



# Enfermagem

ISSN 2177-4285

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco

VOLUME 9, Nº 2, 2018



submissão online

## EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA ENFERMAGEM: DEFESA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO E DA DIGNIDADE DA PROFISSÃO POR QUEM TEM CONHECIMENTO

A Enfermagem é profissão regulamentada pela Lei Nº 7498/86, definidas suas competências mínimas e áreas de atuação. A regulação e o controle do exercício profissional é a função dos Conselhos de Enfermagem.

A Enfermagem é prática de função social que ultrapassa as dimensões técnico-operativas, compartilhando a responsabilidade pela saúde da população, sendo o profissional integrante do processo de produção de saúde.

A matéria prima do trabalho da Enfermagem, o ser humano, tem como produção do cuidado a prevenção, proteção, manutenção, reabilitação da saúde.

Ocorreu uma eclosão vertiginosa de cursos de Enfermagem no Brasil, sendo que os dados oficiais demonstram 1.706 cursos de Bacharelado em Enfermagem, sendo destes 09 na modalidade à distância com 1.775 polos de apoio presenciais. A discussão deve ser realizada ponderando a qualidade da formação dos profissionais de Enfermagem

Os profissionais de Enfermagem hoje somam 2 milhões, 76 mil e 606 profissionais e representam mais de 50% dos recursos humanos do SUS, sendo a categoria profissional que alicerça a saúde da população. Desse total 500 mil e 221 são Enfermeiros.

Os Conselhos Regionais têm registrados profissionais egressos em cursos com formação deficitária, sem as competências mínimas para atuação junto às pessoas fragilizadas por doenças.

A preocupação do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem tem relação com a proliferação desordenada de cursos de Enfermagem a partir de 1980, com baixa qualidade, e especialmente, com o advento da oferta de Cursos a Distância com mais de 70.000 vagas para a formação de enfermeiros.

Encontra-se em tramitação a criação do exame de suficiência em Enfermagem, destinado na Lei 4930/2016, do deputado Lúcio Vieira Lima (PMDB -BA), com apoio do Cofen.

A argumentação favorável ao exame consiste no reconhecimento que o trabalho da Enfermagem estampa magnitude que sobrepuja os interesses do próprio indivíduo, tendo o risco da prática arcado pela coletividade, cabendo controlar o acesso à profissão e a atuação, do interesse social e da vida.

A avaliação do MEC, o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade), também apontou queda na qualidade dos cursos superiores de Enfermagem.

O desempenho da Enfermagem por profissional com formação deficitária tende a causar prejuízo à população, podendo causar a morte de pacientes por imperícia, negligência ou imprudência. Consideramos ser razoável a avaliação prévia dos profissionais em Enfermagem, para que possam exercer a profissão.

Além disso, temos inúmeras denúncias que originam processos éticos e de acordo com gravidade, os profissionais estão sujeitos as penas estabelecidas pela Lei 5905/1973, combinadas com Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 564/2017). Estas penalidades são: advertência verbal; a cassação do direito ao exercício profissional sendo outra vítima do processo educacional sem o necessário controle.



**Manoel Carlos Neri da Silva \***  
**Dorisdaia Carvalho de Humerez\*\***

Em um único Conselho Regional no ano de 2017, foi registrado 567 processos éticos. Já no Cofen, como órgãos de segunda instância, nos últimos 05 anos foram julgados 388 processos éticos que resultaram em aplicação de penalidades a 152 profissionais de enfermagem.

Apenas esses dados afirmam a necessidade dos Conselhos de Enfermagem proteger a população e o próprio profissional, visto que o exame de suficiência estará fundamentado no princípio do interesse público, na garantia da melhor assistência, da dignidade humana e não resulta em qualquer prejuízo ao profissional de Enfermagem bem formado, que demonstrar a devida capacidade para o exercício profissional ao qual se propõe.

Consideramos junta a ascensão social e econômica dos profissionais na carreira, mas com a garantia da competência mínima para exercer a profissão com responsabilidade e compromisso.

Ademais, um exame destinado a proteger a população e restringir ao mercado de trabalho, profissionais qualificados em Enfermagem, após atender rígidos critérios em sua confecção, garantindo transparência e a fiscalização externa, adquire respaldo constitucional nos ditames do Estado Democrático de Direito, a favor da cidadania e da proteção da sociedade.

**\*Presidente do Conselho Federal de Enfermagem**

**\*\*Coordenadora da Câmara Técnica de Educação e Pesquisa - Cofen**

# A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA À LUZ DA TEORIA DOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON

Thais da Costa Oliveira<sup>1</sup>, Andressa Leticia Lopes da Silva<sup>1</sup>, Joice Fragoso da Silva Oliveira<sup>1</sup>, Elaine de Albuquerque Tenório Pereira<sup>1</sup>, Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza<sup>1</sup>

**Objetivo:** refletir acerca da assistência de Enfermagem obstétrica fundamentada na Teoria dos Cuidados, de Kristen Swanson. **Método:** trata-se de um estudo reflexivo que aborda a estrutura do cuidado proposta por Kristen Swanson correlacionada à prática assistencial de Enfermagem obstétrica. **Resultados:** a teoria dos Cuidados, relacionada aos processos que dão significado ao cuidado - manter as crenças, conhecer, estar com, fazer por e possibilitar, na prática assistencial materno infantil contribui para o fortalecimento dos fundamentos teóricos e filosóficos que amparam a assistência de Enfermagem. **Conclusão:** o artigo possibilitou a reflexão sobre o uso de uma teoria que abrange a estrutura do cuidado na Enfermagem obstétrica, o que contribui na significação do processo de cuidar no ciclo gravídico-puerperal.

**Descritores:** Enfermagem materno-infantil; Teoria de Enfermagem; Processos de Enfermagem.

## OBSTETRIC NURSING CARE IN THE LIGHT OF KRISTEN SWANSON'S CARE THEORY

**Objective:** to reflect on obstetric nursing care based on Kristen Swanson's Theory of Care. **Method:** this is a reflexive study that addresses the structure of care proposed by Kristen Swanson correlated to the care practice of Obstetric Nursing. **Results:** Nursing care theory, related to processes that give meaning to care - to maintain beliefs, to know, to be with, to do for and to enable, in maternal and child care practice contributes to the strengthening of the theoretical and philosophical foundations that support Nursing care. **Conclusion:** the article made possible the reflection on the use of a theory that covers the structure of care in obstetric nursing, which contributes to the significance of the caring process in the pregnancy-puerperal cycle. **Descriptors:** Maternal and child nursing; Nursing Theory; Nursing Processes.

## LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA A LA LUZ DE LA TEORÍA DEL CUIDADO DE KRISTEN SWANSON

**Objetivo:** reflexionar sobre el cuidado de enfermería obstétrica basada en la Teoría de la atención, Kristen Swanson. **Método:** Se trata de un estudio reflexivo que se refiere a la estructura de la atención propuesto por Kristen Swanson correlacionada con la práctica de la atención de enfermería obstétrica. **Resultados:** la teoría de la atención, en relación con los procesos que dan sentido a la atención - mantener las creencias, conocimientos, estar con él, hacer al permitir que, en la práctica materna y el cuidado infantil contribuye al fortalecimiento de los fundamentos teóricos y filosóficos que sustentan los cuidados de enfermería. **Conclusión:** Artículo permitió a la reflexión sobre el uso de una teoría que cubre la estructura de la atención de enfermería obstétrica, lo que contribuye a la importancia del proceso de la atención durante el embarazo y el parto.

**Descritores:** Enfermería materno-infantil; Teoría de enfermería; Procesos de enfermería.

<sup>1</sup>Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Alagoas. Brasil. E-mail: enfthais.costa@outlook.com

## INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são processos fisiológicos, e em sua maioria, mulheres e crianças requerem cuidados e tecnologias leves, embora possam necessitar de leves-duras e duras nas ocorrências de complicações que possam levar a morbimortalidade materna e neonatal<sup>1</sup>. Os serviços da área materno-infantil têm papel fundamental na redução da morbidade e mortalidade desta população, e isto se reflete diretamente em um conjunto de contextos complexos que envolvem a assistência à gestação, ao parto e puerpério, por demandar especificidades no cuidado e na condução do nascimento como experiência exitosa para a família<sup>2</sup>.

A assistência ao binômio-mãe e recém-nascido (RN) requer dos profissionais constante atualização, vigilância contínua para não ocorrência de danos e a prática baseada em evidências para intervenções oportunas. Neste âmbito, o processo de cuidados adquire complexidade singular, pois simultaneamente demanda conhecimentos técnicos e capacidade operacional, junto ao acolhimento, vínculo e empatia, e assim, carece de criticidade e sistematização para prestação de cuidados de qualidade<sup>2</sup>.

O cuidado com o RN, principalmente voltado ao binômio tem fundamental importância, já que a promoção de uma assistência de qualidade tem como objetivo a redução da mortalidade infantil, diminuindo as desigualdades na saúde, e voltando a assistência a gestante e ao RN, influenciando assim não só na saúde desse período, mas até a vida adulta<sup>3</sup>.

A sistematização da assistência de enfermagem obstétrica considerando um modelo conceitual amplia a cosmovisão do enfermeiro para o cuidado eficaz centrado na mulher e sua família, no empoderamento feminino e em estratégias e políticas de saúde que retomem essa mulher, o RN e a família como protagonistas do processo, de forma a promover mudanças no paradigma de prestação de cuidados em serviços materno infantis, no momento ainda pautado em produtividade e tecnicismo.

A partir do momento em que a enfermagem, tão presente nesse cuidar, participa desse fenômeno que é complexo e único, tanto para mulher, quanto pra família, faz com que seja possível perceber que os cuidados pré-natais e ao binômio após o nascimento, ultrapassem a dimensão biológica, valorizando o contexto sociocultural<sup>4</sup>.

Nesse sentido, destaca-se a Teoria dos Cuidados (Caring Theory) desenvolvida em 1988 pela enfermeira norte americana Kristen M. Swanson a partir da sua atuação junto a grupos de perda gestacional e neonatal, que suscitou discussões acerca do conceito de cuidado e dos processos que dão significado ao cuidado, do ponto de vista teórico, filosófico e do bem estar do usuário dos

serviços de saúde<sup>5</sup>.

Esta teoria classificada como de médio porte surgiu a partir de três pesquisas fenomenológicas que abordaram os significados dos cuidados para mulheres em processo de abortamento, profissionais e famílias que vivenciaram a perda neonatal e mulheres acompanhadas por programas especializados de alto risco social<sup>5</sup>. Os discursos dos sujeitos das pesquisas de Swanson fizeram evocar cinco processos básicos que validam e dão significado ao cuidado: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter as crenças<sup>5-6</sup>.

A estrutura dos cuidados proposta por Kristen Swanson aplicada à saúde materno infantil contribui não somente para a construção do processo de cuidados enquanto processo de enfermagem, mas também como política assistencial e estratégia para modelo de prática profissional, aplicando-se as potencialidades do cuidado em Enfermagem no parto e nascimento como processos fisiológicos, que podem ser vistos como expressões dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e da humanização da assistência à saúde.

O interesse em desenvolver este trabalho surgiu da reflexão das autoras durante o mestrado acadêmico do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, na disciplina de Bases Teórico-filosóficas do Cuidado em Saúde e em Enfermagem. Foram discutidos aspectos acerca do cuidado de enfermagem em obstetrícia e sua relação com os elementos teóricos propostos por Swanson, buscando fomentar a aplicação e apropriação desta proposta enquanto prática própria da Enfermagem.

O presente trabalho teve como objetivo a reflexão e aproximação entre a teoria dos cuidados e a assistência de enfermagem materno infantil, baseada na estrutura do cuidado proposta por Swanson. Desse modo, espera-se que o presente estudo possa contribuir para fortalecimento dos fundamentos teóricos e filosóficos da Enfermagem na prática assistencial, além de suscitar um debate desta prática com mais propriedade por essas profissionais.

## ATEORIA DOS CUIDADOS E A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

O Metaparadigma pode ser definido como conceitos mais abstratos de uma teoria e para enfermagem são esses conceitos que norteiam a prática profissional: Enfermagem, Saúde, Ambiente e Pessoa<sup>7</sup>. Na Teoria dos Cuidados a Enfermagem é voltada ao cuidado e bem estar dos clientes com compromisso e responsabilidade pessoal, e abrange conhecimentos empíricos, éticos e estéticos<sup>6</sup>. Neste sentido, a Enfermagem relaciona-se diretamente com as ciências humanas, a experiência clínica do profissional e expectativas pessoais e sociais do profissional e do cliente.

Em relação à Saúde, a Teoria dos Cuidados estabelece como bem estar enquanto um processo completo de cuidados, o que inclui estabelecer novos significados, restauração da integralidade, renovação de plenitude e reorganização do estado de saúde<sup>6</sup>. O Ambiente é tido como situacional, já que é visto na realidade dos diferentes contextos vivenciados e que influenciam o indivíduo, tendo como seus componentes os aspectos culturais, biofísicos, sociais e econômicos.

A Pessoa enquanto ser cuidado é considerada em sua unicidade, em constante processo de criação e transformação, com sua integridade manifesta em pensamentos, sentimentos e condutas. A autora afirma também que as experiências vitais de cada indivíduo estão conectadas à interação da herança genética, lado espiritual e a capacidade de exercer sua liberdade, sendo assim as pessoas são moldadas de acordo com o que elas vivem<sup>5</sup>.

O metaparadigma definido por Swanson pode ser visualizado sob diferentes aspectos na Enfermagem obstétrica: a parturiente e família como pessoas no processo de transformação pelo parto e na criação do papel parental; a influência de fatores biopsicossociais e espirituais na conformação do ambiente vindo a favorecer o acolhimento, vínculo e confiança nas vivências do parto e nascimento e a saúde da mulher e da criança transcendendo a ausência de doenças e complicações, ao se compreender a relevância das ações em saúde para a construção de indivíduos e sociedades saudáveis, pautados nas potencialidades de vida e desenvolvimento da cidadania.

A Enfermagem centrada no cuidado como aspecto fundamental do relacionamento com a mulher e a família, de forma educativa, respeitosa e comprometida possibilita o protagonismo do binômio no processo de nascimento, a integração de experiências subjetivas e significativas para as famílias na assistência. Swanson<sup>8</sup> define como meta da Enfermagem o cuidado com a mulher e com o núcleo familiar, que seja de maneira significativa, além do acompanhamento no processo de adaptação.

Para isto, a teórica concebe uma estrutura de cuidados de modo a sustentar a importância de “manter a crença” nas pessoas e nas suas capacidades de ultrapassar os acontecimentos e as transições da vida sem deixar de atribuir sentido ao futuro. A autora afirma que “há um significado pessoal a ser encontrado em qualquer condição de saúde ou desenvolvimento do desafio que a pessoa está enfrentando”<sup>8</sup>. Isto implica estar com a pessoa e capacitá-la a alcançar o seu bem-estar de acordo com o que é importante e significativo para ela<sup>6</sup>.

As crenças constituem um fenômeno profundamente humano e é através do seu conhecimento e respeito pelas

pessoas, no que se refere à saúde, os profissionais podem intervir na melhoria do bem-estar através de uma prestação de cuidados de qualidade<sup>5</sup>. Com isso, a compreensão destes processos exige um detalhamento sobre a visão da teórica do cuidado de enfermagem e suas interrelações<sup>7</sup>.

## A ESTRUTURA DO CUIDADO NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

A Teoria dos Cuidados é fundamentada na capacidade de prestar cuidados, estando apoiada no pressuposto de que o cuidado é um fenômeno de enfermagem. Os cuidados de enfermagem são resultantes de uma dedução lógica, de uma explicação científica e da interrelação entre enfermeira e cliente e muitas vezes não são necessariamente vistos, mas sentidos pelas pessoas que recebem este cuidado, implicando em uma responsabilidade ética e moral do profissional<sup>6</sup>.

Os conhecimentos elencados pela teórica remetem ao cuidado de enfermagem como uma forma educativa de se relacionar com compromisso e responsabilidade social. Para isto, a autora propõe em seu modelo cinco processos básicos - “conhecer”, “estar com”, “fazer por”, “possibilitar” e “manter as crenças” - e a partir deles é possível correlacionar e refletir sobre a visão do cuidado de enfermagem e suas dimensões.

Na atenção ao parto, é possível observar aspectos como “manter as crenças” das parturientes na capacidade de vivenciarem o parto, compreender a diversidade de reações neste período e estabelecer uma relação empática que tenha como base o protagonismo da mulher e da criança no nascimento. Tal aspecto exige do prestador de cuidados uma visão ampliada e concepções pautadas no parto enquanto processo fisiológico e natural para a mulher e a família.

A teoria dos cuidados coloca o “conhecimento” sobre o ser cuidado como estratégia de aproximação e de classificação de prioridades<sup>4</sup>. O enfermeiro que conhece a parturiente, o contexto em que está inserida, a sua rede de apoio, suas crenças, atitudes e possibilidades tem subsídios para o vínculo e adscrição dos cuidados às prioridades e necessidades da cliente e sua família, de forma a contemplar aspectos biopsicossociais e espirituais, considerando o parto como um fenômeno em sua completude e não apenas um evento biológico.

Na estrutura do cuidado, “estar com” a cliente reflete-se na disponibilidade física e emocional para auxiliar nos processos de adaptação e transformação da vida<sup>4</sup>. Na assistência ao parto, estar com a mulher e a família, oferecendo-lhe apoio através de comunicação verbal e não verbal, escuta qualificada e acolhimento propicia o

desenvolvimento do vínculo e a responsabilização com o profissional. Desta forma, observa-se que durante toda a assistência ao parto, o enfermeiro deve se fazer presente, ou seja, “estar emocionalmente com o outro”<sup>9</sup>, de modo que a parturiente compreenda a preocupação e a atenção do enfermeiro.

As ações terapêuticas para Swanson são agrupadas em “fazer por” e “possibilitar”. “Fazer por” refere-se a realizar aquilo que a mulher faria por ela mesma se fosse possível, assim, a partir do que se conhece da mulher e seu contexto social e familiar, pode-se empreender um plano de cuidados ampliado e particularizado que contemple as necessidades do binômio e os desejos da mulher e família. A Enfermagem pode também possibilitar o alcance de metas, objetivos e a implementação de ambiente favorável ao enfrentamento dos eventos e transformações do indivíduo; possibilita a expressão de direitos sexuais e reprodutivos, o direito de escolha, a autonomia e bem estar da mulher e família<sup>5,7</sup>.

O processo de Enfermagem apoiado na teoria dos cuidados utiliza-se de cada elo que dá significado ao cuidado nas etapas de investigação (coleta de dados), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O próprio conhecimento referido por Swanson descreve as etapas de coleta de dados e diagnósticos de Enfermagem, já que propõe conhecer a mulher para identificar as necessidades e prioridades. No planejamento e implementação, pode-se envolver toda a estrutura de cuidados, principalmente intervenções de Enfermagem para “manter as crenças”, “estar com” e “possibilitar”. A avaliação dos resultados dos cuidados é contínua, que perpassa todo o processo de cuidado.

Ao assistir o binômio mãe e recém-nascido, o enfermeiro deve ter consciência de sua responsabilidade, para que se garanta o cuidado, o conforto, a clareza das rotinas a serem cumpridas pela equipe de enfermagem, proporcionando assim segurança, e satisfação à mulher no seu processo de parir<sup>10</sup>, e à criança no seu processo de nascimento. Estar apoiado na estrutura teórica de Kristen Swanson torna-se fundamental para relacionar os seus conceitos e princípios teóricos com as definições propostas no que se refere à assistência de enfermagem obstétrica. O quadro abaixo sintetiza a correlação entre a estrutura do cuidado e o processo de Enfermagem na perspectiva da teoria.

**Quadro 1** - A estrutura do cuidado de Kristen Swanson na perspectiva do processo de Enfermagem. Maceió, 2016.

Estrutura do cuidado	Processo de enfermagem	Implicações
Conhecer	Coleta de dados Diagnósticos de Enfermagem	Levantamento de histórico de Enfermagem (ênfase nas crenças), que aproxime o enfermeiro da realidade e necessidades da mulher e família, o que reflète na eleição de prioridades.
Estar com	Planejamento Implementação Avaliação	Planejar, implementar e avaliar cuidados de Enfermagem que possuam em sua essência a disponibilidade física e emocional do enfermeiro para com as necessidades da cliente e família.
Fazer por	Planejamento Implementação Avaliação	Estabelecer metas e estratégias para que sejam feitos cuidados de qualidade inseridos em um contexto de necessidades da cliente.
Possibilitar	Planejamento Implementação Avaliação	Construção de um plano de cuidados de Enfermagem que possibilite a cliente e família a vivência de suas potencialidades, desejos e autonomia no processo de cuidado.
Manter as crenças	Coleta de dados Diagnósticos de Enfermagem Planejamento Implementação Avaliação	Em todo o processo de Enfermagem, considerar aspectos que denotem as crenças, a esperança e os valores da cliente e família atribuídos à situação de saúde e ao próprio cuidado oferecido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu para o desencadeamento de um processo reflexivo e interpretativo sobre a assistência de enfermagem obstétrica, baseado na Estrutura do Cuidado proposta pela Teoria dos Cuidados de Kristen Swanson que contempla cinco processos básicos: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter as crenças.

Assim, considera-se que o uso da Teoria dos Cuidados pode fundamentar o processo de Enfermagem na assistência à saúde materno infantil, podendo favorecer o cuidado de enfermagem a essa clientela, auxiliando na identificação dos elementos da assistência de enfermagem na prática (investigação, diagnósticos, resultados, intervenções de enfermagem e avaliação) e, conseqüentemente, conferindo visibilidade às competências e às atividades práticas do enfermeiro no cuidado ao binômio mãe e recém nascido.

## REFERÊNCIAS

1. Souza VB, Silva JS, Barros MC, Freitas PSP. Tecnologias leves na saúde como potencializadores para qualidade da assistência às gestantes. *Rev enferm UFPE [Internet]*. 2014 [cited 2016 Ago 16]; 8(5):1388-93. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9824/10011>
2. Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis [Internet]*. 2011 [cited 2016 Aug 15]; 21(3): 1139-1160. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300020&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300020&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300020)
3. Santos CC, Ferreira EJ, Santos L, Souza OSO. Relato de experiência no contexto da educação em saúde o cuidado materno-infantil. *Rev enferm UFPE [internet]*. 2015 [cited 2016 Ago 16]; 9(Supl. 5):8474-8. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10615>
4. Alves CN, Wilhelm LA, Souza DF, Resse LB. O cuidado de enfermagem à gestante na perspectiva cultural: nota prévia. *Rev enferm UFPE [internet]*. 2013 [cited 2016 Aug 15]; 7(esp):5047-50. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11770/14108>
5. Cotê-Arsenault D, O'Leary J. Understanding the Experience of Pregnancy Subsequente to a Perinatal Loss. In: Black BP, Wright PM, Limbo R, organizadores. *Perinatal and Pediatric bereavement in nursing and other health professions*. New York (US): Springer Publishing Company; 2016. Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt>
6. Hutti MH, Polivka B, White S, Hill J, Clark P, Cooke C, et al. Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]*. 2016 [cited 2016 Aug 21]; 45(1):17-27. Available from: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)00011-8/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)00011-8/fulltext)
7. Campos VAR, Suazo SV. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global [Internet]*. 2012 [cited 2016 Ago 15]; 28(10): 316-322. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141391>
8. Swanson KM. Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *IMAGE [Internet]*. 1993 [cited 2016 Ago 11]; 25(4): 352-357. Available from: [http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3\\_032549.pdf](http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf)
9. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research [Internet]*. 1991 [cited 2016 Ago 11]; 40(3): 161-166. Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=yTuv-tEuGEOC>
10. Silva JF, Lima MCL, Medeiros BG, Diniz JMT. Assistência de enfermagem ao parto normal e ao aleitamento materno na atenção básica. *REAS [Internet]*. 2015 Dez [cited 2016 Ago 10]; 7(2): 794-799. Available from: [https://www.acervosaude.com.br/doc/12\\_2015.pdf](https://www.acervosaude.com.br/doc/12_2015.pdf)

# A HOSPITALIZAÇÃO DO ADOLESCENTE NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Nathália da Silva Pimentel Reis, Maria Fabiane Galdino dos Santos<sup>1</sup>, Inez Silva de Almeida<sup>1</sup>, Helena Ferraz Gomes<sup>1</sup>, Dayana Carvalho Leite<sup>1</sup>, Ellen Márcia Peres<sup>1</sup>

**Objetivo:** Compreender a ótica dos profissionais de enfermagem sobre a hospitalização de adolescentes. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, descritiva, utilizando entrevista com perguntas semi-estruturadas, realizada em uma enfermagem especializada em saúde do adolescente no Rio de Janeiro, no período de fevereiro a abril de 2016, com 15 profissionais de enfermagem. **Resultados:** A partir da análise de conteúdo de Bardin, definiram-se três categorias: a inexperiência no cuidado de enfermagem ao adolescente como um desafio, especificidades da adolescência, e sentimentos gerados pela hospitalização do adolescente no profissional de enfermagem. **Conclusão:** Conclui-se que os profissionais de enfermagem se colocaram inexperientes em cuidar desse público e declararam que o cuidado a essa população é um desafio para a equipe.

**Descritores:** Adolescente, Enfermagem, Hospitalização.

## THE ADOLESCENT'S HOSPITALIZATION IN THE OPTICS OF NURSING PROFESSIONALS

**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:** Adolescent, Nursing, Hospitalization

## ADOLESCENTE EN PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Comprender la óptico del profesional de enfermería de hospitalización de los adolescentes. **Metodología:** cualitativos, investigación descriptiva, utilizando entrevistas con preguntas semi-estructuradas en una sala especializada para la salud de los adolescentes en Rio de Janeiro, en el período de febrero a abril 2016 con 15 profesionales de enfermería. **Resultados:** A partir del análisis de contenido de Bardin, definido tres categorías: la falta de experiencia en la atención de enfermería a la adolescente como un desafío, características de los adolescentes y los sentimientos generados por la hospitalización de los adolescentes en profesionales de enfermería. **Conclusión:** Se concluye que los profesionales de enfermería se colocaron inexpertos en cuidar de ese público y declararon que el cuidado a esa población es un desafío para el equipo.

**Descritores:** Adolescente, Enfermería, Hospitalización

<sup>1</sup>Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ. Email: nathaliapimentelenf@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A hospitalização é um processo que gera sentimentos negativos como medo da morte, do desconhecido, angústia, ansiedade e sofrimento em qualquer faixa etária. Os sentimentos gerados por este processo ocorrem em todas as fases da vida, contudo, são mais graves na adolescência sendo exacerbados pelos sentimentos dessa fase de transformações e mudanças.<sup>1</sup>

No adolescente, a hospitalização pode causar alterações emocionais tão importantes que interferem em seu desenvolvimento e podem dificultar o próprio tratamento. Os adolescentes hospitalizados vivenciam um processo que causa medo e insegurança requerendo cuidados especiais como ambiente acolhedor e a visita facilitada de amigos e familiares.<sup>1</sup>

Neste sentido, como são os operadores da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) que cuidam do adolescente hospitalizado 24 horas por dia, a capacitação técnica é indispensável e essencial para um atendimento de qualidade. Em sua relação com o adolescente hospitalizado o profissional pode captar suas demandas intensificando os laços de confiança mútua, fortalecendo o processo dialógico. Assim, a equipe de enfermagem através do diálogo deve ouvir sem colocar limite de tempo, sem fazer pré-julgamentos e identificar além das queixas, os problemas de enfermagem.<sup>2</sup>

Dados de um estudo realizado com crianças hospitalizadas, em idade escolar, evidenciaram a importância do lúdico no processo de hospitalização e como são abordadas pela equipe de enfermagem mediante a realização de procedimentos. Destaca-se que é primordial a cordialidade, o carinho, o respeito, além da explicação e orientação do passo a passo sobre os procedimentos.<sup>3</sup>

Embora o hospital seja visto por crianças e adolescentes como um lugar de cura e de cuidados, estes também vivenciam, neste espaço, sentimentos de tristeza, medo, prisão e saudade do meio social. Assim, no processo de hospitalização é imprescindível que as demandas e expectativas destes sujeitos sejam compreendidas pelos profissionais que lhes prestam a assistência.<sup>4</sup>

É nesse contexto, que o estudo se insere buscando compreender como a equipe de enfermagem experencia a hospitalização de adolescentes, tendo como objeto, a compreensão dos operadores (enfermeiros, técnicos e auxiliares) da enfermagem sobre a hospitalização. Assim o objetivo do estudo é compreender a ótica dos profissionais de enfermagem sobre a hospitalização dos adolescentes.

## METODOLOGIA

Pesquisa de campo com a abordagem qualitativa, método descritivo, utilizando a técnica de entrevista com perguntas

semiestruturadas, gravadas em dispositivo interno do telefone celular, no período de fevereiro a abril de 2016.

O estudo foi desenvolvido em uma enfermagem de atenção especializada em saúde do adolescente de um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro.

Foram realizadas 15 entrevistas com profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), sendo 01 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. Os critérios de inclusão foram: profissionais de enfermagem de ambos os sexos, que não estivessem de férias ou licença e que prestassem cuidados aos adolescentes hospitalizados, tendo pelo menos 1 (um) ano de experiência profissional. Os critérios de exclusão foram: os profissionais de enfermagem que estivessem de férias ou licença durante o período de coleta de dados ou que possuíssem menos de 1 (um) ano de experiência na assistência aos adolescentes hospitalizados.

O roteiro de entrevista foi composto pelos seguintes questionamentos: Como é cuidar de adolescentes hospitalizados para você? O que você sente ao cuidar de adolescentes hospitalizados?

Todos os critérios éticos que envolvem pesquisas com seres humanos foram cumpridos à luz da Resolução nº 466/2012(5), do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer consubstanciado de número 1.542.153. Os sujeitos do estudo somente participaram após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, composta por 3 etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos dados e interpretação.<sup>(6)</sup> Emergiram três categorias que foram analisadas a luz da literatura científica sobre a temática.

## RESULTADOS

A pesquisa teve 15 profissionais de enfermagem entrevistados, sendo 3 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. A idade dos entrevistados variou entre 25 a 52 anos; entre eles 07 possuíam filhos adolescentes, 02 possuíam filhos com idade infantil e 06 não possuíam filhos; o tempo de assistência com adolescentes variou de 15 a 72 meses.

As unidades de registros obtidas com as entrevistas foram agrupadas e originaram três categorias acerca da hospitalização do adolescente na percepção do profissional de enfermagem:

### **Categoria 1 - A inexperiência no cuidado de enfermagem ao adolescente como um desafio**

No Brasil, ainda a tradição de políticas públicas específicas destinadas aos adolescentes ainda é incipiente; apenas recentemente observa-se uma preocupação dos responsáveis pela formulação de políticas governamentais com essa população. Com isso, os serviços de saúde continuam despreparados para o cuidado ao adolescente, pressupondo-se, então, a necessidade premente de superação das formas predominantes e hegemônicas de se apreender a adolescência, as quais têm direcionado a atenção prestada a este grupo específico<sup>7</sup>.

“A princípio eu não tinha experiência com adolescente. E assim, foi até um desafio porque é uma faixa etária mais complicada, eu achava que eu não tinha muito... muito trato para lidar com eles (...)” (P1)

“Bom... assim que eu comecei a trabalhar aqui no hospital eu não tinha experiência alguma em trabalhar com adolescente fiquei um pouco assustado né? (...)” (P2)

“(...) eu já tinha trabalhado com adulto e com crianças, mas nunca tinha trabalhado só com adolescente, até já tinha visto pq trabalhei em cti adulto, tinha adolescente de 13...14, mas a maioria dos hospitais não tem um serviço assim só de adolescente (...)” (P4)

“(...) eu acho que foi um grande desafio, porque eu nunca tinha trabalhado literalmente com adolescentes, eu já tinha trabalhado com pediatria... mas é uma experiência muito válida, porque eu me sinto muito útil, porque eu acho que a gente tem uma troca legal (...)” (P9)

Observa-se nas falas a inexperiência do cuidar de adolescente, e como esta vivência é vista por estes profissionais como algo novo e desafiador. Pode-se inferir que a própria formação profissional costuma abordar a hospitalização de crianças e adolescentes, e o processo de adoecimento nestas etapas da vida como similares não levando em conta as peculiaridades nem da infância nem da adolescência. Além disso, poucas unidades de saúde atendem especificamente adolescentes hospitalizados, e estes sujeitos ora são vistos como crianças ora como adultos no que concerne a atenção à saúde.

### **Categoria 2 - Especificidades da adolescência**

O atendimento ao adolescente necessita cumprir os princípios éticos como privacidade e confidencialidade. Na relação com os profissionais de saúde deve haver a expressão de seu processo de individualização. O sigilo do tratamento deve ser assegurado por meio de um consenso nos serviços visando um acordo entre a equipe multidisciplinar. Entretanto nos casos de risco de morte, gravidez na adolescência, hiv/ Aids, drogadicção, ideação suicida ou homicida deve ser comunicado aos pais e/ou responsáveis legais.<sup>8</sup>

É essencial que o profissional de saúde possa lidar com os

adolescentes, de maneira participativa e interativa, para que a assistência emane com tranquilidade, sem as imposições de uma relação de poder.<sup>9</sup>“(...) eles têm essas coisas que às vezes te impulsionam, mesmo nos momentos tristes que estão. Assim, eles são questionadores, às vezes tem uns mais rebeldes, entendeu? Mas tem uns mais retraídos que você conversa, assim é um universo que assim eles também tão passando por um momento muito difícil né? Que é a adolescência né? (...)” (P5)

“Cuidar de adolescente internado acho uma tarefa muito difícil, porque o adolescente ele já é complicado por causa da adolescência né? Então ele está ali num momento da vida dele de adoecimento e isso torna aquela coisa da adolescência mais aflorada ainda né? (...) é totalmente diferente trabalhar com adolescente e com adulto, mas eu tento sempre levar em conta que é um adolescente, entendeu? Sempre nessa coisa assim, sempre nessa lógica, sabe? Que ele não é um adulto, que a gente fala: “ô tem tomar banho agora...” essa rotina, eu sempre deixo ele mais a vontade, porque o adolescente já tem essa coisa de ser mais arredo.” (P8)

“(...) O questionamento do adolescente é sempre diferente do questionamento do adulto, porque o adolescente está descobrindo a vida, então ele quer viver (...)” (P11)

“A diferença é porque assim as crianças choram reclamam, mas passou aquela dor eles ficam tranquilos e o adolescente ele é mais queixoso, mais solicitante (...)” (P12)

Observa-se nas falas que os profissionais compreendem que os adolescentes vivenciam uma etapa da vida marcada por transformações biopsicossociais importantes, e que o processo de hospitalização destes sujeitos precisa ser encarado pela equipe de enfermagem como algo singular. O adolescente é visto, por vezes, neste processo de hospitalização como questionador, rebelde, queixoso, retraído, arredo, mas que também como sujeito que possui uma vontade imensa de viver, de aflorar a vida.

### **Categoria 3 - Sentimentos gerados pela hospitalização do adolescente no profissional de enfermagem**

Os achados revelaram que os sentimentos gerados nos profissionais de enfermagem demonstram a necessidade de vínculo entre eles (profissionais e adolescentes), baseado em uma relação de proximidade entre eles.

“Felicidade... muito feliz... muito alegre. Eles são muito receptivos, gostam de conversar, de contar as coisas pra gente. Entendeu?(...) confiança, eles se sentem confiantes com agente, assim... uma cumplicidade, de amizade mesmo.” (P3)

“(...) depende de cada momento, porque quando você consegue ver um paciente saindo bem com o tratamento, você

se sente... é... realizada, você vê que seu trabalho valeu a pena, que seu esforço valeu a pena (...) quando você vê que não tem um sucesso no tratamento você fica um pouco frustrado, eu acho que até é uma característica da enfermagem é a gente se culpar pelo que dá errado (...) "será que a gente poderia ter feito mais?"; "será que eu errei em alguma coisa?" então eu acho que o sentimento depende do andamento do processo do cuidado." (P7)

"(...) é triste assim a gente ver que tão jovem numa condição dessa, tão grave. E também é ótimo quando a gente vê que eles estão melhorando, estão se recuperando, estão lindos, estão saudáveis, né? É uma experiência muito válida e única, eu acho." (P10)

"(...) eu me sinto penalizada, compadecida, deles não poderem fazer o que eles querem, eu fico triste em vê-los sofrendo sem conseguir fazer algumas coisas (...)" (P14)

Outro ponto destacado nas falas é o sentimento da equipe frente ao processo de adoecimento, e o quanto este repercute no profissional que cuida. A equipe vivencia tanta a alegria frente a recuperação e melhora destes sujeitos, quanto a frustração frente a piora e a gravidade da condição.

## DISCUSSÃO

Diante dos resultados encontrados, observa-se a existência de um déficit de unidades de atenção à saúde voltados aos adolescentes, o que reflete, em boa medida, a inexperiência dos profissionais com este público, tornando assim esta vivência desafiadora, principalmente em decorrência de julgamentos prévios sobre a adolescência.

Neste sentido, é premente a criação de programas que atentem para questões relacionadas ao adolescente internado, que tenham uma abordagem multiprofissional, e envolva, principalmente, à equipe de enfermagem (10).

Os serviços de saúde para o adolescente são raros e, existe um déficit na implantação de programas voltados para esta clientela, que possui particularidades e um modo peculiar de utilizar a assistência à saúde.(8)

Ainda, é um desafio o ensino voltado à formação do enfermeiro no cuidado de enfermagem na assistência da criança e adolescente, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que o profissional enfermeiro é imprescindível no cuidado da criança e do adolescente, e o aperfeiçoamento teórico prático na formação deve ser uma ação continuada, em todos os níveis de assistência à saúde <sup>11</sup>.

As falas evidenciam que a adolescência apresenta particulares que poderão interferir na assistência dos profissionais de enfermagem na atenção à saúde desta população.

Para tornar o cuidado mais adequado aos adolescentes, os profissionais de enfermagem precisam estar aptos

e gostarem de trabalhar com eles, serem sensíveis, e conhecerem as peculiaridades de toda essa fase da vida e os conflitos vivenciados por este grupo<sup>12</sup>.

Durante a assistência ao adolescente, os profissionais devem ter dedicação, disponibilidade e criatividade, tornando sempre o ambiente acolhedor e com fácil acesso, assim como também serem capazes de captar a atenção dos adolescentes para que haja uma melhor participação e então tenham um bom desfecho<sup>13</sup>.

Os profissionais que entendem a fase da adolescência fornecem uma assistência capaz de favorecer o bem-estar a estes clientes e ajudá-los a desenvolver competências que os auxiliam a encarar a doença, influenciando de forma positiva a recuperação<sup>14</sup>.

Para que a atuação dos profissionais junto aos adolescentes seja eficaz é necessária uma visão holística das demandas e das ações que deverão ser desenvolvidas, desta forma considera-se que trabalhar na área de saúde do adolescente requer que os profissionais levem em conta algumas questões que nem sempre são consideradas<sup>15</sup>.

Uma equipe habilitada, preparada e capacitada é imprescindível no cuidado a estes indivíduos. A atenção, o cuidado, o suporte emocional, a comunicação e empatia são aspectos fundamentais valorizados pelos adolescentes frente aos que os assistem<sup>16</sup>.

Ressalta-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 2º, é considera adolescente o indivíduo que possui entre 12 a 18 anos. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) determinam que a adolescência é a faixa compreendida dos 10 aos 19 anos de idade<sup>(14-17-18)</sup>.

A adolescência é uma fase em que o indivíduo não é mais criança e nem adulto. Geralmente, neste período, apresentam ótima condição física, apetite exagerado, praticam bastante exercícios e atividades de lazer. Nesta fase, o adolescente precisa, também, aprender a lidar com as mudanças que ocorrem ao seu redor e com a incerteza sobre seu futuro e suas próprias inseguranças<sup>1</sup>.

A alteração no perfil de morbidade e mortalidade que ocorreu ao longo dos anos, mostra que antigamente as crianças portadoras de doenças predominantes na infância morriam precocemente, porém com o desenvolvimento da ciência essas crianças conseguem chegar à adolescência, elevando assim o percentual de adolescentes hospitalizados.<sup>1</sup>

Ao cuidar de adolescentes hospitalizados, o enfermeiro além de conhecer as reações pertencentes à adolescência, fisiopatológicas e psicossociais, deve conhecer as particularidades dos adolescentes, a fim de estabelecer um vínculo de confiança. Pode-se dizer que o enfermeiro ao prestar assistência aos adolescentes deve estabelecer sempre um ambiente que favoreça o cuidado adequado, além

de garantir que o adolescente e sua família sejam cuidados de maneira singular<sup>1</sup>.

No processo de hospitalização há uma interrupção das atividades cotidianas e das interações dos adolescentes com familiares e amigos. Os mesmos passam a experimentar a dor, os procedimentos invasivos, o tratamento, e ainda precisam se adequar as normas, rotinas e horários institucionais. Uma realidade adversa a esta fase da vida considerada uma das mais saudáveis<sup>16</sup>.

Os adolescentes hospitalizados, na maioria das vezes, sentem-se diferentes dos seus colegas de convívio social, por necessitarem de cuidados diferenciados, como consultas e terapêutica medicamentosa, limitando a frequência escolar e até mesmo o relacionamento com seus pares, interferindo na sua autoestima. O enfermeiro precisa ser capaz de minimizar estes conflitos, para intervir junto ao adolescente e sua família, utilizando sempre uma base científica e uma visão holística no cuidar em enfermagem<sup>19</sup>.

Desta forma, durante a hospitalização dos adolescentes, a enfermagem tem um papel fundamental de escuta, de acolhimento e de resolutividade nas situações de conflitos, assim como acompanhar a sua família durante todo o processo<sup>1</sup>.

A interação entre o adolescente e os profissionais de enfermagem precisa ser baseada em uma relação de confiança, segurança, respeito e diálogo. É muito importante que o profissional desenvolva uma escuta atenta do adolescente e não permita que julgamentos anteriores impliquem na assistência<sup>20</sup>.

Um das limitações mais sensíveis desse estudo é, de um lado, a incipiência de unidades de internação em saúde do adolescente para sua replicação, e, de outro, a escassez de literatura para subsidiar os dados evidenciados. Soma-se a isso, que grande parte dos adolescentes são hospitalizados em unidades pediátricas ou adultas, e por constituírem uma minoria no conjunto de pacientes internados, suas peculiaridades acabam passando despercebidas pela equipe de enfermagem.

*“Os adolescentes hospitalizados, na maioria das vezes, sentem-se diferentes dos seus colegas de convívio social, por necessitarem de cuidados diferenciados, como consultas e terapêutica medicamentosa”*

## CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível evidenciar a ótica dos profissionais de enfermagem sobre a hospitalização dos adolescentes. Os mesmos se colocaram inexperientes em cuidar desse público e declararam que o cuidado a essa população é um desafio para a equipe. Além disso, foi possível constatar que em função dos adolescentes experienciam o processo de hospitalização de forma peculiar, os profissionais precisam estar capacitados para prestarem uma assistência de qualidade a estes sujeitos, estabelecendo

vínculo, empatia e confiança.

