | 83,1       |
| Complicações de partos anteriores | n         | %          |
| DHEG                              | 4         | 4,8        |
| ITU                               | 1         | 1,2        |
| DCP                               | 2         | 2,4        |
| Prematuridade                     | 2         | 2,4        |
| Óbito fetal                       | 9         | 10,9       |
| Nenhuma complicação               | 65        | 78,3       |
| Localidade de partos anteriores   | n         | %          |
| Zona Sul                          | 36        | 43,4       |
| Zona Norte                        | 3         | 3,6        |
| Zona Central                      | 2         | 2,4        |
| Zona Oeste                        | 9         | 10,8       |
| Zona Leste                        | 28        | 33,8       |
| Interior do Estado                | 4         | 4,8        |
| Em casa                           | 1         | 1,2        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>83</b> | <b>100</b> |

As puérperas que participaram do estudo relataram como foi a experiência do atendimento e do cuidado recebido durante este período. Com a leitura e organização do conteúdo das entrevistas, foram construídas quatro ideias centrais.

### Cuidados durante o trabalho de parto e parto

A maioria das puérperas relatou o processo do parto como bom, rápido, ótimo, tranquilo e doloroso. As enfermeiras foram segundo elas descritas em sua maioria como atenciosas, sendo destaque a questão das puérperas descreverem os exercícios guiados pelas enfermeiras e sua importância para o alívio da dor.

Uma das variáveis do estudo foi descobrir se as puérperas saberiam responder qual profissional foi o protagonista da assistência, onde 63 (75,9%) afirmaram com certeza que o parto foi assistido pelo enfermeiro e sua equipe, 20 (24,1%) não souberam responder por diversos fatores, sendo um deles a falta de apresentação por parte do profissional.

Mesmo com a predominância de puérperas multíparas e reconhecerem o enfermeiro como principal ator da assistência, a maioria relata ter sido a primeira vez em que foram assistidas por este profissional, como se pode observar nas falas abaixo: "Fiquei com medo, porque eu nunca tive assim." (P05); "Não queria ter na maternidade, tive minhas duas filhas em casa, mas eu gostei." (P11); "Senti muita dor, por enfermeira foi melhor." (P17); "Foi diferente, primeira vez que passo por parto humanizado." (P22).

### Perspectivas antes e após o parto

As puérperas expressaram suas perspectivas em relação ao parto antes e depois de acontecer, demonstraram que ao se depararem em franco trabalho de parto os estressores que mais as afligiam eram: medo da dor, isolamento e dos profissionais que teriam de enfrentar. Quanto a vivência após o parto, tanto primíparas como multíparas, não sabiam o tempo que ficaram em trabalho de parto e se surpreenderam com a assistência recebida.

Destacaram que apesar do processo parturitivo ser doloroso, o fato do profissional enfermeiro e sua equipe ter acompanhado durante o processo fez a diferença. Observamos uma valorização por parte das puérperas com relação ao cuidado, atenção, abordagem e conhecimento do profissional ao explicar os procedimentos a serem realizados. As multíparas em especial, puderam comparar os profissionais e o atendimento do parto atual com os vivenciados anterior, predominando a percepção positiva: "Antes de acontecer eu senti medo, meu bebê não queria sair, era grande demais, né... só medo mesmo... de como seria... sem minha mãe... então tive medo. O que me surpreendeu, foi a assistência." (P55); "Eu

fiquei surpresa foi com o bom atendimento... aqui fui melhor atendida, tive mais atenção... gostei muito da enfermeira." (P55); "Nunca imaginei que iria ser assim... estava insegura, não esperava que ia ser tão bem atendida do jeito que fui, a gente ouviu muita história ruim." (P73).

### Comparação a outros partos e profissionais

Como os dados desta pesquisa apresentam uma maioria de multíparas, foi inevitável a comparação com relação a partos anteriores acompanhado por outros tipos de profissionais, onde se obteve quase uma totalidade de aceitação com relação ao diferencial apresentado pelo enfermeiro em duas das três maternidades pesquisadas, algumas referiram que foi o melhor parto que tiveram: "Foi melhor que outro profissional, as enfermeiras conversaram comigo." (P30); "Do modo como ela me assistiu fez toda a diferença, uma coisa bem diferente, na minha segunda filha fiquei deitada numa sala, fazendo força." (P43); "Acho que fez toda diferença, pois ela me deu mais atenção que o médico." (P77).

