



# Enfermagem

ISSN 2357.707X

REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

em Foco



VOLUME 11, NÚMERO 4

# CORPO DIRETOR DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO



**Manoel Carlos Neri da Silva**

*Diretor presidente*

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



**Isabel Cristina Kowal Olm Cunha**

*Editora Chefe*

Graduada, Licenciada e Habilitada em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Faculdade Adventista de Enfermagem (1975/1976). Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1991), Doutora em Saúde Pública (1999), Livre Docência em Administração Aplicada à Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2011). Professora Associada Livre Docente Aposentada do Departamento de Administração de Serviços de Saúde e Enfermagem, e Orientadora do Corpo Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo e Vice-Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem-GEPAG. Foi Editora da Revista Paulista de Enfermagem e da Revista Brasileira de Enfermagem e é parecerista em diversos periódicos nacionais e internacionais. Membro da Câmara Técnica de Atenção à Saúde do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Atuou como professora, coordenadora e diretora de cursos em faculdades particulares e foi Pró-Reitora de Administração (2015-2017) na UNIFESP. Tem experiência na área de Enfermagem Hospitalar, Gerência de Serviços de Saúde e Educação.



**Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto**

*Editor Associado*

Graduado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA (1996), Especialização em Administração de Serviços de Saúde pela UNAERP (1997), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela UVA (1997), Especialização em Educação Profissional em Saúde: Enfermagem-FIOCRUZ (2002), Título de Especialista em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn (2003), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE (2007). Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem/Universidade Federal de São Paulo. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do Mestrado em Saúde da Família pela RENASF/UVA/FIOCRUZ e do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG) da UNIFESP e do Observatório de Pesquisas para o SUS da UVA. Membro da Red de Enfermería Comunitaria e Atención Primaria de la Salud (APS) de las Americas e da ABRASCO. Pesquisador com publicações em revistas nacionais e internacionais.



**Carlos Leonardo Figueiredo Cunha**

*Editor Associado*

Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Maranhão (2003). Especialização em Saúde da Família, Formação Pedagógica e Planejamento, Programação e Políticas de Saúde. Mestrado em Saúde Materno Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (2010). Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - IESC/UFRJ (2016). Consultor Ad Hoc da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA). Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), na área de Gestão em Serviços de Saúde. Professor Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará (UFPA)



**Luciano Garcia Lourenço**

*Editor Associado*

Enfermeiro, graduado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP (2002). Possui Mestrado (2006) e Doutorado (2009) em Ciências da Saúde pela FAMERP; experiência no ensino de graduação e pós-graduação em diferentes cursos, especialmente Enfermagem e Medicina, em disciplinas da área de epidemiologia e saúde pública; experiência em gestão de cursos de graduação e pós-graduação Lato Sensu e gestão de Serviço Municipal de Vigilância Epidemiológica, em município de grande porte do interior paulista. Atualmente, é Professor Titular-Livre na Escola de Enfermagem e Orientador no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (EEnf/FURG); e Orientador de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FAMERP. Atua como Avaliador do Basis (Banco de Avaliadores) do INEP/MEC desde 2011. Realiza pesquisas na área de epidemiologia e saúde pública, com foco na saúde do trabalhador.



**José Luis Guedes dos Santos**

*Editor Associado*

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2007), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2010) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2014), com período sanduiche na Kent State University College of Nursing (EUA). É Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e líder do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES da UFSC. É Coordenador de Divulgação e Visibilidade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro associado da Mixed Methods International Research Association (MMIRA) e Board Member do Forum for Shared Governance. Realiza pesquisas na área de Gestão e Gerenciamento em Enfermagem e Saúde.



**Neyson Pinheiro Freire**

*Editor de Comunicação e Publicação*

Possui MBA em Gestão Pública pela Uniderp. Graduação em Tecnologia em Gestão Pública pela Universidade Anhanguera. Jornalista (Registro 0011083/DF). Mestrando em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Membro da Comissão de Pós-Graduação Stricto Sensu do Cofen. Membro da Comissão Editorial da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Fiocruz/Cofen). Gestor dos Contratos de Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu (Cofen/CAPES/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Pesquisa Perfil de Competências Gerenciais de Enfermeiros. Gestor do contrato da Pesquisa Práticas de Enfermagem no contexto da Atenção Primária à Saúde (Cofen/UnB). Membro do Grupo de Trabalho da Campanha Nursing Now Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Profissão, Trabalho e Saúde (Fiocruz). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Enfermagem - GEPAG (Unifesp). Editor de Comunicação e Divulgação Científica da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Atualmente é Coordenador da Assessoria de Comunicação do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. Escreve, publica e pesquisa sobre boas práticas de comunicação, políticas públicas, gestão pública, governança, competências e mídias digitais.