Ainda, o estudo poderá servir de subsídios para novas pesquisas que envolvam o adolescente em processo de hospitalização junto à equipe de enfermagem em cenários pediátricos e adultos.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida IS, Ribeiro IB, Rodrigues BMRD, Simões SMF. Hospitalização do adolescente e a participação familiar. IN: Aben. Programa de Atualização em Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente (PROENF). Porto Alegre: Artmed; 2008.
2. Lins RNP, Collet N, Vaz EMC, Reichert APS. Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde [Internet]. 2013 [cited 2017 Ago 06]; 17 (3): 225-232. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/14021>.
3. Santos PM, Silva LF, Depiantill JRB, Cursinoll EG, Ribeiro IICA. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 15];69(4):646-53.647. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>
4. Gomes ILV, Queiroz MVO, Bezerra L Lal, Souza NPG. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 Ago 6]; 17(4):703-9. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/30378/19654>
5. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 jun 2013 [cited 2017 Ago 6]; Seção 1. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
7. Torres TRF, Nascimento EGC, Alchieri JC. O cuidado de enfermagem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Rev Adolescência e Saúde [Internet]. 2013 [cited 2017 Ago 10]; 10 (1): 16-26. Available from: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=391](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=391).
8. Taquette SR. Conduta Ética no atendimento à saúde de Adolescentes. Rev Adolescência e Saúde [Internet]. 2010 [cited 2017 Ago 10]; 7(1): 6-11. Available from: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=174](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=174).
9. Santos CC, Ressel LB. O adolescente no serviço de saúde. Rev Adolescência e Saúde [Internet]. 2013 [cited 2017 Ago 12]; 10 (1): 53-5. Available from: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=355](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=355).
10. Guzman CR, Cano MAT. O adolescente e a hospitalização. Rev Eletr Enf [Internet]. [Internet] 2000[cited 2017 Ago 12];2(2). Available from: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_2/ado\\_hosp.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/ado_hosp.html)
11. Jorge KJ, Rodrigues RM, Toso BRGO, Viera CS. Integralidade e formação do enfermeiro para o cuidado a criança e adolescente. Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Ago 20];2(2): 127-37. Available from: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/15478/10779>.
12. Abreu M, Azevedo AIM. O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição?. Rev Adolescência e Saúde [Internet]. 2012 [cited 2017 Ago 2-]; 9(3): 21-8. Available from: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=327](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327).
13. Rodrigues ARS, Barros WM, PDDL. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. Enferm Foco [Internet]. 2016 [cited 2017 Dez 15]; 7 (3/4): 66-70. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/945/355>
14. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 8ª Edição – Brasília: Câmara dos Deputados. Edições Câmara; 2011. 171p. (Série legislação; n. 65) [Atualizada em 13/10/2011 ISBN 978-85-736-5817-0]
15. Secretaria de Saúde (SP), Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS; 2006. 328p.
16. Figueiredo ÂMS, Almeida CMS, Santos MMO, Carneiro CF. Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. Rev Enf Ref [Internet]. 2015 [cited 2017 Dez 13];serIV(6):105-114. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000600012&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000600012&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14041>.
17. OMS (Organização Mundial da Saúde). Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade. Geneva: oms; 2014
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente (PROSAD): Bases Programáticas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. 32p.
19. Lino IMBS, Pissarra PCVL. O Adolescente e a Vivência da Hospitalização [dissertação de mestrado]. Guarda: 2013 [cited 2017 Ago 8];. Available from: <<http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1487/1/E%20SIP%20-%20Isabel%20Maria%20Barroca%20dos%20Santos%20Lino.pdf>>.
20. Costa CCP, Vieira MLC, Almeida IS, Ribeiro IB, Simões SMF. A hospitalização do adolescente: vivências do acompanhante familiar à luz da hermenêutica heideggeriana. Rev pesq: cuid fundam online [Internet]. 2010; 2(Ed. Supl.):545-9. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/994>.

# CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS

Itala de Sousa Damasceno<sup>1</sup>, Tarciana de Macêdo Alves<sup>1</sup>, Lidyane Rodrigues Oliveira Santos<sup>1</sup>, Michelle Cristina Fianco<sup>1</sup>, Sarah Nilkece Mesquita Araújo<sup>1</sup>, Maria Neidiane Lima da Silva<sup>1</sup>

**Objetivo:** caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes vítimas de acidentes motociclisticos em um Hospital geral de Urgência e Emergência. **Metodologia:** estudo descritivo, quantitativo de delineamento longitudinal e prospectivo do tipo documental, realizado nas clínicas ortopédica e neurológica entre março a abril de 2016 em um hospital público do Piauí. **Resultados:** 90,1% eram do sexo masculino, 54,5% eram solteiros, média de idade 34 anos, 26,7% tinham ensino fundamental incompleto, 32,7% eram lavradores, 51,5% procedentes do interior do estado. 33,7% não usavam capacete, 15,8% estavam alcoolizados, 30,7% tiveram fratura fechada, 80,2% realizaram cirurgia. O tempo médio de internação foi de 6,64 dias. **Conclusão:** variáveis importantes para a caracterização do perfil desses pacientes não são registradas; necessário se faz uma atenção mais acurada com vistas a contribuir para conscientização sobre a problemática em questão.

**Descritores:** Trauma, Acidente motociclistico, Enfermagem.

## CHARACTERIZATION CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL OF VICTIMS OF MOTORCYCLICAL ACCIDENTS

**Objective:** to characterize the clinical and epidemiological profile of motorcycle accident victims in a General Emergency and Emergency Hospital. **Methodology:** descriptive, quantitative study of longitudinal and prospective design of the documentary type, carried out in orthopedic and neurological clinics between March and April of 2016 in a public hospital of Piauí. **Results:** 90.1% were male, 54.5% were single, mean age 34 years, 26.7% had incomplete elementary education, 32.7% were farmers, 51.5% came from the interior of the state. 33.7% did not wear a helmet, 15.8% were drunk, 30.7% had a closed fracture, and 80.2% underwent surgery. The mean length of hospital stay was 6.64 days. **Conclusion:** important variables for the characterization of the profile of these patients are not registered; More accurate attention is needed in order to raise awareness of the problem in question.

**Descriptos:** Trauma, Motorcycle Accident, Nursing.

## CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACCIDENTES MOTOCICLISTICOS

**Objetivo:** caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes víctimas de accidentes motociclisticos en un Hospital general de Urgencia y Emergencia. **Metodología:** estudio descriptivo, cuantitativo de delineamiento longitudinal y prospectivo del tipo documental, realizado en las clínicas ortopédica y neurológica entre marzo a abril de 2016 en un hospital público de Piauí. **Resultados:** 90,1% eran del sexo masculino, 54,5% eran solteros, media de edad 34 años, 26,7% tenían enseñanza fundamental incompleta, 32,7% eran labradores, 51,5% procedentes del interior del estado. El 33,7% no usaba casco, el 15,8% estaba alcoholizado, el 30,7% tuvo fractura cerrada, el 80,2% realizaron cirugía. El tiempo promedio de internación fue de 6,64 días. **Conclusión:** variables importantes para la caracterización del perfil de estos pacientes no se registran; Se hace una atención más precisa con miras a contribuir a la concientización sobre la problemática en cuestión.

**Descriptores:** Trauma, Accidente motociclistico, Enfermería.

<sup>1</sup>Departamento de Enfermagem do Instituto Camillo Filho, Teresina-PI-Brasil. Email: itala\_nandes@hotmail.com.

## INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito são considerados um grave problema de saúde pública por se destacarem como a principal causa de morte de jovens no mundo, com altos índices envolvendo motociclistas. Os traumatismos resultantes destes acidentes destacam-se como uma das principais causas externas de morbimortalidade mundial, evidenciados nos dados que corroboram com a magnitude desta problemática. (1)

Em pesquisa realizada no ano de 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elencou os países recordistas em mortes por acidentes de trânsito, e o Brasil ocupa o 4º lugar, ficando atrás somente da Índia, China e Nigéria e destaca que os acidentes motociclisticos lideram os atendimentos a essas vítimas. Somente em 2010, foram realizadas 145.920 internações a vítimas de acidentes com transportes, o que ocasionou um custo de aproximadamente 187 milhões de reais aos cofres públicos, financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (1)

Este fenômeno atinge vítimas de diferentes graus de severidade e características demográficas. Mundialmente, morrem ao ano 1,2 milhões de pessoas, o que corresponde a três mil mortes por dia, além de resultar em 50 milhões de traumas. Dessa forma, estima-se que em meados de 2020, as mortes ocasionadas por acidentes de trânsito ocuparão a segunda posição no ranking de causas mortes evitáveis. (2)

No Piauí, os índices de mortalidade relacionados a acidentes de trânsito sofreram um significativo aumento de 541 mortes para 1199 entre 2003 e 2013, o que o posiciona em terceiro lugar no ranking Brasileiro. Estado este apontado como sendo mais provável morrer no trânsito, com taxa de mortalidade de 38,4 por 100.000 habitantes, totalizando 1.215 mortes, somente no ano de 2012 (3). Ao tratar do perfil dos traumas e dos atendimentos realizados, pesquisa realizada no ano de 2012, que objetivou investigar o perfil dos politraumas em condutores, mostrou que 84% dos atendimentos realizados no Serviço de Atendimento Médico de Urgência foram provenientes de acidentes motociclisticos, com predominância de 59% de traumas musculoesquelético. (4)

O aumento indiscriminado dessa demanda nos serviços assistenciais, dos índices de mortalidade, da posição em que o estado negativamente ocupa no ranking brasileiro, das potenciais consequências, custos, bem como do tratamento dispensado a esses pacientes, impulsionaram-se para a realização da pesquisa. Assim o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes

vítimas de acidentes motociclisticos em um Hospital Geral de Urgência em Teresina-PI.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo de natureza quantitativa de delineamento longitudinal e prospectivo do tipo documental, realizado nas clínicas ortopédica e neurológica de um Hospital público geral de urgência em Teresina-Piauí. Participaram do estudo prontuários de pacientes com idade mínima de 18 anos, que tiveram como causa de internação acidente motociclistico, ambos os sexos e que permaneceram disponíveis nas supracitadas clínicas por no mínimo 24 horas e que possuíam informações necessárias, como os dados epidemiológicos e clínicos.

A coleta dos dados foi realizada no período de março a abril de 2016 após o consentimento da instituição pesquisada e assinatura do Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados- TCUD, obedecendo as seguintes etapas: prospecção dos prontuários conforme os critérios de inclusão, análise documental e aplicação de um formulário semiestruturado, elaborado pelas autoras que foi preenchido por meio de informações contidas nos prontuários. 101 prontuários atenderam aos critérios de inclusão do estudo, passando a compor a amostra. Foi realizado o pré-teste dos formulários de coleta de dados para verificação de clareza e compatibilidade com os objetivos do estudo.

Após o término da coleta de dados, os dados sofreram dupla digitação, foi construído um dicionário de dados em planilha do Microsoft Excel para análise inicial e montadas tabelas para a análise estatística. Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Para caracterização da amostra, foram empregadas medidas de tendência central por meio da estatística descritiva, das variáveis sociodemográficas e clínicas. Os dados foram analisados por meio do teste de Komogorov-smirnov para verificação de normalidade dos dados. Para as variáveis das escalas foi utilizada estatística paramétrica para análise comparativa a partir do teste t de Student para variáveis independentes. Os dados foram expostos em tabelas segundo sua distribuição de frequência e percentuais. O Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) autorizou a realização da pesquisa em 18 de março de 2016 sob o CAAE 54093116.1.0000.5212.

RESULTADOS

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica de pacientes internados por acidente motociclistico nas clínicas ortopédica e neurológica (N=101). Teresina, PI, Brasil, 2016

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	10	9,9
Masculino	91	90,1
<b>Idade (anos)</b>	<b>34,4 DP±(12,54)*</b>	
>18&<=30	36	35,6
>30&<=40	39	38,6
>40<=50	14	13,9
>50<=60	9	8,9
>60	3	3
<b>Estado civil</b>		
Casado	29	28,7
Solteiro	55	54,5
União estável	10	9,9
Divorciado	1	1
Não relatado	6	5,9
<b>Raça/Cor de pele</b>		
Parda	11	10,9
Preta	1	1
Amarela	4	4
<u>Não informado</u>	85	84,1
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	2	2
Fundamental completo	12	11,9
Fundamental incompleto	27	26,7
Médio Completo	15	14,9
Médio Incompleto	3	3
Não informado	42	41,5
<b>Profissão</b>		
Lavrador	33	32,7
Pedreiro	11	10,9
Moto boy	3	3
Estudante	4	4
Mecânico	4	4
Outros	27	26,7
Não relatado	19	18,7
<b>Naturalidade</b>		
Teresinense	40	39,6
Interior do Estado	52	51,5
Outros Estados	9	8,9

**Tabela 2** - Aspectos gerais de trânsito de pacientes internados por acidente motociclistico nas clínicas ortopédica e neurológica. Teresina, PI, Brasil, 2016

Estrutura do cuidado	N	%
<b>Local do acidente</b>		
Estrada	2	2
Rodovia	2	2
Rua	6	5,9
Avenida	9	8,9
Não continha informação	82	81,2
<b>Uso de Capacete</b>		
Sim	14	13,9
Não	34	33,7
Não continha informação	53	52,4
<b>Alcoolizado</b>		
Sim	16	15,8
Não	13	12,9
Não continha informação	72	71,3
<b>CNH</b>		
Sim	1	1
Não continha informação	100	99

**Tabela 3** - Aspectos clínicos de pacientes internados por acidente motociclistico nas clínicas ortopédica e neurológica. Teresina, PI, Brasil, 2016

	Clínica Neurológica		Clínica Ortopédica		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	26	25,7	75	74,3	101	100
<b>Trauma</b>						
Fratura exposta	1	3,8	28	37,3	29	28,7
Fratura fechada	0	0	31	41,3	31	30,7
TCE	14	53,9	0	0	14	13,9
Lesões extensas	0	0	5	6,7	5	5
Politrauma	7	26,9	11	14,7	18	17,7
TRM	4	15,4	0	0	4	4
<b>Tratamento</b>						
Clínico	18	69,2	2	2,7	20	19,8
Cirúrgico	8	30,8	73	97,3	81	80,2
<b>Tempo de Internação</b>					<b>6,47DP±(6,64)*</b>	
1 a 2 semanas	5	19,3	19,3	18,8	29	28,7
3 a 4 semanas	1	3,8	3,8	5,2	2	2
Mais de 4 semanas	0	0	0	2,6	4	4
Dias	20	76,9	76,9	73,4	66	65,3

TCE: Traumatismo ~~crânioencefálico~~; TRM: Trauma raquimedular; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; \*Média; DP: desvio padrão.

**Tabela 4** - : Fatores contributivos para traumas por acidente motociclistico. Teresina, PI, Brasil, 2016

Fatores de risco	Item mais prevalente	N	P*	IC
<b>Local do acidente</b>				
Sexo	Masculino	91	0,00	2,39-3,06
Idade	29 anos	05	0,02	1,04-2,62
Profissão	Lavrador	26	0,00	2,14-3,56
Procedência	Outros Municípios	75	0,00	2,38-3,25

P=valor, IC = Intervalo de confiança

DISCUSSÃO

Dos 101 prontuários pesquisados, houve um predomínio do sexo masculino com 90,1%, a faixa etária, em sua maioria, foi composta de pacientes com idade entre 18 e 76 anos, com maior percentual entre 30 e 40 anos, 39% com média de 34,4 e desvio padrão 12,54 anos. Um estudo realizado no serviço de emergência, apresentou similaridades por apresentar 88,7% dos pacientes masculinos e 11,9% feminino. No mesmo estudo aponta que a faixa etária predominante foi entre 18 e 29 anos, 40%, seguido de 30% que compreendia a faixa de 30 a 39 anos, variando entre 18 e mais de 70 anos<sup>(1)</sup>.

Os dados demonstram que os jovens são os mais acometidos por acidentes, e isso se deve a inexperiência, falta de habilidade, dificuldade em perceber e resolver os problemas, além da tendência em dirigir com excessiva velocidade, manobras arriscadas, pressão dos amigos, busca de emoções, impulsividade e abuso<sup>5</sup>.

Quanto ao estado civil, pode-se observar que 54,5% eram solteiros e 28,7% casados. Essa proporção pode estar relacionada ao fato de a maioria das vítimas constituir uma população jovem com idade entre 30 e 40 anos. Em relação

a escolaridade 41,5% não informaram e 26,7% tinham ensino fundamental incompleto.

Em um estudo realizado em Jequié-BA, que objetivou caracterizar as lesões musculoesqueléticas em 34 motociclistas vítimas de acidente de trânsito, 63,33% eram solteiros e 33,3% casados, quanto à escolaridade 43,33% possuíam apenas ensino fundamental incompleto<sup>6</sup>.

Os estudos corroboram em destacar o perfil dos acidentados em sua maioria solteiros e com baixa escolaridade. Observou-se que o Piauí ainda possui um número elevado de pessoas com baixa escolaridade, o que dificulta no conhecimento e obediência as leis de trânsito<sup>7</sup>.

A prevalência quanto a profissão foi a de lavrador com 32,7%, corroborando com um estudo realizado em um serviço de urgência com vítimas de acidentes de motocicleta também em um município do Piauí, em que 38% dos pacientes eram lavradores e enfatiza que muitas dessas vítimas utilizam esse meio de transporte para seu deslocamento para zonas rurais em que exercem suas atividades laborais e como estas não são licenciadas, muitas vezes não passam por nenhuma manutenção e fiscalização pelos órgãos oficiais responsáveis<sup>7</sup>.

A maioria dos pacientes, 51,5% era natural do Piauí, e 58,4% eram transferidos de outros municípios do estado, semelhante ao estudo realizado para caracterizar as vítimas de acidentes motociclisticos atendidos em um centro de reabilitação no sul do Brasil entre os anos de 2000 a 2010, em que foi mostrado que 48% dos pacientes residiam ou vinham transferidos de outros municípios<sup>(8)</sup>. Isso é justificável pelo fato desses municípios circunvizinhos ter uma carência de profissionais e equipamentos especializados para atendimentos dessas vítimas.<sup>9</sup>

No presente estudo, somente 18,8% dos prontuários tinham informações quanto ao local do acidente, entre esses, 8,9% ocorreu em avenida, 5,9% em rua, 2% estrada, 2% rodovia. O que difere de outro estudo, onde houve maior prevalência de 42,47% em avenidas, 38,71% em ruas e ainda enfatiza que as vias públicas possuem limites de velocidade modificáveis, para garantir a segurança viária e que muitos acidentes de trânsito estão diretamente relacionados à velocidade adotada pelo condutor<sup>10</sup>.

Nesse estudo, as informações sobre o uso do capacete e a ingestão de bebida alcoólica não foram informadas na maioria dos prontuários, 52,4% e 71,3% respectivamente, cabendo então uma visão mais crítica sobre esses dados. Embora a maioria dos prontuários não tivessem informações sobre a ingestão de bebida alcoólica e o uso do capacete, dentre os dados coletados 33,7% das vítimas não usavam capacete durante o acidente e 15,8% estavam alcoolizados.

Estudo similar realizado no município de Aracaju-SE evidenciou que a maioria desses dados não foram registrados pelos profissionais, entretanto, 14,6% dos casos registrados tiveram suspeita de ingestão alcoólica e 19,3% não fizeram uso do capacete e ainda destaca que a ingestão do álcool retarda os reflexos e a visão, causando uma sensação de euforia induzindo o motorista a abusar da velocidade e consequentemente levar a perda do domínio da motocicleta. Em relação ao uso do capacete esse mesmo estudo relata que as vítimas deixam de utilizar esse tipo de equipamento de segurança, por motivos como a inconveniência e o desconforto causado pelo uso e ainda pelo fato de nunca esperar ser envolvido nesse tipo de acidente<sup>9</sup>.

Dos 101 prontuários, 75 eram de pacientes internados na clínica ortopédica e 26 na clínica neurológica. O tipo de trauma que mais prevaleceu em ambas às clínicas foi o de fratura fechada, 30,7%, sendo este percentual mais elevado na clínica ortopédica, 41,3%. Resultado similar com um estudo realizado no município de Ipatinga, quanto ao tipo de fratura, houve uma predominância de fratura fechada correspondente a 6,2%(11). Pode-se destacar a prevalência dos traumas ortopédicos devido a maior exposição do corpo da vítima, o que faz com que ele tenha maiores chances de ser arremessado e atropelado<sup>1</sup>.

Na clínica neurológica o trauma que prevaleceu foi o cranioencefálico com 53,9%, corroborando com o outro estudo, no qual o traumatismo cranioencefálico, dentro dos traumas neurológicos, foi o que mais prevaleceu com 53%, o que pode promover consequências ao paciente, família e sociedade. As lesões neurológicas correspondem à causa mais frequentes de morte em motociclistas traumatizados e grande parte estão associadas ao não uso do capacete.<sup>(12)</sup>

Da amostra geral, 80,9% dos prontuários pesquisados apresentaram uma predominância de tratamento cirúrgico. Isso também foi evidenciado na clínica ortopédica com, 97,3%, podendo ser justificado devido ao maior percentual de traumas ser fraturas fechadas seguido de expostas, necessitando do procedimento cirúrgico como uma das formas de tratamento. Ao se comparar com uma pesquisa realizada em São Paulo no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, os tipos de cirurgia mais relevantes entre as vítimas de acidentes motociclisticos foram as cirurgias ortopédicas com um percentual de 58%(13). Outro estudo realizado na Enfermaria de Ortopedia e Traumatologia do Hospital São Paulo, apresentou dados similares onde 95,4% das vítimas acometidas por acidente motociclistico foram submetidas a tratamento cirúrgico, o que aumenta o tempo de internação e sequelas temporárias ou permanentes.<sup>14</sup>

Em relação ao tempo de internação total a média foi de 6,64 dias (dp±6,47), o mínimo de dias de internação foi de 2 dias, e o máximo 40, na clínica ortopédica prevaleceu um tempo médio de 6,72 dias (dp±7,06), na neurológica a média foi de 5,73 dias (dp± 5,28), o mínimo 2 dias e o máximo 26 dias.

Após as análises das variáveis associamos os fatores de risco para ocorrência de trauma acometidos por acidentes motociclisticos, conforme os dados coletados. A associação foi evidenciada apenas naquelas em que se obteve uma amostra significativa. O sexo, a profissão e a procedência foram indicados como maiores fatores de risco para acidentes (p=000) seguido por idade (p=002).

O estudo teve limitações visto que algumas variáveis não foram completamente coletadas como cor, CNH, renda, etilismo, tabagismo, ingestão de bebida alcoólica e uso do capacete.

## CONCLUSÃO

Os pacientes traumatizados por acidente motociclisticos foram caracterizados em sua maioria pelo sexo masculino, faixa etária entre 30 e 40 anos, adultos jovens, solteiros, residiam no interior do estado, profissão lavrador, e possuíam baixo nível de escolaridade com ensino fundamental incompleto. Entre os aspectos clínicos, os resultados demonstram que o tipo de trauma mais prevalente foi à fratura fechada e maioria necessitaram de tratamento cirúrgico. Os principais fatores contributivos para a ocorrência de traumas acometidos por acidentes motociclisticos que obtiveram uma amostra significativa nesse estudo, foram o sexo, a profissão e a procedência seguido da idade.

Sugere-se um maior enfoque no preenchimento dos registros hospitalares, visto que variáveis importantes para a caracterização do perfil desses pacientes não são registradas.

## REFERÊNCIAS

- Soares LS, Sousa DACM, Machado ALG, Silva GRF. Caracterização das vítimas de traumas por acidente com motocicleta internadas em um hospital público. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015; 23(1): 115-21 [acesso 02 jun 2016] Disponível: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15599/12365>.
- Cavalcante AKCB, Holanda VM, Rocha CFM, Cavalcante SW, Sousa JPR, Sousa FHR. Perfil dos acidentes de trânsito atendidos por serviço pré-hospitalar móvel. *Rev baiana enferm* [Internet]. 2015; 29(2): 135-45 [acesso 19 set 2015]. Disponível: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12656>.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Mortalidade. 2013 [acesso 20 nov 2015]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02058VOBJ=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>.
- Rezende Neta DS, Alves AKS, Leão GM, Araújo AA. Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclisticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI. *Rev bras enferm* [Internet]. 2012; 65(6): 936-41 [acesso 07 jun 2016]. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600008).
- Barbosa MK, Abrantes KSM, Silva WR Jr, Casimiro GS, Cavalcanti AL. Acidentes motociclisticos: caracterização das vítimas socorridas pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). *Rev Bras Ciên Saúde* [Internet]. 2014; 18 (1): 3-10 [acesso 20 mar 2016]. Disponível: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/12915/11711>.
- Mascarenhas CHM, Azevedo LM, Novaes VS. Lesões musculoesqueléticas em motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. *Rev eletrônica da Fainor* [Internet]. 2010; 3(1): 78-94 [acesso 04 nov 2015]. Disponível: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/79/70>.
- Nascimento NWS, Alves SM. Perfil dos motociclistas vítimas de acidente de trânsito atendidos no serviço de urgência municipal de Alto Longá. *Rev saúde e desenvolvimento* [Internet]. 2013; 4(2):6-17 [acesso 05 jun 2016]. Disponível: <http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/191/174>.
- Shoeller SD, Bonetti A, Silva GA, Rocha A, Gelbcke L, Khan P. Características das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. *Acta fisiátrica* [Internet]. 2011; 18(3): 141-5 [acesso 22 mai 2016]. Disponível: [http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=63](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=63).
- Vieira RCA, Hora EC, Oliveira DV, Vaez AC. Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclisticos atendidos em um centro de referência ao trauma de Sergipe. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2011; 45(6): 1359-63 [acesso 23 mai 2016]. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600012).
- Pereira TK, Paixão CAP, Nogueira TP, Vitorino LM. Características epidemiológicas dos acidentes com motociclistas de cidades sul mineiras. *Rev enferm Brasil* [Internet]. 2015; 14(4): 211-16 [acesso 07 jun 2016]. Disponível: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view-File/43/49>.
- Freitas IA, Nóra EA. Serviço de atendimento móvel de urgência: perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito com vítimas motociclistas. *Rev enferm integrada* [Internet]. 2012; 5(2): 1008-17 [acesso 27 abr 2016]. Disponível: [http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5\\_2/07-servicos-atendimento-movel-urgencia-perfil-epidemiologico-acidentes-transito-com-vitimas-motociclistas.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5_2/07-servicos-atendimento-movel-urgencia-perfil-epidemiologico-acidentes-transito-com-vitimas-motociclistas.pdf).
- Jácomo AAE, Garcia ACF. Análise dos acidentes motociclisticos no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). *Acta fisiátrica* [Internet]. 2011; 18(3): 124-9 [acesso 17 mai 2016]. Disponível: [http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=60](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=60).
- Reiniger LO, Sousa RMC, Nogueira LS, Costa ALS. Vítimas de ocorrência de trânsito submetidas a procedimentos cirúrgicos: características e intercorrências transoperatórias. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012; 46:56-64 [acesso 04 jun 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/09.pdf>.
- Miki N, Martimbianco ALC, Hira LT, Lahoz GL, Fernandes HJA, Reis FB. Perfil das vítimas de trauma por acidente motociclistico tratados no hospital São Paulo. *Acta ortop bras* [Internet]. 2014; 22(4): 219-22 [acesso 10 mai 2016]. Disponível: [http://www.actaortopedica.com.br/artigos/volume22\\_n4\\_10.pdf](http://www.actaortopedica.com.br/artigos/volume22_n4_10.pdf).

# PERCEPÇÃO DOS ACOMPANHANTES SOBRE DISPOSITIVOS INVASIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Maria Juliana de Moraes Ferreira<sup>1</sup>, Regina Cláudia Melo Dodt<sup>2</sup>, Adrielle Maia Lima<sup>1</sup>, Daniele Rocha de Farias Marques<sup>3</sup>, Sabrina Magalhães Pedrosa Rocha Pinheiro<sup>4</sup>

: Objetivo: verificar a percepção dos acompanhantes sobre dispositivos invasivos em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Metodologia: estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa realizado em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital de referência em emergência traumato-ortopédico de Fortaleza, com dezessete acompanhantes, no período de julho a agosto de 2016. Utilizou-se para coleta de dados o formulário, analisados por meio da análise de conteúdo. Resultados: foram organizados em três categorias, intituladas caracterização dos acompanhantes participantes da pesquisa, sentimentos de estar acompanhante: ansiedade e medo, e significação dos dispositivos invasivos para o acompanhante. Conclusão: conclui-se que os acompanhantes que receberam informes sobre os dispositivos invasivos souberam identificar e discorrer sobre sua utilidade de forma parcial ou completa. Aqueles que não obtiveram informações sobre os dispositivos apresentaram sentimentos de medo e ansiedade.

**Descritores:** Assistência Centrada no Paciente, Enfermagem Pediátrica, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Família.

## PERCEPTION OF THE COMPANIONS ABOUT INVASIVE DEVICES IN A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Objective: to verify the perception of the companions about invasive devices in Pediatric Intensive Care Unit. Methodology: a descriptive study with a qualitative approach carried out in a Pediatric Intensive Care Unit of a reference hospital in a trauma-orthopedic emergency in Fortaleza, with seventeen caretakers, from July to August 2016. Data collection was used to collect data analyzed through content analysis. Results: were organized in three categories, entitled characterization of accompanying participants of the research, feelings of accompanying: anxiety and fear, and significance of invasive devices for the companion. Conclusion: it was concluded that the companions who received reports on the invasive devices were able to identify and discuss their usefulness partially or completely. Those who did not get information about the devices had feelings of fear and anxiety.

**Descriptors:** Patient Centered Care, Pediatric Nursing, Pediatric Intensive Care Units, Family.

## LA PERCEPCIÓN DE LOS COMPAÑEROS EN LOS DISPOSITIVOS INVASIVOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Objetivo: verificar la percepción de los acompañantes sobre dispositivos invasivos en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Metodología: estudio del tipo descriptivo con abordaje cualitativo realizado en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica de un hospital de referencia en emergencia traumato-ortopédico de Fortaleza, con diecisiete acompañantes, en el período de julio a agosto de 2016. Se utilizó para la recolección de datos, de acuerdo con el análisis de contenido. Resultados: fueron organizados en tres categorías, tituladas caracterización de los acompañantes participantes de la investigación, sentimientos de estar acompañante: ansiedad y miedo, y significación de los dispositivos invasivos para el acompañante. Conclusión: se concluye que los acompañantes que recibieron informes sobre los dispositivos invasivos supieron identificar y discurrir sobre su utilidad de forma parcial o completa. Aquellos que no obtuvieron información sobre los dispositivos presentaron sentimientos de miedo y ansiedad.

**Descriptor:** Asistencia Centrada en el Paciente, Enfermería Pediátrica, Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Familia.

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: mariajulianademoraishotmail.com

<sup>2</sup>Hospital Infantil Albert Sabin, Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza, Ceará, Brasil.

<sup>3</sup>Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante, Ceará, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Estadual do Ceará, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no Capítulo I, Art. 12, garante a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, devendo os estabelecimentos de saúde garantir a atenção às necessidades básicas de saúde dos mesmos<sup>1</sup>.

A família durante o processo de hospitalização encontra-se fragilizada no que diz respeito aos seus anseios, precisando de apoio e orientação profissional. Este fato sinaliza o quanto a equipe de enfermagem ainda pode mostrar-se dispersa no que diz respeito a quesitos que ultrapassam a questão física e biológica, devendo, assim, estender seus cuidados para além do ser doente, ao ser que exerce o papel de acompanhante. Afinal, o cuidado é centrado na família.

Levando em consideração a forma abrupta em que a família é inserida no contexto hospitalar, pode-se imaginar o impacto de ter um filho em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). Destaca-se que muitos pais e acompanhantes nunca tiveram contato anterior com o ambiente hospitalar, em especial, o destinado a pacientes críticos, onde há real possibilidade de perda do ente querido, e ainda, o completo desconhecimento sobre os diversos equipamentos destinados às monitorizações e procedimentos invasivos realizados.

Nesse ambiente intensivo, circulam vários profissionais de diversas especialidades, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade ao paciente crítico pediátrico, que precisa, muitas vezes, de monitorização, infusão de fármacos, suporte ventilatório e a utilização de diversos aparatos tecnológicos<sup>2</sup>. Deve-se compreender que a presença do acompanhante ultrapassa os quesitos legais, uma vez que se acredita nos benefícios da recuperação do infante quando se tem ao seu lado um familiar próximo, dando suporte não só nos cuidados diretos, mas aos de cunho emocional.

É preciso, desta forma, desenvolver um olhar apurado e consciente que aquele familiar/acompanhante, apesar de ajudar nos cuidados para com a criança e/ou adolescente, fica por vezes confuso e dominado pelo medo, sobretudo no que diz respeito a situações que excedem sua compreensão.

A mãe associa a UTIP a aparelhos de ventilação mecânica, sondas, eletrodos, cateteres. Esses aparelhos e dispositivos são caracterizados como um dos fatores mais traumáticos da hospitalização<sup>3</sup>. O parente presente muitas vezes se encontra fragilizado, tanto pelo agravo do ente querido, como pela escassez de informações ou por esclarecimentos ineficazes, tornando cada procedimento e dispositivo uma agressão de cunho desconhecido. A experiência da intubação é percebida inicialmente pelos acompanhantes como um momento de impacto, em que estes se mostram assustados com o ambiente e os recursos da UTIP<sup>4</sup>.

Na prática diária, o que presenciamos, por vezes, é o completo desconhecimento dos familiares acerca dos inúmeros dispositivos invasivos, como os acessos venosos centrais, cateteres de hemodiálise, drenos, tubo endotraqueal, ventilador mecânico, entre outros. O cuidado de enfermagem deve ser estendido ao ser acompanhante para que este se sinta acolhido em suas demandas, podendo expressar seus medos e temores. Desta forma, o acompanhante poderá tornar-se, de fato, um potencializador de melhora clínica ao paciente.

Diante do exposto, este artigo objetiva verificar a percepção dos acompanhantes sobre dispositivos invasivos em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Este estudo foi realizado em uma UTIP de um hospital de referência em emergência traumatológica de Fortaleza.

Para a determinação do número de participantes, utilizou-se o critério de saturação dos dados, ou seja, quando os discursos tornaram-se repetitivos e as informações já colhidas apontavam para uma discussão teórica, atendendo ao objetivo do estudo, encerrou-se a coleta.

A metáfora se configura quando se diz que o processo de coleta de dados se saturou teoricamente, ou seja, quando o pesquisador cogita a ocorrência de uma espécie de descarte dos dados mais recentemente coletados, porque não mais contribuem para a elaboração teórica pretendida. Na prática das pesquisas, é comum que o indicador repetição dos dados seja utilizado para inferir esta redundância e decantamento<sup>5</sup>.

Os dados foram obtidos no período de julho a agosto de 2016, utilizando-se a técnica da aplicação de um formulário. A unidade possui sete leitos destinados a crianças de 0 a 17 anos de idade internadas por patologias diversas, sendo as de caráter traumáticas as mais prevalentes. A aplicação dos formulários foi realizada nas instalações da referida unidade, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo preservada a privacidade e evitando-se interrupções.

Participaram do estudo dezessete sujeitos, cujo critério de inclusão foi ser acompanhante da criança durante sua internação e concordar em participar da pesquisa após serem orientados acerca dos objetivos e metodologia.

O anonimato dos sujeitos foi respeitado utilizando-se um código alfanumérico - formulário (A1, A2, A3...) para identificá-los em seus depoimentos.

O processo de análise foi realizado por meio do método de análise de conteúdo, do tipo temático. Este método segue três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento,

inferência e interpretação dos resultados obtidos.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem do estudo, com parecer nº 1.617.117, contemplando a Resolução 466/2012. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e as implicações de sua participação, recebendo garantia de anonimato e da possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento.

## RESULTADOS

### 1) Caracterização dos acompanhantes participantes da pesquisa

Participaram do estudo dezessete acompanhantes de pacientes internados em UTIP nos meses de julho a agosto de 2016. Desse total, 59% eram do gênero feminino e 41% do gênero masculino.

A faixa etária preponderante dos acompanhantes neste período variou entre 20 e 29 anos, totalizando 47%, e caracterizava-se por baixa escolaridade, pois 35% possuíam ensino fundamental completo e 23% ensino fundamental incompleto.

A maioria das crianças esteve acompanhada predominantemente pela mãe (47%) e pelo pai (35%), seguido em menor proporção pelos tios, primos, irmão e amigo.

Durante a captação dos dados, observou-se que não houve uma profissão em destaque apresentada pelos acompanhantes. As profissões encontradas foram: 17% do lar, 17% agricultor, 17% acadêmicos, 12% auxiliares de serviços gerais, e 7.4% distribuídos entre outras categorias.

Em relação ao tempo de hospitalização, 47% estavam internadas a até quatro dias, 52,9% a mais de quatro dias. Quanto à experiência anterior como acompanhante, 41% estavam pela primeira vez exercendo esse papel.

Sabe-se que a UTI é caracterizada pelo seu arsenal tecnológico e esse ambiente, para os familiares das crianças internadas, trata-se de um local assustador, que pode gerar inúmeros conflitos, e por estas características exige dos profissionais preparo técnico e científico<sup>4</sup>.

Quando questionados sobre o recebimento de orientações em relação aos dispositivos invasivos: 65% dos acompanhantes relataram não terem recebido nenhum tipo de informação. Dos 35% que relataram ter recebido, foram destacados os seguintes profissionais como os responsáveis pelo repasse de informações: três enfermeiras, um médico, um técnico de enfermagem, um psicólogo e um profissional não identificado.

Os que responderam de forma completa demonstravam melhor entendimento sobre as funções de cada dispositivo e mostraram-se mais compreensivos sobre a necessidade

da internação em UTI: "Sonda para que ele possa se alimentar. Tubo de ventilação. Cateter venoso central para as medicações. E só." (A8); "Sim. Só agulha pra soro e medicação." (A2)

Determinados acompanhantes, todavia descreveram corretamente a função de alguns dispositivos invasivos instalados em seu paciente, porém, não abarcaram em seu discurso o total de dispositivos: "Disse que sim. Sonda vesical de demora porque não conseguia urinar. E agulha de soro porque não está se alimentando devidos os vômitos." (A1); "Negócio no nariz para se alimentar. Do pescoço para respirar. O resto eu não sei." (A5); "BIC é para o soro. Pressão. Cateter na coxa é para a medicação." (A7); "Coisas pra ver a pressão. Verificar o pulmão. Bomba pra oxigenar e sedar." (A10).

### 2) Sentimentos de estar acompanhante: ansiedade e medo

Ao serem questionados sobre como se sentiam ao ver seu familiar conectado a dispositivos invasivos, as repercussões foram diversas, mas todas relacionadas com aspectos subjetivos.

Alguns aspectos subjetivos foram bem marcantes durante o estudo, como o relato de sentirem-se nervosos ao ver seu ente querido com todos aqueles dispositivos. O choro, por vezes, surgiu como resposta a alguns questionamentos, assim como aspectos mais particulares como podemos observar: "Muita vontade de chorar." (A3); "Horível. Pior sensação do mundo." (A6); "Agonia. Um aperto no coração" (A10); "Uma coisa ruim. Vê-lo brincando e agora ver ele assim. Sensação estranha" (A14).

### 3) Significações dos dispositivos invasivos para o acompanhante

Estar em uma UTIP, exercendo o papel de acompanhante, acarreta inúmeras significações para esse indivíduo, desde a própria hospitalização da criança/adolescente, o ambiente hostil, rotinas rígidas e desconhecidas, além da criticidade do quadro clínico do paciente, ou seja, a possibilidade de morte real.

Apesar do impacto e do medo relacionados aos dispositivos, os acompanhantes relataram que esses mecanismos são responsáveis pela manutenção da vida e a melhora clínica do infante: "Representa a saúde". (A1); "Importante para recuperação dela. É o que está deixando ela viver né." (A3); "Representa uma ajuda". (A6); "Salvação da vida" (A17)

Dos dezessete acompanhantes participantes, somente um se associou a internação em UTI à possibilidade de morte em seu discurso. Esse fato mostra o quanto o ambiente hospitalar, em especial a UTIP, pode ser assustador e desconhecido para aqueles que estão desempenhando o

papel de cuidador de seu familiar: "Representa a morte" (A12)

Nas demais falas, pode-se observar uma tentativa de compreender melhor o que significava o dispositivo para o tratamento, como funcionam e como estariam contribuindo para a recuperação de seu familiar: "Representa que está mantendo a vida dele."(A7); "Representa uma ajuda pra ele. Sem eles, ele não estaria vivo."(A8); "Representa ele está no estado que o corpo dele por si só não pode manter ele vivo." (A9); "Sei que é para o bem do meu filho. É para ele melhorar. Se não fosse os aparelhos só Deus sabe o que tinha acontecido." (A10)

## DISCUSSÃO

Os dados desse estudo corroboram para o fato de que, quanto menor a escolaridade, mais difícil a compreensão sobre o que são e para que servem os dispositivos invasivos. Observa-se em 35% da amostra o nível de escolaridade baixo, ou seja, ensino fundamental completo, portanto, exige-se da equipe de enfermagem, uma vez que esta se encontra diretamente ligada à execução dos procedimentos, uma atenção mais integral, oferecendo orientações que estejam em concordância com o nível de entendimento do acompanhante.

Observa-se que mais da metade dos acompanhantes não receberam as devidas orientações e o quanto este fato pode potencializar seus sentimentos de fragilidade e impotência. O desconhecido gera medo e sofrimento pelo fato de não saber ao certo o que ocorre com seu familiar, ou mesmo o significado de todos aqueles dispositivos implantados.

A hospitalização de uma criança pode ser considerada uma fatalidade na vida de uma família. Além do sofrimento causado pela própria doença, a hospitalização em si já é considerada fatigante e causadora de alterações na maioria dos aspectos da vida familiar<sup>7</sup>.

É nesse ambiente frio, cercado de tecnologia e de cuidados intensivos que a família se insere, na maioria das vezes, com pouco conhecimento sobre os equipamentos utilizados, sobre os cuidados prestados ao seu ente, e até mesmo sobre a condição de saúde da criança<sup>2</sup>.

Acredita-se que umas das formas de minimizar esses sentimentos que emergem diante destas situações hostis, seja um esclarecimento prévio sobre o que seria a UTI e qual a sua finalidade, levando em consideração as necessidades e demandas particulares do ser acompanhante. Dentre as queixas principais apresentadas pelos acompanhantes, destaca-se a falta de informação acerca da terapêutica a ser realizada na criança. Relatam que gostariam de ser informadas acerca do tratamento, pois muitas crianças se internam apenas devido à intervenções medicamentosa<sup>8</sup>.