São muitas as falas que demonstram um atendimento diferenciado por parte das enfermeiras obstétricas, onde o carinho e atenção reconhecidos pelas usuárias na abordagem recebida pôde estabelecer um vínculo entre enfermeiro-puérpera, o que atende a um dos princípios do acolhimento.

### Valorização dos saberes e práticas da enfermagem

Constatou-se a dimensão do entendimento teórico-científico que as enfermeiras obstétricas forneceram às puérperas no decorrer do processo parturitivo, principalmente no que diz respeito às técnicas utilizadas na condução do parto e exercícios adotados. O alívio da dor proporcionado pela sinergia corporal foi estimulado das seguintes formas: utilização do banho de chuveiro com água morna, massagens, deambulação, estímulo na realização de exercícios físicos específicos na bola suíça e cavalinho.

As técnicas utilizadas não só aliviam a dor como induz a rapidez do trabalho de parto e parto e o bem estar do binômio mãe/feto, contudo, nem todos os métodos são baseados cientificamente, mas todas têm a finalidade de recuperar a especificidade fisiológica da metodologia do nascimento através da fortificação do corpo: "Fiz vários exercícios, a enfermeira me ajudou no cavalinho e a andar pelos corredores do hospital, rapidinho veio meu bebê." (P58); "A enfermeira não saía de perto de mim não, o tempo todo ficou perto de mim... tomei banho com água morna e ficava de joelho pra ajudar meu menino a nascer." (P66); "A enfermeira me ensinou como respirar e fazer força, porque eu tava fazendo errado... aí ela foi me orientando, quando a contração vinha, eu respirava da forma que ela disse e fazia força." (P82).



## DISCUSSÃO

Segundo as puérperas, os resultados demonstram que o perfil profissional esperado vai ao encontro com o estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e pela Política Nacional de Humanização, alicerces da boa prática de saúde, visando uma assistência resolutiva, com comunicação e escuta qualificada. Quando esses padrões foram comparados com o atendimento de enfermagem recebido observaram-se uniformidades nas entrevistas. Estes resultados evidenciam que a enfermeira obstetra abrange as competências técnico-científicas e as consolida na prática profissional diária.

Em um estudo, no qual se avaliou o cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização, constatou-se que a essência desse cuidado, consolidado no conhecimento técnico-científico, é uma característica importante para humanização<sup>10</sup>. Pressupõe, ainda, que este deva ser efetivo e solidário, permeado pelo respeito, acolhimento, valorização e individualidade ao ser humano, com escuta qualificada dos seus problemas de saúde, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema, proporcionando um atendimento seguro<sup>11</sup>.

Um adjetivo destacado pelas puérperas deste estudo ao profissional enfermeiro foi o companheirismo frente a dor no momento do parto. Estudos demonstram que o parto é uma experiência dolorosa e difícil, enraizada culturalmente pelo medo e aspectos psicoemocionais negativos, haja vista a indispensável atuação deste profissional<sup>(12)</sup>. Em adição, estudo realizado em Espinosa (MG) evidenciou satisfação das puérperas quanto à assistência respeitosa e segura, com escuta qualificada, orientação efetiva e cuidados corporais<sup>(3)</sup>.

Estes dados demonstram o relevante papel do enfermeiro e sua equipe no atendimento multiprofissional, em que o profissionalismo utilizado influenciou positivamente o cuidar do corpo e da mente das puérperas de forma que elas sentiram segurança com o atendimento recebido e puderam avaliar como boa a assistência recebida. Destaca-se ainda que com estreitamento da relação profissional-usuário, por meio do vínculo terapêutico, favorece a recuperação da puérpera, tendo em vista que a mesma toma seu papel de protagonista antes, durante e após o parto<sup>3,13</sup>.

O puerpério imediato é considerado um período intenso para a puérpera, tanto no aspecto psíquico quanto físico<sup>14</sup>. A assistência dispensada pela equipe de enfermagem deve favorecer a total integralidade do binômio mãe/bebê, ou seja, o cuidado deve ser de forma holística, considerando-os nas suas necessidades físicas, sociais e espirituais, o que foi de encontro ao estudo proposto.