06

Editorial

**DESAFIOS DA PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A PRÓXIMA DÉCADA**

Alacoque Lorenzini Erdmann

07

Artigo 1 - Original

**VALIDAÇÃO DO APLICATIVO HELPTEEN PARA PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES**

Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Yanka Alcântara Cavalcante, Gabriel Pereira Maciel, Milena Melo Vieira, Paulo Roberto Lopes, Joyce Mazza Nunes Aragão, Iane Ximenes Teixeira, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

15

Artigo 2 - Original

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E OS ESTRESSORES DA PUNÇÃO VENOSA PEDIÁTRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Paula Krempser, Célia Pereira Caldas, Cristina Arreguy-Sena, Laércio Deleon de Melo

22

Artigo 3 - Revisão Narrativa

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES DE ALTO RISCO: AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS EM FOCO**

Celma Aparecida Barbosa dos Santos, Janaína Cristina Pasquini de Almeida, Leticia Yamawaka de Almeida, Jaqueline Lemos de Oliveira, Vanessa Pellegrino Toledo, Jacqueline de Souza

29

Artigo 4 - Original

**PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO**

Conceição de Maria Farias Sousa, Maria Adelane Monteiro da Silva, Ana Jessyca Campos Sousa, Guilherme Frederico Abdul Nour, Andrea Carvalho Araújo Moreira

35

Artigo 5 - Original

**PERFIL DE USUÁRIOS ESTOMIZADOS ATENDIDOS EM UM DEPARTAMENTO DE ÓRTESES E PRÓTESES**

Jacy Aurelia Vieira de Sousa, Morgana Matias da Rosa, Caroline Gonçalves Pustiglione Campos, Elaine Cristina Antunes Rinaldi

41

Artigo 6 - Original

**ASPECTOS RELACIONADOS ÀS INTERNAÇÕES POR INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS**

Flávia Daniele de Alencar Medeiros, Monaliza de Goes e Silva, Jaqueline Carvalho e Silva Sales, Samila Gomes Ribeiro, Fernando José Guedes da Silva Júnior, Adriana da Cunha Menezes Parente

49

Artigo 7 - Revisão Integrativa

**POSICIONAMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Yndiara Kássia da Cunha Soares, Paula Oliveira Santos

58

Artigo 8 - Original

**PREVALÊNCIA DE LESÕES POR FRICÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER E FATORES ASSOCIADOS**

Chrystiany Plácido de Brito Vieira, Thalita Alves Teixeira, Telma Maria Evangelista de Araújo, Fernando José Guedes da Silva Júnior, Francisca Tereza de Galiza, Átila Sâmia Oliveira Rodrigues

66

Artigo 9 - Original

**VIVÊNCIA DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DIANTE DA RESPONSABILIDADE NO CUIDADO À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA**

Larissa Coelho Barbosa, Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos, Rudval Souza da Silva, Darci de Oliveira Santa Rosa

72

Artigo 10 - Original

**ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DO MANEJO DE SINTOMAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Karine Marques Costa dos Reis, Cristine Alves Costa de Jesus

79

Artigo 11 - Revisão Integrativa

**EVIDÊNCIAS DOS EFEITOS ADVERSOS NO USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS EM MULHERES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Pablo Luiz Santos Couto, Alba Benemerita Alves Vilela, Antônio Marcos Tosoli Gomes, Luana Costa Ferreira, Maria Luísa Pereira Neves, Samantha Souza da Costa Pereira, Cleuma Sueli Santos Suto, Cinoélia Leal de Souza

87

Artigo 12 - Revisão Integrativa

**TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO**

Andrea Márcia da Cunha Lima, Carmem Silvia Laureano Dalle Piagge, Antônia Lêda Oliveira Silva, Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, Cláudia Batista Mélo, Selene Cordeiro Vasconcelos

95

Artigo 13 - Relato de Experiência

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: FERRAMENTA DE SUPERAÇÃO DO GAP TERAPÊUTICO EM SAÚDE MENTAL**

Francisco João de Carvalho Neto, Maria da Glória Sobreiro Ramos, Mayla Rosa Guimarães, Aline Raquel de Sousa Ibiapina, Ana Paula Cardoso Costa, Rávida da Rocha Lima Silva, Lany Leide de Castro Rocha Campelo, Girzia Sammya Tajra Rocha

100

Artigo 14 - Original

**PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA SOBRE A LEI MARIA DA PENHA**

Brenda Dantas Ferraz, Selma Aparecida Silva, Ivandira Anselmo Ribeiro Simões

106

Artigo 15 – Relato de Experiência

**(DES)CONSTRUÇÕES DE CONHECIMENTOS NA SAÚDE MENTAL POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM**

Débora Gomes da Rocha, Émilly Giacomelli Bragê, Lahanna da Silva Ribeiro, Domênica Bossardi Ramos, Lauren Ruas Vrech, Annie Jeanninne Bisso Lacchini