Outro aspecto muito presente no ambiente hospitalar é a ansiedade. Ansiedade é definida como sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça<sup>9</sup>.

A falta de comunicação entre profissionais e familiares, em algumas situações, fica comprometida devido às inúmeras atribuições que a equipe de enfermagem tem de exercer. O que leva a falta de uma escuta qualificada, comprometendo assim não só a relação profissional-família, como inviabilizando um atendimento humanizado.

Desta forma, para ajudar a família a enfrentar a experiência de ter uma criança hospitalizada em uma unidade pediátrica, o enfermeiro deve preocupar-se com questões que ultrapassam os aspectos físicos da unidade, o conhecimento da patologia e o tratamento da criança; assim, torna-se imprescindível que este conheça a família para propor as intervenções<sup>10</sup>.

Levando em consideração os discursos, evidencia-se a importância de incluir e compreender o familiar acompanhante. Este possui dúvidas e receios que permeiam o processo de hospitalização e que devem ser acolhidos pela equipe de enfermagem. Os aspectos técnicos possuem relevância neste contexto, todavia os aspectos subjetivos, quando não acolhidos, podem repercutir negativamente no processo de cuidado.

Diante desta situação específica, há a exigência de utilização de diversos dispositivos invasivos para manutenção da vida, o acompanhante pode associar a gravidade do quadro à quantidade de dispositivos implantados no paciente. Além disso, o acompanhante já não reconhece naquela imagem corporal o seu ente querido, o que reforça sentimentos de medo pela possibilidade da finitude.

Verificamos, assim, que o acompanhante é acometido por uma sucessão de acontecimentos, desde o agravo que ocasionou a internação de seu familiar até sua internação de fato e, com isso, uma infinidade de procedimentos que fogem a sua compreensão. Além disso, somam-se sentimentos de impotência, medo e temor diante da morte. A equipe de enfermagem, como aquela que está na linha de frente, pode e deve acolher este indivíduo, uma vez que ele é um aliado no processo de recuperação do paciente.

O presente estudo tem limitação quanto aos resultados, tendo em vista ter sido realizado em apenas um ambiente hospitalar, representando um número restrito de participantes, porém, o suficiente para obtenção de respostas ao objetivo proposto.

## CONCLUSÕES

A hospitalização de uma criança em UTI pediátrica traz repercussões para o seu acompanhante, sendo que o nível de escolaridade repercute diretamente no entendimento sobre o que são os dispositivos invasivos assim os acompanhantes que receberam informes sobre os dispositivos invasivos souberam identificar e discorrer sobre sua utilidade de forma parcial ou completa. Aqueles que não obtiveram informações sobre os dispositivos apresentaram sentimentos de medo e ansiedade.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem é o contato mais duradouro durante todo o processo de cuidado, oferecendo atendimento humanizado e holístico. As inúmeras atribuições executadas por esses profissionais não devem ser um fator dificultador para o fornecimento de informações e esclarecimentos referentes ao ambiente de UTI, nem sobre os dispositivos implantados.

O processo de adoecimento proporciona sentimentos de medo e ansiedade, e uma abordagem humanizada e centrada na necessidade de cada acompanhante, quando levado em consideração seu nível de entendimento, traz respostas positivas para o relacionamento profissional-acompanhante, repercutindo no tratamento da criança.

Outras estratégias podem ser utilizadas para amenizar o impacto sofrido por estar como acompanhante, utilizando como recursos os vídeos interativos e panfletos ilustrativos. Além disso, pode-se fornecer ao ser acompanhante um espaço de escuta, onde este se sinta acolhido e possa esclarecer suas dúvidas.

## REFERÊNCIAS

1. Estatuto da Criança e do Adolescente (BR). Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília:DF; 1991.
2. Cardoso JMRM, Rodrigues BMR, Pacheco STA, Araújo BBA. Ação intencional do familiar junto da criança em centro de terapia intensiva pediátrico. *Rev. Enfermagem UERJ*. 2013; 21(esp.1): 600-5.
3. Santos LM, Oliveira VM, Santana RCB, Fonseca MCC, Neves ES, Santos MCS. Vivências maternas na unidade de terapia intensiva pediátrica. *R. pesq.: cuid. fundam. online* 2013; 5(1): 3432-42
4. Gequelin J, Fernandes KF, Oliveira GP, Dyniewicz AM. Percepção de acompanhantes sobre a criança Intubada em uti pediátrica. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(3): 483-90
5. Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
6. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(2):118-124.
7. Rolim, KMC. "Imaginário de Mães Acerca da Hospitalização do Filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal." *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 30]; 7.1 (2016): 42-4. Available from: [http://http:// revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/664/283](http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/664/283)
8. Strasburg AC, Pintanel AC, Gomes GC, Mota MS. Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: percepção de mães acompanhantes. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011; 19(2):262-7.
9. Faquinello P, Higarashi IH, Sonia Silva Marcon SS. Atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007; 16(4): 609-16.
10. Herdman TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. 10.ed. Porto Alegre: Artmed; 2015

# IMPACTOS DO DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL NA VIDA DA MULHER

Jéssika Natany da Silva<sup>1</sup>, Juliana Fernandes Cabral<sup>1</sup>, Vagner Ferreira do Nascimento<sup>1</sup>, Grasielle Cristina Lucietto<sup>1</sup>, Claudia Beatriz da Cunha Oliveira<sup>2</sup>, Rondinele Amaral da Silva<sup>1</sup>

**Objetivo:** Investigar o impacto do diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) na vida da mulher. **Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo-exploratório, realizado entre maio e julho de 2016, envolvendo 16 mulheres em tratamento em um Centro de Testagem e Aconselhamento na região médio norte de Mato Grosso. Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas gravadas, analisados por meio da análise de conteúdo proposto por Bardin. **Resultados:** Constatou-se que o diagnóstico de IST trouxe sentimentos dolorosos às mulheres com prejuízo em seus relacionamentos interpessoais. **Conclusão:** Identificamos consideráveis impactos causados referentes ao diagnóstico de IST, suscitando pensamentos fantasiosos e quadros de alterações psicológicas.

**Descritores:** Saúde da mulher, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Diagnóstico Clínico.

### IMPACTS OF THE DIAGNOSIS OF SEXUALLY TRANSMISSIBLE INFECTION IN THE LIFE OF WOMEN

**Objective:** To investigate the impact of the diagnosis of Sexually Transmitted Infection (STI) in a woman's life. **Methods:** A qualitative, descriptive-exploratory study was carried out between May and July 2016, involving 16 women in treatment at a Testing and Counseling Center in the northern region of Mato Grosso. The data were obtained through interviews with recorded architectures, analyzed through the content analysis proposed by Bardin. **Results:** It was found that the diagnosis of STI brought painful feelings to women with impairment in their interpersonal relationships. **Conclusion:** We have identified considerable impacts related to the diagnosis of STI, provoking fanciful thoughts and frames of psychological changes.

**Descriptors:** Women's Health, Sexually Transmitted Diseases, Clinical Diagnosis.

### EFFECTOS DE DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA VIDA DE MUJER

**Objetivo:** Investigar el impacto del diagnóstico de Infección de Transmisión Sexual en la vida de las mujeres. **Métodos:** Estudio descriptivo y cualitativo, realizado entre mayo y julio de 2016, la participación de 16 mujeres en tratamiento en un centro de asesoramiento y pruebas a mediados del norte de Mato Grosso. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas registradas, analizadas por Bardin propuesto por el análisis de contenido. **Resultados:** Se encontró que el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual trajo sensaciones dolorosas las mujeres en una pérdida en sus relaciones interpersonales. **Conclusión:** Se identificaron impactos significativos causados para el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, elevando pensamientos fantasiosos e imágenes de los cambios psicológicos.

**Descriptorios:** Salud de la Mujer, Enfermedades de Transmisión Sexual, Diagnóstico Clínico.

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)-Campus de Tangará da Serra/MT, Brasil. Email: julianacabral@unemat.br.

<sup>2</sup>Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/SAE) do município de Tangará da Serra - MT.

## INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um dos principais determinantes de doenças nas populações, pois são infecções causadas por diferentes tipos de microrganismos com evoluções e expressões clínicas bastante específicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de um milhão de pessoas adquirem IST diariamente no mundo, sendo 500 milhões com IST curáveis, outros 530 milhões contaminados com o vírus do herpes genital e cerca de 290 milhões de mulheres com Papiloma Vírus Humano (HPV)<sup>1</sup>.

Várias IST podem ser assintomáticas por períodos prolongados, o que não impede sua eventual evolução para quadros graves de saúde, como a dor pélvica crônica, aborto, prematuridade, disfunções sexuais, infertilidade, além de diferentes cânceres<sup>2</sup>.

Existem fatores que interferem no controle dessas IST, como as questões de gênero, comportamento da população e cultura. Especificamente, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade para se infectar, fato que está intimamente associado às características biológicas, anatômicas, nível de escolaridade, problemas no acesso e compreensão das informações, submissão imposta no relacionamento e promiscuidade do companheiro<sup>3</sup>.

Somado a isso, essas mulheres ainda sofrem com um diagnóstico tardio, onde a descoberta da infecção em estágio avançado pode significar um prognóstico pouco positivo<sup>4</sup> para manutenção de sua qualidade de vida, uma vez que, nuances emocionais tendem a emergir e conduzir para quadros desfavoráveis de aceitação, tratamento e cura.

Diante dessa complexidade, o estudo teve como objetivo conhecer o impacto que o diagnóstico de IST pode causar na vida da mulher.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA-SAE) em um município da região do médio norte de Mato Grosso. A escolha do CTA-SAE ocorreu pelo fato desse serviço ser referência para o tratamento das IST nessa localidade.

Para a seleção dos participantes foram considerados os seguintes critérios de inclusão: mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico confirmado de IST há pelo menos 30 dias e em tratamento da infecção. Foram excluídas do estudo, mulheres portadoras de HIV/AIDS e que realizavam tratamento em outros serviços de saúde. A exclusão de mulheres portadoras de HIV/AIDS se deu por conta do estigma social implícito neste diagnóstico.

Assim, participaram do estudo 16 mulheres com variadas IST (HPV, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C e HTLV). O número

amostral se deu pela técnica de saturação dos dados até atingir o objetivo do estudo.

Os dados foram coletados entre maio e julho de 2016, nas dependências desse serviço de saúde, utilizando a entrevista semiestruturada individual gravada, norteadas por um roteiro elaborado pelos pesquisadores.

No primeiro momento foi realizado um encontro com os profissionais atuantes no serviço com o intuito de apresentar o objetivo do estudo e esclarecer possíveis dúvidas. Ao retornar ao serviço ocorreu a abordagem das mulheres, sendo convidadas a participarem voluntariamente do estudo, depois de suficientemente esclarecidas e em concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite, as entrevistas foram realizadas em ambiente reservado com duração média de 35 minutos.

Após o término das entrevistas, os dados foram transcritos na íntegra e submetidos à análise de conteúdo, do tipo temática. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja frequência pode ter um significado para o objeto analítico que foi determinado pelo pesquisador<sup>5</sup>. A partir da análise emergiram duas categorias: sentimentos vivenciados após o diagnóstico de IST e repercussão do diagnóstico de IST.

Foram respeitados todos os padrões éticos em pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde (CNS). Iniciando a pesquisa somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT), sob o parecer de número 1.510.725 e CAAE 54950116.1.0000.5166. A fim de preservar a identidade das participantes, estabeleceu-se codificação do tipo alfanumérica, onde a letra M representava mulher e o número indicava a ordem da coleta de dados.

## RESULTADOS

No estudo, predominaram mulheres com idade média de 41 anos, casadas, com escolaridade entre primeiro grau incompleto e segundo grau completo, exercendo atividades domésticas e com renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos. Iniciaram atividade sexual entre 11 e 19 anos, com namorado ou marido, sem uso de preservativo. Após análise, emergiram duas categorias de análise: Sentimentos vivenciados com o diagnóstico de IST e Repercussão do diagnóstico de IST.

### 1. Reações emocionais após o diagnóstico de IST:

As mulheres deste estudo colocaram em evidência importantes sentimentos e emoções após o diagnóstico da IST.

“Eu tive mais medo, medo de não poder conviver [...] eu

pensei [...] eu vou morrer logo, não vou poder ficar junto dos meus netos [...]” (M1 Hepatite C)

“[...] o mundo tinha acabado pra mim [...] fiquei muito preocupada, fiquei com medo dos meus filhos e do meu marido ter pegado essa doença [...] só pensei neles.” (M9 Hepatite C)

“[...] eu tenho um pouco de medo sei que é uma doença que pode mata se não cuida [...]” (M7 Hepatite B)

Através dos relatos, percebe-se que a confirmação do diagnóstico de IST produziu apreensões de variadas intensidades, destacando o medo da morte e da transmissão às outras pessoas, além do receio ao afastamento social e familiar que poderia acontecer.

Outras mulheres apontaram sentimentos de angústia, desespero e baixa autoestima, ao passarem da condição de saudável à adoecida e, se culpabilizaram.

“[...] me senti um lixo foi a pior coisa do mundo [...] eu chorei muito [...] pensei no pior que era não poder conviver com mais ninguém [...] eu entrei em depressão.” (M5 HTLV)

“[...] fiquei arrasada quase entrei em depressão [...] o impacto foi muito grande eu sofri bastante.” (M3 Hepatite B)

“[...] parece que o mundo desabou na minha cabeça [...] fiquei sem chão [...] eu era uma pessoa doente [...] não era mais normal [...]” (M15 HPV)

“[...] fiquei bem perturbada, senti muita angústia sei lá é tão difícil [...] naquele primeiro momento decidi guarda pra mim.” (M4 Hepatite B)

“[...] a única culpada era eu mesma [...] tinha que aceita [...] foi erro meu [...]” (M16 HPV)

## 2. Repercussão do diagnóstico de IST:

A condição de estarem infectadas com alguma IST também gerou conflitos familiares, ferindo a sua integridade moral.

“[...] falei pra minha mãe, ela me colocou pra fora de casa [...] falou que a culpa era minha [...] que não queria uma pessoa doente [...] fui pra casa da minha vó, também não fui acolhida! Ela separou meu copo, meu prato, minha colher, fez até um banheiro do lado de fora pra mim [...] (CHORO) eu decidi ir embora, eu fiquei na rua 2 meses, dormia no ponto de ônibus foi muito difícil pra mim (...) até hoje eles não me aceitam pra eles eu posso passar a doença.” (M5 HTLV)

“[...] falei pra minha família [...] eles me ignoraram eu fiquei decepcionada, não me senti acolhida em momento algum por eles.” (M4 Hepatite B)

“[...] minha mãe falou algumas coisas pra mim, disse que era porque eu não me cuidei, que eu me deitava com qualquer um [...]” (M14 Sífilis)

“Falei só com meu marido [...] não me senti acolhida, porque foi normal, frio! Homem é sempre assim!” (M2 Sífilis)

Como observado, o ato de revelar o diagnóstico à família

foi traumático para algumas mulheres, tendo que conviver com atitudes discriminatórias e até rejeição. Todavia, cada núcleo familiar pode vivenciar essa revelação de maneira diferente, como por exemplo, oferecendo apoio necessário.

“[...] eles me deram força [...] eu pensei, não vou ficar com mais medo não, de morrer rápido! [...] eu entreguei na mão de Deus.” (M1 Hepatite C)

“[...] falei com bastante gente sobre a minha doença [...] eles me ajudaram muito [...] isso acalenta muito a gente, me senti muito acolhida.” (M3 Hepatite B)

“Eu só falei pra uma amiga minha que é como se fosse uma irmã pra mim e porque ela tem também o HPV e ela ia me entender também! A gente conversou bastante sobre isso e foi muito bom desabafar com ela!” (M15 HPV).

Os relatos supracitados desvelam a importância do apoio ofertado pela família e amigos. Comportamento que fornece recursos para o enfrentamento das adversidades.

Entretanto, diante da descoberta de que a esposa possui uma IST, os conflitos gerados trazem prejuízos na relação, especialmente relacionado a desconfiança da infidelidade.

“[...] falei pro meu marido, no início foi um pouco complicado porque ele desconfiava de mim, mas eu nunca tinha ficado com outro homem. Então sei que ele que passou essa doença pra mim.” (M11 Hepatite B /HPV).

“[...] fiquei surpresa pela pessoa que estava ao meu lado [...] eu não queria mais ficar com ele, muitas coisas foi ao tempo [...] no começo eu nem queria chegar perto dele, às vezes eu sinto raiva, porque vem tudo na minha cabeça.” (M2 Sífilis)

“[...] falei pro meu marido, falei que tinha pegado sífilis, ele até veio aqui (CTA-SAE) pra fazer o teste também e o dele não deu nada, no início foi meio complicado [...]” (M6 Sífilis)

## DISCUSSÃO

A vivência dos primeiros sentimentos experimentados após o diagnóstico da IST realça temores em relação a exclusão social e segregação da família e sociedade. Essa reação pode estar associada a incompreensão sobre o adoecimento, motivo que favorece o desenvolvimento de pensamentos fantasiosos e reforça tabus, na direção da marginalização da mulher frente ao seu papel social e seu bem-estar<sup>6,7</sup>.

Esse tipo de descoberta repercute significativamente no cotidiano dessas mulheres, conduzindo-as ao estado de completa desorganização de seu mundo interno e externo. E muitas vezes, por não se verem apoiadas e assistidas por profissionais e serviços de saúde não conseguem se adaptar à nova realidade<sup>8</sup>.

Não obstante, essa nova demanda emocional, causa modificações na autoimagem e na percepção de “anormalidade”. Essa circunstância predispõe as mulheres a quadros depressivos<sup>9</sup>, que quando não manejados

precocemente e com as estratégias terapêuticas adequadas, podem se agravar. Particularmente, nos casos de culpabilização é importante diluir essa percepção da mulher e eliminar sinais de juízo de valor<sup>10</sup> comum entre profissionais e familiares, no qual prejudica a tomada de decisão da mulher frente às possibilidades de reconstrução de uma nova vida; viver a resiliência.

Além disso, a compreensão do companheiro não ocorre naturalmente, onde por vezes a resposta à descoberta ocorre com violência, por acreditar ou impor como justificativa para esse ocorrido, relações extraconjugais da mulher<sup>12</sup>. Em razão disso, a revelação pode ser omitida ou protelada pelo receio de reações inusitadas e nocivas do companheiro.

Estudos revelam que esses contextos são marcados por conflitos, podendo colocar em risco a integridade física da mulher(10-13). Todavia, alguns companheiros aceitam com naturalidade o diagnóstico, mas é possível que estes já se reconheçam como o principal transmissor da infecção. Outros já mostram preocupados com suas companheiras, pois a ideia de contaminação sexual desperta para ações de proteção para si e seus filhos<sup>14</sup>.

Para que situações como o conflito no relacionamento e a violência não ocorram é importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados, comprometidos e atentos para a implementação de ações de cunho educativo e social(12), visando a promoção da qualidade de vida e novas formas de estabelecer relações saudáveis. Devem ainda, integrar-se a equipes de outros setores da sociedade, a fim de oferecer assistência integral e com maior suporte a essas vulnerabilidades.

Nesse sentido, a educação em saúde, o acolhimento e a escuta qualificada configuram-se como instrumentos fundamentais para a efetivação do cuidado nessa perspectiva terapêutica. Ao trabalhar esses recursos, o enfermeiro pode minimizar situações de preconceito, de modo a garantir a segurança necessária para que a mesma possa entender e colaborar para a manutenção de sua saúde, exercer seu autocuidado<sup>7,8</sup>.

A realização de atividades desenvolvidas em grupo, podem colaborar nesse processo terapêutico, já que os saberes criados/partilhados nesse coletivo capacitam/conscientizam a mulher para o desenvolvimento de uma vida sexual e reprodutiva segura. As rodas de conversa também auxiliam essas mulheres a se conhecerem profundamente, momento que o enfermeiro poderá utilizar para fortalecer a competência feminina à nova condição patológica, provisória ou permanente<sup>15</sup>.

Percebe-se então que o enfermeiro possui um papel importante desde a descoberta da IST até a condução final do tratamento. Entretanto, ainda há muito que se

avançar na assistência a esse tipo de clientela, pelo próprio desconhecimento profissional sobre as IST, a cultura da discriminação e os pré-julgamentos descontrolados. É sabido que o conhecimento sobre a vivência das pessoas que esse tipo de diagnóstico é uma tarefa complexa, porque envolve o conhecimento de intimidades e das individualidades do indivíduo, mas isso não deve impedir que haja intervenções e participação da equipe de saúde.

Em revisão sistemática qualitativa sobre as barreiras à busca de tratamento por pacientes portadores de IST, conclui-se que problemas com disponibilidade de serviços e falta de integração entre os mesmos estão entre as principais barreiras encontradas, além da aceitabilidade dos serviços, preocupações com a confidencialidade e, finalmente, as experiências de vergonha e estigma<sup>16</sup>. Apesar do público investigado no referido estudo serem os adolescentes, essas barreiras são comumente evidenciadas em outras faixas etárias, entre homens e mulheres. Assim, a equipe de saúde, tendo o enfermeiro papel primordial, devem rever suas práticas e postura ética/profissional.

Em estudo que investigou a percepção dos enfermeiros sobre os fatores que interferem na adesão ao tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis, os pesquisadores refletiram que a abordagem do profissional enfermeiro deve se dar de maneira acolhedora e respeitosa, livre de julgamentos que possam afastar os usuários do serviço de saúde<sup>17</sup>.

Esse estudo apresentou algumas limitações, principalmente relacionadas a restrição da faixa etária (maiores de 18 anos) e a seleção de diagnósticos das participantes. Ademais os pesquisadores tiveram dificuldade em acessar todas as informações necessárias nos prontuários, uma vez que nem todos possuíam registros completos.

## CONCLUSÃO

O estudo revelou que após o diagnóstico de IST, as mulheres apresentaram medo da morte, angústia em transmitir a infecção aos seus familiares e receio da interrupção de vínculos e da convivência. Ainda, foram relatados sentimentos de culpa e grande tristeza por terem contraído a IST, agravados pelo impacto gerado com o diagnóstico e o estigma das IST reproduzido pela sociedade. Evidenciou-se também, preconceito e rejeição por parte dos familiares, principalmente na relação com cônjuge, pois o diagnóstico gera desconfiança sobre a fidelidade.

Espera-se que os resultados desse estudo possam servir de incentivo para novas pesquisas e para sensibilização de profissionais da saúde, quanto ao acolhimento e escuta qualificada da mulher portadora de IST, diminuindo assim seus sofrimentos.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Cuidado integral as pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: Manual para a equipe multiprofissional. Departamento de IST, AIDS e Hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 15]; Available from: [file:///C:/Users/Ju/Downloads/Cartilha\\_-\\_Cuidado\\_Integral\\_as\\_PVHIV.pdf](file:///C:/Users/Ju/Downloads/Cartilha_-_Cuidado_Integral_as_PVHIV.pdf)
2. Luppi CG, Oliveira RLS, Veras MA, Lippman AS, Jones H, Jesus CH, et al. Early diagnosis and correlations of sexually transmitted infections among women in primary care health services. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 15]; 14(3): 467- 477. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/en\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/en_11.pdf)
3. Farias IA, Cavalcanti e Silva DGK. Estudo da prevalência de doença sexualmente transmissível entre mulheres de idade fértil atendidas em estratégia de saúde da família de Acari/RN. *Rev. Biota Amazônia* [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 15]; 5(1): 1-6. Available from: <https://periodicos.unifap.br/index.php/biota/article/view/713>
4. Wagner TMC, Bossi DR. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico. *Rev. Contextos clínicos* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 15]; 6(2): 164-173. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822013000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000200010)
5. Bardin L. Análise de conteúdo. 70 ed. Lisboa, 2011.
6. Teston EF, Dalla Torre e Silva RL, Marcon SS. Living with hepatitis: impact on the daily life of infected subjects. *Rev. Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Dec 15]; 47(4): 860-868. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en\\_0080-6234-reeusp-47-4-0860.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0860.pdf)
7. Jacinto CS, Rodrigues MR, Medeiros MF. Atuação do enfermeiro no enfrentamento do herpes papiloma vírus e do câncer de colo uterino. *Rev. Eletrônica Estácio Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 12]; 6(1): 63-76. Available from: <http://periodicos.estacio.br/index.php/sauesantacatarina/article/viewFile/3643/1565>
8. Cardoso JA, Dourado GOL, Moreiras FL, Almeida JS, Alencar JMN, Miranda ABS. Cuidados de saúde mental em serviços especializados de atenção à DST/AIDS. *Rev. Pre. Infec e Saúde* [Internet] 2015 [cited 2017 Dec 12]; 1(2):75-82. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3646/pdf>
9. Bastos AO, Almeida ARC, Carneiro CMM, Rivemales MCC, Paiva MS. Produção científica sobre DST/HIV/AIDS: análise de periódicos de enfermagem. *Rev. Baiana de Enfermagem* [Internet] 2012 [cited 2017 Dec 12]; 26(1): 26-40. <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5781/5991>
10. Cavalcante AES, Silva MAM, Rodrigues ARM, Netto JJM, Moreira ACA, Goyanna NF. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. *DST - J bras Doenças Sex Trasm.* [Internet] 2012 [cited 2017 Dec 12]; 24(4): 239-245. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf>
11. Botti ML, Leite GB, Prado MF, Waidman MAP, Marcon SS. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS. *Rev. Enferm. UERJ* [Internet] 2009 [cited 2017 Dec 12]; 17(3): 400-405. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a18.pdf>
12. Andrade RFV, Araújo MAL, Dourado MIC, Miranda ABE, Reis CBS. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos após a revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ao parceiro. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 10]; 32(7):1-10. Available from: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00008715.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00008715.pdf)
13. Araújo MAL, Andrade RFV, Cavalcante CS, Pereira KMC. Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível no nordeste do Brasil. *Rev. Baiana de Saúde Pública* [Internet] 2012 [cited 2017 Dec 10]; 36(3): 713-726. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n3/a3460.pdf>
14. Sousa LB, Barroso MGT. DST no âmbito estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet] 2009 [cited 2017 Dec 10]; 13(1): 123-130. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a17>
15. Miranda SA, Gonçalves LHT. Autocuidado de mulheres amazônicas na prevenção e controle do papiloma vírus humano (HPV) - participação da(o) enfermeira(o). *Rev Enferm. Foco* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 12]; 7(1):08-12. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/657/276>
16. Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually Transmitted Infection Services for Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: Perceived and Experienced Barriers to Accessing Care. *Journal of Adolescent Health* [Internet] 2016 [cited 2017 Dec 12]; (59):7-16. Available from: [https://ac.els-cdn.com/S1054139X16000938/1-s2.0-S1054139X16000938-main.pdf?\\_tid=a2d0449c-e50a-11e7-9efb-00000aab0f01&acdnat=1513722130\\_31d5d7e8edc1449ed7f2e1721fbfb65eb](https://ac.els-cdn.com/S1054139X16000938/1-s2.0-S1054139X16000938-main.pdf?_tid=a2d0449c-e50a-11e7-9efb-00000aab0f01&acdnat=1513722130_31d5d7e8edc1449ed7f2e1721fbfb65eb)
17. Figueiredo MSN, Cavalcante EGR, Oliveira CJ, Monteiro MFV, Quirino GS, Oliveira DR. Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. *Rev Rene* [Internet] 2015 [cited 2017 Dec 12]; 16(3):345-54. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1971/pdf>

# MUDANÇA DE DECÚBITO EM PACIENTES COM INJÚRIA CEREBRAL GRAVE: CONSTRUÇÃO DE UM GUIA COM ENFERMEIROS INTENSIVISTAS

Luciana Machado Magnus<sup>1</sup>, Marli Terezinha Stein Backes<sup>2</sup>, Dirce Stein Backes<sup>3</sup>

**Objetivo:** definir critérios para mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave, na perspectiva de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva, visando a construção de um guia de cuidados. Metodologia: Pesquisa qualitativa exploratória-descritiva, realizada por meio de Grupo Focal, entre setembro e outubro de 2015, fundamentada no pensamento da complexidade. Foram realizados três encontros com oito enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva de referência em neurologia e neurocirurgia. Resultados: Foram construídas duas unidades de análise: “Percepção e avaliação dos enfermeiros frente à mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave” e, “Definindo critérios para a elaboração de um guia de mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave”. Conclusões: Os grupos focais e a análise focal estratégica, aliada ao pensamento da complexidade possibilitaram ampliar a compreensão teórico-prática sobre mudança de decúbito em pacientes neurológicos e neurocirúrgicos, contribuindo para a prática avançada em enfermagem.

**Descritores:** Injúrias cerebrais, Cuidados de enfermagem, Posicionamento do paciente, Unidades de terapia intensiva.

## DECUBITUS CHANGE IN PATIENTS WITH SEVERE BRAIN INJURY FROM THE PERSPECTIVE OF INTENSIVIST NURSES

**Objective:** to develop criteria for decubitus change in patients with severe brain injury, in the perspective of nurses of an Intensive Therapy Unit, having the construction of a care guide as goal. Methodology: Qualitative study descriptive-exploratory, conducted through focus groups, between September and October 2015, grounded in the complexity theory thought. There were three meetings with eight nurses of an Intensive Therapy Unit of reference in neurology and neurosurgery. Results: The adopted method allowed the construction of two units of analysis: “Perception and evaluation of nurses regarding the change of decubitus in patients with severe brain injury” and “Defining criteria to the development of a guide for decubitus change in patients with severe brain injury”. Conclusions: The focus groups and strategic focal analysis, paired with the complexity theory thought, made it possible to expand the theoretic and practical understanding of decubitus change in neurological patients, contributing to advanced practice nursing.

**Keywords:** Brain Injuries, Nursing care, Patient positioning, Intensive care units.

## EL CAMBIO DE DECÚBITO EN PACIENTES CON GRAVE LESIÓN CEREBRAL DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMEROS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

**Objetivo:** Fue establecer criterios para cambio de decúbito en los pacientes con lesión cerebral grave, en la perspectiva de enfermeros de una unidad de cuidados intensivos, para la elaboración de una guía de cuidados. Metodología: Investigación cualitativa exploratoria descriptiva, realizada con la ayuda de grupo focales, entre septiembre y octubre de 2015, que está fundamentada en la idea de la complejidad. Se realizaron tres reuniones con ocho enfermeros de una unidad de cuidados intensivos de referencia en neurología y neurocirugía del sur de Brasil. Resultados: El método adoptado permitió la elaboración de dos unidades de análisis: “La percepción y la evaluación de los enfermeros que se enfrentan al cambio de decúbito de pacientes con lesión cerebral grave” y “ La definición de criterios para la elaboración de una guía para el cambio de decúbito en pacientes con lesión cerebral grave”. Conclusiones: Los grupos de discusión y la análisis estratégica, junto con la idea de la complejidad, permitieron ampliar el conocimiento teórico y práctico del cambio de decúbito en los pacientes neurológicos, contribuyendo para la práctica avanzada en la enfermería.

Palabras clave: **Lesiones cerebrales, Cuidados de enfermeira, Cambio de posición, Unidades de cuidados intensivos**

<sup>1</sup>Hospital Governador Celso Ramos, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: lulumagnus@gmail.com.

<sup>2</sup>Departamento e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Franciscana - UNIFRA, Santa Maria, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A injúria cerebral traz consequências devastadoras e, muitas vezes, irreversíveis para o sistema nervoso. Entretanto, os danos causados a esse sistema podem ser evitados e/ou amenizados por enfermeiros intensivistas e/ou especializados em neurologia, com a possibilidade de oferecerem a esses pacientes melhores chances de recuperação<sup>1</sup>, através da vigilância adequada, aplicação de planos de cuidados e por meio da interação com a equipe<sup>2</sup>.

Sabe-se que a assistência ao paciente neurocrítico é desafiadora e exige muita atenção, especialmente, em relação aos processos intracranianos e à interação entre os transtornos sistêmicos<sup>2</sup>. Sendo assim, é imprescindível que os enfermeiros de unidades de terapia intensiva neurológicas e neurocirúrgicas tenham conhecimentos de anatomia e fisiologia cerebral, bem como sobre a fisiopatologia da lesão cerebral para assistir o paciente de forma adequada<sup>1</sup>.

Da mesma forma, no processo de cuidado de enfermagem, cabe ao enfermeiro atentar para a segurança do paciente. Para tanto, é fundamental que as condutas profissionais sejam baseadas em protocolos e diretrizes clínicas, pois estes são instrumentos que padronizam e orientam o tratamento e indicam um cuidado respaldado por evidências científicas, a fim de alcançar os melhores resultados<sup>3</sup>.

A mudança de decúbito é um dos cuidados de enfermagem que nos pacientes com quadro neurológico e/ou neurocirúrgico ainda é permeada de dúvidas, especialmente, relacionadas ao momento do início, a periodicidade e posições em que estes pacientes podem permanecer sem que isso traga prejuízos ao seu estado de saúde.

No entanto, as intervenções de enfermagem devem ser baseadas no conhecimento técnico-científico e na avaliação clínica realizada pelo enfermeiro, pois se constituem em ferramentas importantes no planejamento da assistência de forma adequada e intensiva<sup>2</sup>.

Reconhece-se que a mudança de decúbito é um procedimento utilizado para prevenir Lesões por Pressão (LP) e complicações cardiopulmonares, que traz conforto e manutenção do tônus muscular em pacientes com alterações da mobilidade<sup>1</sup>. Entretanto, segundo o autor, a posição do paciente que sofreu injúria cerebral grave é um fator importante a ser considerado pelos enfermeiros, visto que algumas posições poderão interferir no fluxo sanguíneo cerebral, levando ao aumento da pressão intracraniana.

Neste sentido questiona-se: que critérios o enfermeiro deve levar em conta ao prescrever a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave? Com base no exposto, o estudo se justifica pela necessidade de apreender a mudança de decúbito de forma ampla e não fragmentada, de modo a assistir o paciente como um todo e possibilitando-lhe a

melhor assistência possível a partir da elaboração de um guia de cuidados.

## OBJETIVO

Definir critérios para a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave, na perspectiva de enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva, visando a construção de um guia de cuidados.

## METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, fundamentada no pensamento da complexidade. Os dados foram coletados por meio da técnica de Grupo Focal (GF) com oito enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de referência em neurologia e neurocirurgia do Estado de Santa Catarina, entre o período de setembro e outubro de 2015.

GF caracteriza-se como uma técnica de coleta de dados que promove a comunicação entre os participantes do grupo que trocam experiências, fazem perguntas, dão opiniões, sendo que essa interação em grupo facilita a expressão de ideias e experiências<sup>4</sup>.

Foram realizados três encontros focais com duração de aproximadamente 60 minutos cada, através dos quais buscou-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prescrição de mudança de decúbito no paciente com injúria cerebral grave. Além disso, buscou-se discutir sobre as percepções dos enfermeiros com base no pensamento da complexidade.

No primeiro encontro buscou-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prescrição de mudança de decúbito ao paciente com injúria cerebral grave. Para isso foi lançado o seguinte questionamento: quais são os critérios que você utiliza para prescrever mudança de decúbito em pacientes internados na UTI acometidos por injúria cerebral grave? Os participantes tiveram um tempo de aproximadamente 15 minutos para escrever ou desenhar suas respostas, caso preferissem e, após, houve a socialização e discussão das percepções.

No segundo encontro se retomou a síntese do primeiro encontro e se buscou discutir sobre as percepções dos enfermeiros com base no pensamento da complexidade. Para tanto, apresentou-se, inicialmente, os principais aspectos do pensamento da complexidade propostos por Edgar Morin.

No terceiro encontro, se retomou a síntese dos encontros anteriores e, a seguir, foram apresentados os resultados da Revisão Integrativa (RI) realizada previamente sobre mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave, no sentido de aproveitar estes resultados como subsídios para

definir conjuntamente os critérios para a elaboração do guia de boas práticas de enfermagem sobre a temática proposta. Ao final da apresentação dos dados da RI foi discutido sobre as evidências obtidas e sobre a prática e experiência de cada profissional presente e, desta forma, foram definidos alguns critérios que irão compor o guia de boas práticas. Todos contribuíram com suas ideias e vivência profissional.

Os critérios para prescrever mudança de decúbito que não foram encontrados na RI foram então definidos de acordo com a experiência de cada profissional presente neste terceiro e último encontro.

A análise dos dados foi realizada com base na Análise Focal Estratégica (AFE), que objetiva a análise ampliada e participativa tanto na coleta quanto na análise dos dados. A AFE propõe a inserção dos participantes como autores e atores no processo de proposição de estratégias, ou seja, os participantes da pesquisa são sujeitos ativos na construção das sínteses e, por final, na construção das unidades de análise<sup>5</sup>.

Este estudo foi desenvolvido conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde(6). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer nº 1.163.099/2015 e pela instituição onde foi realizado o estudo. Todos os participantes assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Participaram do estudo oito enfermeiros intensivistas. Destes, dois atuavam na referida UTI há mais de 20 anos, um há nove anos e um há sete anos e, os demais, entre um a quatro anos. Dos oito participantes, sete possuíam pós-graduação a nível de especialização, três eram mestres em enfermagem e um estava cursando mestrado.

A realização dos três encontros por meio do GF possibilitou a troca de experiências e reflexões sobre as melhores práticas no que se refere à mudança de decúbito no paciente que sofreu injúria cerebral grave. A partir disso, foram elaboradas duas unidades de análise que serão apresentadas a seguir.

### Percepção e avaliação dos enfermeiros frente à mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave

Alguns enfermeiros evidenciaram os benefícios da mudança de decúbito para prevenir LP. Outras percepções foram associadas à preocupação dos enfermeiros com as condições clínicas do paciente e a importância de se avaliar o paciente antes da realização da mudança de decúbito. Sendo assim, a maioria dos enfermeiros referiu que antes de realizar a prescrição do procedimento avalia o bem estar do paciente,

incluindo sua condição clínica, sem desmerecer a importância da mudança de decúbito.

Concluiu-se que a mudança de decúbito apresenta riscos e benefícios. Quando o enfermeiro prescreve mudança de decúbito está pensando nos benefícios, como prevenção de LP e complicações pulmonares, porém, ao mesmo tempo, o enfermeiro deve avaliar se a mudança de decúbito não irá prejudicar a condição clínica do paciente com injúria cerebral grave.

### Definindo critérios para a elaboração do guia de mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral grave

Para a definição dos critérios de mudança de decúbito para a construção do guia a ser utilizado na unidade de estudo, foram considerados os dados encontrados na revisão integrativa e a vivência teórico-prática dos participantes. Esses critérios serão apresentados na sequência, por meio de Quadros.

O Quadro 1 apresenta os critérios definidos para a mudança de decúbito para paciente com monitorização de Pressão Intracraniana (PIC), considerando os parâmetros a serem avaliados, a periodicidade da mudança e a posição a ser adotada, identificando a fonte, enfermeiro (peritos) ou revisão integrativa, e o nível de evidência conforme Polit e Beck<sup>7</sup>.

**Quadro 1:** Critérios definidos para a mudança de decúbito para paciente com monitorização de PIC, Florianópolis, 2015

Mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos	Fonte	Nível de evidência conforme Polit e Beck (2011)
Iniciar mudança de decúbito 6 horas após a chegada do paciente do Centro Cirúrgico na UTI	PIC* ≤ 25 mmHg PPC** ≥ 60 mmHg PAM*** ≥ 80 mmHg DVA**** em dose baixa ou moderada conforme avaliação do enfermeiro. Procedimento cirúrgico sem complicações	A cada duas horas	DLD (decúbito lateral direito) DLE (decúbito lateral esquerdo) DD (decúbito dorsal)  OBS: manter a linha média da cabeça com a cabeceira do leito elevada a 30° independente do decúbito	Estudo da RI (Kose e Hatipoglu, 2012)  e de acordo com os Enfermeiros Intensivistas	IIA - ensaio clínico Controlado randomizado   VII - critérios clínicos e experiência de Especialistas
Não iniciar mudança de decúbito se instabilidade hemodinâmica e HIC por período prolongado	PIC ≥ 25 mmHg PPC ≤ 60 mmHg PAM ≤ 80 mmHg Hemodinâmica instável, dependente de DVA em dose elevada conforme avaliação do enfermeiro. Complicação cirúrgica****	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos	Estudo da RI (Ledwith et al., 2010)  e de acordo com os Enfermeiros Intensivistas	IIA - pelo menos um ensaio clínico controlado Randomizado  VII- critérios clínicos e experiência de Especialistas

Fonte: Grupo focal realizado com enfermeiros.

\*PIC = Pressão Intracraniana

\*\*PPC = Pressão de perfusão cerebral

\*\*\* PAM = Pressão Arterial Média

\*\*\*\* DVA = Droga Vasoativa

\*\*\*\*\* Avaliar o tempo de cirurgia, sangramento durante a cirurgia, característica da lesão e prognóstico.

O Quadro 2 a seguir destaca os critérios definidos para a mudança de decúbito em pacientes sem monitorização de PIC, considerando, da mesma forma, os parâmetros a serem avaliados, a periodicidade da mudança e a posição a ser adotada, identificando a fonte, enfermeiro (peritos) ou revisão integrativa, e o nível de evidência conforme Polit e Beck<sup>7</sup>.

**Quadro 2** - Critérios definidos para a mudança de decúbito em paciente sem monitorização de Pressão Intracraniana (PIC), Florianópolis, 2015

Quando iniciar mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade e	Decúbitos	Fonte	Nível de evidência
Pacientes sem evidências de HIC iniciar imediatamente	Avaliar a clínica da HIC* (bradicardia, alteração de pupilas e elevação da pressão arterial). TC** de crânio Hemodinâmica Avaliação neurológica (GLASGOW*** e pupilas). Sedação profunda ou superficial	Mudar o decúbito a cada duas horas	DLD (decúbito lateral direito) DLE (decúbito lateral esquerdo) DD (decúbito dorsal)  OBS: manter a linha média da cabeça com a cabeceira do leito elevada a 30° independente do decúbito	Estudo da RI (Kose e Hatipoglu, 2012)  e  de acordo com os Enfermeiros Intensivistas	IIA - ensaio clínico controlado randomizado          VII - critérios clínicos e experiência de Especialistas
Pacientes com HIC grave não iniciar.	Avaliar a clínica da HIC (bradicardia, alteração de pupilas e elevação da pressão arterial). TC de crânio Hemodinâmica Avaliação neurológica (GLASGOW e pupilas). Sedação profunda ou superficial	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos	Estudo da RI (Ledwith et al., 2010)  e  de acordo com os Enfermeiros Intensivistas	IIA - pelo menos, um ensaio clínico controlado Randomizado          VII- critérios clínicos e experiência de Especialistas

Fonte: Grupo focal realizado com enfermeiros.