Em sintonia, pesquisa realizada com base no programa

de humanização no pré-natal e nascimento, que objetivou destacar os indicadores e práticas das enfermeiras, foi destacado que o trabalho das enfermeiras obstetras está sendo reconhecido, existindo, portanto, um envolvimento de ambas as partes no processo de cuidado, fator que contribuiu para a valorização das enfermeiras por parte das puérperas e aumentando o número de mulheres adeptas a este tipo de parto<sup>15</sup>.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consolida a humanização da assistência oferecida e a preservação dos direitos reprodutivos como premissas para favorecer a integralidade e a qualidade do cuidado<sup>13</sup>. Reconhecer a individualidade de cada usuário é humanizar o atendimento, o que permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo exclusivo, tendo a capacidade de lidar melhor com o processo do nascimento<sup>16</sup>.

Uma assistência centrada nas necessidades da mulher, que seja integral e instrutiva, que permita um bom vínculo entre puérpera, acompanhante e equipe multiprofissional e que sejam elos de promoção no incentivo de participação do processo parturitivo, é de extrema importância e deve ser o centro de reflexão e atenção por parte dos membros da equipe de enfermagem, de modo que a parturiente tenha um parto com fatores de estresse reduzidos e o bebê tenha um nascimento mais humano e carinhoso.

Este estudo apresenta como limitações possuir caráter regional, logo seus resultados não podem ser generalizados para todas as regiões de saúde do estado. Entretanto, espera-se com isso, implementar novas estratégias de assistência à puérpera com a finalidade de melhorar o cuidado, como um processo alicerçado nas teorias de enfermagem. Afinal, gestante é a pessoa mais importante para toda a organização da maternidade, portanto, atendê-la com humanidade e dignidade significa ganhar visibilidade e espaço para nossa profissão.

## CONCLUSÃO

De acordo com os achados da pesquisa concluiu-se que na percepção das puérperas, os (as) enfermeiros (as) fizeram a diferença no cuidado prestado de forma a contribuir para que a vivência de parto dessas mulheres fosse mais positiva, humana e digna, diminuindo a ansiedade e os medos comuns do processo.

Partindo de tal pressuposto, salienta-se que o processo do trabalho de parto e parto não se limita a parturiente, mas envolve um conjunto de pessoas (gestante, equipe multiprofissional e acompanhante) na realização de ações em tempo integral, que auxiliarão binômio mãe/bebê, desde a admissão até a saída da instituição, sendo priorizados os cuidados iniciais.

1. Müller J, Collaço VS, dos Santos EKA. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. *Rev Cient CENSU-PEG*. 2014;2(2):75-88.
2. Lucas MTB, Rocha MJF, Costa KMM, Oliveira GG, Melo JO. Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. *Online Braz Jour Nursing*. [Internet]. 2015. [cited 2016 Feb 20]. Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5067/pdf\\_365](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5067/pdf_365)
3. Dias EG, Monção PR, Cerqueira NC, Souza MAS. Assistência de Enfermagem no parto normal em um hospital público de Espinosa, Minas Gerais, sob a ótica da puérpera. *Rev Interdisciplinar*. 2016;9(2):38-48.
4. Oliveira ASS, Rodrigues DPR, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2010;11(2):32-41.
5. Costa AP, Bustorff LACV, da Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Rev Rene*. 2012;12(3):548-54.
6. Martinelli KG, Neto ETS, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstetrícia*. 2014;36(2):56-64.
7. Silva FE, Strapasson MR, Fischer ACS. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(2):261-271.
8. Santos LMD, Pereir SSSD, Carvalho ESDS, Paiva MS, Santos, VEP, Santana RCBD. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2012;4(3):655-666.
9. Frigo J, Ferreira DG, Busnello G, Adamy EK, Marin SM, Ascari RA. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem*. 2013;18(4):761-66.
10. Silva U, Fernandes BM, Paes MSL, Souza MDD, Duque DAA. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2016. [cited 2016 Feb 22]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11113/12586>
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2007.
12. Alves AG, Martins CA, Silva FL, Alexandre MAS, Correa CIM, Tobias GC. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação rede cegonha: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016. [cited 2016 Mar 10]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11989/14552>
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília: IPEA, 2014.
14. Melo DDSA, Santos AA, Silva JMO, Sanches METL, Cavalcante KOR, Jacintho KS. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2016. [cited 2016 Mar 11]. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11024/12409>
15. Pavanatto A, Alves LMS. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. *Rev Enferm UFSM*. 2015;4(2):761-770.
16. Pereira SS, Oliveira ICMS, Santos JBS, Carvalho MCMP. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tem-pus Actas Saúde Coletiva*. 2016;10(3):199-213.

## 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.