\* HIC = hipertensão Intracraniana

\*\* TC = Tomografia Computadorizada

\*\*\*GLASGOW = Escala de Coma de Glasgow. É uma escala neurológica que parece constituir-se num método confiável e objetivo de registrar o nível de consciência de uma pessoa, para avaliação inicial e contínua após um traumatismo craniano.

O Quadro 3 aponta os critérios definidos para a mudança de decúbito em pacientes com craniectomia descompressiva, considerando igualmente os parâmetros a serem avaliados, a periodicidade da mudança e a posição a ser adotada, identificando a fonte e o nível de evidência, conforme Polit e Beck<sup>7</sup> e observações.

**Quadro 3** - Critérios definidos para a mudança de decúbito em pacientes com craniectomia descompressiva, Florianópolis, 2015

Mudança de decúbito	Parâmetros a serem avaliados	Periodicidade	Decúbitos	Fonte	Nível de evidência	Observações
Iniciar mudança de decúbito 6 horas após a chegada do paciente do Centro Cirúrgico na UTI.	TC de crânio sem evidência de HIC** grave. Hemodinâmica estável ou com DVA*** em dose baixa ou moderada. Avaliação neurológica (pupilas e GLASGOW**** de entrada no hospital) Procedimento cirúrgico sem complicações	Mudar o decúbito a cada duas horas	DLD (decúbito lateral direito) DLE (decúbito lateral esquerdo) DD (decúbito dorsal)  OBS: não virar o decúbito para o mesmo lado da craniectomia descompressiva. alternar o DD com o lado oposto a craniectomia descompressiva.	Estudo da RI (Meyer et al., 2010)  e  de acordo com os Enfermeiros Intensivistas	IIA - ensaio clínico controlado randomizado          VII - critérios clínicos e experiência de Especialistas	Após 24 horas o enfermeiro deve fazer nova avaliação (presença ou ausência de edema no local da craniectomia e palpebra do mesmo lado da craniectomia) e iniciar a mobilização para o mesmo lado após ausência de edema e nova avaliação dos parâmetros avaliados no início da mudança de decúbito para o lado oposto a craniectomia
Não realizar mudança de decúbito se evidência de HIC grave.	TC de crânio sugestiva de HIC grave. Hemodinâmica instável com DVA em dose elevada. Avaliação neurológica (pupilas e GLASGOW de entrada no hospital). Cirurgia com complicações	Realizar massagem de conforto a cada 4 horas	Manter o paciente em decúbito dorsal com leve elevação dos joelhos	Estudo da RI (Ledwith et al., 2010)  e  de acordo com os Enfermeiros Intensivistas	IIA - pelo menos um ensaio clínico controlado randomizado          VII - critérios clínicos e experiência de Especialistas	O enfermeiro deve fazer avaliação constante dos parâmetros a serem avaliados e assim que apresentar melhora iniciar imediatamente a mudança de decúbito

Fonte: Grupo focal realizado com enfermeiros.

\* TC = Tomografia Computadorizada

\*\* HIC = hipertensão intracraniana

\*\*\*DVA = Droga Vasoativa

\*\*\*\*GLASGOW = Escala de Coma de Glasgow. É uma escala neurológica que parece constituir-se num método confiável e objetivo de registrar o nível de consciência de uma pessoa, para avaliação inicial e contínua após um traumatismo craniano.

Os critérios amplamente discutidos e aqui apresentados poderão servir de guia de orientação e abertura para novas possibilidades teórico-práticas. O enfermeiro deverá estar sempre reavaliando as condições clínicas do paciente para gerenciar da melhor forma possível a mudança de decúbito, evitando agravos causados pela mudança de decúbito tardia e/ou inadequada, visando a segurança ao paciente.

## DISCUSSÃO

A mudança de decúbito é um procedimento que requer do enfermeiro avaliação constante e individualizada, a partir de um raciocínio clínico que não deve ser simplificador.

Embora esse procedimento tenha muitos benefícios para a pele e função pulmonar do paciente, em cuidados intensivos a condição clínica do paciente com injúria cerebral é um fator a ser avaliado pelo enfermeiro antes de prescrever a mudança de decúbito.

Desta maneira, fica evidente que a mudança de decúbito trata-se de um procedimento complexo na UTI e que não pode ser realizada de forma mecanizada em todos os pacientes da mesma forma, ou seja, de duas em duas horas (ordem), sem considerar as individualidades (partes) e o contexto de saúde de cada paciente.

O enfermeiro deve avaliar as condições clínicas para que o efeito deste procedimento não cause instabilidade e piora no paciente. No ambiente hospitalar e, em especial, nas unidades de terapia intensiva, na maioria das vezes, são estabelecidas rotinas rígidas que tem horário para o início e previsão para o término. Porém, em algumas situações, o enfermeiro, ao avaliar a condição do paciente (contexto) pode observar que é necessário evitar a realização da mudança de decúbito no momento rotineiro devido a instabilidade do paciente, visto que o procedimento poderá contribuir para hipertensão intracraniana grave (desordem).

Nesta direção, Morin destaca que a complexidade nos torna prudentes, atentos, e nos mostra que não devemos nos fechar na crença de que o que acontece hoje vai continuar indefinidamente<sup>8</sup>, ou seja, um paciente com injúria cerebral pode apresentar instabilidades intercalados com melhora clínica. Por esse motivo, precisamos superar os determinismos prévios e nos mostrar abertos ao pensamento complexo que nos ajuda a entender e contextualizar melhor cada situação e nos leva a agir de forma mais coerente e eficaz.

Morin complementa ainda que “o pensamento complexo não recusa a clareza, a ordem, o determinismo, e sim, os considera insuficientes uma vez que não se pode programar a descoberta, o conhecimento e a ação”. Desse modo, o pensamento complexo traz um lembrete: “não esqueça que a realidade é mutante, que o novo pode surgir e vai surgir”(8:83)

Estudo de revisão sistemática realizado no período 2003 a 2015 destacou a mudança de decúbito como uma “estratégia que evita a compressão prolongada e, conseqüentemente, a redução da irrigação sanguínea local”(9:28). Os autores afirmam que a mudança de decúbito deve ser realizada, pelo menos, a cada duas horas, para evitar LP, desde que não haja contraindicações.

Os pacientes que apresentam quadro neurológico e/ou neurocirúrgico, ou que possuem o seu nível de consciência diminuído por permanecerem mais tempo acamados, com sua mobilidade reduzida e a maior parte do tempo com a cabeceira da cama levantada a 30º, e em decúbito dorsal, apresentam predisposição aumentada para o desenvolvimento de LP<sup>9</sup>.

Estudo transversal realizado com 1.762 pacientes durante o período de dezembro de 2012 a abril de 2013 obteve na UTI uma incidência maior de LP (44,83%) do que nos demais setores de internação(10). No entanto, os autores destacam que nas unidades de terapia intensiva houve o predomínio de patologias cerebrovasculares (26,6%), seguida de doenças respiratórias (22,2%), que são frequentes em pacientes críticos, o que contribui para a instabilidade hemodinâmica e também limita a mobilidade, levando esses pacientes a permanecerem em repouso prolongando durante o tempo de internação.

No entanto, os pacientes com quadro neurológico e/ou neurocirúrgico também podem e devem ser mudados de decúbito, sendo que para isso é preciso tomar alguns cuidados, considerando a prescrição realizada pelo enfermeiro. Existem indicações de posições para esses pacientes, mesmo que eles sejam mantidos em decúbito dorsal e com a cabeceira elevada a 30º, como o decúbito lateral direito e esquerdo, mantendo a cabeça alinhada ao corpo, e elevar os joelhos.

Um estudo clínico experimental testou os efeitos da posição da cabeça e do pescoço no fluxo sanguíneo cerebral por Doppler Transcraniano em 38 pacientes<sup>11</sup>. Os dados sugerem que tanto a posição lateral direita quanto a esquerda são seguras e recomendadas quando não houver contraindicação.

A mudança de decúbito não é a única maneira de realizar a mobilização em pacientes acamados na UTI. Também existem exercícios passivos, ativo-assistidos e ativos, além de outros meios complementares, como a eletroestimulação neuromuscular e a prancha ortostática que também são consideradas eficazes e geram benefícios aos pacientes<sup>12</sup>.

As equipes de enfermagem atuantes nas unidades de terapia intensiva que mantém os pacientes a maior parte do tempo na posição dorsal, podem não estar atualizadas sobre esse dado ou estão cometendo iatrogenia<sup>9</sup>. Os autores complementam que essa situação acaba gerando mais prejuízos ao paciente que acaba desenvolvendo LP durante a sua internação, e também aumenta os custos com materiais para o tratamento deste agravo.

Estudo realizado evidenciou que “a mobilização precoce em pacientes críticos promove benefícios físicos, psicológicos, evita riscos gerados pela hospitalização prolongada, acelerando a recuperação e reduzindo a incidência sobre complicações pulmonares e musculoesqueléticas”(12:180). Os autores apontam como estratégias para a mobilização precoce nos pacientes a mudança de decúbito, a mobilização passiva, a deambulação, o ortostatismo e a eletroestimulação neuromuscular.

Nessa direção, estes mesmos autores complementam que a internação prolongada em UTI traz prejuízos aos pacientes,

pois “gera problemas como imobilidade, descondicionalidade físico e fraqueza muscular”(12:177). Os autores defendem que a mudança de decúbito deve ser realizada precocemente por trazer benefícios aos pacientes, mas também referem que é fundamental saber quais as repercussões e controvérsias relacionadas com a mobilização precoce em pacientes internados na UTI: “a mobilização precoce é a base para a recuperação funcional, pois otimiza o transporte de oxigênio, mantém a força muscular, reduz efeitos do imobilismo, a permanência na UTI e promove melhora na qualidade de vida após a alta hospitalar. Esse procedimento será seguro e viável quando as barreiras encontradas como sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular forem cessadas ou diminuídas, visto que contribuem para o agravamento dos resultados clínicos”(12:177).

Os dados de um estudo prospectivo, observacional quase-experimental propõe que os pacientes sejam cuidadosamente monitorizados quando estiverem na posição lateral direita ou esquerda. Os autores acreditam que os dispositivos para monitorização da PIC podem ajudar a determinar a melhor posição para cada paciente<sup>13</sup>, de forma a trazer segurança ao enfermeiro que prescreve esse cuidado, uma vez em que, se ocorrer hipertensão intracraniana (HIC) em determinado decúbito, por período de curta duração, há indicação de retornar ao decúbito anterior sem trazer malefícios ao paciente.

Os dados dessa mesma pesquisa revelam que pode não haver posição ideal para o paciente com injúria cerebral que diminua a PIC, aumente a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) ou o oxigênio no cérebro concomitantemente. Nessa direção, essa pesquisa indica a utilização de cateteres de monitorização de PIC para ajudar a determinar a melhor posição para cada paciente individualmente e, assim, ajudar a diminuir a lesão secundária. Porém, na ausência de cateteres de monitorização de PIC os autores acreditam que a melhor posição para diminuir a PIC e aumentar a PPC seja o decúbito dorsal, com a elevação da cabeceira da cama a 30° e com leve elevação dos joelhos.

De qualquer maneira, é preciso ter em mente os fatores limitantes e também as barreiras impostas para que a mobilização precoce dos pacientes seja aplicada com segurança<sup>12</sup>. Estudo realizado em uma UTI de uma instituição

privada de Campos dos Goytacazes no ano de 2014 apontou que há deficiências nos cuidados de enfermagem realizados em pacientes neurocríticos, como no caso dos portadores de acidente vascular encefálico hemorrágico(2). Para garantir a segurança na assistência, os autores recomendam a implementação de um protocolo uma vez em que o seu uso diminui margens de erros a partir da padronização do cuidado.

Da mesma forma, estudo realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil, no ano de 2014, com 22 enfermeiros lotados na UTI Adulto, Unidade Cardíaca Intensiva e Clínica Médica reforça a importância da utilização de protocolos na assistência e aponta que no gerenciamento do cuidado de enfermagem ao paciente com LP, o uso de protocolo como instrumento gerencial agrega qualidade à assistência de enfermagem<sup>14</sup>.

Em suma, tornam-se necessários mais estudos para se conhecer melhor as indicações, barreiras, contraindicações da mobilização precoce, assim como saber quais os riscos e os efeitos causados por esta mobilização nos pacientes críticos internados nas UTI, bem como a elaboração de protocolos para orientar a realização do procedimento, e treinamentos com a equipe<sup>12</sup>.

Como limitação pode-se citar os poucos artigos que abordam a mudança de decúbito em pacientes com injúria cerebral, o que implicou em pouca produção científica para subsidiar os critérios a serem utilizados para prescrever mudança de decúbito a esses pacientes.

## CONCLUSÃO

A reflexão sobre a complexidade que envolve a mudança de decúbito em pacientes neurológicos e/ou neurocirúrgicos permitiu a definição de alguns critérios baseados na literatura e experiência dos enfermeiros intensivistas que servirão de subsídios para a construção do Guia de cuidados para mudança de decúbito no paciente que sofreu injúria cerebral grave internado na UTI, visando contribuir para a qualificação do cuidado de enfermagem.

O método adotado aliado ao pensamento da complexidade possibilitou ampliar a compreensão teórico-prática sobre a mudança de decúbito em pacientes neurológicos e transcender a linearidade do fazer tradicional fragmentado e reducionista e, dessa forma, contribui para a prática avançada em enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Cintra EA, Littlejohns S, Malta MA, Diccini S. O Papel da Enfermagem no Neurointensivismo. In: Terzi R, Falcão A, Videtta W. Cuidados neurointensivos. *Clínicas de Medicina Intensiva Brasileira*. Ano 18. v.20. São Paulo: Atheneu, 2013.
2. Barcelos DG, Santos CM, Manhães LSP, Azevedo AS. Atuação do enfermeiro em pacientes vítimas do acidente vascular encefálico hemorrágico na unidade de terapia intensiva. *Persp. Online: biol. & saúde*. 2016 [cited 2018 Feb 14]; 22(6):41-53. Available from: [http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/1097](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/1097).
3. Marques CRG, Ferrari YAC, Oliveira CGS. Atuação do enfermeiro no acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa. *Ciências Biológicas e da Saúde*. 2017 [cited 2018 Feb 14];4(2):127-42. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4599>.
4. Kitzinger J. Grupos Focais. In: Mays N, Pope C. *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
5. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde*. 2011 [cited 2017 Jun 20];35(4):438-42. Available from: [http://bvsm.sau.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsm.sau.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf).
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 466/2012. Brasil, 2012. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/connep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/connep/index.html). Acesso em: 16 outubro 2013.
7. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
8. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 4ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.
9. França JRG, Sousa BVN, De Jesus VS. Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões por Pressão em Unidades de Terapia Intensiva: uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. 2016 [cited 2017 Feb 23];1(11):16-31. Available from: [www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/download/709/619](http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/download/709/619).
10. Lainseck FGT, Rodrigues LHN, Ramos TM, Silva KCC, Muniz CF, Barcellos VM. Incidência de úlceras de pressão no hospital regional de Gurupi-TO. *Rev. Cereus*. 2016 [cited 2017 Feb 23];8(1):182-99. Available from: [HTTP://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/index](http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/index).
11. Kose G, Hatipoglu S. Effect of head and body positioning on cerebral blood flow velocity in patients who underwent cranial surgery. *J Clin Nurs*. 2012 [cited 2017 Feb 23];21(13-14):1859-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672454>.
12. Sarti TC, Vecina MVA, Ferreira PSN. Mobilização precoce em pacientes críticos. *J Health Sci Inst*. 2016 [cited 2017 Feb 19];34(3):177-82. Available from: [https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/03\\_jul-set/V34\\_n3\\_2016\\_p177a182.pdf](https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2016/03_jul-set/V34_n3_2016_p177a182.pdf).
13. Ledwith MB, Bloom S, Maloney-Wilensky E, Coyle B, Polomano RC, Le Roux PD. Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions. *J Neurosci Nurs*. 2010 [cited 2017 Feb 23];42(5):280-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20968224>.
14. Soares RSA, Lima SBS, Camponogara S, Eberhardt TD, Fonseca GGP, Kessler M. Significado do protocolo de úlcera por pressão: qualificando a gerência do cuidado do enfermeiro. *Enferm Foco [Internet]*, 2017 [cited 2017 Dec 20];8(3):19-24. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/859/393>.

# EFICIÊNCIA DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO NORMAL

Ernandes Gonçalves Dias<sup>1</sup>, Anailde Rosa Miranda Ferreira<sup>2</sup>, Ana Maria Cardoso Martins<sup>2</sup>, Mirlene Maria de Jesus<sup>2</sup>, Janine Cinara Silveira Alves<sup>3</sup>

**Objetivo:** verificar a percepção das puérperas no pós-parto imediato sobre a eficiência do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. Metodologia: Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com 40 puérperas na maternidade do Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Jesus em Janaúba-MG. Os dados foram coletados entre março e abril de 2016 por meio de entrevista e analisados de acordo com a Análise do Conteúdo de Bardin. Resultados: o banho de aspersão foi o método mais utilizado, proporcionou alívio e conforto durante o trabalho de parto. Os métodos foram eficazes quanto a sua finalidade e associaram a eles sentimentos de satisfação, relaxamento e tranquilidade. O acompanhante e o profissional de saúde apareceram como estratégia de suporte para efetivação dos métodos usados. Conclusão: evidenciou-se que os métodos não farmacológicos produzem alívio da dor durante o trabalho de parto normal e a importância da utilização desses métodos nos períodos pré e trans-parto para prestar assistência humanizada.

**Descritores:** Trabalho de Parto, Parto Normal, Dor do Parto.

## EFFICACY OF NON-PHARMACOLOGICAL METHODS FOR PAIN RELIEF IN LABOR NORMAL OF PARTURITION

**Objective:** To verify the perception of puerperae in the immediate postpartum period on the efficiency of the use of non-pharmacological methods for pain relief in normal labor. Methodology: This is a descriptive, qualitative study, carried out with 40 puerperae in the maternity hospital and Maternity Sacred Heart of Jesus in Janaúba-MG. The data were collected between March and April of 2016 through interview and analyzed according to the Bardin Content Analysis. Results: The sprinkler bath was the most used method, provided relief and comfort during labor. The methods were effective in their purpose and associated with them feelings of satisfaction, relaxation and tranquility. The companion and the health professional appeared as a support strategy to implement the methods used. Conclusion: It was shown that non-pharmacological methods produce relief during normal labor and the importance of using these methods in the pre- and trans-partum periods to provide humanized assistance.

**Descriptors:** Labor, Obstetric. Natural Childbirth, Labor Pain

## EFICIENCIA DE MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR EN EL TRABAJO DE PARTO NORMAL

**Objetivo:** verificar la percepción de las puérperas en el posparto inmediato sobre la eficiencia del uso de métodos no farmacológicos para alivio del dolor en el trabajo de parto normal. Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, realizado con 40 puérperas en la maternidad del Hospital y Maternidad Sagrado Corazón de Jesús en Janaúba-MG. Los datos fueron recolectados entre marzo y abril de 2016 por medio de entrevista y analizados de acuerdo con el Análisis del Contenido de Bardin. Resultados: El baño de aspersión fue el método más utilizado, proporcionó alivio y confort durante el trabajo de parto. Los métodos fueron eficaces en cuanto a su propósito y asociaron a ellos sentimientos de satisfacción, relajación y tranquilidad. El acompañante y el profesional de salud aparecieron como estrategia de soporte para la efectividad de los métodos usados. Conclusión: se evidenció que los métodos no farmacológicos producen alivio del dolor durante el trabajo de parto normal y la importancia de la utilización de estos métodos en los períodos pre y trans-parto para prestar asistencia humanizada.

**Descriptores:** Trabajo de Parto, Parto Normal, Dolor de Parto.

<sup>1</sup>Faculdade Verde Norte, FAVENORTE, MG. Email: ernandesgdias@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Fundação Hospitalar de Janaúba, FUNDAJAN, MG.

<sup>3</sup>FAVENORTE, MG.

## INTRODUÇÃO

Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas que afirmam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto normal, mais comum no Brasil é tecnocrático, centrado no médico<sup>1</sup>.

Com a hospitalização do parto, década de 40, métodos intervencionistas rotineiros foram incentivados: como a medicalização, as cesáreas de rotina e a realização de episiotomias. A partir daí a mulher foi perdendo espaço, deixando de ser a protagonista do próprio parto, ficando a mercê de normas das instituições e dos profissionais que lhe prestam assistência<sup>2</sup>.

Conforme o uso de tecnologias foram aplicadas ao parto, o Ministério da Saúde fez recomendações relativas à assistência ao parto normal, no sentido de que as instituições e profissionais que prestam assistência ao parto, visem o respeito, a dignidade à parturiente, ao recém-nascido e aos familiares, através de mudanças nos paradigmas, nos protocolos e nas atitudes para proporcionar um trabalho de parto normal ativo e saudável<sup>3</sup>.

Por essa razão o Ministério da Saúde vem estimulando a implantação de políticas que promovam o parto normal humanizado, como a Estratégia Rede Cegonha e Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PNHPN) para que o parto normal seja uma escolha segura para a mulher<sup>2</sup>.

Assim, o uso dos métodos não farmacológicos é importante por aliviar a dor, além de acarretar menos intervenções e retornar a essência da fisiologia que o parto representa para a mãe e o conceito<sup>4</sup>. Estes métodos além de estarem profundamente comprometidos com as políticas de humanização do decurso do nascimento, proporcionam às mulheres a diminuição do medo, autoconfiança e satisfação<sup>5</sup>.

Para isso é indispensável que os profissionais de saúde respeitem os anseios, desejos e direitos da mulher, identificando-a junto ao conceito como seres únicos no processo de nascimento para assegurar um parto mais fisiológico<sup>6</sup>.

Frente a essas considerações e ao uso dos métodos não farmacológicos utilizados na maternidade do Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Jesus de Janaúba-MG, objetivou-se verificar a percepção das puérperas no pós-parto imediato sobre a eficiência do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo realizado

com 40 puérperas da maternidade do Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Jesus de Janaúba-MG, norte de Minas.

Foram consideradas elegíveis as puérperas em pós-parto normal imediato, internadas na maternidade com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram o uso dos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto normal.

Para identificação das puérperas submetidas aos métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto normal, entre as internadas na maternidade, diariamente, era realizada busca ativa nos prontuários das puérperas e então as submetidas a esses métodos eram convidadas a participar da pesquisa.

Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores entre março e abril de 2016, na maternidade do Hospital em estudo, no estágio puerperal imediato, no período diurno, por meio de uma entrevista semiestruturada aplicada individualmente, gravada em áudio mediante a autorização da entrevistada.

O roteiro foi elaborado pelos pesquisadores com o objetivo de disparar a conversa com as puérperas. As questões abordaram que vivências reconheciam como métodos não farmacológicos, para alívio da dor, foram usados durante o trabalho de parto e a percepção da mulher sobre o método.

As entrevistas foram transcritas na íntegra com o objetivo de honrar o pensamento e as opiniões de cada entrevistada. Para análise dos dados foram realizadas leituras sucessivas dos depoimentos buscando identificar os temas emergentes, estes foram analisados de acordo com a Análise do Conteúdo na perspectiva de Bardin<sup>7</sup>.

Todos os caminhos metodológicos deste estudo obedeceram às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos pelo Parecer 1.561.207. As participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido consentindo sua participação no estudo e suas identidades foram resguardadas, sendo seus nomes substituídos por nome de flores.

## RESULTADOS

A idade das puérperas variou entre 18 e 41 anos, sendo prevalente puérperas na faixa etária entre 18 e 22 anos. Verificou-se uma predominância de puérperas que se autodeclararam pardas, com ensino médio completo e casadas. Como ocupação são exclusivamente domésticas no lar e vivem com renda familiar de um salário mínimo.

Método não farmacológico utilizado para alívio da dor no trabalho de parto

Sobre os métodos utilizados pelas puérperas durante o trabalho de parto, identificou-se o uso de mais de um tipo

de método. Os métodos relatados foram banho de aspersão, deambulação, mudanças de posições (cócoras, sentada, agachamento), técnicas de controle da respiração, massagens e bola suíça, conforme se observa nos relatos das puérperas:

“Eu fiquei sentada, de cócoras, banhei e tive o acompanhante, foi bom” (Amarilis).

“[...] falou pra eu ficar de cócoras e controlar a respiração, tomei banho de chuveiro também” (Cerejeira). “[...] usei aquela bola, fiz agachamento e andei [...]” (Centáurea).

“Me ensinou respirar direito, caminhei, fizeram massagens [...]” (Cravo).

“[...] teve também o uso de massagens pra tá aliviando a tensão [...] a bola porque alivia a dor” (Estrelícia).

Observou-se que o método mais utilizado pelas puérperas foi o banho de aspersão e provocou relaxamento, calma, diminuição da dor e alívio conforme se observa nos trechos das entrevistas:

“O banho foi bom [...] alivia, [...] acalma [...]” (Flox). “[...] quando a água caía nas costas a dor diminuía” (Gardênia). “[...] o banho relaxa mesmo, alivia a dor” (Girassol).

### Visão das puérperas sobre a eficiência dos métodos não farmacológicos

Os métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto obtiveram efeitos satisfatórios, minimizaram a sensação dolorosa, deixou-as mais tranquilas e relaxadas, como mostra os relatos abaixo:

“[...] aliviou, os dois que utilizei aliviou minha dor” (Cravo). “Ajudou bastante, quase não tive dor [...] eu ficava mais tranquila, ia descendo mais rápido (o bebê)” (Gravata).

“Ajudaram sim... foi bem mais aliviante, [...], eu me senti bem mais calma, bem mais relaxada, com isso meu parto evoluiu bem mais rápido [...]” (Estrelícia).

Quanto ao método que as mulheres mais se identificaram, apareceu em seus relatos o banho de aspersão e relacionam ao fato desse método ter proporcionado alívio da dor, relaxamento, calma e redução da tensão, como mostra os relatos subsequentes:

“O banho, relaxa mais, melhora a tensão e acalma, [...]” (Lírio). “[...] O banho, porque realmente alivia [...]” (Estrelícia).

A colaboração do profissional de Enfermagem e do acompanhante

Apareceu nos relatos das puérperas a colaboração do profissional de enfermagem e de um acompanhante como estratégia de suporte que efetivaram o uso dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto como se observa nos fragmentos:

“Eu tive o apoio da enfermeira e meu acompanhante [...]” (Centáurea). “[...] minha mãe que me acompanhou foi muito

importante também” (Lírio). “[...] e também a companhia de uma pessoa é boa pra nós [...]” (Estrelícia).

A presença do acompanhante e as orientações e apoio recebido dos profissionais proporcionou conforto, apoio, força, tranquilidade, confiança e ajuda às mulheres durante o trabalho de parto conforme se observa nos trechos abaixo:

“[...] o apoio da enfermeira foi bom” (Cravo). “[...] meu acompanhante me deu força e apoio, me ajudou e muito” (Delfin). “[...] colaborou muito, a gente fica mais tranquila [...] dá mais confiança pra gente né” (Cravo). “[...] não me deixava sozinha, me tranquilizava” (Girassol). “Foi ótimo, me orientava, me acalmava, conversava comigo, me ajudou bastante” (Iris).

### DISCUSSÃO

A idade em que a mulher engravida sempre foi vista como um fator de risco para distorcias e malformações de feto, especialmente se tardiamente<sup>8</sup>, porém, atualmente a idade da mulher não implica em fator de risco, pois, tendo uma assistência adequada no período de pré-natal, durante e após o parto, os resultados condicionam prognósticos materno e perinatal iguais aos das mulheres mais jovens<sup>9</sup>.

A predominância de puérperas pardas neste estudo corrobora com os resultados de um estudo realizado em uma maternidade filantrópica, do norte do Estado do Espírito Santo, com uma amostra de 323 puérperas em que 49,5% declararam serem pardas<sup>10</sup>.

Quanto à escolaridade, sabe-se que esta influencia diretamente nas condições sociais, logo, quanto mais instruída a mulher for, tem condições socioeconômicas mais favoráveis<sup>11</sup>. Neste estudo observou-se que a maioria das puérperas tem nível de escolaridade compatível com capacidade de compreensão e adesão aos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto.

A situação conjugal das puérperas pode ser vista como positiva, o fato de a puérpera ser casada pode influenciar no sentimento de segurança, devido a possibilidade da presença do companheiro durante o puerpério, proporcionando lhe conforto<sup>12</sup>. A presença do companheiro é um fator bastante positivo e aumenta as chances das mulheres terem o apoio e o suporte necessário durante a gestação e o parto<sup>13</sup>.

Em relação à ocupação das puérperas, a situação de serem trabalhadoras exclusivas do próprio lar pode torná-las dependentes financeiramente do companheiro ou da família. Não exercer nenhuma ocupação remunerada e dedicar-se exclusivamente a cuidar do lar, pode refletir negativamente na renda familiar<sup>14</sup>.

Observou-se, ainda, baixa renda familiar entre as entrevistadas, estes resultados corroboram com um estudo realizado em um hospital público de nível secundário de Fortaleza-CE, com 14 mulheres em puerpério imediato,

onde grande parte informou renda familiar igual a um salário mínimo<sup>15</sup>. Ressalta-se que as condições socioeconômicas é um fator de risco obstétrico<sup>11</sup>.

### **Método não farmacológico utilizado no trabalho de parto e estratégias de suporte**

Um estudo realizado no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida, Campina Grande-PB, com 18 puérperas, em relação aos métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto, constataram que utilizavam o suporte contínuo, exercícios respiratórios, banho de chuveiro, massagem e exercício de relaxamento. Dentre as puérperas que utilizaram estas estratégias, 73%, fizeram uso de dois ou mais métodos não farmacológicos<sup>16</sup>, assim como neste estudo, onde as puérperas puderam experimentar mais de uma modalidade de método para aliviar a dor no trabalho de parto.

O alívio da dor para algumas mulheres pode ser obtido com um suporte físico e emocional adequado, que deve transmitir à parturiente segurança e prestar orientações sobre a evolução do trabalho de parto<sup>12</sup>. O uso dos métodos não farmacológicos contribui no alívio da dor, minimiza o nível de estresse e de ansiedade, promovendo satisfação<sup>21</sup>.

Os métodos não farmacológicos trazem benefícios que podem auxiliar na utilização de estratégias de cuidados que possam atender as necessidades específicas das parturientes e promoverem conforto e segurança, diminuindo o estado de ansiedade<sup>22</sup>.

O banho de chuveiro como método de preferência das puérperas deste estudo deve ser incentivado por oferecer privilégios com o bem estar fisiológico, desenvolvendo sensação de relaxamento e de conforto no trabalho de parto<sup>17</sup>.

Em um estudo realizado na maternidade-escola do município de Sorocaba-SP, com 120 puérperas, 64 citaram o banho de chuveiro como o preferido e resolutivo<sup>23</sup>. O banho traz benefícios no alívio da dor, reduz a pressão arterial, promove o aumento da dilatação do colo uterino e além de tudo é uma medida barata e fácil de ser empregada<sup>24</sup>.

Situações que garante à mulher relaxamento, informações e contato com uma pessoa de sua confiança, facilitam que a gestante se sinta mais confortável para vivenciar o nascimento do filho. Especialmente se o acompanhante for pessoa próxima, ao qual já possui certo vínculo, que possa gerar sensação de apoio<sup>18</sup>.

O acompanhante é um personagem indispensável durante o TP e parto normal, pois fornece à mulher apoio emocional, tranquilidade, segurança, conforto, e assim minimiza suas preocupações e medos e torna o nascimento humanizado<sup>25</sup>.

A presença do acompanhante propicia à mulher no decurso do parto sensação de conforto e promove a redução de sentimentos de insegurança, medos e também as angústias<sup>19</sup>. Esta presença facilita a comunicação entre a parturiente e o profissional que lhe presta cuidados, trazendo lhe satisfação e segurança<sup>20</sup>.

Quanto aos profissionais de enfermagem, um estudo realizado com residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, constatou-se que demonstraram possuir embasamento teórico e humanização para apropriar de evidências científicas e usá-las para o emprego de métodos não farmacológicos para alívio da dor e em outras ações de enfermagem na atenção ao parto<sup>26</sup>.

### **CONCLUSÃO**

As puérperas reconhecem os métodos não farmacológicos como eficazes quanto a sua finalidade e associam a eles sentimentos de satisfação, relaxamento e tranquilidade. Dessa forma, fica evidenciada a importância da utilização dos métodos não farmacológicos nos períodos pré e trans-parto.

Os resultados reforçam a importância de investimentos nas instituições hospitalares e casas de parto, para inserção de programas e protocolos de incentivo ao uso dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto, para que possam prestar uma assistência humanizada e transformar esse fenômeno que é o parto em um evento não traumático na vida da mulher.

Sugere-se que estudos sejam realizados para verificar a disseminação de informações sobre estes métodos, ainda no pré-natal e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre eles, haja vista que o conhecimento destes métodos, pelas gestantes, pode impactar diretamente na redução das taxas de cesarianas.

Espera-se que esse estudo conscientize profissionais e as mulheres sobre a utilização dos métodos não farmacológicos e que as instituições busquem a implementação desses para desmitificar questões relacionadas ao parto normal.

REFERÊNCIAS

1. Rabelo LR, Oliveira DL. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2010; 44(1): 213-20. [acesso: 28 ago. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100030>.
2. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Caderno de Cultura e Ciência*, Ano IX, 2015; 13(2) mar. [acesso: 28 ago. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.838>.
3. Ferreira KM, Machado LV, Mesquita MA. Humanização do Parto Normal: uma revisão de literatura. *Rev. Saúde em Foco, Teresina*, 2014; 1(2): 134-148, ago./dez.
4. Osório SMB, Silva Júnior LG, Nicolau AIO. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Rev Rene*. 2014; 15(1): 174-84. [acesso: 30 out. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v15i1.3112>.
5. Silva EF, Strapasson MR, Fischer AC. Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor Durante Trabalho de Parto e Parto. *Rev. Enferm. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)*, 2011; 1(2): 261-271. [acesso: 23 out. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/217976922526>.
6. Santos IS, Okazaki ELFJ. Assistência de Enfermagem ao Parto Humanizado. *Rev.Enferm.Unisa*. 2012; 13(1): 64-8.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
8. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia fundamental*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
9. Parada CMGL, Tonete VLP. Experiência da gravidez após os 35 anos de mulheres com baixa renda. *Esc. Anna Nery*. 2009; 13(2): 385-92.
10. Leite FMC, Barbosa TKO, Mota JS, Nascimento LCN, Amorim MHC, Primo Caniçali C. Perfil Socioeconômico e Obstétrico de Puérperas Assistidas em uma Maternidade Filantrópica. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(2): 344-50. [Acesso: 12 maio 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32584>.
11. Araújo KRS, Calácio IA, Ribeiro JF, Fontenele PM, Moraes TV. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2015; 6(3): 2739-50. [acesso: 19 maio 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18673/gsv6i3.22411>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde*. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465p. – (CADERNOS HUMANIZA SUS ; v. 4).
13. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery*. 2014; 18(2): 262-269. [acesso: 14 out. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>.
14. Peixoto CR, Lima TM, Costa CC, Freitas LV, Oliveira AS, Damasceno AKC. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. *Revista Mineira de Enfermagem. UFMG*. 2009; 16(2). [acesso: 13 maio 2016]. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000200004>.
15. Oliveira AS, Rodrigues DP, Guedes MVC. Percepção de Puérperas Acerca do Cuidado de Enfermagem Durante o Trabalho de Parto e Parto. *RevEnferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 2011; 19(2): 249-54, abr./jun.
16. Medeiros J, Hamad GBNZ, Costa RRO, Chaves AEP, Medeiros SM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Rev. Espaço Para a Saúde, Londrina*. 2015; 16(2): 37-44. [acesso: 26 abr. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2015v16n2p37>.
17. Gayeski ME, Bruggermann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(4): 774-82. Florianópolis, 2010. [acesso: 11 out. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400022>.
18. Schlottmann AC, Siqueira LR. Percepção de puérperas sobre os métodos para alívio da dor durante o trabalho de parto. 2011 53f. Trabalho de conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem]. Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. Florianópolis-SC.
19. Mazoni SR, Faria DGS, Manfredo VA. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. *Arq Ciênc Saúde*. 2009; 16(1): 40-3.
20. Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Rev Min Enferm. (REME)*. 2015; 19(3): 711-717, jul./set. [acesso: 18 jul. 2016]. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150054>.
21. Damasceno DC. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de enfermagem. *FACIDER Revista Científica, Colider*, 2015; 7: 13-1.
22. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MCV, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC. O Acompanhante no Momento do Trabalho de Parto e Parto: percepção de puérperas. *CogitareEnferm*. 2011; 16(2): 247-53.
23. Perdomini FRI, Bomilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 2011; 20(3): 445-52, jul./set. [acesso: 28 ago. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300004>.
24. Amorim ATC, Araújo VKS, Severiano RCC, Davim RMB. Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva*. 2012; 9(56): 61-66 61.
25. Monte NL, Gomes JS, Amorim LMA. A percepção das puérperas quanto ao parto humanizado em uma maternidade pública de Teresina-PI. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*. 2011; 4(3): 20-24.
26. Feijão LBV, Boeckmann LMM, Melo MC. Conhecimento de Enfermeiras Residentes Acerca das Boas Práticas na Atenção ao Parto. *Enferm. Foco* 2017; 8(3): 35-39. [acesso: 17 abr. 2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1318>.

## | ARTIGO 8

# VIVENCIANDO O CLIMATÉRIO: PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Tereza Maria Mageroska Vieira<sup>1</sup>, Cristiane Richter de Araujo<sup>2</sup>, Elvira Carvalho da Silva de Souza<sup>2</sup>, Maria Antonia Ramos Costa<sup>2</sup>, Élen Ferraz Teston<sup>2</sup>, Gabriella Michel dos Santos Benedetti<sup>2</sup>, Verônica Francisqueti Marquete<sup>3</sup>

**Objetivo:** apreender as percepções de mulheres que vivenciam o climatério. **Metodologia:** estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde de um município do Noroeste do Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada junto a 16 mulheres em dezembro de 2016 e submetidos a análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** as percepções das mulheres que vivenciam o climatério resultou em duas categorias: Vivenciando o climatério e a menopausa: sinais e sintomas; e Tratamento utilizado no climatério. Observou-se a influência direta dos sinais e sintomas na qualidade de vida dessas mulheres e muitas vezes a não procura por reposição hormonal devido ao desconhecimento. **Conclusão:** o acolhimento e atendimento integral à mulher deve fazer parte da rotina de cuidado dos profissionais, em especial da Atenção Básica, oportunizando o conhecimento das necessidades particulares e o planejamento de ações de cuidado.

**Descritores:** Saúde da mulher, Climatério, Atenção Primária à Saúde.

### **LIVING THE CLIMATE: PERCEPTIONS AND EXPERIENCES OF WOMEN SERVED IN BASIC ATTENTION**

**Objectives:** to apprehend the perceptions of women who experience the climacteric. **Methodology:** descriptive exploratory study with a qualitative approach, carried out at the Basic Health Unit of a municipality in the Northwest of Paraná. Data were collected through a semistructured interview with 16 women in December 2016 and submitted to content analysis, thematic modality. **Results:** the perceptions of women experiencing climacteric resulted in two categories: experiencing climacteric and menopause: signs and symptoms; and Treatment used in climacteric. It was observed the direct influence of signs and symptoms on the quality of life of these women and often the search for hormone replacement due to ignorance. **Conclusion:** the reception and integral care of the woman should be part of the routine of care of the professionals, especially of the Basic Attention, providing the knowledge of the particular needs and the planning of care actions.

**Descriptors:** Women's Health, Climacteric, Primary Health Care.

### **EXPERIMENTANDO EL CLIMATERIO: PERCEPCIONES Y VIVENCIAS MUJERES RESPONDIERON EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**Objetivo:** apreender las percepciones de mujeres que experimentan el climaterio. **Metodología:** estudio descriptivo exploratorio con abordaje cualitativo, realizado en la Unidad Básica de Salud de un municipio del Noroeste de Paraná. Los datos fueron recolectados por medio de una entrevista semiestruturada junto a 16 mujeres en diciembre de 2016 y sometidos a análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** las percepciones de las mujeres que experimentan el climaterio resultaron en dos categorías: Vivenciando el climaterio y la menopausia: signos y síntomas; y Tratamiento utilizado en el climaterio. Se observó la influencia directa de los signos y síntomas en la calidad de vida de esas mujeres y muchas veces la no busca por reposición hormonal debido al desconocimiento. **Conclusión:** la acogida y atención integral a la mujer debe formar parte de la rutina de cuidado de los profesionales, en especial de la Atención Básica, oportunizando el conocimiento de las necesidades particulares y la planificación de acciones de cuidado.

**Descriptor:** Salud de la mujer, Climaterio, Atención primaria de salud.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Paraná. Email: mageroska@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Paraná.

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Maringá-UEM.

## INTRODUÇÃO

No climatério, o corpo feminino sofre grandes transformações, pois, o fato de haver redução da produção estrogênica pelo ovário faz com que essa se torne insuficiente, desencadeando sinais e sintomas que em certo período, podem levar a graves problemas de saúde, dentre os quais a osteoporose e doenças cardiovasculares<sup>1</sup>. O climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher, algumas passam por essa fase sem queixas ou necessidade de medicamentos, outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade<sup>2</sup>.

O climatério é uma fase da evolução biológica da mulher, em que ocorre o processo de transição entre o período produtivo e não produtivo chegando ao término um ano depois da menopausa<sup>3,4</sup>. Para chegar a um conceito a respeito dos acontecimentos presentes nessa fase do metabolismo feminino, é preciso que se compreenda os seguintes aspectos: as mulheres nascem com dois ovários e neles existem diversos folículos, de número limitado, que serão os futuros óvulos. Quando esse número termina ou está no final, o organismo entra na menopausa, fato que ocorre em torno dos 50 anos. Esses folículos produzem dois hormônios, o estrogênio e a progesterona. Por volta dos 40, 50 anos da mulher, a progesterona deixa de ser fabricada e o primeiro sintoma é a irregularidade menstrual, quando os ciclos ficam mais curtos e depois ocorrem atrasos menstruais, além da irritabilidade, nervosismo e insônia. Essa fase inicial é chamada de climatério ou pré-menopausa<sup>4</sup>.

O fato de o climatério ser caracterizado por mudanças biológicas, psíquicas e sociais talvez induza a associá-lo com doença e nesta fase as mulheres acabam sendo medicadas com psicotrópicos em demasia<sup>5</sup>.

A menopausa pode ocorrer em fases não esperadas sem que a mulher esteja com a idade mencionada para se caracterizar, pode ser um sinal de envelhecimento prematuro, e em alguns casos também podem ocorrer de forma artificial, após procedimentos clínicos ou cirúrgicos que levem à parada da produção hormonal ovariana<sup>2</sup>, neste último, a paciente não passa pelo período do climatério, pois foi induzida a menopausa.

Sabe-se que o climatério pode trazer sintomas psicológicos, urogenitais, vasomotores e sexuais para a vida das mulheres, tudo isso oriundo do hipoestrogenismo que podem prejudicar sua saúde<sup>3</sup>. Na fase do climatério existem formas diferenciadas de sintomas nas mulheres, dependendo de aspectos culturais, físicos, sociais e demográficos. Frente a este contexto tem sido proposta uma nova abordagem, destacando a importância de uma escuta qualificada paralela às intervenções clínicas

necessárias, para permitir maior compreensão do processo crítico existencial envolvido, onde os aspectos psicológicos relacionados ao envelhecer se mesclam com aqueles resultantes do esgotamento hormonal<sup>6</sup>.

Esse período tem merecido maior atenção no âmbito da saúde pública, principalmente devido ao aumento do número de mulheres com mais de 50 anos<sup>7</sup>. Podem ocorrer sintomas neuropsíquicos com surgimento de distúrbios vasomotores, cefaleia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido, entre outros. As alterações hormonais podem trazer algum desconforto, diminuir sua capacidade produtiva e predispõe à fadiga e irritabilidade<sup>3</sup>. Porém existem mulheres que vivem o climatério sem queixas e tais sintomas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para que proporcione o acolhimento e assistência adequada às mulheres no climatério<sup>8</sup>, devido a mesma ser a base para a realização dos cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde de forma que atenda todas as necessidades individuais da população, sendo esta, a principal porta de entrada para o sistema público de saúde, tornando-se necessário analisar a integralidade da assistência prestada às usuárias<sup>9</sup>.

Desta forma durante a visita das mulheres na APS, é importante que o profissional concentre-se na saúde mental, explore e investigue os problemas de sono, sintomas musculoesqueléticos, conscientize sobre as possíveis deficiências locais de estrogênio, proporcionando o tratamento, conforme a necessidade, além de maneira holística, realizando orientações de prevenção, intervenção para as mulheres assim que alcançam a meia-idade, investigar e tratar outros sintomas da menopausa<sup>8</sup>. Sugere-se o desenvolvimento de protocolos rigorosos e apoiados em evidências para que ocorram avaliações de saúde e funcionais, contemplando avaliações da saúde mental e física<sup>10</sup>.

Os profissionais de saúde, em especial o profissional enfermeiro, envolvido diretamente com o cuidado, podem apoiar a mulher nesse período à medida que busca compreender como vivenciam essa fase de suas vidas para planejar uma assistência embasadas em suas reais necessidades, priorizando um cuidado humanizado e de qualidade. Sendo assim o presente estudo teve como objetivo apreender as percepções de mulheres que vivenciam o climatério.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do Noroeste do

Paraná. O município em questão conta com 100% de cobertura da Atenção Primária em Saúde, sendo 24 equipes da Estratégia Saúde da Família distribuídas em 17 UBS.

Como critério de inclusão as mulheres deveriam estar na faixa etária entre 45 e 65 anos, conforme definição estabelecida pelo Ministério da Saúde<sup>4</sup> para o período do climatério. A coleta de dados foi realizada no mês de dezembro de 2016, por meio de entrevista, composta por questões de caracterização sociodemográfica e história ginecológica baseadas no Manual do Ministério da Saúde sobre Climatério<sup>4</sup>. Utilizou-se a seguinte questão norteadora: "Fale sobre as mudanças que ocorreram na vida da senhora durante a fase do climatério ou após a menopausa".

As mulheres foram abordadas durante sua permanência à espera das consultas na UBS ou em visitas domiciliares. Cabe ressaltar que as entrevistas foram interrompidas à medida que não surgiram novos achados e o objetivo do estudo foi alcançado. As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo modalidade temática, norteada pelos seguintes passos: pré-análise; exploração do material (codificação); e inferência e interpretação<sup>11</sup>.

Inicialmente as mulheres receberam informações sobre a pesquisa e diante do aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de preservar a identidade, as participantes foram identificadas com nome de flores.

Foram seguidas os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado com o Parecer nº 1835290-16.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 16 mulheres com idade média de 47,5 anos, a maioria de cor branca (81%). A maioria (87,5%) era casada e seguia a religião católica (81%). Em relação à escolaridade 38% possuíam ensino médio, 31% somente o ensino fundamental e 31% inferiram não ter terminado o ensino fundamental. Dentre as profissões 43% eram auxiliar de serviços gerais e 25% do lar, 50% tinham renda mensal de até um salário mínimo e 37% com mais de um salário mínimo.

Com relação a história ginecológica, mais da metade (56%) tiveram a menarca entre 11 e 14 anos, 25% com 10 anos e 18% acima de 15 anos. Sobre primeira relação sexual para a maioria (81%) ocorreu antes dos 20 anos e referiram ciclo menstrual de 28 dias, com duração de mais de três dias com fluxo intenso, tensão pré-menstrual e cólica (88%). Com relação ao tipo de parto, mais da metade foi normal (56%) e praticou amamentação exclusiva até o sexto

mês (62%). Apenas três mulheres realizaram laqueadura, duas perineoplastia e uma mastectomia. Para aquelas que já estavam na menopausa, 37% referiram a ocorrência após os 50 anos.

### Vivenciando o climatério e a menopausa: sinais e sintomas

As entrevistadas desconheciam o significado de climatério, e se referiam a este período como a fase que ocorre a menopausa. Os sintomas relatados durante a menopausa foram os fogachos, insônia, suor, cansaço e aumento do apetite. Algumas mulheres ressaltaram as transformações biológicas como negativas, desconfortáveis e de difícil aceitação:

[...] sinto muito calor. Senti que ganhei peso, aumento de queda de cabelo, diminuição do desejo sexual, fico nervosa e com frequência, tenho mais cansaço físico, memória fraca e dificuldade de concentração. Parece que tem hora que nada funciona. (Violeta);

[...] tive ganho de peso, irritabilidade, instabilidade emocional, metorragia, insônia, dor no pé da barriga, pele seca, dor nas pernas, falta de desejo sexual e distúrbio de humor! (Amarilis).

A vivência da sexualidade no climatério, para algumas participantes da pesquisa caracterizou um grande sofrimento, e por vezes expressaram o desejo de não realizar mais o ato, caracterizando um grande trauma para a vida de cada uma:

[...]tem dias que a relação sexual fica muito difícil, sinto muita dor. (Orquídea).

[...]Parece que vai me rasgar por baixo[...] (Hortência).

[...]se pudesse não fazia mais sexo! (Suculenta).

Outro aspecto mencionado foram as alterações emocionais, cujas mulheres referiram dificuldade de concentração, irritabilidade sem motivos aparentes e desânimo para realizar tarefas diárias, significando que podem ter desenvolvido um início ou até mesmo um quadro depressivo, clássico deste período:

[...] qualquer coisa já choro. (Cravo);

[...] dificuldade de concentração e irritabilidade [...]

(Orquídea);

[...] nervosismo com frequência. (Violeta);

[...] Sinto mais desânimo e cansaço [...] (Hortênciã).

### Tratamento utilizado no Climatério

Mediante todas as transformações ocorridas, as mulheres neste período buscam diversas formas de adaptação, como mudanças na alimentação, exercícios físicos e até tratamentos de reposição hormonal (TRH) ou não hormonais. Porém dentre as entrevistadas, o tratamento hormonal não foi mencionado com ressalvas devido ao medo de complicações futuras, como o câncer de mama. Duas das mulheres fazem acompanhamento com terapia não hormonal:

[...] Faço uso de isoflavona (Violeta).

Tenho vontade de usar algum medicamento (TRH), mas tenho medo de câncer (Magnólia).

### DISCUSSÃO

Todas as mulheres entrevistadas demonstraram desconhecimento sobre o climatério e se referiam a este período como sendo a menopausa. Sabe-se que o climatério corresponde à transição da mulher do ciclo reprodutivo para o não reprodutivo, ocorrendo habitualmente entre os 40 e 65 anos<sup>4</sup>. É uma fase biológica da vida da mulher e um período de mudanças psicossociais, de ordem afetiva, sexual, familiar, ocupacional, que podem afetar a forma como ela vive o climatério e responde a estas mudanças em sua vida<sup>4,5</sup>.

O evento da menopausa pode ser vivenciado, por algumas mulheres, como a paralisação do próprio fluxo vital<sup>(3)</sup>. Este fato pode ser observado nas falas de Violeta e Amarilis, que ressaltaram as transformações biológicas como negativas, desconfortáveis e de difícil aceitação para cada uma.

As queixas das mulheres durante o climatério podem ser diversificadas e com intensidades diferentes, mas as principais manifestações que levam as mulheres a procurar o serviço de saúde são as ondas de calor (fogachos), sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, parestesias, insônia, perda da memória e fadiga, além da diminuição da autoestima, irritabilidade, dificuldade de concentração e memória, dificuldades sexuais insônia, algumas sendo transitórias e outras permanentes<sup>4</sup>. Esses sintomas caracterizam alterações metabólicas e hormonais que, muitas vezes, podem trazer mudanças em

todo o contexto psicossocial<sup>12</sup>. Desse modo destaca-se a necessidade do atendimento integral à mulher, em especial, durante a consulta de enfermagem, a fim de acolher suas queixas e principalmente orientá-las quanto as alterações características dessa fase e as ações de autocuidado para reduzir o impacto delas na qualidade de vida.

Um estudo de coorte longitudinal, sobre a saúde da mulher em toda a nação, detectou que os sintomas vasomotores tenderam a se agrupar com distúrbios do sono e fadiga e estavam presentes em cada um dos agrupamentos das mulheres de moderado a altamente sintomático, tendo uma piora à medida que os grupos apresentaram maiores sintomas, com o desenvolvimento da dor. Os fogachos foram emersos nas mulheres com baixa sintomatologia. Vale ressaltar que mulheres tem uma percepção diferente dos sintomas, que podem estar correlatos a fatores fisiológicos ou sociais<sup>10</sup>. Assim, a equipe da Atenção Primária à Saúde, tem como uma de suas atribuições desenvolver ações de promoção da saúde e ofertar espaços de orientações que, muitas vezes proporcionam a retirada de dúvidas e principalmente o compartilhamento de vivências, o que pode reduzir o impacto desses sintomas.

Estudo apontou que a maioria dos sintomas está associada à diminuição dos níveis de cortisol, enquanto as ondas de calor e os distúrbios do sono associada tanto a níveis mais altos de cortisol quanto a níveis mais baixos de estrona<sup>12</sup>. Por sua vez, uma análise mais recente da gravidade dos sintomas durante o climatério destacou que estar em uma classe com fogachos severos associa-se ao maior hormônio folículo-estimulante urinário (FSH), menor estrona urinária e maiores níveis de epinefrina, entretanto não com níveis de cortisol<sup>13</sup>. Nesse sentido, além do acompanhamento clínico a mulher necessita de uma avaliação médica e monitoramento hormonal. Salienta-se que o cuidado integral nesse período ocorrerá por meio do cuidado multiprofissional.

Esta fase do climatério representa a chegada da etapa mais experiente da mulher, com a perda da juventude e o aparecimento de sintomas que podem comprometer a autoestima e interferir na qualidade de vida<sup>14</sup>. Entretanto, os aspectos emocionais relacionados à menopausa são pouco discutidos, comparando-se com a importância dada aos aspectos fisiológicos, e acabam por fim causando mais prejuízos a vida da mulher, pois elas se encontram neste período mais sensíveis e expostas aos medos<sup>15</sup>. A fase mais sintomática está fortemente associada à raça branca, tabagismo, obesidade e tensão financeira, portanto investigação pela APS as sintomatologias são primordiais para diminuir o risco nas populações mais vulneráveis<sup>10</sup>.

Durante o climatério as mulheres podem ficar mais

vul-neráveis à disfunção sexual feminina devido à interação de vários fatores físicos, psicológicos, sociais e as alterações hormonais que provocam diferentes efeitos nos órgãos genitais e no sistema nervoso central(16). As falas de Orquídea, Rosa e Hortência demonstram claramente esta preocupação. Os estrogênios são particularmente importantes na manutenção do tecido genital saudável, e a atrofia vulvo vaginal, causada pela deficiência de estrogênio na pós-menopausa, leva ao afinamento do epitélio vaginal, redução da lubrificação e alterações na sensação genital como ressecamento vaginal e dispareunia(16).

Do mesmo modo, estudo realizado na Suécia apontou que a maioria das mulheres relataram problemas sexuais: diminuição do libido, satisfação e atividade, com sintomatologia de secura vaginal e bexiga (13). Nesse sentido, abordar esses sinais e sintomas durante a consulta de enfermagem proporciona a mulher expor suas necessidades e reconhecer alternativas que possam reduzi-las. O Ministério da Saúde, por exemplo, disponibiliza o gel lubrificante, e muitas mulheres desconhecem sua existência(4) . O acolhimento e a escuta ativa a mulher pode despertar confiança e favorecer o diálogo sobre a vida sexual, oportunizando ao profissional o planejamento de metas de cuidado.

A mulher no climatério apresenta sinais e sintomas associados às mudanças causadas neste período que se manifestam na dependência de diversos fatores, desde os níveis hormonais basais individuais, à resposta dos receptores, até a forma como a mulher vivencia estas mudanças. A adoção de medidas promotoras de qualidade de vida com hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, atividade física adequada, postura proativa perante a vida, capacidade de fazer projetos, atividades culturais, sociais, profissionais, lúdicas e de lazer, são capazes de proporcionar saúde e bem-estar a qualquer mulher(4,14).

Destaca-se na fala de Magnólia a falta de acompanhamento e orientações adequadas pelos profissionais de saúde. Percebe-se que o uso de terapia

hormonal pode ser influenciado pelo desconhecimento e insegurança das mulheres em inicia-lo. Isso reforça a necessidade de orientação pelos profissionais, considerando as particularidades.

A avaliação médica é essencial para a escolha, quando necessário, da terapia adequada. Estudo randomizado realizado em Boston constatou que o uso de monoterapia com estrogênio, está associado ao aumento do risco de fibrilação atrial, sugerindo uma ligação fisiopatológica(12). Em contrapartida estudos realizados com mulheres no período da menopausa mostra que aquelas que optam pela TRH apresentam estilo de vida saudável, porém são de classe social elevada, melhor nível educacional e dispõem de serviços médicos preventivos, verifica-se que indivíduos com condições financeiras limitadas, podem ser classificados como vulneráveis, devido à dificuldade e acesso aos serviços de saúde e recursos correlacionados(10,12) . Desta forma é essencial que o profissional de saúde avalie cada caso de forma holística e verifique o melhor tratamento para a mulher.

É importante destacar que o estudo apresentou como limitação ter sido realizado em apenas uma unidade de saúde, mas destaca-se que o perfil das mulheres retratadas nesta pesquisa pode auxiliar nas discussões gerais sobre esta etapa do ciclo de vida fundamental para a população.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que as entrevistadas restringem o climatério à ocorrência da menopausa, embora reconheçam e verbalizem os inúmeros sinais e sintomas que acompanham essa fase. A definição incerta dessa fase também esteve aliada a insegurança de realizar o tratamento de reposição hormonal.

Portanto, reitera-se a necessidade dos profissionais da APS em acolher e atender essa demanda de modo a proporcionar a mulher conhecimento com relação ao climatério e melhora dos sintomas, uma vez que influenciam diretamente na qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Freitas ER, Barbosa Altemir JG. Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. *Arq. bras. psicol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 24];67(3): 112-124. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672015000300009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000300009)
2. Alves ERP, Costa AM, Bezerra SMMS, Nakano AMS, Cavalcanti AMTS, Dias MD Climatério: a intensidade dos sintomas e o desempenho sexual. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Fev 15];24(1):64-71. Available from: <https://pt.scribd.com/document/329863651/Climaterio-A-Intensidade-Dos-Sintomas-e-o-Desempenho-Sexual>
3. Filho JFL, Bacaaro LFC, Fernandes T, Conde DM, Paiva LC, Neto AMP. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 25];37(4):152-8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015000400152&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015000400152&script=sci_abstract)
4. Brasil Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolos\\_ab](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolos_ab)
5. Silva SB, Nery IS, Carvalho AMC. Representações sociais elaboradas por enfermeiras acerca da assistência à mulher climatérica na atenção primária. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2017 Out 25];17(3):363-71. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-790961>
6. Silva BS, Busnelo GF, Adamy EK, Zanotelli SS. Atuação de enfermeiros na atenção às mulheres no climatério. *Rev. enferm. UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2017 Out 28]; 9(1): 312-318. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10341/11047>
7. Pereira ABS, Martins CA, Pereira MS, Lima JR, Souza ACS, Ream PSF. Atenção ao climatério realizada por profissionais da estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 23];24(1):1-8. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13122>
8. Rindner L, Strömme G, Nordeman L, Wigren M, Hange D, Gunnarsson R, Rembeck G. Prevalence of somatic and urogenital symptoms as well as psychological health in women aged 45 to 55 attending primary health care: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 15];17(1): 128. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29221473>
9. Souza SS, Santos RL, Santos ADF, Barbosa MO, Lemos ICS, Machado MFAS. Woman and climaterio: conceptions of users of a basic health unit. *Reprod Clim* [Internet]. 2017 [cited 2018 jun 14];32(2):85-9. Available from: <http://recli.elsevier.es/pt/mulher-e-climaterio-concepcoes-usuarias/articulo/S141320871730002X/>
10. Harlow SD, Karvonen-Gutierrez C, Elliott MR, Bondarenko I, Avis NE, Bromberger JT et al. It is not just menopause: symptom clustering in the Study of Women's Health Across the Nation. *Womens Midlife Health* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 15];3(2). Available from: <https://womensmidlifehealthjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40695-017-0021-y>
11. Bardin, L. Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. São Paulo: Edições 70; 2011
12. Wong JA, Rexrode K, Sandhu RK, Moorthy MV, Conen D, Albert CM. Menopausal Age, Postmenopausal Hormone Therapy and Incident Atrial Fibrillation. *Heart* [Internet]. 2017 [cited 2018 jul 15];103(24):1954-1961. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988211>
13. Woods NF, Cray L, Mitchell ES, Herting JR. Endocrine biomarkers and symptom clusters during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle midlife women's health study. *Menopause* [Internet]. 2014 [cited 2018 jul 15];21(6):646-652. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031247/>
14. Bisognin P, Alves CN, Wilhelm LA, Prates LA, Scarton J, Resse LB. O climatério na perspectiva de mulheres. *Rev Eletrônica Trimestral de Enfermeria* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 15];39:168-180. Available from: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt\\_docencia3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_docencia3.pdf)
15. Moreira MA, Braitt LL. As alterações biopsicossociais no climatério e a inter-relação coa qualidade de vida: um estudo de revisão integrativa. *Memorialidade* [Internet]. 2014 [cited 2018 jul 15];11(21):57-83. Available from: <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/628>
16. Ferreira ICC, Silva SS, Almeida RS. Menopausa, Sinais e Sintomas e seus Aspectos Psicológicos em Mulheres sem Uso de Reposição Hormonal. *Ensaio Cienc Cienc Biol Agrar Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2018 jul 15];19(2):60-64. Available from: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/3182>

# LIMITAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO ACESSO INTRAÓSSEO: ASPECTOS DA ENFERMAGEM E DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Mayara Larissa Nilsen Schumacher<sup>1</sup>, Carlos Poblete Jara<sup>1</sup>, Vanessa Cristina Dias Bóbbó<sup>2</sup>, Cristiane Helena Gallasch<sup>2</sup>, Luciane Ruiz Carmona Ferreira<sup>3</sup>

**Objetivo:** Verificar a realização do acesso intraósseo por enfermeiros. **Método:** Estudo analítico transversal, realizado por meio da aplicação de um questionário. **Resultados:** Demonstrou-se que 97,0% dos profissionais nunca realizaram o acesso ( $p < 0,001$ ), e 48,5% tiveram um treinamento adequado. Apenas 9,1% relatou se sentir seguro para executar a técnica ( $p < 0,001$ ) e 69,7% responderam que não possuem apoio técnico, e não possuem material apropriado. **Conclusão:** Demonstrou-se que existe uma limitação do uso do acesso intraósseo. A falta de autonomia para realizar a técnica pode se explicar pela falta de habilidade prática e conhecimento teórico dos enfermeiros, e pela falta de protocolos e acesso à informações institucionais, treinamentos e insumos.

**Descritores:** Infusões Intraósseas; Enfermagem; Desenvolvimento de pessoal.

## LIMITATION OF THE USE OF INTRAÓSSEO ACCESS: ASPECTS OF NURSING AND HEALTH INSTITUTION

**Aim:** To verify the achievement of intraosseous access by nurses. **Method:** Cross-sectional analytical study, carried out through the application of a questionnaire. **Results:** It was demonstrated that 97,0% of the professionals never performed access ( $p < 0,001$ ), and 48,5% had adequate training. Only 9,1% reported feeling safe to perform the technique ( $p < 0,001$ ) and 69,7% answered that they do not have technical support, and do not have appropriate material. **Conclusion:** It has been demonstrated that there is a limitation of the use of intraosseous access. The lack of autonomy to perform the technique can be explained by the lack of practical skills and theoretical knowledge of nurses, and the lack of protocols and access to institutional information, training and inputs.

**Descriptors:** Intraosseous infusions; Nursing; Development of personnel.

## ACCESO LIMITACIÓN DE USO INTRAÓSEA: ASPECTOS DE LA ENFERMERÍA Y INSTITUCIÓN DE SALUD.

**Objetivo:** Verificar la realización del acceso intraóseo para las enfermeras. **Método:** Estudio transversal analítico realizado mediante la aplicación de un cuestionario. **Resultados:** Se demostró que 97,0% de los encuestados nunca hizo de acceso ( $p < 0,001$ ), y 48,5% tenía una formación adecuada. Sólo 9,1% reportó sentirse seguro para llevar a cabo la técnica ( $p < 0,001$ ) y 69,7% dijeron que no tienen soporte, y no tienen ningún material adecuado. **Conclusión:** Se ha demostrado que existe una limitación del uso de la vía intraósea. La falta de autonomía para llevar a cabo la técnica puede explicarse por la falta de habilidades prácticas y conocimientos teóricos de las enfermeras, y la falta de protocolos y el acceso a la información institucional, la capacitación y los insumos.

**Descriptorios:** Infusiones intraóseas; enfermería; desarrollo del personal.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP. Email: mlnilsen@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ.

<sup>3</sup>Faculdades Integradas Einstein de Limeira, SP.

## INTRODUÇÃO

A obtenção do acesso circulatório rápido, considerado em situações de emergência<sup>1</sup> é recomendado pela American Heart Association como ação de suporte avançado de vida<sup>2</sup>. Trata-se de um desafio no paciente em choque, e o grau de urgência é proporcional à dificuldade de inserção deste<sup>3</sup>, especialmente em pacientes obesos, diabéticos e em quimioterapia<sup>4</sup>. As taxas de falhas de acesso intravenoso (IV) no cenário de emergência são em torno de 10-40%, e o tempo médio necessário para cateterismo IV periférico é relatada entre 2,5 a 16 minutos em pacientes com difícil acesso IV<sup>5</sup>. O acesso intraósseo (AIO) consiste em uma técnica em que há a introdução de uma agulha na cavidade da medula óssea, fornecendo uma via venosa rígida, para a infusão de medicamentos e soluções na cavidade medular, utilizada normalmente como rota alternativa quando a cateterização IV não pode ser obtida<sup>6</sup>. Dando acesso rápido e efetivo, leva-se menos de 20 segundos para atingir a circulação sistêmica, sendo o fluxo variável de acordo com o local de punção. Tal eficácia se dá porque os vasos intramedulares e os lagos venosos estão envoltos por paredes ósseas firmes e que não são colabáveis, mantendo-se pérvias, mesmo nos casos de parada cardíaca e choques<sup>7</sup>. A utilidade seu uso tem sido comprovado em emergência de adultos, pediatria, e situações militares<sup>3, 7, 8</sup>, bem como em não-emergências, quando o acesso vascular não pode ser obtido, ou quando o paciente pode estar em risco de aumento da morbidade ou mortalidade, além de ocasiões como no período peri-operatório<sup>9</sup>. A técnica costuma ser de fácil execução e bem sucedida em 90-95% dos casos em que é indicada<sup>10, 11</sup>. Em média, o tempo para obtenção e estabilização do AIO leva entre 20 a 40 segundos quando realizada por um profissional experiente e material adequado<sup>10, 11</sup>. O AIO pode ser utilizado como segunda opção, ou seja, se o acesso venoso estiver difícil ou impossível de se obter<sup>12</sup>.

As complicações do AIO são raras, chegando a 0,6%, incluindo abscessos e celulites, hematomas e infiltração de medicamentos e fluidos no periósteo ou subcutâneo<sup>3</sup>. Pode-se utilizar qualquer droga ou solução que possa ser administrada pela via endovenosa, como anticonvulsivantes, antagonistas narcóticos, analgésicos, soluções hipertônicas, vitamina K, dentre outras<sup>13</sup>. Os dispositivos devem ser removidos dentro de 24 horas após a inserção, ou logo que possível, quando estabelecido o acesso intravenoso<sup>14</sup>.

No Brasil, é lícita a realização do AIO por enfermeiros em situações de emergência ou urgência, desde que capacitados para tal finalidade<sup>12</sup>.

Para inserir e manter um AIO, o enfermeiro deve demonstrar conhecimento, competência e habilidade psicomotora na realização da técnica<sup>15</sup>. Uma vez que um

dispositivo foi selecionado, políticas institucionais e os protocolos relacionados com o dispositivo, indicações, contraindicações, inserção, processos de remoção e avaliação da qualidade, deve ser desenvolvido pelos enfermeiros<sup>16</sup>.

O interesse pelo tema surgiu ao perceber a lacuna existente no currículo dos cursos de graduação em enfermagem a respeito da capacitação dos alunos para realização do AIO. Além disso, observa-se o incentivo à utilização da técnica pelo Conselho Regional de Enfermagem - COREN, por meio de publicações, mas o conhecimento do enfermeiro sobre o assunto e o acesso a cursos específicos ainda continua sendo bastante limitado.

Considerando o que foi apresentado e a importância da atuação do enfermeiro na obtenção do AIO, esta pesquisa propôs como objetivo verificar a realização do AIO por enfermeiros num ambiente hospitalar, identificando a autonomia dos enfermeiros quanto à realização do procedimento, assim como se as instituições de saúde possuem materiais disponíveis para estas.

## METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento do tipo analítico, transversal, se caracterizando como pesquisa quantitativa, obedecendo a Resolução 466/2013, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital do município onde foi desenvolvida a pesquisa, sob o número 179/10.

O estudo foi realizado em dois hospitais, sendo um público e outro privado, em uma cidade do interior de São Paulo. O hospital público é composto por 267 (duzentos e sessenta e sete) leitos ativos e conta com uma equipe de enfermagem composta por 54 (cinquenta e quatro) enfermeiros; e o hospital privado possui 72 (setenta e dois) leitos ativos, conta com uma equipe de enfermagem composta por 23 (vinte e três) enfermeiros.

Participaram da pesquisa os enfermeiros que atuavam nos seguintes setores: UTI Neonatal, UTI Pediátrica, UTI Geral, Unidade de Tratamento de Queimados, Pronto Socorro, Pronto Atendimento e Pediatria, de ambos os hospitais. Foram excluídos os profissionais que não responderam o questionário em sua totalidade, e não foram incluídos os profissionais que estavam de férias ou licença. Optou-se por estes setores específicos, pois são os locais que o AIO poderia ser realizado com maior frequência devido à alta complexidade dos clientes e a necessidade de atendimento imediato frente a algumas situações encontradas. Além das unidades críticas, englobamos no estudo, ambientes relacionados ao atendimento infantil, pois já se preconiza a realização do AIO em crianças há um tempo maior.

Determinou-se a escolha dos dois tipos de gestão hospitalar (hospitais públicos e privados), para se ter uma visão mais ampliada das condições para a realização do AIO. Para a coleta dos dados foi aplicado um questionário elaborado pela pesquisadora, contendo 11 questões, abertas e fechadas. Esse instrumento foi submetido à validação por 10 enfermeiros, que fizeram suas considerações, sendo o questionário adaptado conforme sugerido.

O questionário é composto de 3 perguntas abertas e 8 perguntas fechadas, tendo o objetivo de verificar a utilização da técnica do AIO na instituição que trabalham, a capacitação do enfermeiro, sua habilidade diante desse procedimento, a autonomia dada a ele pelo hospital para a escolha do AIO e os materiais disponíveis para a infusão.

Inicialmente, a pesquisadora se apresentou aos profissionais enfermeiros, explicando-lhes os objetivos e a importância do estudo, sendo a participação espontânea, com garantia de sigilo. Tais esclarecimentos foram pautados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida foi iniciada a coleta dos dados, por meio da aplicação do questionário.

A coleta dos dados aconteceu durante o período de trabalho dos profissionais enfermeiros, ou seja, nos turnos da manhã, tarde e noite. A própria pesquisadora entregou o instrumento, fornecendo orientações sobre o preenchimento e esclarecendo as dúvidas encontradas.

Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram transferidos para uma planilha do Microsoft Office Excel®, versão 2010. Foram realizadas análises descritivas das variáveis qualitativas e quantitativas e as frequências absolutas (n) e relativas (%). Foi aplicado o teste Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%, e foi utilizado o software estatístico SAS® (Statistical Analysis System), versão 9.2.

## RESULTADOS

Os enfermeiros das instituições pesquisadas são, na maioria, mulheres, com tempo de graduação e tempo de trabalho no setor em que foram entrevistados inferior a 96 meses. Além disso, a maioria dos enfermeiros entrevistados estava cursando ou já havia concluído ao menos um curso de especialização (Tabela 1).

**Tabela 1** - Caracterização da amostra dos enfermeiros, Limeira 2010. (n=33).

Variáveis	f	%	x (Meses)
<b>Sexo</b>			
Feminino	27	81,8	-
Masculino	6	18,2	-
<b>Tempo de Graduação</b>			

Inferior a 96 meses	24	72,7	43,9
Superior a 96 meses	9	27,3	137,3
<b>Distribuição dos enfermeiros quanto à especialização</b>			
Cursando ou já concluído	27	81,8	-
Não possuem	6	18,2	-
<b>Tempo de trabalho no setor em que foi entrevistado</b>			
Inferior a 96 meses	27	81,8	36,2
Superior a 96 meses	7	21,2	134
<b>Distribuição dos enfermeiros por setores</b>			
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	10	30,3	-
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	4	12,1	-
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	5	15,2	-
Unidade de Tratamento de Queimados	2	6,0	-
Pronto Socorro ou Pronto Atendimento	7	21,2	-
Pediatria	5	15,2	-

f - frequência; % - porcentagem; x - média

Dos enfermeiros entrevistados, aproximadamente metade (48,5%, n=16) relatou ter um treinamento adequado ou ao menos uma breve aula explicativa sobre o procedimento, e 51,5% (n=17) dos enfermeiros não tiveram nenhum treinamento sobre AIO.

Ao verificar a realização do AIO por enfermeiros em ambiente hospitalar, demonstrou-se que existe uma baixa porcentagem do uso do AIO nos serviços estudados por parte dos profissionais enfermeiros. Constatamos que 97,0% (n=32) dos enfermeiros não tinham realizado a técnica do AIO até o momento da aplicação do questionário e somente 3,0% (n=01) já realizaram a técnica (p<0,001).

A respeito da segurança que percebem para realizar o procedimento, 90,9% (n=30) dos profissionais acreditam não ter habilidade prática e conhecimento teórico para realizar o AIO (p<0,001).

Quanto à autonomia descrita pelos enfermeiros para realizar o AIO, 69,7% (n=23), responderam que não possuem apoio protocolado do hospital, 21,2% (n=07) não sabem se é permitida a realização da técnica por enfermeiros e somente 9,1% (n=03) relatam ter a liberdade de realizar o AIO (p<0,001).

Após responderem o questionário, foi perguntado aos enfermeiros se havia interesse em receber treinamento apropriado sobre o AIO, e 100% (n=33) dos profissionais demonstrou interesse em aprender mais sobre o

procedimento.

Além disso, os enfermeiros apresentaram dúvidas ao se deparar com a questão sobre a instituição possuir ou não material apropriado para se realizar o AIO, 21,2% (n=07) dos enfermeiros respondeu não saber se existe material, 9,1% (n=03) relatou ter acesso a agulhas adequadas e 69,7% (n=23) respondeu que o hospital não possui material apropriado para a realização do AIO.

## DISCUSSÃO

O AIO pode ser usado para administrar uma grande variedade de medicamentos que salvam vidas rápida e facilmente e com baixas taxas de complicações<sup>(3)</sup>, o que representa uma alternativa de acesso sistêmico para a prática clínica de enfermagem.

A realização deste procedimento deve ser executada sempre por um profissional treinado e habilitado. No Brasil, os enfermeiros estão respaldados pelo conselho de enfermagem para realização deste procedimento, desde que comprovadamente capacitados para a inserção e manipulação de dispositivos intraósseos<sup>(12)</sup>. Noventa e sete por cento dos profissionais entrevistados nunca realizou um AIO em sua instituição de trabalho. A maioria destes profissionais é formada e trabalha na instituição há menos de 8 anos. Detectou-se na entrevista os seguintes aspectos que podem interferir na autonomia do profissional e conseqüentemente na realização do AIO:

1) Falta de habilidade prática e conhecimento teórico dos enfermeiros acerca do AIO

Apesar de aproximadamente metade dos profissionais entrevistados terem considerado adequadas as informações prévias / treinamentos que receberam sobre o assunto, mais de 90% dos enfermeiros afirmou não ser suficiente o treinamento, habilidade prática ou conhecimento teórico sobre a técnica. Conseqüentemente, o número de punções realizadas por esse profissional é reduzido pela falta de treinamento<sup>14</sup>. Há a necessidade de mais treinamentos e maior contato com o conteúdo sobre AIO, tendo em vista que o AIO é a primeira alternativa após a falha em puncionar um acesso venoso periférico, no caso de o paciente não necessitar de uma via central ou de longa permanência<sup>8</sup>.

2) Falta de protocolos institucionais, acesso à informação institucional, treinamentos e insumos.

Enquanto os enfermeiros são confrontados com as dificuldades de acessar um vaso sanguíneo periférico em pacientes que apresentam condições adversas para obtenção do acesso, um tempo precioso do atendimento é perdido, e muitas vezes os esforços geram muitos insucessos. Assim, o AIO é tido como uma rota rápida, segura e eficaz, e é recomendado para pacientes adultos e pediátricos<sup>14,17</sup>.

Demonstrou-se que há uma baixa frequência de uso da técnica do AIO nos serviços estudados, embora haja evidências significativas<sup>3, 8</sup> que demonstram e avaliam que esta é uma técnica rápida, útil e adequada para os serviços de cuidados críticos, com a qual pode se diminuir a mortalidade oferecendo um acesso sistêmico seguro e de rápida instalação.

Considerando a importância da técnica para os serviços de cuidados críticos, torna-se imprescindível criar políticas institucionais nos serviços clínicos que garantam que o paciente conseguirá um acesso sistêmico para a administração do tratamento em contexto de urgência vital<sup>14, 18</sup>. Além disso, torna-se indispensável que a equipe de enfermagem participe na criação de algoritmos de ação, de como reagir em caso de falta ou falha de acessos venosos periféricos e como e quando os AIOs podem ou devem ser utilizados. Acreditamos que os diretores ou gerentes dos serviços devem então, incorporar aos programas de capacitação institucional estas novas técnicas, através de programas estabelecidos de capacitação contínua do pessoal de saúde, como também gerir a aquisição dos insumos adequados para a execução desta técnica.

O estabelecimento de protocolos bem definidos e a capacitação contínua da equipe médica e de enfermagem acerca do reconhecimento e manuseio correto do dispositivo a ser utilizado, são alicerces primordiais para uma assistência segura e eficaz ao paciente com AIO<sup>19</sup>. Em conjunto com as políticas e protocolos, um processo educativo deve ser criado para o sucesso desse procedimento, fornecendo ao enfermeiro a didática e hands-on, ou seja, a experiência necessária para se familiarizar com o dispositivo intraósseo e sua utilização.

Por fim, um aspecto que se propõe como objeto de próximos estudos é que embora a literatura aponte diversas vantagens do AIO, a indústria farmacêutica não tem conduzido os estudos necessários para validar seus fármacos através da administração intraóssea como via de administração<sup>3</sup>, pois até hoje existe insuficiente evidência científica para apoiar a equivalência entre via intravenosa e intraóssea<sup>14, 20</sup>, o que poderia representar uma barreira para a utilização desta técnica.

O estudo apresentou limitações já que se baseou em dados auto relatados que podem estar sujeitos a efeitos de desejabilidade social e outros tipos de vieses de resposta. Recomendamos que estudos futuros utilizem amostras ainda maiores, a fim de garantir a consistência das estatísticas aqui apresentadas.

## CONCLUSÃO

Ao verificar a realização do AIO por enfermeiros em ambiente hospitalar, demonstrou-se que existe uma

subutilização da técnica do AIO nos serviços estudados. Discutiui-se a importância da utilização da técnica e a necessidade da capacitação e desenvolvimento profissional do enfermeiro frente ao tema.

Apesar do uso do AIO apresentar inúmeras vantagens bem descritas na literatura, a limitação do uso está relacionada à falta de conhecimento teórico-prático e o preparo dos enfermeiros entrevistados sobre o assunto, bem como a falta de protocolos institucionais, acesso à informação institucional, treinamentos e insumos.

Houve um grande interesse dos enfermeiros em receber treinamentos específicos, para que fosse implantado o procedimento na instituição. Tendo em vista esse interesse crescente, a proposta deste estudo foi a divulgação do uso do AIO.

Para tanto, é necessário que haja um investimento maior na capacitação e autonomia dos enfermeiros relacionado ao AIO. Além disso, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento da metodologia de implantação desse procedimento nos protocolos das instituições hospitalares.

## REFERÊNCIAS

- Ohchi F, Komasa N, Mihara R, Minami T. Comparison of mechanical and manual bone marrow puncture needle for intraosseous access; a randomized simulation trial. SpringerPlus 2015; 4: 211.
- Di Credo PF, Boostel R, Felix JVC. Knowledge of the multi-professional health team based in the Policies of the American Heart Association – 2010. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2015; 9: 9423-30. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10883/12131>.
- Lewis P, Wright C. Saving the critically injured trauma patient: a retrospective analysis of 1000 uses of intraosseous access. J Emerg Med [Internet]. 2015; 32(6):463-7. Available from: <http://emj.bmj.com/content/32/6/463>.
- Piredda M, Biagioli V, Barrella B, Carpisassi I, Ghinelli R, Gianarelli D, et al. Factors affecting difficult peripheral intravenous cannulation in adults: a prospective observational study. J Clin Nurs [Internet]. 2017; 26(7-8):1074-84.
- Szarpak L, Kurowski A, Adamczyk P, Czyzewski L, Truszczyński Z, Zaśko P. Are junior doctors trained to use to use intraosseous access? Am J Emerg Med. 2016;34(1):107.
- Afzali MK, Ask Daffy, Lyngeraa TS, Viggers S. Intraosseous access can be taught to medical students using the four-step approach. BMC Med Educ [Internet]. 2017; 17(50):6. Available from: <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0882-7>.
- Baadh AS, Singh A, Choi A, Baadh PK, Katz DS, Harcke HT. Intraosseous Vascular Access in Radiology: Review of Clinical Status. AJR Am J Roentgenol [Internet]. 2016;207(2):241-7.
- Lee P, Lee C, Rattner P, Wu X, Gershengorn H, Acquah S. Intraosseous versus central venous catheter utilization and performance during inpatient medical emergencies. Crit Care Med [Internet]. 2015; 43(6):1233-8.
- Anson JA, Sinz EH, Swick JT. The versatility of intraosseous vascular access in perioperative medicine: a case series. J Clin Anesth [Internet]. 2015; 27(1):63-7.
- Sá RARD, Melo CL, Dantas RB, Delfim LVV. Acesso vascular por via intraóssea em emergências pediátricas. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2012; 24(4):407-14.
- Bielski K, Szarpak L, Smereka J, Ladny JR, Leung S, Ruetzler K. Comparison of four different intraosseous access devices during simulated pediatric resuscitation. A randomized crossover manikin trial. Eur J Pediatr [Internet]. 2017;176(7):865-71.
- COREN. PARECER COREN – BA N 013/2014 Realização de Punção Intraóssea por Enfermeiros: COREN – BA; 2014 [Available from: [http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0132014\\_15582.html](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0132014_15582.html)].
- Vizcarra C, S C. Intraosseous route as alternative access for infusion therapy. J Infus Nurs [Internet]. 2010; 33(13):162-74.
- Petitpas F, Guenezan J, Vendeuvre T, Scepi M, Oriot D, Mimoz O. Use of intra-osseous access in adults: a systematic review. Crit Care [Internet]. 2016;20:102.
- Smereka A, Stawicka I, Czyzewski L. Nurse's knowledge and attitudes toward intraosseous access: preliminary data. Am J Emerg Med [Internet]. 34(8):1724.
- Tobias G, Bezerra AL, Moreira I, Paranaguá TT, de Camargo Silva AEB. Knowledge of nurses on the culture of patient safety in university hospital. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016; 10:1071-9.
- Mogale N, van Schoor A-N, Bosman MC. A theoretical alternative intraosseous infusion site in severely hypovolemic children. Afr J Prim Health Care Fam Med [Internet]. 2015;7(1):835.
- Chreiman K, Kim P, Garbovsky L, Schweickert W. Blueprint for Implementing New Processes in Acute Care: Rescuing Adult Patients With Intraosseous Access. J Trauma Nurs [Internet]. 2015; 22: 266-73.
- Penketh J, McDonald M, Kelly FE. EZ-IO® intraosseous access teaching in the workplace using a mobile 'tea trolley' training method. Resuscitation.99:e17-e8.
- Elliott A, Dubé P-A, Cossette-Côté A, Patakfalvi L, Villeneuve E, Morris M, et al. Intraosseous administration of antidotes – a systematic review. Clin Toxicol [Internet]. 2017;55(10):1025-54.

# DIMENSIONAMENTO E ESCALAS DE PESSOAL DE ENFERMAGEM: COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Manuela Santos de Souza<sup>1</sup>, Jamila Geri Tomaszewski Barlem<sup>1</sup>, Carolina Domingues Hirsch<sup>1</sup>, Laurelize Pereira Rocha<sup>1</sup>, Bruna Ruoso da Silva Neutzling<sup>1</sup>, Aline Marcelino Ramos<sup>1</sup>

**Objetivo:** analisar as competências necessárias para realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem por enfermeiros. **Metodologia:** estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, realizado com 54 enfermeiros de um hospital universitário do sul do Brasil. A coleta de dados foi realizada através de um questionário estruturado autoaplicável, validado mediante validade de face, conteúdo e constructo. Para a análise de dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** as atitudes foram identificadas como as competências mais importantes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. Entre as habilidades, foi atribuída maior importância para a resolução de conflitos entre a equipe. Os enfermeiros se mostraram indiferentes quanto ao conhecimento dos custos gerados pelo cuidado. **Conclusão:** a análise das competências que fundamentam a realização do dimensionamento e de escalas de pessoal de enfermagem oportunizou o reconhecimento de importantes subsídios para qualificar a formação profissional e o trabalho da enfermagem.

**DESCRITORES:** Enfermagem, Recursos Humanos de Enfermagem, Administração de Recursos Humanos em Saúde.

## SIZING AND NURSES SCALES: SKILLS OF NURSES

**Objective:** to analyze the skills required to perform nursing staff scales and scales. **Methodology:** a quantitative, exploratory-descriptive study with 54 nurses from a university hospital in the south of Brazil. Data collection was performed through a self-administered structured questionnaire, validated by face, content and construct validity. For data analysis, descriptive and inferential statistics were used. **Results:** the attitudes were identified as the most important skills for the accomplishment of scaling and scales of nursing personnel. Among the skills, greater importance was assigned to conflict resolution among the team. The nurses were indifferent about the knowledge of the costs generated by the care. **Conclusion:** the analysis of the competences that base the accomplishment of the dimensioning and nursing personnel scales allowed the recognition of important subsidies to qualify the professional training of nurses and nursing work.

**Descriptors:** Nursing, Nursing Staff, Health Personnel Management.

## DIMENSIONAMIENTO Y ESCALAS DE LAS ENFERMERAS: COMPETENCIAS DE LAS ENFERMEIRAS

**Objetivo:** analizar las competencias necesarias para realizar el dimensionamiento y escalas para las enfermeras. **Metodología:** estudio cuantitativo de carácter exploratorio y descriptivo, realizado con 54 enfermeros de un hospital universitario en el sur de Brasil. La recolección de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario administrado auto-estructurado, validado por la validez aparente, el contenido y la construcción. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** las actitudes han sido identificadas como las competencias más importantes para la realización de las escalas de diseño y enfermeras. Entre las habilidades, se le asigna mayor importancia a la resolución de conflictos entre el personal. Las enfermeras han demostrado ser indiferente al conocimiento de los costes derivados de atención. **Conclusión:** el análisis de las competencias que subyacen en la realización de las escalas de diseño y personal de enfermería proporcionados una oportunidad para reconocer las contribuciones importantes para calificar la formación de las enfermeras y el trabajo de enfermería.

**Descriptores:** Enfermería, Personal de Enfermería, Administración del Personal en Salud.

## INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde exige dos profissionais o desenvolvimento de determinadas competências, as quais compreendem conhecimentos, habilidades e atitudes que oportunizam a atuação desses profissionais nos diferentes espaços de assistência à saúde. Na enfermagem, tais competências são evidenciadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Enfermagem, compreendendo as seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente<sup>1</sup>.

Entende-se por competências os conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis ao desenvolvimento das distintas atividades profissionais. O conhecimento é decorrente das experiências vivenciadas, da aprendizagem e da busca por informações. Por sua vez, as habilidades constituem aptidões desenvolvidas, determinando diferenças entre as pessoas em alguns aspectos. Já as atitudes decorrem de ações conscientes e de comportamentos associados à aplicação de princípios e valores<sup>2</sup>.

Considerando tais conceitos, é importante refletir e discutir a respeito das competências administrativas e gerenciais na formação dos enfermeiros, pois são questões que interferem diretamente na organização do trabalho da enfermagem<sup>(3)</sup>. O enfermeiro tem importante atuação na construção e organização do quadro de pessoal de enfermagem, fazendo-se necessário verificar e analisar a formação qualitativa e quantitativa da equipe de enfermagem, tornando possível a execução de uma assistência de enfermagem de maior qualidade<sup>4,5</sup>.

O dimensionamento de pessoal de enfermagem pode ser definido como um processo sistemático que subsidia o provimento de pessoal, tendo por finalidade prever e garantir a quantidade adequada de profissionais de enfermagem necessária para suprir as necessidades de cuidados de saúde<sup>(6)</sup>. Atualmente, o dimensionamento de pessoal de enfermagem é sustentado legalmente pela Resolução COFEN 0527/2016, a qual evidencia que "compete ao Enfermeiro estabelecer o quadro quantitativo de profissionais, necessário para a prestação da Assistência de Enfermagem"<sup>7</sup>.

A partir da utilização de um Sistema de Classificação de Pacientes por complexidade assistencial (SCP), o dimensionamento de pessoal de enfermagem pode ser realizado conforme a dependência de assistência de enfermagem necessária, tendo como base o nível de complexidade dos cuidados<sup>8</sup>. Ainda no que se refere à administração e gerenciamento de pessoal de enfermagem, é competência do enfermeiro a realização das escalas de trabalho mensais e diárias de enfermagem<sup>9</sup>.

O dimensionamento e a elaboração de escalas de pessoal de enfermagem são responsabilidades do enfermeiro e, para tanto, requerem determinadas competências gerenciais que irão subsidiar o provimento e a distribuição de pessoal necessário à prestação dos cuidados em saúde, o que justificou a realização desse estudo.

O presente estudo teve como questão de pesquisa: quais as competências necessárias para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem por enfermeiros? E, como objetivo: analisar as competências necessárias para realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem por enfermeiros.

## METODOLOGIA

Estudo quantitativo, exploratório-descritivo, com delineamento transversal, realizado em um Hospital Universitário do Sul do Brasil, caracterizado como uma instituição pública, contando com a atuação de aproximadamente 70 enfermeiros. O estudo foi realizado com uma amostra de 54 enfermeiros, selecionados mediante amostragem não probabilística por conveniência.

Para coleta de dados, realizada em outubro de 2015, foi elaborado um questionário estruturado autoaplicável construído com base na literatura sobre as competências necessárias para a realização de dimensionamento e elaboração de escalas de pessoal de enfermagem por enfermeiros<sup>(6,10-12)</sup> e validado mediante validade de face, conteúdo e constructo.

A escala, composta por 27 questões, objetiva medir o grau de importância dos conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para realização do dimensionamento e elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, sendo respondida por meio de uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos. O instrumento apresenta, ainda, uma parte inicial de caracterização dos participantes.

Após os procedimentos relacionados aos aspectos éticos, os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel pardo, sendo realizado o agendamento do recolhimento. O alfa de Cronbach do instrumento apresentou valor 0,92, enquanto que os coeficientes dos três constructos obtiveram os valores 0,80, 0,81 e 0,86, os quais são considerados satisfatórios para estudos exploratórios, confirmando a fidedignidade do instrumento.

A análise dos dados foi realizada a partir do software estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22.0, por meio de estatística descritiva e estatística inferencial. O teste de Kolmogorov-Smirnov evidenciou que os dados possuem distribuição não paramétrica. Desse modo, foi utilizado o teste de Mann-Witney para comparação

das médias de variáveis com duas categorias nominais.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer n.136/2015).

**RESULTADOS**

Verificou-se que os 54 enfermeiros possuíam em média 39 anos (39,69) e a maioria pertencia ao sexo feminino (96,3%). A média de tempo de formação profissional foi de 13 anos (13,9), variando de três meses até 35 anos de formados e, o tempo de atuação profissional variou entre um mês e 35 anos, sendo 13 anos (13,62) a média de tempo de atuação profissional.

Quanto à realização de dimensionamento e elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, 63,5% afirmaram realizar dimensionamento de pessoal e 81,5% afirmaram que elaboram escalas. Quando questionados sobre o manuseio de sistemas informatizados para elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, 74,1% responderam que manuseiam tais sistemas e, desses, apenas 29,3% afirmaram ter dificuldades.

Constatou-se que 92,6% dos participantes afirmaram ter obtido conhecimentos específicos direcionados à administração e gerenciamento de pessoal nos serviços de saúde durante a graduação em enfermagem. Quanto à realização da classificação de pacientes conforme o grau de dependência, 54,9% referiu realizá-la. Contudo, 76,9% respondeu não ter conhecimento acerca de qual escala de classificação de pacientes é utilizada na sua instituição de trabalho.

A análise descritiva (Tabela 1) permitiu verificar que o constructo atitudes necessárias apresentou a maior média do instrumento (3,56), evidenciando que os enfermeiros consideram as atitudes como competências mais importantes pra realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, especialmente, quando se refere a ter liberdade na tomada de decisão e exercer a liderança (3,76).

No constructo habilidades necessárias, a média correspondente foi igual a 3,47, assinalando que os enfermeiros consideram importante ter habilidades para realizar dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. Nesse constructo, a questão “ser capaz de resolver conflitos entre a equipe na elaboração de escalas de pessoal de enfermagem” apresentou a maior média (3,69).

O constructo conhecimentos necessários apresentou média 3,31, evidenciando que, de forma geral, os enfermeiros consideram que os conhecimentos são importantes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. Contudo, a questão “ter conhecimento a respeito dos custos gerados pelo cuidado para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem”, apresentou média 2,80, evidenciando que os enfermeiros consideram que

o conhecimento acerca de tais custos é indiferente para a realização do dimensionamento e elaboração de escalas de pessoal de enfermagem, considerando-os nem importantes, nem sem importância.

**Tabela 1** – Média dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos enfermeiros na realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem - Rio Grande – 2015.

Fatores	n	Média
<b>Conhecimentos</b>	54	(3,31)
q01 Ter conhecimento a respeito de administração de serviços de saúde para realizar o dimensionamento e a elaboração de escalas de pessoal de enfermagem.	53	3,62
q02 Ter conhecimento a respeito da legislação trabalhista para realizar o dimensionamento e a elaboração de escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,48
q03 Ter conhecimento a respeito dos sistemas informatizados para realizar o dimensionamento e a elaboração de escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,15
q04 Ter conhecimento a respeito dos Sistemas de Classificação de Pacientes para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem.	53	3,40
q05 Ter conhecimento a respeito do tempo de assistência prestada e o esforço ocupacional, para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem	54	3,52
q06 Ter conhecimento a respeito dos custos gerados pelo cuidado para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem.	54	2,80
q07 Ter conhecimento a respeito das necessidades da instituição de saúde para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem.	54	3,19
q08 Ter conhecimento a respeito das necessidades dos profissionais da equipe para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem.	54	3,41
q09 Ter conhecimento a respeito das necessidades e particularidades dos pacientes para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem.	54	3,30
<b>Habilidades</b>	54	(3,47)
q10 Ser capaz de raciocinar clinicamente acerca das condições dos pacientes para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem.	54	3,57
q11 Ser capaz de realizar a classificação de pacientes mediante aplicação de escalas específicas para realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem.	54	3,17
q12 Ser capaz de planejar, alocar, distribuir e supervisionar a equipe para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem.	54	3,61
q13 Ser capaz de garantir a comunicação e a troca de informações claramente para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem.	54	3,57
q14 Ser capaz de garantir a comunicação e a troca de informações claramente para realizar o dimensionamento e a escala de pessoal de enfermagem.	54	3,57
q15 Ser capaz de comandar equipes na realização de escala de pessoal de enfermagem.	54	3,54
q16 Ser capaz de resolver conflitos entre a equipe na elaboração de escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,69
q17 Ser capaz de realizar o dimensionamento e elaborar escalas de pessoal de enfermagem em sistemas informatizados.	54	3,06
<b>Atitudes</b>	54	(3,56)

q18 Ser aberto ao diálogo na elaboração de escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,65
q19 Ser justo para realizar o dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,74
q20 Ter autonomia para realizar o dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,74
q21 Ter confiança para realizar o dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,57
q22 Manter um bom relacionamento interpessoal para realizar escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,52
q23 Ter liberdade na tomada de decisão e exercer a liderança para realizar o dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,76
q24 Ser flexível e considerar opinião dos membros da equipe para realizar escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,43
q25 Valorizar e entrosar-se com os membros da equipe para realizar o dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,37
q26 Estar aberto à inclusão de novas tecnologias para realizar o dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,39
q27 Realizar reuniões e discussões com a equipe para realizar o dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem.	54	3,39

Verificou-se que enfermeiros que não realizam o dimensionamento de pessoal atribuíram maior importância para as habilidades do que aqueles que o realizam. Também, foi possível identificar que enfermeiros que conheciam a escala de classificação de pacientes utilizada em sua instituição atribuíram maior importância aos conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem (Tabela 2).

**Tabela 2** - Relações entre as características da amostra e os constructos identificados através do teste de Mann-Whitney – Rio Grande, RS, 2015.

		Conhecimentos		Habilidades		Atitudes	
		M	P	M	P	M	P
Realiza dimensionamento	n		,178	32,45	,030*	29,92	,211
Não	19	30,21		23,08		24,53	
Sim	33	24,36					
Conhece escala de classificação	n		,008*		,002*		,012*
Não	40	23,46		23,00		23,64	
Sim	12	36,63		38,17		36,04	

\* p<0,05 para significância estatística

enfermagem, a maior parte dos enfermeiros participantes desse estudo afirmou utilizar sistemas informatizados, não demonstrando dificuldades para o seu manuseio. A ampliação e aplicação de tais sistemas são indispensáveis para que o enfermeiro despenda de um tempo maior para dedicar-se a desenvolver suas atividades assistenciais<sup>6</sup>.

Quanto à realização da classificação de pacientes conforme o grau de dependência verificou-se que a maioria dos enfermeiros a realizam, entretanto, afirmaram não ter conhecimento acerca de qual escala de classificação de pacientes é utilizada na sua instituição de trabalho. Tal resultado vai ao encontro dos achados da literatura, uma vez que já foi verificado que no cotidiano de diferentes instituições de saúde o dimensionamento de pessoal tem sido realizado de forma empírica e fundamentado na experiência dos enfermeiros<sup>6</sup>.

No que se refere à avaliação das competências dos enfermeiros na realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, foi possível perceber que os enfermeiros consideram as atitudes como competências mais importantes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, especialmente, quando se refere a ter liberdade na tomada de decisão e exercer a liderança. Assim, em se tratando de algumas competências administrativas e gerenciais, os enfermeiros devem ter autoridade para a tomada de decisão, iniciativa e dinamismo, saber gerenciar e administrar tanto o ambiente de trabalho e sua organização, quanto os recursos estruturais, instrumentais e tecnológicos, bem como adquirir capacidade de empreendedorismo, gestão, chefia, lideranças e influência sobre a equipe de enfermagem<sup>1</sup>.

No que diz respeito às habilidades necessárias para realizar dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, os enfermeiros desse estudo evidenciaram que as mesmas são importantes, especialmente, a capacidade de resolver conflitos entre a equipe. Na elaboração de escalas, é indispensável saber administrar as relações, pois nota-se que os conflitos estão predominantemente presentes no ambiente de trabalho e perante a diversidade dos indivíduos. Assim, percebe-se a importância do enfermeiro ter uma visão mais ampla em relação a sua equipe, conhecendo cada funcionário e suas ideias e desejos, tornando possível um acordo na forma de divisão do trabalho junto com toda equipe<sup>10</sup>.

Os enfermeiros evidenciaram que os conhecimentos, de forma geral, são importantes para a realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, contudo desconhecem o reflexo dos custos desnecessários gerados pelo dimensionamento incorreto nesse processo. Com base nos achados da literatura, foi possível observar que há um destaque para os custos com materiais utilizados na assistência prestada diretamente<sup>13,14</sup>. Entretanto, apesar de

## DISCUSSÃO

ser evidente a importância da realização de estudos acerca dos custos gerados na enfermagem, pouco se encontrou na literatura a respeito dos custos relacionados ao quadro quantitativo de pessoal, o que impossibilitou aprofundar as discussões dos resultados obtidos neste estudo.

Entre as relações encontradas acerca das características da amostra e as competências necessárias para realização de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem, verificou-se que enfermeiros que não realizam o dimensionamento de pessoal atribuíram maior importância para as habilidades do que aqueles que o realizam. Nesse sentido, pode-se afirmar que os enfermeiros que não participam desse processo atribuem maior importância às ações que serão realizadas a partir do conhecimento obtido, uma vez que projetam suas expectativas nas habilidades que ainda não desenvolveram<sup>5</sup>.

Por fim, os enfermeiros participantes desse estudo que conheciam a escala de classificação de pacientes utilizada em sua instituição atribuíram maior importância aos conhecimentos, habilidades e atitudes para a realização

de dimensionamento e escalas de pessoal de enfermagem. De acordo com alguns estudos, percebe-se a importância das escalas de classificação de pacientes, pois facilitam a mensuração do grau de dependência dos pacientes internados, auxiliando tanto na assistência de enfermagem, como na determinação da carga de trabalho nas unidades de internação<sup>15,16</sup>.

Como limitações dessa pesquisa, destaca-se que ela foi conduzida em uma amostra específica de enfermeiros de uma instituição hospitalar do sul do Brasil, o que não permite a generalização dos seus resultados.

## CONCLUSÃO

A análise dos conhecimentos, habilidades e atitudes que fundamentam a realização do dimensionamento e a elaboração de escalas de pessoal de enfermagem realizada por esse estudo oportunizou o reconhecimento de importantes subsídios para qualificar a formação profissional do enfermeiro e o processo de trabalho da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de Nov de 2001. Seção 1, p. 37.
2. Ruthes RM, Cunha ICKO. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(6):901-5.
3. Lourenção DCA, Benito GAV. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1):91-7.
4. Maya CM, Simões ALA. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(5):508-14.
5. Oliveira RM, Leitao IMTA, Aguiar LL, Oliveira ACS, Gazos DM, Silva LMS, et al. Avaliando os fatores intervenientes na segurança do paciente: enfoque na equipe de enfermagem hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(1):104-13.
6. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Paulina Kurcgant. *Gerenciamento em enfermagem.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2014.
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 0527, de 03 de novembro de 2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 2016.
8. Urbanetto JS, Marco R, Carvalho SM, Creutzberg M, Oliveira KF, Magnago TBS. Grau de dependência de idosos hospitalizados conforme o sistema de classificação de pacientes. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(6):950-4
9. Juliani CMCM, Kurcgant P. Tecnologia educacional: avaliação de um website sobre escala de pessoal de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3):512-9.
10. Ferreira FGKY, Martins CRM. Percepção de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a liderança organizacional de enfermeiros de um hospital do interior do Paraná. *Publicatio UEPG.* 2011; 19(2): 191-205.
11. Costa RA, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13(5):654-62.
12. Salvador PTCO, Oliveira RKM, Costa TD, Santos VEP, Tourinho FSV. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. *Rev Enferm UERJ.* 2012; 20(1):111-7.
13. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. *Rev Eletrônica Enferm.* 2009; 11(1):55-63.
14. Castilho V, Lima AFC, Fugulin FMT, Peres HHC, Gaidzinski RR. Custo total com pessoal para implementação de um sistema de apoio à decisão em enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014; 22(1):158-64.
15. Magalhães AMM, Riboldi CO, Guzinski C, Silva RC, Moura GMSS. Grau de dependência de pacientes em unidade de internação cirúrgica. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(5):542-7
16. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013; 21(esp):146-54.

# ESCALAS DE PREDIÇÃO DE RISCO PARA LESÃO POR PRESSÃO EM PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Ludmila Silva Castanheira<sup>1</sup>, Andreza Werli-Alvarenga<sup>1</sup>, Allana dos Reis Correa<sup>1</sup>, Daniela Mascarenhas de Paula Campos<sup>1</sup>

**Resumo:** Feridas afetam a integridade da pele, e quando não prevenidas ou tratadas podem levar a complicações decorrentes da integridade da pele prejudicada, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Atualmente, as escalas de predição de risco disponíveis para esta avaliação e validadas para o português são as de Braden, Waterlow e Norton. Objetivo: determinar qual a escala mais acurada para a avaliação de pacientes criticamente enfermos. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa, cuja questão norteadora foi: qual escala para predição de risco para LP, disponível e validada para o português é mais acurada para estimar o risco de LP em pacientes criticamente enfermos internados na UTI? A busca dos estudos foi realizada na BVS, PubMed/MedLine e CINAHL. Resultados: Foram encontrados 134 artigos, elegíveis 123 e incluídos 18 na revisão. Conclusão: Os resultados apontam a necessidade da realização de estudos nesta área.

**Descritores:** Úlcera por Pressão; Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Escalas

## PREDICTION RISK SCALES FOR PRESSURE INJURY IN CRITICALLY ILL PATIENTS INTEGRATIVE REVIEW

**Summary:** Wounds affect skin integrity, and when not prevented or treated can lead to complications resulting from impaired skin integrity, especially in intensive care units (ICUs). Currently, the prediction of risk scales available for this evaluation and validated for the Portuguese are Braden, Waterlow and Norton. Objective: to determine what the more accurate scale for the assessment of critically ill. Methodology: it is an integrative review, whose guiding question was: which to scale for risk prediction for LP, available and validated to Portuguese is more accurate for estimating the risk of LP in critically ill hospitalized in ICU? The search of the studies was held at the BVS, PubMed/MedLine and CINAHL. Results: found 134 items, 123 and included 18 eligible in the review. Conclusion: the results show the need of carrying out studies in this area.

**Descriptors:** Pressure ulcer; Intensive Care Units; Critical Care; Scales

## ESCALAS DE PREDICCIÓN DE RIESGO PARA LESIÓN POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS: REVISIÓN INTEGRATIVA

**Resumen:** Las heridas afectan la integridad de la piel y cuando no prevenido o Tratado pueden conducir a las complicaciones resultantes de la integridad de la piel deteriorada, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI). Actualmente, la predicción de las escalas de riesgo disponibles para esta evaluación y validadas para los portugueses son Braden, Waterlow y Norton. Objetivo: determinar la escala que más precisa para la evaluación de estado crítico. Metodología: ¿ es un examen integrador, cuyo rector era: que a la escala de predicción de riesgo de LP, disponible y validado al portugués es más exacta para estimar el riesgo de LP en críticamente enfermos hospitalizados en UCI? La búsqueda de los estudios se realizó en la BVS, PubMed/MedLine y CINAHL. Resultados: elegibles 18 134 artículos encontrados, 123 e incluido en la revisión. Conclusión: los resultados muestran la necesidad de llevar a cabo estudios en esta área.

**Descriptores:** Úlcera por Presión, Unidades de Cuidados Intensivos, Cuidados Críticos, Escalas.

## INTRODUÇÃO

Feridas são lesões dermatológicas que afetam a integridade da pele, e quando não tratadas podem levar a um problema maior de saúde. A ascensão desse problema em pacientes hospitalizados, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), é um parâmetro negativo para a qualidade assistencial<sup>1</sup>.

As UTIs são unidades destinadas a prestar assistência para pacientes criticamente enfermos. Nelas, encontram-se pacientes com: instabilidade hemodinâmica, falência simples ou múltipla de órgãos, uso de ventilação mecânica, sedação, uso de drogas vasoativas e alteração no nível de consciência<sup>2,3,4</sup>, o que os tornam altamente vulneráveis ao desenvolvimento de Lesão por Pressão (LP). Os fatores de risco, incluem restrição de movimentos por tempo prolongado, déficits nutricionais, presença de doenças crônicas, lesões medulares, incontinência, debilidade e inconsciência<sup>4,7</sup>.

O National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (5) e European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (6) definem a LP como uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, causada pela pressão ou por uma combinação entre esta e forças de fricção e/ou cisalhamento.

### Escalas de Predição de Risco

A primeira escala foi idealizada por Norton em 1962. Mais tarde, na década de 1980 outras estudosas como Waterlow, na Inglaterra e Braden, nos Estados Unidos, propuseram seus instrumentos de avaliação<sup>8</sup>.

A Escala de Braden avalia seis itens: percepção sensorial; umidade; atividade; mobilidade; nutrição e fricção e cisalhamento. Com exceção do último item que apresenta um escore de 1 a 3, os outros pontuam de 1 a 4. O total pode variar de 6 a 23 pontos<sup>2,4,8</sup>.

A Escala de Waterlow consiste na avaliação de 11 itens: relação peso/altura, avaliação visual da pele em áreas de risco, sexo/idade, continência, mobilidade, apetite, medicações, subnutrição do tecido celular, déficit neurológico, tempo de cirurgia (superior a duas horas) e trauma abaixo da medula lombar. O escore total pode variar de 2 a 69<sup>8,9</sup>.

A Escala de Norton, consiste na avaliação de cinco itens: condição física, nível de consciência, atividade, mobilidade e incontinência. O valor total pode variar de 5 a 20 pontos<sup>8</sup>.

A utilização das escalas, permite estimar o risco, o que proporciona a implementação de medidas preventivas precocemente. Entretanto, é necessário estabelecer qual a escala mais acurada para avaliar o risco para LP em pacientes criticamente enfermos. Portanto, o objetivo desse estudo é realizar revisão integrativa, através de busca nas bases de dados sobre a utilização das escalas de predição de risco em

pacientes adultos, criticamente enfermos e internados na UTI.

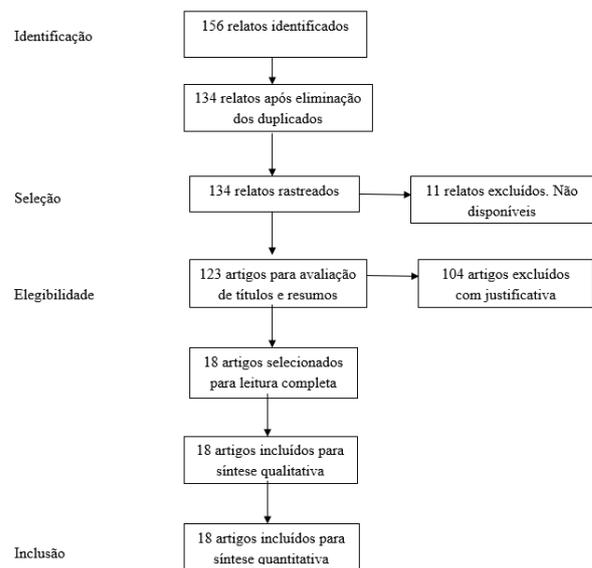
## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. Cujas questões norteadoras foram: qual das três escalas (Braden, Walertlow e Norton) para predição do risco para LP e validadas para o português apresentam melhor acurácia, quando avaliadas em pacientes criticamente enfermos internados na UTI?

Os critérios de inclusão consistiram em: pesquisas contendo unidades de terapia intensiva ou cuidados críticos, úlcera por pressão, adultos maiores de 18 anos, utilização das escalas de predição de risco, data de publicação entre 2011 a 2016, disponíveis na íntegra em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos da pesquisa as monografias e teses.

Para a seleção dos descritores foi utilizada a terminologia embasada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados Críticos, Úlcera por Pressão e Escalas.

A busca dos artigos foi realizada em três bases de dados: BVS; PubMed/ Medline e CINAHL. A síntese e análise são apresentadas abaixo em forma de fluxograma, de acordo com os principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises (PRISMA).



Anexo 1: Representação esquemática da síntese e análise dos resultados.

## RESULTADOS

Autor/ Ano de Publicação	Amostra	Tipo de Estudo	Resultados e Conclusões	Escala(s)
Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. /2014 <sup>10</sup>	18 artigos	Revisão integrativa para estabelecer fatores de risco para lesão por pressão	Fatores de risco: Índice de massa corporal, restrição de movimento, percepção sensorial alterada, e uso de sonda vesical de demora.	Braden, Norton e Waterlow
Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti NAA. /2014 (18)	190 pacientes	Transversal	A relação entre classificação e medidas preventivas não estavam condizentes. Mudança de decúbito e uso de coxins são os cuidados menos observados.	Braden
Hyun S, Li X, Vermilion B, Newton C, Fall M, Kaewprag P, et al. / 2014 (21)	2632 pacientes	Coorte não-concorrente	Incidência de LP: 5,6%, maioria obesos. Tempo médio de permanência de 11 dias.	Braden
Hyun S, Vermilion B, Newton C, Fall M, Li X, Kaewprag P, et al. / 2013 (19)	7790 pacientes	Retrospectivo	A nota de corte 16 apresentou sensibilidade de 0,954, especificidade de 0,207, valor preditivo positivo de 0,114 e valor preditivo negativo de 0,977.	Braden
Ülker EE, Yapucu GÜ. / 2013 (20)	70 pacientes	Descritivo	Incidência LP: 28,6%, maioria estadiamento I. Escore médio Braden de 10,4.	Braden
CreMASCO MF, Wenzel F, Zanei SSV, Whitaker IY. /2013(17)	160 pacientes	Descritivo	Escore médio de 12, incidência LP: 34,4%. Fatores de risco: sexo, tempo de permanência, gravidade da doença e carga de trabalho da Enfermagem.	Braden
Iranmanesh S, Rafiei H, Sabzevari S. / 2012(24)	82 pacientes	Descritivo	Incidência de LP de 11,2%. Prevalceu sexo masculino, média: 62 anos. Registradas 14 LPs.	Braden
Serpa L, Santos VLCCG, Campanili TCGF, Queiroz M. / 2011(4)	72 pacientes	Metodológico	Os escores encontrados foram de 12,13 e 13 com sensibilidade de 85,7%, 71,4% e 71,4%, respectivamente, e especificidade de 64,6%, 81,5% e 83,1%, respectivamente. O melhor escore de Braden foi 13.	Braden

Araújo TM, Moreira MP, Caetano JA. /2011 (9)	63 pacientes	Transversal	Associações significantes: ao sexo/grau de risco (p=0,016), cirurgia de grande porte/grau de risco (p=0,0001) e continência/mobilidade (p=0,033).	Waterlow
Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. /2011 (15)	140 pacientes	Seccional analítico	Internações por mais de 15 dias apresentam maior risco. Fatores de risco por Braden: completamente limitado, constantemente úmida, completamente imobilizado, acamado, adequado e, problema em fricção e cisalhamento.	Braden
Araújo TM, Araújo MFM, Cavalcante CS, Junior GMB, Caetano JA. / 2011(12)	42 pacientes	Coorte concorrente	Escore de Waterlow aumentaram constantemente. Com exceção da especificidade (11,7%), os demais coeficientes de validade de Waterlow corresponderam a 100% ao que avaliaram e foram superiores a Braden.	Braden e Waterlow
Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. /2011(2)	74 pacientes	Prospectivo longitudinal	O preenchimento diário de Braden mostrou mais eficaz, quando comparado ao não preenchimento diário.	Braden
Araújo TM, Araújo MFM, Caetano JA. / 2011 (11)	42 pacientes	Exploratório longitudinal	Quando comparada a Braden e Norton, os escores de Waterlow aumentaram constantemente (p<0,001). Incidência de LP de 59,5%.	Braden, Norton e Waterlow
Costa IG, Caliri MHL. / 2011 (16)	23 pacientes	Prospectivo descritivo	Os resultados dos testes de validade preditiva apontaram os escores 14, 13 e 12 como os mais eficientes com sensibilidade (95%, 95% e 94%) e especificidade (45%, 55% e 77%).	Braden
Cox J. / 2011 (13)	347 pacientes	Retrospectivo	Fatores de risco: idade, tempo de permanência, mobilidade, fricção/cisalhamento, infusão de noradrenalina e doença cardiovascular.	Braden

**Anexo 2:** Caracterização dos resultados das buscas sobre a utilização das escalas de predição de risco para pacientes criticamente enfermos na UTI.

## DISCUSSÃO

Em relação ao sexo, os estudos apresentam uma maior predominância do masculino, com 61% da amostra. Dado este, que revela uma contra partida com um estudo de revisão, no qual a variável sexo não apresentou divergência<sup>10</sup>. Em um estudo do tipo transversal com 63 pacientes, foi observada associação significativa ( $p=0,016$ ) entre sexo e a escala de pontuação de risco, e percebe-se que houve predomínio do sexo masculino<sup>9</sup>. No entanto, em dois estudos o sexo masculino prevaleceu devido à característica da UTI estudada, onde ambas eram referência no atendimento de urgências e emergências, uma vez que as estatísticas de acidentes de trânsito envolvem, em sua maioria, essa parcela da população<sup>11-12</sup>.

Quanto à idade média dos pacientes houve variação de 35,3 a 69 anos. Sendo que a menor média foi encontrada na UTI referência no atendimento de urgências e emergências (11-12). Mas, na maioria dos estudos a média de idade foi de 50 a 60 anos. Fato este, que já é de se esperar, uma vez que os idosos apresentam uma diminuição da elasticidade e hidratação da pele, além da presença de outras comorbidades, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, o que favorece o surgimento de lesões<sup>25</sup>.

O tempo de internação é outra variável que se mostrou relevante, como demonstrado no estudo retrospectivo com 347 pacientes no qual foi analisado que o período de maior vigilância deve ser na primeira semana, uma vez que 66% dos pacientes desenvolveram LP nos primeiros seis dias<sup>13</sup>, questão que é investigada em um estudo brasileiro, no qual o tempo médio de aparecimento foi de 4,47 dias, valor que comprova a importância da vigilância na primeira semana<sup>14</sup>.

Em relação à incidência de LP é notória a diferença entre os resultados de estudos brasileiros, com estudos internacionais. A incidência média dos estudos brasileiros variou de 9,5% a 59,5% (2,4,11,12,14,16,17,18). Enquanto que, nas pesquisas internacionais, a incidência variou de 5,6% a 28,6%. Em um estudo retrospectivo, com 7790 pacientes, somente 753 desenvolveram LP, apresentando uma incidência média de 9,7%, devido principalmente a medidas da enfermagem como: camas específicas para pacientes em alto risco, treinamento da equipe, além de acesso a informação pelo site da instituição<sup>19</sup>. É evidente a importância do cuidado oferecido pela enfermagem, assim como demonstrado por uma pesquisa com 160 pacientes, no qual a efetiva atuação desses profissionais mostrou-se como fator protetor para a ocorrência de LP<sup>17</sup>.

De acordo com a quantidade de lesões, os estudos mostraram uma variação de 23 a 47 lesões, das quais a maioria foi identificada como grau I e II, sendo que em três não houve diferença estatisticamente significativa

entre os estadiamentos<sup>2,12,13</sup>. Em relação ao local, a região sacrococcígea foi a mais afetada<sup>14,20,23</sup>. Em um estudo retrospectivo com 436 pacientes, os autores identificaram o uso de vasopressor, e baixa pressão sistólica, como fatores principais<sup>23</sup>, fato comprovado por outro estudo retrospectivo desenvolvido com uma amostra de 347 pacientes<sup>13</sup>.

Foram constatados que dos 18 artigos selecionados, onze utilizaram a escala de Braden<sup>2,4,13,15,16,17,18,19,20,21,24</sup>, um de Waterlow<sup>9</sup>, dois com a utilização das escalas de Braden, Norton e Waterlow<sup>11,22</sup>, assim como, com as escalas de Braden e Waterlow<sup>12,14</sup>. Um dos estudos não utilizou nenhuma dessas escalas, mas sim um próprio modelo para a avaliação de risco<sup>23</sup>. Estes dados corroboram com outro estudo de revisão sistemática<sup>10</sup>, o qual também apresentou predominância da utilização da Escala de Braden. Em relação aos escores de Braden, houve uma variação média de 10,6 a 13; sendo que o escore 13 apresentou melhor valor preditivo<sup>2,4,15,19</sup>. Para a escala de Waterlow, observou-se uma variação do escore médio de 15,49 a 22,9, e para a escala de Norton, uma variação de 8,8 a 9,1<sup>11,14</sup>.

Dentre os quatro estudos que utilizaram mais de uma escala, três demonstraram que a escala de Waterlow apresenta melhores resultados para prever a LP, e quando comparada com a Braden, a Waterlow mostrou menores chances de resultados falsos positivos e falsos negativos<sup>12,14</sup>. De acordo com o estudo de Borghardt<sup>14</sup>, Braden demonstrou boa sensibilidade, no entanto a especificidade foi mais baixa, o que a caracteriza como uma boa escala de triagem, já a escala de Waterlow apresentou um melhor equilíbrio, mostrando-se mais efetiva.

Em estudo brasileiro, do tipo exploratório e longitudinal com uma amostra de 42 pacientes, os escores da escala de Norton variaram de 8,8 a 9,1 ( $DP\pm 6,7$ ), Braden de 11,6 a 12,5 ( $DP\pm 6,7$ ), e Waterlow de 22,9 a 24,8 ( $DP\pm 16,1$ ), todas em um período de 15 dias, no entanto, os escores da escala de Waterlow subiram continuamente durante o estudo<sup>11</sup>. Entretanto, no estudo de Fulbrook e Anderson<sup>22</sup>, no qual a metodologia é o desenvolvimento de um instrumento, que está em sua primeira fase de validação, a escala de Waterlow não apresentou bons resultados quando comparada a Braden, Norton e ao instrumento COMHON de autoria dos autores. No entanto, o COMHON, no quesito nutrição apresentou boa correlação com Braden, além de boa significância com Braden e Norton nos quesitos mobilidade e nível de consciência.

Araújo<sup>9</sup>, em seu estudo, avaliou a Escala de Waterlow, no qual, foi constatado que o item incontinência fecal demonstrou ser um dos mais relevantes para o surgimento da LP, quadro este, que pode agravar-se quando associado a incontinência urinária. Para Gomes<sup>15</sup>, ao fazer a avaliação da Escala de Braden, observa que o risco está nas categorias: Sensorial

(completamente limitado); umidade (constantemente úmida); mobilidade (completamente imobilizado); atividade (acamado); nutrição (adequado), e fricção e cisalhamento (problema).

Um fator limitante é pautado em que a maioria dos estudos realizados nessa temática, utilizam somente uma escala de predição de risco para LP, não havendo assim, estudos que comparativos entre as três escalas validadas para o português descritas no artigo. Outro fator limitante é que a maioria dos artigos selecionados foram publicados no ano de 2011, surgindo dessa forma, a necessidade de mais estudos nessa área.

## **CONCLUSÃO**

Observou-se que a incidência de Lesão Por Pressão em pacientes criticamente enfermos é um problema vivenciado não somente na realidade brasileira, mas também em outros países considerados desenvolvidos. E as escalas de predição de risco, vêm como ferramentas para auxiliar na melhor visualização do risco ao desenvolvimento da LP, pois reconhecer de forma precoce os riscos ajuda a minimizar maiores problemas futuros. Acredita-se que esse estudo irá contribuir para a prática clínica, pois a revisão sistemática minimiza as incertezas sobre a prática, facilitando os profissionais em suas tomadas de decisões.

## REFERÊNCIAS

- Moreira RAN, Queiroz TA, Araújo MFM, Araújo TM, Caetano JA. Conduas de Enfermeiros no Tratamento de Feridas Numa Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Rene*. 2009; 10(3):83-9.
- Bavaresco T, Medeiros RH, Lucena AF. Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário. *Rev. Gaúcha Enferm*.2011;32(4):703-10.
- Fernandes LM, Caliri MHL. Uso da Escala de Braden e de Glasgow para identificação do Risco para Úlceras de Pressão em Pacientes Internados em Centro de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-am Enfermagem*.2008; 16(6).Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_06](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_06)
- Serpa L, Santos VLCC, Campanili TCGF, Queiroz M. Validade Preditiva da Escala de Braden para o Risco de Desenvolvimento de Úlcera por Pressão em Pacientes Críticos. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2011; 19(1).Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_08.pdf)
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (Internet) Washington; 2016. (acess 2016 May 17). Available from: <http://www.npuap.org/>.
- Guia de Consulta Rápido, 2014. Prevenção de Úlceras por Pressão. (Internet). Disponível em: <http://www.epuap.org/guidelines/quick-reference-guide-2014-edition-translations/>
- Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Fatores Associados à Úlcera por Pressão em Pacientes Internados nos Centros de Terapia Intensiva de Adultos. *Rev Esc Enferm. USP* 2010; 44(4):1070-6.
- Blanes L, Ferreira LM. Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão. São Paulo:Atheneu; 2014.
- Araújo TM, Moreira MP, Caetano JA. Avaliação de Risco para úlcera por Pressão em Pacientes Críticos. *Rev Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, 2011;19(1):58-63.
- Alves AGP, Borges JWP, Brito MA. Avaliação do Risco de úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Fundam.care.online* 2014;6(2):793-804.
- Araújo TM, Araújo MFM, Caetano, A. Comparação de Escalas de Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão em Pacientes em Estado Crítico. *Acta Paul. Enferm*.2011;24(5):695-700.
- Araújo TM, Araújo MFM, Cavalcante CS, Junior GMB, Caetano JA. Acurácia de Duas Escalas de Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão em Pacientes Críticos. *Rev. enferm. UERJ*. 2011; 19(3):381-5.
- Cox J. Predictors of Pressure Ulcers in Adult Critical Care Patients. *American Journal of Critical Care*. September 2011;20(5):364-376.
- Borghardt AT,Prado TN, Araújo TM, Rogenski NMB, Bringuento MEO. Avaliação das Escalas de Risco para úlcera por Pressão em Pacientes Críticos: uma Coorte Prospectiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(1):28-35.
- Gomes FSL, Bastos MAR, Matozinhos FP, Temponi HR, Meléndez GV. Avaliação de Risco para úlcera por Pressão em Pacientes Críticos. *Rev Esc Enferm. USP* 2011; 45(2): 313-18.
- Costa IG, Caliri MHL. Validade Preditiva da Escala de Braden para Pacientes de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(6): 772-7.
- Cremasco MF, Wenzel F, Zanei SSV, Whitaker IY. Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit: The Relationship Between Nursing Woekload, Illness Severity and Pressure Ulcer Risk. *Journal of Clinical Nursing*.2012; 22:2183-91.
- Barbosa TP, Beccaria LM, Poletti NAA. Avaliação do Risco de úlcera PR Pressão em UTI e Assistência Preventiva de Enfermagem. *Rev Enferm.UERJ*.2014;22(3):353-8.
- Hyun S, Vermilion B, Newton C, Fall M, Li X, Kaewprag P, et al . Predictive Validity of the Braden Scale for Patients in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*. November 2013; 22(6): 514-20.
- Ülker EE, Yapucu GÜ. A Prospective, Descriptive Study of Risk Factors Related to Pressure Ulcer Development Among Patients in Intensive Care Units.Ostomia Wound Gerenciar. 2012; 59(7): 22-7.
- Hyun S,Li X, Vermilion B, Newton C, Fall M, Kaewprag P, et al. Body Mass Index and Pressure Ulcers: Improved Predictability of Pressure Ulcers in Intensive Care Patients. *Am.J. Crit. Care*, 2014; 23(6):494-501.
- Fulbrook P, Anderson A. Pressure injury risk assessment in intensive care: comparison of inter-rater reliability of the COMHON (Conscious level, Mobility, Haemodynamics, Oxygenation, Nutrition) Index with three scales. *Journal of Advanced Nursing*.2015 73(3), 680-92.
- Bly D, Schallom M, Sona C, Klinkenberg D. A model of Pressure, Oxygenation, and Perfusion Risk Factors for Pressure Ulcers in The Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. 2016; 25(2):156 - 164.
- Iranmanesh S, Rafiei H, Sabzevari S. Relationship between Braden scale score and pressure ulcer development in patients admitted in trauma intensive care unit. *Int.Wound J*. 2012; 9: 248-52.
- Borges EL Feridas: como tratar. 2ª edição. Belo Horizonte: COOPMED; 2008.

# QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Raquel de Sousa Sales Santos<sup>1</sup>, Ana Hélia de Lima Sardinha<sup>1</sup>

**Objetivo:** avaliar a Qualidade de Vida dos pacientes com Doença Renal Crônica Terminal em tratamento hemodialítico. **Metodologia:** estudo descritivo quantitativo, com questionários para os aspectos sociodemográficos e de saúde e o Kidney Disease and Quality of Life Short-Form. **Resultados:** pacientes na faixa etária 31-50 anos, sexo feminino, pardos, casados, 1-4 filhos, ensino fundamental incompleto, 06-10 anos de hemodiálise e comorbidades como hipertensão, cardiopatia e diabetes. **Menores escores nas dimensões:** papel profissional, função física, sobrecarga da doença renal e saúde geral. **Discussão:** A qualidade de vida dos pacientes sofreu alterações. **Conclusão:** Identificou-se aspectos que requerem atenção da equipe multiprofissional de saúde.

**Descritores:** Qualidade de Vida, Insuficiência Renal Crônica, Diálise Renal.

## QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL DISEASE ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the Quality of Life of patients with Terminal Chronic Kidney Disease under hemodialysis treatment. **Methodology:** quantitative descriptive study, with questionnaires for sociodemographic and health aspects and Kidney Disease and Quality of Life Short-Form. **Results:** patients aged 31-50 years, female, brown, married, 1-4 children, incomplete elementary school, 6-10 years of hemodialysis and comorbidities: hypertension, cardiopathy and diabetes. **Lower scores on the dimensions:** professional role, physical function, renal disease overload and general health. **Discussion:** Patients' quality of life has changed. **Conclusion:** It was identified aspects that require greater attention from the multiprofessional health team.

**Descriptors:** Quality of Life, Renal Insufficiency Chronic, Renal Dialysis.

## CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. **Metodología:** estudio descriptivo cuantitativo con cuestionarios concernientes a los aspectos demográficos, de salud y el Kidney Disease and Quality of Life Short-Form. **Deducciones:** los pacientes de edad entre 31-50 años, género femenino, pardos, casados, tienen 1-4 hijos, la educación primaria incompleta, 06-10 años conviviendo de forma simultánea con la hemodiálisis y las enfermedades como hipertensión, problemas cardíacos y diabetes. **Las valoraciones más bajas en las dimensiones:** función profesional, la función física, la sobrecarga de la enfermedad renal y la salud general. **Discusión:** la calidad de vida de los pacientes ha cambiado. **Conclusión:** se ha identificado los aspectos que demandan la atención del equipo de salud multidisciplinario.

**Descritores:** Calidad de Vida, Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis Renal.

## INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma lesão do parênquima renal e/ou a diminuição da taxa de filtração glomerular presentes por um período igual ou superior a três meses. Sendo assim, uma síndrome complexa consequente à perda da capacidade excretória renal, geralmente lenta e progressiva<sup>1</sup>.

A partir desta definição, propôs-se a classificação com cinco estadiamentos para a DRC. Neste estudo aborda-se o estágio V ou terminal, que compreende a falência funcional renal, com filtração glomerular menor que 15mL/min/1,73m<sup>2</sup>, havendo a necessidade de início de terapia de substituição da função renal<sup>2</sup>.

À medida que a DRC Terminal (DRCT) avança, um conjunto de sinais e sintomas que constituem a síndrome urêmica podem aparecer, sendo eles: fadiga, emagrecimento, prurido, náuseas, insônia, comprometimento do estado mental e sintomas neuromusculares como espasmos, fraqueza muscular e câimbras<sup>3</sup>.

As modalidades de tratamento da DRCT para substituição das funções renais são: a diálise, que se subdivide em diálise peritoneal e hemodiálise e o transplante renal. A modalidade mais utilizada é a hemodiálise, tipo de tratamento realizado por uma máquina para remover líquidos e produtos do metabolismo do corpo, com uma média de três sessões semanais e período de três a cinco horas/sessão, dependendo das necessidades individuais do paciente<sup>4</sup>.

Segundo o último censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o total de pacientes em tratamento dialítico é de 112.004, sendo os tipos de diálise por fonte pagadora: Sistema Único de Saúde (SUS) – hemodiálise (91,3%) e diálise peritoneal (5,2%); não SUS – hemodiálise (85,0%) e diálise peritoneal (7,8%)<sup>5</sup>.

A DRCT e a hemodiálise estão entre as patologias e as terapias de caráter crônico que mais afetam negativamente a Qualidade de Vida (QV) dos pacientes. Tal fato decorre de fatores como o convívio com uma doença incurável, considerada grande problema de saúde pública por suas elevadas taxas de morbidade e mortalidade; dependência de uma máquina; esquema terapêutico rigoroso; alterações na imagem corporal e restrições dietéticas e hídricas<sup>6</sup>.

A Organização Mundial de Saúde define a QV como “a percepção que o indivíduo possui de sua vida e que envolve um sistema de cultura e valores aos quais ele vive, relacionando-os com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Reiterando que a QV referente à saúde, remete ao modo como a patologia e o tratamento influenciam a percepção das pessoas envolvidas no contexto de saúde-doença<sup>7</sup>.

Dessa forma, a QV tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções

na área da saúde. É necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da repercussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar<sup>6</sup>.

Portanto, durante a assistência aos pacientes com DRCT em hemodiálise, surgiu o interesse em compreender o impacto dessa doença e seu tratamento na QV desses pacientes, analisando o contexto e considerando as repercussões em seus cotidianos.

Há estudos<sup>8-19</sup> nessa temática desenvolvidos por diferentes profissionais, utilizado o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM 1.3)*, importante instrumento que avalia a QV em pacientes com DRCT, traduzido para o idioma português, além de outros como espanhol, alemão, francês e japonês<sup>20</sup>.

Contudo, a avaliação dos aspectos da QV requer constante atualização, devido às possibilidades de mudanças pela temporalidade e na individualidade das pessoas. Alterações na QV são bases para formulações de estratégias de intervenção, resolução de problemas específicos e suporte especializado visando minimizar os efeitos da doença de caráter progressivo. Diante disso, este estudo objetivou avaliar a Qualidade de Vida dos pacientes com Doença Renal Crônica Terminal em tratamento hemodialítico.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado na Unidade Renal do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, no período de setembro a novembro de 2016.

A população foi constituída por pacientes que satisfizeram os critérios de inclusão: apresentar diagnóstico de DRCT, submetido à hemodiálise e idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes com déficit intelectual (registrados no prontuário), dificuldades orgânicas (aspecto clínico, deficiência auditiva e neurodegenerativas), que impossibilitavam a aplicação dos questionários ou que estivessem internados.

O tamanho da amostra foi estimado em 52 pacientes, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Destes, 10 se recusaram a participar, 02 foram transplantados e 02 faleceram. Dessa forma, participaram deste estudo 38 pacientes.

Na coleta de dados foram utilizados dois questionários: o elaborado pelas pesquisadoras, que identificou os aspectos sociodemográficos e de saúde e o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SFTM 1.3)* traduzido no Brasil para “Sua Saúde e Bem-Estar - Doença Renal e Qualidade de Vida”<sup>20</sup>.

O KDQOL-SFTM é um instrumento específico para avaliar

QV em pacientes com DRCT, constituído de 80 itens, divididos em 19 escalas, aplicável a pacientes que realizam algum tipo de diálise. Seus escores próximos à zero indicam pior estado de QV<sup>20</sup>.

Ambos os questionários foram lidos para os pacientes, que escolhiam a resposta que melhor se adequava ao seu caso, enquanto estavam submetidos à sessão de hemodiálise.

Os dados do questionário que identificou os aspectos sociodemográficos e de saúde foram avaliados utilizando estatística descritiva, trabalhando com a frequência dos eventos no programa Epi Info™ 7, desenvolvido pelo Centers for Disease Control and Prevention.

Os valores referentes ao instrumento KDQOL-SFTM foram agregados e descritos no software KDQOL-SF™ 1.3 Scoring Program (v2.0), disponibilizado pelo site do KDQOL Working Group, específico para este questionário.

Foi obtido aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão após análise, segundo a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com parecer nº1.700.736. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Entre os 38 pacientes participantes, evidenciou-se nos aspectos sociodemográficos: 50,00% na faixa etária de 31-50 anos, 55,26% do sexo feminino, 73,68% da cor/raça parda, 68,42% casados, 60,53% que possuíam 1 a 4 filhos e 39,47% que apresentavam como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

**Tabela 1:** Aspectos sociodemográficos dos pacientes com doença renal crônica terminal, em tratamento hemodialítico, São Luís-MA, 2016.

Variáveis	Frequência (n=38)	Porcentagem (100%)
<b>Idade (anos)</b>		
18 - 30	6	15,79%
31 - 40	11	28,95%
41 - 50	8	21,05%
51 - 60	7	18,42%
61 - 70	4	10,53%
71 - 80	2	5,26%
<b>Sexo</b>		
Feminino	21	55,26%
Masculino	17	44,74%
<b>Cor/raça</b>		
Parda	28	73,68%
Preta	10	26,32%
<b>Estado civil</b>		
Casado	26	68,42%
Solteiro	8	21,05%
Separado	3	7,89%
Divorciado	1	2,63%
<b>Filhos</b>		
Não	6	15,79%
1 - 2	12	31,58%
3 - 4	11	28,95%
5 ou mais	9	23,68%
<b>Nível de escolaridade</b>		
Não alfabetizado	4	10,53%
Alfabetizado	2	5,26%
Ens. fundamental completo	4	10,53%
Ens. fundamental incompleto	15	39,47%
Ens. médio completo	10	26,32%
Ens. médio incompleto	3	7,89%

Em relação aos aspectos de saúde, no tempo de tratamento hemodialítico 36,84% dos pacientes encontravam-se no intervalo 06-10 anos, seguido por 31,58% no intervalo 02-05 anos. Acerca das comorbidades que mais acometeram os pacientes, constatou-se: hipertensão (51,85%), cardiopatia (12,96%) e diabetes (11,11%), havendo pacientes que apresentaram mais de uma comorbidade (Tabela 2).

**Tabela 2** – Aspectos de saúde dos pacientes com doença renal crônica terminal, em tratamento hemodialítico, São Luís-MA, 2016.

Variáveis	Frequência (n=38)	Porcentagem (100%)
<b>Tempo de hemodiálise (anos)</b>		
02 - 05	12	31,58%
06 - 10	14	36,84%
11 - 15	8	21,05%
16 - 18	4	10,52%
<b>Comorbidades*</b>		
Nenhuma	7	12,96%
Hipertensão	28	51,85%
Diabetes	6	11,11%
Cardiopatia	7	12,96%
Outras diversas	6	11,11%

\*Alguns pacientes apresentaram mais de uma comorbidade.

No referente aos escores das dimensões da QV do KDQOL-SFTM com valores médios baixos, portanto componentes prejudicados da QV, temos: Papel profissional (21,05), Função física (25,66), Sobrecarga da doença renal (35,86) e Saúde geral (43,55) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Dimensões da qualidade de vida (KDQOL-SF™) dos pacientes com doença renal crônica terminal, em tratamento hemodialítico, São Luís-MA, 2016 (n=38).

Dimensões - (número de itens na escala)	Média	Mediana	Desvio Padrão
Sintomas/problemas (12)	80,10	83,33	14,16
Efeitos da doença renal (8)	71,22	71,88	14,68
Sobrecarga da doença renal (4)	35,86	31,25	25,07
Papel profissional (2)	21,05	0,00	29,94
Função cognitiva (3)	85,26	86,67	14,47
Qualidade de interação social (3)	81,58	86,67	17,01
Função sexual (2)	92,71	100,00	13,55
Sono (4)	74,93	77,50	18,77
Suporte social (2)	78,51	83,33	21,54
Estimulo da equipe de diálise (2)	75,33	87,50	26,71
Satisfação do paciente (1)	54,39	50,00	16,30
Funcionamento físico (10)	57,76	70,00	33,99
Função física (4)	25,66	0,00	36,98
Dor (2)	68,36	70,00	28,05
Saúde geral (5)	43,55	45,00	20,73
Bem-estar emocional (5)	69,37	72,00	19,84
Função emocional (3)	54,39	66,67	44,80
Função social (2)	75,00	75,00	22,51
Energia/Fadiga (4)	62,37	60,00	21,24

## DISCUSSÃO

Considerando os aspectos sociodemográficos, percebeu-se que os pacientes com DRCT em tratamento hemodialítico estão na fase adulta, sendo maioria do sexo feminino, pardos, casados, com filhos e baixo nível de escolaridade.

Em relação à idade, foram encontrados estudos com uma média de 51 e 56 anos<sup>8, 9,10</sup> e faixas etárias de 40-60 anos<sup>11,12</sup> ou 50-59 anos<sup>13,14</sup> e alguns<sup>8,14</sup> mostraram que quanto

maior a idade, maiores as dificuldades pessoais enfrentadas, resultando em menores escores nas dimensões da QV.

A respeito do sexo, há na literatura tanto feminino<sup>10,15</sup> quanto masculino<sup>16,17</sup>, ressaltando que quando é feito comparações nestes estudos as mulheres obtêm índice geral menor de QV, existindo diferenças na maneira de se adaptar e enfrentar a doença. Estas devem ser levadas em consideração no processo terapêutico.

Acerca do estado civil, evidenciou-se predomínio dos casados<sup>10,16,17</sup>, havendo identificações como pacientes com companheiro fixo<sup>14</sup>, em estudos que demonstraram que este fato pode contribuir de forma positiva no cuidado em domicílio e na realização de atividades habituais pelos pacientes com autonomia comprometida.

No nível de escolaridade identificou-se uma pesquisa em que apenas 38,9% dos pacientes sabiam ler e escrever<sup>8</sup> e outra na qual 63,2% possuíam baixa escolaridade<sup>14,18</sup>, corroborando com o encontrado neste estudo. Foi descrito por autores<sup>11,14</sup> que a escolaridade menor que oito anos apresenta associação com níveis baixos de QV.

Quanto aos aspectos de saúde, no tempo de tratamento hemodialítico a maioria dos pacientes encontravam-se no intervalo 06-10 anos (72-120 meses). Pesquisas mostraram um tempo médio de 43,15 meses<sup>16</sup> e 77,5 meses<sup>14</sup>, expondo que o maior tempo de hemodiálise influencia negativamente os componentes da QV.

As comorbidades referidas pelos pacientes nesta pesquisa estão entre as consideradas nos grupos de risco para DRC<sup>2</sup>, ou seja, nos quais os pacientes apresentam suscetibilidade aumentada, sendo eles: hipertensos, diabéticos e pacientes com doença cardiovascular, além dos idosos, familiares de pacientes com DRC e pacientes em uso de medicações nefrotóxicas.

O convívio com uma DRC reflete modificações tanto na vida do paciente como na de seus familiares, pois as limitações impostas pelo tratamento ocasionam diversas alterações, que interferem na sua qualidade de vida, influenciando na manutenção do tratamento hemodialítico e propiciando ao paciente dificuldades de aspecto social<sup>21</sup>.

Analisando os escores das dimensões da QV do KDQOL-SFTM que apresentaram menores escores, percebe-se que a DRCT e o tratamento hemodialítico repercutem de forma prejudicial na vida dos pacientes, comprometendo alguns fatores da QV.

As dimensões Papel profissional e Função física foram encontradas entre as mais prejudicadas em pesquisas semelhantes<sup>10,16,17</sup> realizadas nas diversas regiões do país, permanecendo entre as menores no nosso estado<sup>11,13</sup>.

Na dimensão Papel profissional, que avalia se os pacientes acreditam que a doença os impediu de exercer trabalho remunerado, identificou-se que a DRCT representa

empecilho para que os pacientes tenham oportunidade de adquirir trabalho e dificuldade para que se mantenham empregados e podendo colaborar com a renda familiar, pois precisam se afastar do trabalho para frequentar as sessões de hemodiálise<sup>9,17,18</sup>, com comparecimento obrigatório.

A Função física, referente ao tipo e quantidade de trabalho ou atividades habituais e a dificuldade em realizá-los, contribuiu para diminuição na QV por conta das repercussões musculoesqueléticas, comuns em pacientes submetidos à hemodiálise, podendo estes apresentarem diminuição do desempenho funcional e prejuízo na prática de atividade física<sup>15</sup>.

A Sobrecarga da doença renal, representada pela interferência da DRCT na vida do paciente, a decepção em ter que lidar com a doença e o sentimento de peso para a família, foi descrita em estudos<sup>11,12,17</sup> como fator que altera a QV.

A baixa média na dimensão Saúde geral expressa que os pacientes compreendem que ficam doentes com mais facilidade que outras pessoas, não se sentem saudáveis e acreditam que sua saúde pode piorar, assim como descrevem outros pesquisadores<sup>16,19</sup>.

Alguns autores que também utilizaram o instrumento KDQOL-SFTM encontraram outras dimensões com menores escores: Função sexual<sup>9,19</sup>, Função emocional<sup>8,14</sup>, Satisfação do paciente<sup>11</sup> e Funcionamento físico<sup>16</sup>. Estes baixos escores permitem que sejam feitas inferências, direcionando a atenção dos profissionais para os aspectos que estão influenciando ou modificando a vida dos pacientes<sup>8</sup>.

Como limitações neste estudo, ressaltam-se as peculiaridades do tema pesquisado, focado em grupo específico de pacientes, realizado durante sessões de hemodiálise e em um só hospital. Todavia, partimos da premissa que este representa um marco motivacional para o desenvolvimento e aprofundamento de novas pesquisas contidas na mesma linha investigativa em outras unidades de saúde. Destaca-se, ainda, que não houve conflito de interesses por parte das autoras.

## CONCLUSÃO

Constatou-se que a qualidade de vida dos pacientes sofreu alterações, sendo afetada negativamente nas dimensões: papel profissional, função física, sobrecarga da doença renal e saúde geral, o que pode ser atribuído às limitações provocadas pela doença renal crônica terminal e seu tratamento.

Esta pesquisa identificou aspectos que requerem maior atenção da equipe multiprofissional de saúde, dando subsídio para a implementação de novas estratégias e melhora da sobrevida dos pacientes. A assistência profissional, além do apoio familiar e de amigos, favorece o enfrentamento da doença e seu tratamento, minimizando as frustrações impostas na rotina de vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Noleto LC, Fonsêca AC, Luz MHBA, Batista OMA, Pereira AFM. O papel dos profissionais de enfermagem no cuidado ao paciente em tratamento hemodialítico: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2015 [cited 2016 Set 10];9(10):1580-6.
2. Group KDIGO. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements. Journal of the International Society of Nephrology* [Internet]. 2013 [cited 2016 Out 15];3(1):1-150.
3. Scatolin BE, Vechi AP, Ribeiro DF, Bertolin DC, Canova JCM, Cesarino CB, Ribeiro RCHM. Atividade de vida diária dos pacientes em tratamento de diálise peritoneal intermitente com cicladora. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2016 Set 10];17(1):15-21.
4. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólitos. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
5. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise 2014. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 25];38(1):54-61.
6. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de Vida de Pessoas com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2005 [cited 2016 Out 15];13(5):670-6.
7. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 [cited 2016 Nov 20];41:1403-10.
8. Cordeiro JABL, Brasil VV, Silva AMTC, Oliveira LMAC, Zatta LT, Silva ACCM. Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 20];11(4):785-93.
9. Poersch RF, Andrade FP, Dal Bosco A, Rovedder PME. Qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. *ConScientia e Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dez 01];14(4):608-616.
10. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal em tratamento hemodialítico. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 30];11(11):4663-70.
11. Cavalcante MCV, Lamy ZC, Lamy Filho F, França AKTC, Santos AM, Thomaz EBAF, Silva AAM, Salgado Filho N. Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. *J Bras Nefrol* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dez 01];35(2):79-86.
12. Grasselli CSM, Chaves ECL, Simão TP, Botelho PB, Silva RR. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2012 [cited 2016 Out 15];10(6):503-7.
13. Coutinho NPS, Vasconcelos GM, Lopes MLH, Wadie WCA, Tavares MCH. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 20];11(1):13-17.
14. Silva AC, Coelho DM, Diniz GCLM. Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em um hospital público de Betim, Minas Gerais. *Sinapse Múltipla* [Internet]. 2012 [cited 2016 Set 10];1(2):103-13.
15. Costa PB, Vasconcelos KFS, Tassitano RM. Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioter Mov* [Internet]. 2010 [cited 2016 Dez 01];23(3):461-71.
16. Lopes JM, Fukushima RL, Inouye K, Pavarini SC, Orlandi FS. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 20];27(3):230-6.
17. Silva GD, Fernandes BD, Silva FA, Dias YCB, Melchioris AC. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico: análise de fatores associados. *R. bras Qual Vida* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 25];8(3):229-245.
18. Marinho CLA, Oliveira JF, Borges JES, Silva RS, Fernandes FECV. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 30];18(3):396-403.
19. Zanesco C, Giachini E, Abrahão CAF, Silva DTR. Qualidade de vida em pacientes hemodialíticos: avaliação através do questionário KDQOL-SF™. *Rev Saúde Com* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 30]; 13(1):818-823.
20. Duarte OS, Miyazaki MCOS, Ciconelli RM, Sesso R. Tradução e Adaptação Cultural do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida para pacientes Renais Crônicos (KDQOL-SFTM). *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2003 [cited 2016 Dez 01];49(4):375-81. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000400027&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000400027&script=sci_abstract&tlng=pt)
21. Ribeiro IP, Pinheiro ALS, Soares ALA, Santos NFM. Perfil Epidemiológico dos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à terapia hemodialítica. *Enferm. Foco* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 30];5(3/4):65-69. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/567/249>

# TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Amanda Santana de Medeiros Nóbrega<sup>1</sup>, Anajás da Silva Cardoso Cantalice<sup>2</sup>, Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira<sup>3</sup>, Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos, Nycarla de Araújo Bezerra<sup>3</sup>, Thayane Ramires Santos Chaves<sup>3</sup>

**Objetivo:** verificar tecnologias de enfermagem utilizadas no manejo da dor em recém-nascidos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** pesquisa quantitativa, descritiva, exploratória, realizada em uma Maternidade Pública Estadual no interior da Paraíba, com 12 técnicos de enfermagem e 5 enfermeiros. Utilizado um questionário estruturado para coleta de dados e a análise feita por meio do Microsoft Excel. **Resultados:** foi observado que a utilização de escalas de dor não faz parte da rotina e o choro foi o parâmetro mais utilizado para reconhecer a dor no neonato. **Conclusão:** é necessário ampliar as discussões sobre essa temática a partir da sistematização e educação permanente nos serviços de cuidados intensivos ao neonato.

**Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Manejo da dor, Enfermagem neonatal, Tecnologia biomédica.

## NURSING TECHNOLOGIES IN THE MANAGEMENT OF PAIN IN NEWBORNS IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

**Objective:** verifying the nursing technologies used in the management of pain in newborns in a Neonatal Intensive Care Unit. **Methodology:** this is a descriptive exploratory quantitative research, performed in a Public Maternity placed in interior of Paraíba's State, with 12 nursing technicians and 5 nurses, a structured questionnaire was used for the collection of data the analysis made through the Microsoft Excel. **Results:** it was noticed that the use of pain scales is not part of the routine and the crying was the most used parameter by the nursing team to recognize pain in the neonate. **Conclusion:** it is necessary to broaden the discussions on this subject from the systematization and continuous education in the neonatal intensive care services.

**Descriptors:** Neonatal Intensive Care Units, Pain Management Neonatal Nursing, Biomedical Technology.

## TECNOLOGÍAS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN RECIÉN NACIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

**Objetivo:** verificar tecnologías de enfermería utilizadas en el control del dolor en recién nacidos de una unidad de cuidados intensivos neonatales. **Metodología:** pesquisa quantitativa, descritiva y exploratória, realizada en una Maternidad Pública Estatal en el interior de la Paraíba, con 12 técnicos de enfermería y 5 enfermeros. Fue utilizado un cuestionario estructurado para la recogida de datos y la análisis hecha por medio del Microsoft Excel. **Resultados:** se observó que el uso de escalas de dolor no era la rutina y el llanto fue el parámetro mas usado para reconocer el dolor de neonato. **Conclusión:** es necesario aumentar las discusiones sobre ese tema a partir de la sistematización y educación permanente en los servicios de cuidados intensivos al neonato.

**Descritores:** Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, Manejo del dolor, Enfermería neonatal, Tecnología biomédica.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). E-mail: amanda\_\_nobrega@hotmail.com.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

## INTRODUÇÃO

No Brasil, tem se observado, nos últimos dez anos, um aumento da prematuridade. Dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) apontam a intensificação de nascimentos pré-termos na maior parte das capitais. Considera-se recém-nascido pré-termo (RNPT) todo aquele nascido com menos de 37 semanas e a termo aquele cuja idade gestacional é de 37 a 41 semanas e 6 dias<sup>1</sup>.

Ao longo da internação do recém-nascido (RN) em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a dor é um sintoma contínuo, referente aos quadros clínicos graves e os inúmeros procedimentos invasivos. Um recém-nascido em uma UTIN recebe cerca de 130 a 234 manipulações nas 24 horas, sendo a maioria bastante dolorosa<sup>2</sup>. A dor é determinada pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, tratando-se de uma manifestação abstrata, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais<sup>3</sup>.

A equipe de enfermagem desempenha papel fundamental no controle da dor e na redução do sofrimento do recém-nascido, permanecendo junto ao doente grande parte do tempo de internação, além de ser diretamente responsável por procedimentos invasivos que são bastante frequentes em ambientes de unidades de cuidados neonatais<sup>4</sup>. Portanto, é necessário desconstruir o tradicional argumento de que o RN não tem capacidade de sentir dor, dado que os elementos funcionais e neuroquímicos do sistema nervoso são essenciais para que ocorra a transmissão do impulso doloroso para o córtex cerebral do neonato, fazendo com que o RN sinta dor (5).

Nesse cenário, é necessário avaliar as tecnologias utilizadas no manejo da dor no neonato internado em unidade de terapia intensiva neonatal, submetido à diversos procedimentos invasivos, pelo fato da dor neonatal ser interpretada como fator prejudicial para o desenvolvimento adequado do RN<sup>4</sup>. Portanto, o presente estudo buscou investigar as tecnologias de enfermagem utilizadas no manejo da dor em recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

## METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória que buscou verificar as tecnologias de enfermagem utilizadas no manejo da dor em recém-nascidos, realizada em uma Maternidade Pública Estadual no interior da Paraíba. É um hospital de referência para a realização de partos de alto risco, que dispõe de seis leitos de UTI Obstétrica e 10 leitos de UTI Neonatal. A população do estudo foi constituída pela equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, composta por 36 participantes, sendo 28 técnicos

de enfermagem e 8 enfermeiros. A pesquisa ocorreu no período de junho a julho de 2016.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário estruturado desenvolvido pelo pesquisador, que contemplou questões relativas a variáveis sociodemográficas e profissionais, dados referentes à identificação e alívio da dor, quanto à conduta profissional diante da dor do recém-nascido, e, como esse profissional fazia uso das tecnologias de enfermagem no cuidado ao RN.

A análise dos dados ocorreu por métodos estatísticos, por meio do Microsoft Excel, possibilitando a tabulação e organização dos dados para posterior análise.

O estudo obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, conforme o parecer de número 1.721.463, sendo garantida a privacidade dos participantes da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do profissional de enfermagem legal.

## RESULTADOS

A equipe de enfermagem que atua em uma Maternidade Pública Estadual no interior da Paraíba é composta por 36 profissionais, sendo 8 enfermeiros e 28 técnicos de enfermagem. Desses, dois enfermeiros não quiseram participar da pesquisa, uma enfermeira estava de férias, enquanto que entre os técnicos, 12 não quiseram participar da pesquisa, dois estavam em período de vacância, um técnico de férias e um estava de licença. Totalizaram assim 17 participantes, sendo cinco enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. (Tabela 01).

**Tabela 01** – Caracterização dos profissionais de enfermagem da UTIN. Paraíba, Brasil.

Características	Enfermeiros (n)	Técnicos de Enf. (n)
<b>Sexo</b>		
Feminino	4	12
Masculino	1	-
<b>Faixa etária</b>		
20-29 anos	2	3
30-39 anos	1	5
40-49 anos	1	2
mais de 50 anos	1	2
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	2	4
Casado	2	5
União estável	1	1

Viúvo	-	1
Divorciado	-	1
Possui Latu sensu	5	-
Possui strictu sensu	1	-
Participação em cursos	3	9
<b>Experiência profissional</b>		
menos de 1 ano	-	-
1-5 anos	2	4
6-10 anos	1	1
mais de 10 anos	2	7
<b>Experiência em UTIN</b>		
menos de 1 ano	1	-
1-5 anos	2	5
6-10 anos	2	3
mais de 10 anos	-	4

Ao serem questionados sobre a avaliação da dor no RN e sua frequência, todos os entrevistados afirmaram que avaliam a dor, sendo que quatro dos enfermeiros avaliam sempre, e seis técnicos avaliam frequentemente e cinco avaliam sempre.

No que diz respeito ao uso de escalas para avaliação da dor no neonato, os profissionais de enfermagem responderam não utilizá-las, alegando que seu uso não fazia parte da rotina da UTIN onde foi realizada a pesquisa. O choro foi considerado o sinal de existência de dor mais evidente por toda a equipe de enfermagem, seguido da mímica facial.

Quando questionados sobre a importância do tratamento da dor no RN, todos os profissionais de enfermagem relataram sua importância e, todos os enfermeiros, declararam que tratar a dor do RN na UTIN melhora o prognóstico. Por outro lado, entre os técnicos de enfermagem onze afirmaram que o tratamento da dor no RN diminui seu sofrimento (Tabela 2).

**Tabela 02** – Distribuição do uso das ferramentas utilizadas pelos profissionais de enfermagem na identificação da dor no recém-nascido e achados sobre a importância do seu tratamento. Paraíba, Brasil.

Variáveis	Enfermeiros (n)	Técnicos de Enf. (n)
<b>Escala de dor</b>		
Sim	-	-
Não	5	12
<b>Mímica facial</b>		
Sim	5	10
Não	-	2

<b>Choro</b>		
Sim	5	12
Não	-	2
<b>Movimentos</b>		
Sim	4	8
Não	1	4
<b>Parâmetros Fisiológicos</b>		
Sim	2	2
Não	3	10
<b>Melhora o prognóstico</b>		
Sim	5	5
Não	-	7
<b>Diminui o sofrimento</b>		
Sim	4	11

Os profissionais participantes foram questionados também se conhecem alguma medida não farmacológica para o alívio da dor em neonatos, e todos afirmaram não só conhecer, como executá-las para minimizar/reduzir esta dor diante de procedimentos ou condições dolorosas diversas. As medidas não farmacológicas citadas pelas duas categorias da enfermagem, com respectivas frequências relativa e absoluta, encontram-se listadas na Tabela 3.

**Tabela 03** – Medidas terapêuticas ou preventivas utilizadas pela equipe de enfermagem para o alívio da dor no RN. Paraíba, Brasil. Sim

Variáveis	Enfermeiros (n)	Técnicos de Enf. (n)
<b>Escala de dor</b>		
Sim	-	-
Não	5	12
<b>Mímica facial</b>		
Sim	5	10
Não	-	2
<b>Choro</b>		
Sim	5	12
Não	-	-
<b>Movimentos</b>		
Sim	4	8
Não	1	4
<b>Parâmetros Fisiológicos</b>		
Sim	2	2

Não	3	10
<b>Melhora o prognóstico</b>		
Sim	5	5
Não	-	7
<b>Diminui o sofrimento</b>		
Sim	4	11

## DISCUSSÃO

Sabendo então de alguns possíveis fatores que podem levar o recém-nascido a se caracterizar como de risco, destaca-se que, na vida intrauterina, o RN passa por sequenciais transformações decisivas para o seu crescimento e desenvolvimento e, caso após o nascimento, o processo adaptativo ao meio extrauterino não seja eficaz, algumas crianças podem necessitar de acompanhamentos e cuidados complexos, frequentemente realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal<sup>6</sup>.

No presente estudo, foi observada uma maioria de profissionais do sexo feminino, com uma média de idade de aproximadamente 38 anos. Estudo similar, realizado em uma maternidade pública de Fortaleza com 25 técnicos de enfermagem, também encontrou a totalidade das técnicas de enfermagem de uma UTIN como sendo do sexo feminino e com média de idade semelhante. Esses dados evidenciam a construção histórica da enfermagem, em que o cuidar é associado ao sexo feminino. A média de idade mais elevada pode ter relação com o maior grau de experiência requerido na UTIN<sup>7</sup>.

Foi verificado, ainda, que tanto os enfermeiros como os técnicos de enfermagem tinham uma média de 10 anos de experiência profissional. Nesse contexto, a implementação da neonatologia é atual na maioria das instituições de saúde do interior do Brasil, pois era restrita aos grandes centros urbanos. No entanto, com a proposta de descentralização da saúde, o investimento governamental tanto em estrutura física, recursos tecnológicos e no fortalecimento dos hospitais, tem conquistado espaço nas instituições hospitalares do interior do Brasil<sup>8</sup>.

Quando se interrogou a equipe de enfermagem se concordavam se o recém-nascido sente dor, todos confirmaram que os RNs sentem dor, visto que há evidências de sua capacidade neurológica para captar a dor. As ferramentas utilizadas pelos profissionais de enfermagem na identificação da dor neonatal citados no questionário foram a utilização de escalas de dor, mimica facial, choro, movimentos corporais e parâmetros fisiológicos. Percebeu-se que a utilização de escalas de dor não faz parte da rotina da instituição onde foi realizada a pesquisa e alguns profissionais relataram desconhecer as escalas de mensuração da dor. O choro foi o

parâmetro mais utilizado pela equipe de enfermagem, sendo citada por todos os profissionais de enfermagem seguido da mimica facial.

É necessária a sistematização no processo de avaliação e tratamento da dor no RN pela enfermagem, pautada em ações, atitudes e intencionalidades da equipe de enfermagem, tendo como base o conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, com o intuito de promover, manter e recuperar a saúde do neonato<sup>9</sup>. Um estudo realizado em Sergipe, com 90 pacientes, mostrou que, apesar da dor ser considerada o quinto sinal vital, sua classificação é feita de forma inadequada, associada ao tratamento fora do padrão da escala de verificação da dor, sendo pouco explorado e com poucos registros<sup>7</sup>.

O choro foi um parâmetro unânime indicado pela equipe de enfermagem da UTIN onde foi realizada a pesquisa, sendo um sinal considerado mais importante para avaliar a dor no neonato. A utilização da avaliação do choro de modo isolado, na prática, é muito questionável, pois o choro pode ser desencadeado por outros estímulos que não sejam o doloroso, como desconforto, frio, fome, posição desconfortável, sono, além de que neonatos farmacologicamente debilitados e entubados, são incapazes de emitir o choro<sup>10</sup>.

Quanto ao uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascidos, todos os profissionais de enfermagem afirmaram ter conhecimento sobre essas medidas como também, de fazerem seu uso para minimizar/reduzir a dor diante os eventos dolorosos. As medidas utilizadas foram: chupeta de gaze com glicose, acalento, pacotinho, sucção não-nutritiva, método mãe-canguru, shantala e balneoterapia.

O método mãe-canguru (MMC) foi a medida não-farmacológica mais utilizada pelos enfermeiros e o pacotinho mais utilizada pelos técnicos de enfermagem. O uso de medidas não farmacológicas tem se destacado como estratégias terapêuticas a fim de minimizar os danos causados no RN. Elas objetivam, principalmente, prevenir o processo doloroso, a desorganização do neonato, o estresse e a agitação. São eficientes quando utilizadas individualmente nas dores de leve intensidade<sup>4,11</sup>.

O MMC é um método que traz inúmeros benefícios, melhorando significativamente o quadro do neonato, pois promove o aleitamento materno, minimiza o estresse, propiciando um melhor desenvolvimento físico e emocional do RN e diminuído os riscos causados pelos procedimentos a que são submetidos<sup>12</sup>. O pacotinho se refere ao posicionamento do RN de forma mais confortável possível, como um embrulho. Tal posição faz com que o bebê se sinta protegido durante o procedimento, proporcionando aconchego<sup>5</sup>.

No que diz respeito a chupeta de gaze com glicose,

também muito citada pela equipe de enfermagem na instituição onde foi realizada a pesquisa, a utilização dessa medida causa liberação de opióides endógenos, os quais possuem características analgésicas intrínsecas, bloqueando os caminhos da dor, diminuindo o tempo do choro, a frequência cardíaca e os escores das escalas de dor, devendo ser administrada, em média, dois minutos antes da realização de procedimentos dolorosos<sup>13</sup>.

A shantala e balneoterapia são pouco utilizados pela equipe de enfermagem e, quando questionados sobre a balneoterapia, a maioria dos técnicos de enfermagem desconheciam tal prática. Na balneoterapia ou o banho terapêutico, o RN é imerso no balde de ofurô, deixando-o mais tranquilo, e estimulando a sucção, diminuindo a dor neonatal. Quanto a shantala, é uma massagem que estimula os sistemas musculoesquelético, gastrointestinal, nervoso, circulatório e linfático, promovendo o relaxamento, melhorando a qualidade do sono e, minimizando os efeitos dolorosos decorrentes dos procedimentos a que o neonato é submetido na UTIN<sup>14,15</sup>.

Como pode ser visto, a equipe de enfermagem da instituição onde foi realizada a pesquisa, reconhece e coloca em prática o uso de medidas não-farmacológicas, porém é notório que é realizado de forma não sistematizada. O RN permanece em um ambiente onde o uso de aparatos tecnológicos são necessários para assegurar a vida desse ser, o que torna a UTIN um ambiente hostil e frio, sendo imprescindível reduzir o impacto da tecnologia dando lugar ao cuidado humanizado, buscando acolher e respeitar os valores, as crenças, culturas, realizando um cuidado pautado na necessidade individualizada e a resposta de cada neonato/família frente ao cuidado humanizado, sendo importante

o enfermeiro conhecer a comunicação verbal e não verbal emitida pelos bebês e o familiar durante o desenvolvimento do cuidado (9,16). A qualificação da equipe é ferramenta fundamental para que o nível de cuidado humanizado descrito seja alcançado e as consequências ao RN implicadas pela internação sejam mínimas.

Como limitação do estudo, destacou-se baixo quantitativo de técnicos de enfermagem que responderam ao questionário, porém não dificultou os resultados desse estudo, que foram de grande importância e incentivo para novas pesquisas voltada para essa temática.

## CONCLUSÃO

O profissional de enfermagem é o principal personagem no cuidado direto ao recém-nascido na UTIN, ficando claro que o seu papel é o de ininterruptamente minimizar/evitar o evento doloroso causado pelos diversos procedimentos invasivos a que o RN é submetido.

Foi observado que, entre as tecnologias de enfermagem para o manejo da dor mais utilizadas pela equipe de enfermagem, se destacaram: método mãe-canguru, pacotinho e acalento. Além disso, pode se evidenciar, ainda, a não adesão por partes dos profissionais do uso das escalas de avaliação da dor neonatal e a utilização do choro como um dos parâmetros mais importantes na avaliação da dor neonatal.

Existe uma necessidade dessas tecnologias serem realizados de forma sistematizada e continuamente, sendo, portanto, necessária a amplificação dessas discussões e educação permanente nos serviços de cuidados intensivos ao RN.

## REFERÊNCIAS

1. Balbino AC, Cardoso MVLML, Silva RCC, Moraes KM. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. *Rev Enferm*. 2012 dez; 20(esp.1): 615-620. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5908>
2. Cruz CT, Stumm EMF. Instrumentalização e implantação de escala para avaliação da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Relato de caso. *Rev dor*. 2015 set; 16(3): 232-234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150046>
3. Alves FB, Fialho FD, Dias IMAV, Amorim TM, Salvador M. Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Cuid*. 2013 ago; 4(1): 510-515. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224011>
4. Caetano EA, Lemos NRF, Cordeiro SM, Pereira FMV, Moreira DS, Buchhorn SMM. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2013 jul-set; 17(3): 439-445. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300439](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300439)
5. Amaral JB, Resende TA, Contim D, Barichello E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. *Esc. Anna Nery*. 2014 ago; 18(2): 241-246. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.201440035>
6. Martins SW, Dias FS, Enumo SRF, Paula KMP. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Dor*. 2013; 14(1): 21-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100006>
7. Mendes LC, Fontenele FC, Dodt RCM, Almeida LS, Cardoso MVLML, Silva CBG. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UFPE*. 2013 nov; 7(11):6446-6454. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3794323221ED.0711201318>
8. Araújo GC, Miranda JOF, Santos DV, Camargo CL, Sobrinho CLN, Rosa DOS. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. *Rev Baiana Enferm*. 2015 jul-set; 29(3): 261-270. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13695>
9. Neto JAS; Rodrigue BMRD. A ação intencional da equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTI neonatal. *Cienc Cuid Saude*. 2015 jul-set; 14(3):1237-1244. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienc-cuidsaude.v14i3.22320>
10. Rosário SSD, Fernandes APNL, Araújo CSC, Paiva WWM, Batista FWB, Monteiro AI. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UFPE*. 2014 jul; Recife, 8(1): 2382-2389. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201318>
11. Moraes APS, Façanha SMA, Rabelo SN, Silva AVS, Queiroz MVO, Chaves EMC. Medidas não farmacológicas no manejo da dor em recém-nascido: cuidado de enfermagem. *Rev Rene*. 2016 mai-jun; 17(3): 435-442. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/14148145.20140035>
12. Nunes NP, Pessoa UML, Mont'Alverne DGB, Elpidio SF, Carvalho EM. Método Canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015 jul-set; 28(3): 387-393. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p387>
13. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev Bras Enferm*. 2015 jan-fev; 68(1): 131-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>
14. Andrade MT. O banho humanizado na abordagem ao recém-nascido. Salvador. Monografia [Especialização em Fisioterapia Neonatal e Pediátrica] - Atualiza Cursos; 2014.
15. Almeida AP. A massagem terapêutica em ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher] - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2014.
16. Lins RNP, Collet N, Vaz EMC, Reichert APS. Percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização do cuidado na UTI neonatal. *Rev Bras Cienc Saude*. 2013; 17(3): 225-232. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2013.17.03.03>

# ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA MATERNA

Sandra Taveiros de Araújo<sup>1</sup>, Maria Elisângela Torres de Lima Sanches<sup>1</sup>, Wanubia Santos Nascimento<sup>2</sup>

**Objetivo:** analisar o perfil epidemiológico das pacientes internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna. **Metodologia:** Estudo transversal retrospectivo quantitativo, com 70 pacientes internas em uma UTI materna do Estado de Alagoas, Maternidade Santa Mônica (MESM), no ano 2015. **Resultados:** Os três principais diagnósticos das internações foram as síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas e cardiopatia. Média de idade 27 anos, a maioria procedente do interior de Alagoas. 48,5% primigesta, taxa de cesárea 94,7%. Procedimentos cirúrgicos mais frequentes foram laparotomia, intubação orotraqueal, e histerectomia. Duração do internamento de 1-31 dias. Taxa de óbito 5,7%. **Conclusão:** o perfil epidemiológico das pacientes do estudo diverge, em alguns aspectos, de outras pesquisas, sendo elevada, principalmente, as taxas de cesárea e óbito materno, é contraditório também as principais causas de internamento. Assim, a assistência obstétrica no estado de Alagoas precisa avançar para diminuir os óbitos maternos e reduzir a taxa de cesárea.

**Descritores:** Gravidez de alto risco, Unidade de Terapia Intensiva, Mortalidade Materna.

## ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HOSPITALIZATIONS IN A MATERNAL INTENSIVE CARE UNIT

**Objective:** to analyze the epidemiological profile of patients admitted to a Maternal Intensive Care Unit (ICU). **Methodology:** A retrospective quantitative cross-sectional study with 70 inpatients at a maternal ICU in the State of Alagoas, Santa Mônica Maternity (MESM), in the year 2015. **Results:** The three main diagnoses of hospitalizations were hypertensive syndromes, hemorrhagic syndromes and cardiopathy. Average age 27 years, most coming from the interior of Alagoas. 48.5% primigravida, caesarean section 94.7%. Most frequent surgical procedures were laparotomy, orotracheal intubation, and hysterectomy. Length of stay from 1-31 days. Death rate 5.7%. **Conclusion:** The epidemiological profile of the patients in the study diverges, in some aspects, from other studies, mainly due to the rates of maternal caesarean section and death, which is also contradictory to the main causes of hospitalization. Thus, obstetric care in the state of Alagoas needs to move forward to reduce maternal deaths and reduce the rate of caesarean section.

**Descriptors:** High risk pregnancy, Intensive care unit, Maternal Mortality

## ELANÁLISIS DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS HOSPITALIZACIONES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MATERNA

**Objetivo:** Analizar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados en una madre Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Metodología:** Estudio retrospectivo transversal cuantitativo con 70 pacientes en una UCI materna interna del Estado de Alagoas, maternidad Santa Mónica (HSHAV) en el año 2015. **Resultados:** Los tres diagnósticos principales de admisión eran hipertensos trastornos, hemorragia y de la enfermedad cardíaca síndromes. Media de edad 27 años, la mayoría procedente del interior de Alagoas. 48,5% primigesta, tasa de cesárea 94,7%. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes fueron laparotomía, intubación orotraqueal, e histerectomía. Duración de la internación de 1-31 días. Tasa de defunción 5,7%. **Conclusión:** El perfil epidemiológico de los pacientes en el estudio difieren en algunos aspectos de otras investigaciones que se elevó las tasas de cesárea y sobre todo la muerte materna, es contradictorio también a las principales causas de hospitalización. Así, la asistencia obstétrica en el estado de Alagoas necesita avanzar para disminuir las muertes maternas y reducir la tasa de cesárea.

**Descritores:** Embarazo de alto riesgo, Unidad de terapia intensiva, La mortalidad materna.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas -UNCISAL.

<sup>2</sup>Residente em Enfermagem pela UNCISAL.

## INTRODUÇÃO

A interface clínico-obstétrica assume especial importância em se tratando de uma unidade de cuidados intensivos para pacientes no ciclo grávido-puerperal. Alterações fisiológicas próprias da gestação distinguem essas pacientes de outros adultos jovens. Diversas condições clínicas têm seu curso afetado pela gravidez e têm a interpretação de testes diagnósticos e valores laboratoriais variáveis. Além disso, complicações exclusivas da gravidez podem não ser familiares aos clínicos. Daí a importância da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) exclusiva ao atendimento da mulher no ciclo gravídico-puerperal<sup>1</sup>.

A chance de uma mulher, durante o ciclo grávido-puerperal, ser admitida em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é bem maior do que a de uma mulher jovem, não-grávida. Estima-se que 0,1 % a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações, requerendo o internamento em Unidade de Terapia Intensiva, sendo as principais indicações hipertensão, hemorragia, insuficiência respiratória e sepse<sup>2</sup>.

A maioria das mulheres admitidas em UTI tem como causa de internamento um diagnóstico obstétrico de 50% a 80%. Porém, tendem a apresentar um melhor prognóstico quando comparadas às mulheres admitidas em UTI por causas clínicas. Sendo que as principais causas de morte materna são as complicações inerentes ao período gravídico-puerperal, representadas basicamente pelas complicações hipertensivas, hemorrágicas e as infecções puerperais<sup>3</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definição de morte materna é a que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término desta, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais<sup>4</sup>. As complicações obstétricas são responsáveis por quase 50% de todas as mortes maternas no mundo, e o risco de morrer é até 25 vezes maior em países subdesenvolvidos, como o Brasil, quando comparados aos países desenvolvidos<sup>1</sup>.

Na Cúpula do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU), foram adotadas oito metas de desenvolvimento, nomeados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM's), entre eles, um que era reduzir a mortalidade materna em 75% até o ano de 2015<sup>5</sup>. Embora o progresso seja notável, a taxa de declínio anual ainda está aquém da ideal, uma vez que atingiu menos que a metade dos 75% de redução da mortalidade almejada para o período de 1990 a 2015. Apesar de não ter atingido a Meta do Milênio, a assistência obstétrica brasileira tem conseguido alguns avanços, evidenciada por índices relacionados ao pré-natal - 99% de gestantes que passam por pelo menos uma consulta pré-natal e 73% que realizam seis

ou mais consultas, conforme preconizado como ideal pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

Um acompanhamento pré-natal efetivo tem um grande impacto na redução da morbimortalidade materna desde que as mulheres tenham acesso aos serviços, os quais devem ter qualidade suficiente para identificar precocemente os fatores de riscos para a mulher e controlá-los oportunamente. Melhorar a qualidade da atenção pré-natal é essencial para prevenir esses agravos, como as mortes maternas por doenças hipertensivas, hemorragias, sepse, complicações de cesarianas não indicadas e aborto<sup>6</sup>.

Sabe-se que um bom sistema de saúde para redução da mortalidade materna deve incluir cobertura efetiva, com ampla disponibilidade, custo acessível a todos os setores da população, além de apresentar qualidade e segurança para garantir boa assistência à saúde materna. Esses são alvos primordiais a serem atingidos por todos os sistemas de saúde, considerando-se o problema de infecções relacionadas ao parto<sup>7</sup>.

Quando essas complicações não conseguem ser evitadas, e a mulher precisa de atendimento de alta complexidade a UTI é um ambiente diferenciado, onde a paciente obstétrica requer cuidados especiais e conhecimentos específicos por parte dos profissionais, com intuito de fornecer informações para subsidiar estratégias e ações na assistência à saúde materna e proporcionar que tanto a equipe médica como a de enfermagem possam atender as necessidades das pacientes em suas especialidades. Em UTI as necessidades de cuidado de enfermagem aumentam, pois, os clientes irão precisar de avaliações críticas e rápidas, planos de cuidados abrangentes, serviços bem coordenados com outros profissionais da saúde, além de um efetivo e conveniente planejamento de alta<sup>8</sup>.

O presente estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico das pacientes internadas na UTI materna na Maternidade Santa Mônica no ano de 2015, a fim de evidenciar os fatores de risco de maior prevalência que justificam os internamentos na UTI materna, e partir das variáveis do estudo definir o perfil clínico e o prognóstico das pacientes.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo retrospectivo de caráter quantitativo, realizada na instituição pública, referência para alto risco, Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), localizadas no município de Maceió-AL. Tendo como amostra censitária 70 pacientes, internas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna da MESM no ano de 2015. Os critérios de inclusão foram: mulheres internas na UTI Materna da Maternidade Escola Santa Mônica no ano de 2015. Os critérios de exclusão foram: pacientes cujo número do prontuário não foi identificado, prontuários com dados

incompletos, ou que não estavam no Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2016 com prontuários de pacientes internas na UTI da Maternidade Escola Santa Mônica de janeiro a dezembro de 2015, por meio de um roteiro semiestruturado. Os princípios éticos foram seguidos na íntegra, com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que reporta sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. O texto é inédito, resultado de um TCC de especialização na modalidade residência. A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa cujo número 1.663.601.

## RESULTADOS

Após a coleta de dados, foi possível analisar as características das pacientes internas na Unidade de Terapia Intensiva da Maternidade Escola Santa Mônica no ano de 2015 (Tabela 1). A mesma mostra que a média de idade foi de 27 anos, sendo que a maior parte das pacientes (60%) se encontrava na faixa etária entre 20 e 34 anos de idade. A maioria tinha baixo grau de escolaridade, apenas 5,7% com ensino superior completo, 28,5% ensino médio completo, 54,2% ensino fundamental completo, e 11,4% ignorado ou nenhuma escolaridade. Cerca de 57% era procedente de cidades do interior de Alagoas, e aproximadamente 43% de Maceió, capital do estado. Em relação à paridade, 48,5% era primigesta, 17,1% secundigesta, e 34,2% multigesta.

**Tabela 1.** Características das pacientes internas na UTI da MESM no ano de 2015. (n=70)

Ensino superior completo	4	5,7%
Ensino médio completo	20	28,5%
Ensino fundamental completo	38	54,2%
<b>Procedência</b>		
Maceió	30	42,8%
Interior	40	57,1%
<b>Paridade</b>		
Primigesta	34	48,5%
Secundigesta	12	17,1%
Multigesta	24	34,2%

Ao analisar os principais diagnósticos da admissão na UTI Materna, verificou-se um predomínio das síndromes hipertensivas da gravidez 55,7%, síndromes hemorrágicas 14,2%, cardiopatia 11,4%. Outros diagnósticos menos frequentes, correspondem à infecção puerperal 7,1%, crise asmática 5,7%, e outras causas 5,7% (Tabela 2).

**Tabela 2.** Principais diagnósticos da admissão na UTI da MESM no ano de 2015. (n=70)

Diagnóstico da admissão	N	%
Síndromes hipertensivas	39	55,7%
Síndromes hemorrágicas	10	14,2%
Cardiopatia	8	11,4%
Infecção puerperal	5	7,1%
Crise asmática	4	5,7%
Outras causas	1	2

Referente às formas clínicas da síndrome hipertensiva, observou-se 33,3% casos de hipertensão gestacional, 15,3% de pré-eclâmpsia, 35,8% de eclâmpsia e 15,3% de síndrome Hellp (Tabela 3). Com relação à classificação do quadro hemorrágico, 20% dos casos de descolamento prematuro de placenta, 30% atonia uterina, 30% abortamento e 20% gravidez ectópica (Tabela 4).

**Tabela 3.** Formas clínicas da síndrome hipertensiva na UTI da MESM no ano de 2015. (n=39)

Formas clínicas da síndrome hipertensiva	N	%
Hipertensão gestacional	13	33,3%
Pré-eclâmpsia	6	15,3%
Eclâmpsia	14	35,8%
Síndrome Hellp	6	15,3%

**Tabela 4.** Síndromes hemorrágicas na UTI da MESM no ano de 2015. (n=10)

Quadro hemorrágico	N	%
Descolamento prematuro de placenta	2	20%
Atonia uterina	3	30%
Abortamento	3	30%
Gravidez ectópica	2	20%

Das 70 pacientes estudadas, 37% foram admitidas durante a gestação, 56% no pós-parto e 7% após abortamento ou gravidez ectópica (Tabela 5). Das 39 pacientes admitidas no período de gestação, 46,1% evoluíram para o parto durante o internamento. O tipo de parto realizado entre as pacientes que foram admitidas no pós-parto, e as que evoluíram durante o internamento, revelou que 94,7% foi cesárea, enquanto

5,2% foi parto normal. Sendo o parto prematuro (abaixo de 37 semanas) mais frequente, 54,3% dos casos. (Tabela 6).

**Tabela 5.** Fase do ciclo gravídico-puerperal da admissão na UTI da MESM no ano de 2015. (n=70)

Fase	N	%
Gestação	26	37
Pós-parto	39	56
Abortamento/gravidez ectópica	5	7

**Tabela 6.** Dados obstétricos das pacientes internas na UTI da MSM no ano de 2015. (n=57)

Dados obstétricos	N	%
<b>Tipo de parto</b>		
Cesárea	54	94,7%
Normal	3	5,2%
<b>Idade gestacional do parto</b>		
< 32 s	17	29,8%
32-37 s	14	24,5%
> 37 s	26	45,6%

O tempo de internamento das pacientes na Unidade de Terapia Intensiva foi no intervalo de 1-31 dias, com média de 4 dias, 87,1% com duração entre 1-4 dias, 7,1% entre 5-10 dias e 5,7% acima de 10 dias (Tabela 7).

**Tabela 7.** Duração do internamento na UTI da MESM no ano de 2015. (n=70)

Duração do internamento	N	%
1-4 dias	61	87,1%
5-10 dias	6	7,1%
> 10 dias	4	5,7%

No que diz respeito a situação de alta 87,1% receberam alta para Enfermaria, em estado clínico melhorado, 5,7% alta para o pré-parto, 5,7% foram à óbito e 1,4% para UTI geral (Tabela 8).

**Tabela 8.** Situação de alta da UTI da Maternidade Escola Santa Mônica no ano de 2015. (n=70)

Situação de alta	n	%
Enfermaria	61	87,1%
Pré-parto	4	5,7%
Óbito	4	5,7%
UTI Geral	1	1,4%

## DISCUSSÃO

O estudo mostrou que as pacientes admitidas na UTI materna se caracterizam na maioria por pacientes adultas-jovens, sendo a média de idade 27 anos, 60% se encontrava na faixa etária entre 20 e 34 anos de idade, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos, o que muito provavelmente decorre do fato de que a clientela da UTI obstétrica é constituída por mulheres na fase reprodutiva (3,8). Esse resultado pode ser relacionado com a paridade das pacientes, onde o estudo revelou 48,5 % de primigesta, enfatizando assim a relação entre idade, fase reprodutiva e paridade. Esse resultado é contraditório se comparado ao estudo de Amorim et al<sup>3</sup> onde revelou que a maioria das pacientes internas na UTI materna eram multigesta (38%).

Quanto a procedência a maioria 57,1% das pacientes do estudo é de cidades do interior do estado, resultado já esperado pelo fato da Maternidade onde foi realizado a pesquisa ser uma unidade de atendimento público de referência para todo o estado. Fato que se corrobora no estudo de Medeiros et al<sup>8</sup> onde 47,5% das pacientes eram procedentes do interior do Piauí.

No presente estudo as principais causas de internamento na UTI da MESM foram síndromes hipertensivas da gravidez 55,7%, síndromes hemorrágicas 14,2%, cardiopatia 11,4%, dados que diferem um pouco da maioria dos estudos já realizados, que revelam as principais causas de internamento em unidades de terapia intensiva sendo pré-eclâmpsia, hemorragia e sepse<sup>3,8</sup>. O fato das cardiopatias estarem em terceiro lugar ao invés da sepse, como a maioria dos estudos, se explica pela rotina da instituição onde essas pacientes passam as primeiras horas do pós-parto na UTI materna como medida profilática.

A fase do ciclo gravídico puerperal no internamento com maior frequência foi no pós-parto 56%, o que vai de acordo com a literatura, que demonstra os internamentos na terapia intensiva no puerpério. O que corrobora com os estudos de Amorim et al e Medeiros et al<sup>3,8</sup> que traz os percentuais 87% e 69,8% de internamentos no pós-parto. Como justificativa, são sugeridas, a perda sanguínea que ocorre no parto, levando a descompensação hemodinâmica, e o adiamento da transferência das pacientes para UTI<sup>3,8</sup>.

A taxa de cesariana na pesquisa chegou aos 97,4% dos casos, no estudo de Amorim<sup>3</sup> a taxa foi 65%, já no estudo de Medeiros et al<sup>8</sup> 85,6%. A taxa elevada de cesárea é justificada em parte pela gravidade das complicações, impondo, em geral, o término da gestação em fase precoce, com condições cervicais desfavoráveis e/ou comprometimento do bem-estar fetal, isso indica a escolha pela via de parto levando em consideração a gravidade do quadro. Taxas de cesariana iguais ou superiores a 70% são descritas na literatura, e na Ásia já foram relatadas taxas de até 95%<sup>3, 8</sup>. Porém segundo a OMS a indicação de cesárea em estabelecimentos hospitalares para atenção a Gestante de Alto Risco é torno de 25% para as Américas, devendo trabalhar para a taxa de cesárea de 30% no geral<sup>9</sup>.

O tempo de internamento das pacientes que tiveram alta, foi no intervalo entre um e 31 dias, com média em torno de quatro dias. Essa duração de internamento foi aproximada à relatada pelo estudo de Amorim et al<sup>3</sup> que mostrou uma média de cinco dias. Essa duração reflete, possivelmente, o tempo necessário para recuperação pós-parto das doenças obstétricas como pré-eclâmpsia/eclâmpsia, síndrome HELLP<sup>3</sup>.

A taxa de óbito encontrada foi 5,7% um pouco elevada se comparada à estudos brasileiros e canadenses que tem uma taxa de mortalidade materna em aproximadamente 2,4%<sup>3</sup>. Segundo dados do DATASUS no ano de 2015 a taxa de mortalidade materna no Brasil foi de 2,16%<sup>10</sup>.

O estudo apresentou algumas limitações, entre elas merece destaque a ausência de anotações nos prontuários.

## CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se que as síndromes hipertensivas associada à gestação foi a maior causa de internamento na UTI materna. Referente às características dessas mulheres, a maioria era jovem, com média de 27 anos, primigestas, procedentes do interior de Alagoas, e com baixo grau de escolaridade. O parto prematuro (abaixo de 37 semanas) foi frequente 54,3% dos casos e, independentemente da idade gestacional, o tipo de parto mais realizado foi a cesariana, em 94,7% das pacientes.

A duração de internamento foi 1-31 dias, com média de 4 dias. No que diz respeito a situação de alta a frequência global que receberam alta para a enfermaria com condição clínica estável foi alta. Sendo a taxa de óbito materno 5,7%.

Conclui-se o quando a assistência obstétrica no estado de Alagoas precisa avançar para diminuir o número de óbitos maternos, e reduzir a taxa de cesárea mesmo em uma instituição referência para gestação de alto risco. É preciso profissionais e serviços qualificados para identificar precocemente alterações no ciclo gravídico puerperal, para assim evitar complicações que levem ao internamento na UTI, e consequências drásticas de morbi-mortalidade materna.

É válido ressaltar a relevância da assistência pré-natal de qualidade, de fácil acesso, pois é de suma importância para o reconhecimento precoce dos fatores de risco que levam a morbidade e mortalidade materna, permitindo, dessa forma, que intervenções apropriadas sejam implementadas. Ao priorizar a atenção básica, as causas previsíveis e evitáveis serão reduzidas e com isso a diminuição das complicações e o número de internações na UTI materna. É notório também a relevância da Unidade de Terapia Intensiva específica para a mulher no ciclo gravídico puerperal. Isso ajuda na melhoria da qualidade da assistência e principalmente a redução da morbimortalidade dessas pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Santos AG, Neto AMC, Nery IS. Assistência de enfermagem a mulheres com necessidades de cuidados intensivos durante o ciclo gravídico-puerperal. *Revista Rede de Cuidados em Saúde* [Internet]. 2016 [Cited 2017 Apr 30]. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/view/2707>.
2. Amorim MMR, Katz L, Ávila MB, Araújo DE, Valença M, Albuquerque CJM, et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2006;6(Supl. 1): s55-s62. [Cited 2017 Apr 16]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-).
3. Coelho MAL, Katz L, Coutinho I, Hofmann A, Miranda L, Amorim M. Perfil de mulheres admitidas em uma UTI obstétrica por causas não obstétricas. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet] 2012 [Cited 2017 Jan 20];58(2):160-7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012704906>.
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8.a ed. São Paulo: Edusp; 2000.
5. Carvalho ML, Almeida CAL, Marques AKL, et al. Prevenção da mortalidade materna no pré-natal: uma revisão integrativa. *R. Interd.* v. 8, n. 2, p. 178-184, abr. mai. jun. 2015 [Internet] 2015. [Cited 2017 Jan 27] Available from: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/733>.
6. Ruiz MT, Wysocki AD. Editorial: Meta do milênio para a mortalidade materna: onde vamos chegar? *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2016 [Cited 2017 Jan 09]. 15(3):114-5. Available from: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/175/1543>.
7. Dias JMG, Oliveira APS, Cicolotti R, Monteiro BKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. *Rev Médica de Minas Gerais* [Internet]. 2015 [Cited 2017 Feb 10]. V 25.2. Available from: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>.
8. Medeiros TMC, Araújo KRS, Passos AC, et al. Perfil clínico epidemiológico das pacientes admitidas na unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade pública. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [Internet]. 2015 [Cited 2017 Jan 24] Vol.06, N°. 02, p. 1601- 12. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11455>.
9. BRASIL, NOTA TÉCNICA 31 2012- CONASS [Internet]. 2012 [Cited 2017 Apr 02]. Available from: [http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-31\\_2012-Atenc%C3%A7%C3%A3o-a%20Saude-Gestac%C3%A7%C3%A3o-de-Alto-Risco-final.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-31_2012-Atenc%C3%A7%C3%A3o-a%20Saude-Gestac%C3%A7%C3%A3o-de-Alto-Risco-final.pdf).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de informática do sistema único de saúde - DATASUS [Internet]. [Cited 2017 Mar 20]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pmat10uf.def>.

# ANÁLISE DESCRITIVA DA TEORIA AMBIENTALISTA DE ENFERMAGEM

Clarissa Maria Bandeira Bezerra<sup>1</sup>, Bárbara Coeli Oliveira da Silva<sup>1</sup>, Richardson Augusto Rosendo da Silva<sup>1</sup>,  
Milva Maria Figueiredo de Martino<sup>1</sup>, Akemi Iwata Monteiro<sup>1</sup>, Bertha Cruz Enders<sup>1</sup>

**Objetivo:** descrever a teoria ambientalista de Florence Nightingale com base no modelo de avaliação de Meleis. **Metodologia:** trata-se de um estudo teórico reflexivo, elaborado em 2015, a partir de literatura pertinente e a descrição do modelo de avaliação de teorias de Meleis, nos componentes estruturais e funcionais. **Resultados:** a teoria apresenta conceitos de ser humano, ambiente, saúde e enfermagem, tendo como foco principal o controle do meio ambiente. A ação do enfermeiro no trato do enfermo implementada dentro de um ambiente saudável constitui sua principal proposição para a enfermagem. **Conclusões:** a teoria ambientalista é uma teoria usual e sempre atual, não apenas pelo que é descrito sobre a higiene, micro-organismos, sujidades e no tratamento dos doentes, mas pela aplicabilidade na prática de enfermagem com relação ao ser humano, ambiente e saúde. A teoria detém conceitos fundamentais da Enfermagem.

**Descritores:** Teoria de Enfermagem, Meio Ambiente, Enfermagem, Análise.

## DESCRIPTIVE ANALYSIS OF THE ENVIRONMENTALIST NURSING THEORY

**Objective to describe the Environmental Theory of Florence Nightingale based on Meleis' model for theory evaluation. Methodology:** this is a reflective theoretical study conducted in 2015, using pertinent literature and the structural and functional components of the descriptive phase of Meleis' model of theory evaluation to examine the theory. **Results:** the theory presents the concepts human being, environment, health and nursing, while focusing on environment control. Nursing action in the treatment of patients implemented in a healthy clean environment constituted the main theoretical proposition for nursing. **Conclusions:** the Environmental Theory is basic and current, not only because of its description of hygienic actions, micro-organisms, and unsanitary conditions that must be considered in caring for patients, but because of its applicability in nursing practice in relation to the person, environment and health. The theory contains concepts that are fundamental to Nursing.

**Descriptors:** Nursing Theory, Environment, Nursing, Analysis.

## ANÁLISIS DESCRIPTIVA DE LA TEORÍA AMBIENTALISTA DE ENFERMERÍA

**Objetivo:** describir la Teoría Ambientalista con base en el modelo de evaluación propuesto por Meleis. **Metodología:** es un estudio teórico reflexivo, realizado en 2015, a partir de la literatura y la parte descriptiva del modelo de evaluación de teoría de enfermería de Meleis, en la estructura y funcionamiento. **Resultados:** la teoría presenta conceptos de ser humano, medio ambiente, salud y enfermería, centrándose en el medio ambiente. La principal proposición de enfermería de la teoría dice que la acción de la enfermera en el trato de enfermos se hace en un medio ambiente saludable. **Conclusiones:** la teoría ambientalista es una teoría siempre actual, no solamente porque describe la higiene, los microorganismos e las condiciones insalubres que deben ser consideradas, pero también por su aplicabilidad en la práctica de enfermería con el ser humano, medio ambiente y la salud. La teoría tiene conceptos fundamentales de Enfermería.

**Descriptor:** Teoría de Enfermería, Medio Ambiente, Enfermería, Análisis.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

## INTRODUÇÃO

A questão do ambiente no cuidado foi visto por Florence durante a guerra da Crimeia, ao perceber que o externo, o contexto que envolvia os soldados feridos, interferia diretamente no processo da recuperação da saúde destes. Com a percepção ampliada, também observou que havia redução de mortes, quando medidas para prevenir infecção eram realizadas, como a lavagem das mãos antes e após providenciar o cuidado. Essas observações são válidas e fundamentam a prática da enfermagem até os dias atuais<sup>1,2</sup>.

Contudo, Florence não só desenvolveu uma visão abrangente dos cuidados aos pacientes, mas também ampliou a ideia da ambiência como importante para o cuidado. Ela indicava a necessidade de um local organizado onde se pudesse lavar os materiais utilizados, cozinhar, e guardar materiais, hoje conhecidas como áreas de lavanderia, cozinha e almoxarifado<sup>3</sup>.

Desse modo, a preocupação com o ambiente e o desenvolvimento de suas técnicas e resultados inovadores subsidiou a Florence um esboço de uma teoria, embora ainda como proposições para a prática. Na medida em que a proposta de Florence foca no ambiente da assistência à saúde dos indivíduos, possui relevância teórica para os diversos campos da prática da atualidade. Torna-se importante conhecer a teoria, quanto a sua utilidade nos contextos da prática atuais.

No entanto, a ideia de conhecer uma teoria e sua utilidade parte do entendimento de que as teorias são a junção de conceitos e proposições que elucidam fenômenos de interesse para a enfermagem de forma concreta<sup>6,7</sup>. Estudos afirmam que as teorias de enfermagem apresentam concepções e delimitações para tornar o cuidado organizado. Ainda, embasando a ideia da teoria encontra-se o metaparadigma, que reúne os conceitos de pessoa, enfermagem, ambiente e saúde para demonstrar a função da assistência e os procedimentos que devem ser praticados<sup>8,9</sup>.

Assim sendo, as teorias são norteadoras dos enfermeiros na prática e, portanto, devem ser analisadas nos três âmbitos de atuação da enfermagem, assistência, ensino e pesquisa. Logo, devem ser organizadas e fundamentadas em critérios para que os estudos de enfermagem sejam respaldados por teorias de enfermagem<sup>10</sup>. Podem ser analisadas para atestar de forma organizada sua eficácia como provedora de conhecimento científico. Diversos estudiosos desenvolveram formas de análise da teoria de enfermagem baseados em utilidade, significado, origens, entre outros<sup>11,12</sup>.

O objetivo deste estudo foi descrever a teoria ambientalista de Florence Nightingale com base no modelo de avaliação descrito por Meleis, que tem como objetivo explicitar os principais componentes da estrutura de uma teoria<sup>13</sup> como primeiro passo para sua avaliação na prática.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico reflexivo, desenvolvido na disciplina de Conhecimento Teórico da Enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no segundo semestre de 2015.

Utilizou-se como referencial analítico os aportes do Modelo de Avaliação de Teorias proposto por Meleis<sup>13</sup>. Este Modelo é dividido nos seguintes segmentos: descrição, análise, crítica, teste e apoio. Dentre as etapas mencionadas, optou-se por trabalhar com a descrição, uma vez que essa fase é responsável por identificar informações conceituais, relacionadas às ideias fundamentais de uma teoria que permitem visualizar a sua possível utilidade.

Durante a etapa da descrição, é examinado detalhadamente os componentes estruturais e funcionais da teoria. Os componentes estruturais envolvem os pressupostos (implícitos e explícitos), seus conceitos e as proposições<sup>13</sup> que organizam a teoria. Os componentes funcionais, são analisados por meio de questões centrais sobre a Enfermagem como disciplina que a teoria explica. Ou seja, visa-se compreender a sua utilidade, operacionalidade conforme a teorista específica.

O estudo se desenvolveu em três etapas. Na 1ª etapa, foi realizado o levantamento de artigos que utilizaram a Teoria Ambientalista; na 2ª etapa, foi feita a leitura do livro intitulado "Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é" de Florence Nightingale<sup>5</sup>, além da reflexão acerca dos artigos que possuem componentes do modelo teórico em sua relação com os princípios de Meleis; na 3ª etapa, foi feita a descrição da teoria segundo Meleis<sup>13</sup>.

As questões analíticas elegidas para a análise descritiva da teoria, são avaliadas a seguir, em cada categoria de análise (componentes estruturais e funcionais).

## RESULTADOS

### COMPONENTES ESTRUTURAIS DA TEORIA AMBIENTALISTA

Realizando a descrição da teoria, os primeiros componentes a serem verificados são os estruturais, os quais são divididos em três itens: o primeiro, averigua as pressuposições da teoria ambiental. Pressupostos ou pressuposições advêm de dados, anteriormente determinados, baseados em fatos reais que foram provados, são verdadeiros, ou que podem ser testados para serem provados. As pressuposições podem ser divididas como forma de origem, em duas modalidades; a explícita, que é descritiva pela autora, e a implícita, que surge dos questionamentos e dúvidas dela<sup>13</sup>.

De acordo com estudos realizados, Florence partiu de pressupostos para realização de seu trabalho. Por exemplo,

ela propôs que para uma casa ter seres saudáveis deveria possuir cinco itens; ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz. Ela citou que os edifícios deveriam ser construídos com base nessas necessidades. Dessa forma, as residências onde continha os enfermos e a relação com os familiares, todas essas alíneas deveriam estar presentes<sup>5</sup>. Ao refletir sobre essas ideias, chega-se a pensar que nelas se insere o pressuposto de que a saúde do ser humano e o ambiente saudável são elementos essenciais da vida.

Quanto aos conceitos, devem ser analisadas a compreensão e apresentação, quais suas abrangências e limitações. Atenta-se para a consideração de conceitos se são primitivos, originais, formulados para uma determinada teoria ou se derivam de alguma outra, previamente lançada, mas com uma abordagem diferenciada<sup>13</sup>.

Como teoria, a proposta de Florence envolve quatro conceitos que o profissional de enfermagem deve levar em consideração no cuidar. O primeiro conceito define o homem indivíduo, como capaz de interferir em sua doença; o segundo, indica que é a enfermagem que proporciona a circunstância da ação da natureza; o terceiro, tem como base teórica a saúde/doença em que deve haver a melhora; por fim o quarto, refere a sociedade/ ambiente como condições externas que interferem na vida e na pessoa, sendo que o cerne deste conceito encontra-se na aeração, ventilação, cheiro, ruídos e luminosidade<sup>4</sup>.

O último item dos componentes estruturais são as proposições. Na verificação destas, deve-se levar em consideração que a proposição é uma explicação, que expõe as características e a grandeza de uma concepção. As proposições juntam duas ou mais concepções para elucidá-las e justificá-las. Proposições podem ser divididas em dois tipos, de acordo com a utilidade: existencial, que elucida o acontecimento e a comprovação deste; e a relacional, que envolve a conexão dos vários tipos de proposições<sup>13</sup>.

A seguir, alguns exemplos das proposições relacionados aos conceitos abordados nos escritos de Florence: dos conceitos de ventilação e aquecimento, surge a proposição de manter temperatura moderada; do conceito de condições sanitárias das casas, propõe manter o ar e a água puros. A partir do conceito de gestão básica de atividades, propõe que se um quarto está abandonado, pode contaminar toda a habitação; do conceito de ruído, sugere que os ruídos são desnecessários; do conceito de variedades, propôs a cor e a forma como instrumentos de recuperação. Embasada no conceito de alimentação, propôs que em casos de doença crônica, muitas vezes, os doentes morrem desnutridos; sobre o conceito de que tipos de alimentos propõe que a observação e não a química deve decidir a dieta do doente. Dos conceitos das camas e roupas de cama, surge a proposição de que a

cama não deve ser muito alta; com relação ao conceito de iluminação, propõe que a iluminação é essencial à saúde e à recuperação do doente. O conceito de limpeza de quarto e paredes é exemplificado pela sujidade dos tapetes; do conceito de higiene pessoal, propôs que o arejamento e a limpeza da pele são igualmente essenciais. A concepção de observar dos doentes como conceito inserido na utilidade da pergunta: está melhor?<sup>5</sup>.

## COMPONENTES FUNCIONAIS DA TEORIA AMBIENTALISTA

Quanto à primeira questão proposta por Meleis ao descrever a função de uma teoria, é: que se refere ao foco? Ou seja, a quem a referida proposta está dirigida. No caso da teoria de Florence, pode-se afirmar que ela está direcionada para o cuidado de enfermagem ao ser humano e sua interação com o meio ambiente<sup>5</sup>.

No tocante às definições que a teoria apresenta, há quatro conceitos principais (humano, ambiente, saúde e enfermagem) que combinam em uma ampla visão de mundo, na qual deve ser contextualizada ao profissional de enfermagem. O controle do ambiente é o conceito principal nos escritos de Nightingale, mediante as condições e influências externas que comprometem a vida e o desenvolvimento do organismo, capazes de preceder, eliminar ou colaborar para a saúde<sup>(5,14)</sup>.

A definição deixa evidente que tudo que se encontra ao redor do sujeito vai influenciar e determinar as condições de saúde e sua recuperação<sup>2</sup>. No que concerne a indicação de intervenção, a teoria traz que o cuidado de enfermagem deve ser focado na importância da higiene ambiental. Para Florence, limpeza, ar fresco, aspectos sanitários, conforto e socialização são necessários para cura. Sendo necessário um controle deste ambiente por meio de observação e supervisão rigorosa<sup>5,2</sup>.

O enfermeiro deve adequar o ambiente do paciente para regulação do nível apropriado de ruídos, nutrição, higiene, iluminação, conforto, socialização. O foco para a intervenção está em consonância com a teoria.

Nota-se a inexistência de um plano para tratar as possíveis consequências, caso a meta prevista não seja alcançada e não é claro quais seriam os resultados da ação de enfermagem.

## DISCUSSÃO

Consoante com a sua origem, as convicções expressas pela Florence sobre a maneira dos enfermeiros tratarem dos doentes hospitalizados, no final do século XIX, não se estruturaram com afirmativas definidoras de pressupostos, conceitos e proposições. As suas ideias de cuidado de enfermagem foram expressas em forma de regras e normas a serem seguidas pelo enfermeiro ao tratar os pacientes. Contudo, essas ideias constituem a filosofia de Florence

sobre a saúde e a forma que o enfermeiro deverá agir para colocar a pessoa sob seus cuidados na melhor condição para que a natureza atue sobre ela<sup>15</sup>.

Com relação aos pressupostos, embora não especificados como tal, os princípios da ação que deveriam ser implementados ao realizar as técnicas de enfermagem junto aos pacientes são considerados como as crenças que fundamentam a prática da assistência até os dias atuais<sup>13</sup>.

Com relação ao segundo componente da estrutura, Florence discutiu os conceitos, ser humano, ambiente, saúde e enfermagem ao expor sua visão de como deveria ser o cuidado. O profissional de enfermagem deveria interagir com o paciente e modificar o ambiente do cuidado de tal forma que possa se promover a saúde deste. Nessa perspectiva do cuidar, a autora integra os conceitos, hoje conhecidos como os conceitos de suporte à prática de enfermagem, ambiente, ser humano e saúde. Dessa forma, a teórica pode ser considerada com pensamentos a frente de seu tempo, pois esses conceitos, com mais de cento e cinquenta anos, foram discutidos no metaparadigma da enfermagem<sup>11</sup>.

Em seu trabalho, Florence elaborou os conceitos que posteriormente foram bases de sua teoria. A sua contribuição para a evolução da enfermagem como profissão, para o conhecimento científico e para as bases filosóficas de enfermagem, compõe o seu legado<sup>16</sup>. Contudo, o principal conceito contido nos escritos desta foi o de controle do ambiente, pertinente para todo cuidado de enfermagem em todos os tempos.

Esses conceitos fundamentaram as proposições que podem ser vistas em sua obra. Essas ideias surgiram de forma bem específica em sua relação com as ações do cuidado do enfermeiro. A maioria diz respeito às ações do enfermeiro na sua interação com o paciente, modificando o ambiente de tal forma que possa se promover a saúde deste. Em essência essas propostas de ação constituem os fundamentos para qualquer um que exerce o cuidado de alguém.

Com base nessas ideias da teórica, pode-se afirmar que a funcionalidade da teoria diz respeito à acomodação do

contexto do cuidado para o bem-estar do paciente e dessa forma promover a sua saúde. A sua utilidade engloba a ideia de que o cuidado perpassa por técnicas e intervenções, mas sua principal operacionalização é orientada para um ambiente saudável e propício de cuidado. Algo que todo profissional de enfermagem pode implementar na sua rotina de cuidado.

Nessa perspectiva, a profissão de enfermagem volta-se para o cuidar subsidiado na higiene ambiental, pois é nesse contexto que surgem os efeitos exteriores com capacidade de evitar, minimizar ou intensificar a doença que pode levar a óbito. Vê-se que os achados de Florence foram eficazes e que na atualidade devem se aliar ao desenvolvimento tecnológico e técnico-científico para o progresso da profissão<sup>5,2</sup>.

## CONCLUSÕES

Observa-se que os escritos de Florence são um marco da Teoria Ambiental. Mesmo sem a intenção, tornou-se uma teoria usual e sempre atual, não apenas pelo que é descrito sobre a higiene, microrganismos, sujidades e no tratamento dos doentes, mas pela aplicabilidade na enfermagem com a relação, ser humano, ambiente e saúde. A aludida teoria detém conceitos fundamentais da Enfermagem.

A análise descritiva da teoria ambientalista proporcionou aprofundamento acerca dos componentes estruturais (pressupostos, conceitos, proposições) e funcionais, mostrou-se também aplicável. A utilização da teoria de enfermagem enobrece a identidade profissional do enfermeiro.

O modelo de avaliação de teorias proposto por Meleis mostrou que pode ser utilizado parcialmente para conhecer melhor uma teoria. O avaliador pode optar por qualquer das etapas: descrição, análise, crítica ou teste.

O presente artigo auxilia na produção do conhecimento a respeito dessa temática e procura estimular a construção de novos trabalhos sobre o assunto específico na profissão.

## REFERÊNCIAS

1. Alves AIG, Rabiais ICM, Viveiros AM, Freitas CMR. Prevention and control of infection: an advanced nursing practice. *Int J Nurs [Internet]*. 2016 [cited 2017 Jan 23];3(1):81-88. Available from: [http://ijnnet.com/journals/ijn/Vol\\_3\\_No\\_1\\_June\\_2016/10.pdf](http://ijnnet.com/journals/ijn/Vol_3_No_1_June_2016/10.pdf).
2. Aragão JHA. Os pressupostos nightingaleanos na prática hospitalar: subsídios para a enfermagem. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. 2017 [cited 2017 Out 13];11(Supl. 4):1625-33. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15258/18051>.
3. Cavalcante AKCB, Rocha RC, Nogueira LT, Avelino FVSD, Rocha SS. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Rev. Cubana Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2017 Fev 10];31(4). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>.
4. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
5. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.
6. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. New York, USA: Sage Publications; 2014.
7. Feldman HR. Estrutura teórica. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 75-86.
8. Ramalho Neto JM, Marques DKA, Fernandes MGM, Nóbrega MML. Meleis' nursing theories evaluation: integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016 [cited 2017 Fev 15];69(1):174-81. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en\\_0034-7167-reben-69-01-0174.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0174.pdf).
9. Queirós PJP. Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em enfermagem. *Rev Enf Ref [Internet]*. 2014 [cited 2017 Fev 13];IV(2):29-40. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a04.pdf>.
10. Piccoli T, Nunes SFL, Tramontina PC, Juliane RTO, Santos EKA, Amante LN. Refletindo sobre algumas teorias de enfermagem a partir do modelo de avaliação de meleis. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2017 Jan 15];20(2):437-42. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37891/25558>.
11. McEwen M. Theory analysis and evaluation. In: McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 3th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 119-34.
12. Walker LO, Avant KC. *Strategies for Theory construction in nursing*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2011.
13. Meleis AI. *Theoretical nursing: development and progress*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
14. Souza MAR, Wall ML, Chaves ACM, Lima DM, Santos BA. Poder vital e o legado de Florence Nightingale no processo saúde-doença: revisão integrativa. *J Res Fundam Care Online [Internet]*. 2017 [cited 2017 Out 13];9(1):297-301. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4348/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4348/pdf_1).
15. Haddad VCN, Santos TCF. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da Escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). *Esc Anna Nery [Internet]*. 2011 [cited 2017 Out 24];15 (4):755-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4.pdf>.
16. Frello AT, Carraro TE. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2013 [cited 2017 Out 24];17(3):573-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0573.pdf>

## PROCESSO DE SUBMISSÃO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.portalcofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores. Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores. Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo. Podem ser submetidos artigos originais e artigos de revisão.

### FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

#### Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas opinativas ou analíticas.

#### Artigos de revisão

Estudos de revisão integrativa da literatura, de revisão sistemática com ou sem metanálise.

Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

#### Identificação do manuscrito

**Título:** conciso e informativo;

**Autoria:** nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito;

**Idioma:** serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

**Limite de palavras:** o número máximo de palavras é de 3.500, incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol) e referências;

**Formatação:** papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

**Resumo e descritores:** o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos

idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS-Lilacs", elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading - MeSH (acessível em [www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh)). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo;

**Ilustrações:** as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estar após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos;

**Limitações do estudo:** posicionados no final da discussão.

**Referências:** as referências estão limitadas a 25, apresentadas no formato Vancouver Style ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas, e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

**Agradecimentos e Financiamento:** posicionados no fim do texto;

**Aspectos éticos:** manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

**Transferência de direitos autorais:** os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista (modelo 2).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.