111

Artigo 16 – Original

**SIGNIFICADO DE VIDA NO TRÂNSITO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEMBROS DA REDE VIDA NO TRÂNSITO**

Mirela Schmidt Virgílio, Eliane Regina Pereira do Nascimento, Patrícia Madalena Vieira Hermida, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, Keyla Cristine do Nascimento, José Luís Guedes dos Santos

119

Artigo 17 – Original

**AVALIAÇÃO DOS RISCOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

João Carlos Pereira Angeli, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha

128

Artigo 18 – Original

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Ana Patrícia Firmino, Andréa Carvalho Araújo Moreira, Francisco Wellington Dourado Júnior, Francisca Alanny Rocha Aguiar, Danielle Rocha do Val

136

Artigo 19 – Original

**EVENTOS ADVERSOS E FATORES RELACIONADOS NO DIA DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTIICAS**

Andressa Gomes Melo, Juliana Bastoni da Silva

144

Artigo 20 – Original

**CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO REESTRUTURADO**

Amparito del Rocío Vintimilla Castro, Ana Paula Almeida

153

Artigo 21 – Original

**AVALIAÇÃO DO DEBRIEFING NA SIMULAÇÃO CLÍNICA NO ENSINO EM ENFERMAGEM**

Maria Ercília Chagas, Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila, Fernanda Garcia Bezerra Gôes, Giovanna Martins de Salvo, Roberto Carlos Lyra da Silva, Verônica Rita Dias Coutinho

161

Artigo 22 – Original

**VIVÊNCIAS DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Ana Paula de Magalhães Barbosa, Fátima Helena do Espírito Santo, Rodrigo Leite Hipólito, Isabelle Andrade Silveira, Rachel Cardoso da Silva

167

Artigo 23 – Original

**CARACTERIZAÇÃO DA RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTES EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE HOSPITAL GERAL**

Karoliny Cavalheiro da Silva, Marcio Roberto Paes, Tatiana Brusamarello

174

Artigo 24 – Original

**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: AÇÕES REALIZADAS E DESAFIOS PARA PRÁTICAS SEGURAS**

Thais Santos Pinheiro, Érica Toledo de Mendonça, Andréia Guerra Siman, Camilo Amaro de Carvalho, Fernando Pacheco Zanelli, Marilane de Oliveira Fani Amaro

181

Artigo 25 – Original

**AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA**

Ana Elza Oliveira de Mendonça, Marina Martins Teixeira, Isabel Pires Barra, Jéssica Mayara de Medeiros Tavares, Natália Ramos Costa Pessoa, Viviane Peixoto dos Santos Pennafort

188

Artigo 26 – Original

**CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA: PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO INTENSIVA NEONATAL**

Higor Pacheco Pereira, Débora Maria Vargas Makuch, Junia Selma Freitas, Izabela Linha Secco, Mitzy Tannia Reichembach Danski

194

Artigo 27 – Original

**SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ENDOVENOSO**

Cristina Oliveira da Costa, Thais Lima Vieira de Souza, Érica Oliveira Matias, Sabrina de Souza Gurgel, Rafaela de Oliveira Mota, Francisca Elisângela Teixeira Lima

202

Artigo 28 – Original

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DO NORTE DO BRASIL**

Natalia Bianchini Dodo, Josimeire Cantanhêde de Deus, Priscilla Perez da Silva Pereira, José Juliano Cedaro

208

Artigo 29 – Revisão de Literatura

**CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL**

Beatriz Boleta Fernandes, Carla Luzia França Araújo

214

Artigo 30 – Original

**CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: CONHECIMENTO DA EQUIPE CIRÚRGICA**

Sheila Mara Pereira dos Santos, Melissa Bonato, Eusiene Furtado Mota Silva

# DESAFIOS DA PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A PRÓXIMA DÉCADA

Alacoque Lorenzini Erdmann <https://orcid.org/0000-0003-4845-8515>

As políticas e estruturas dos Programas de Pós-graduação Stricto Sensu para a formação de mestres e doutores, no Brasil e em outros países, vêm sendo objeto de acompanhamento e apresenta perspectivas de mudanças bastante significativas, diante da realidade vivida nos últimos tempos, especialmente em decorrência da Pandemia de Covid-19.

Observa-se um importante avanço da ciência, da tecnologia e da inovação na promoção do desenvolvimento humano, político, econômico, social, cultural, ambiental e educacional, num momento de transição da era moderna para a contemporânea. Isso culmina com o desafio de acelerarmos nosso ritmo interativo, produtivo, participativo e colaborativo, rumo a novos modos de viver, ser e compreender a dinâmica do universo.

Nesse contexto, a Enfermagem trilha seu caminho em um turbilhão de demandas. Como era, não voltará a ser! Assim, quais serão as mudanças? Talvez impliquem em quebrar barreiras da profissão, especialmente as políticas e culturais, para poder mostrar sua força e seu grande potencial, já consolidado no domínio da atenção à saúde da sociedade, bem como, da formação de mestres e doutores enfermeiros, altamente qualificados e com perfis diferenciados, para melhor formar nossos novos enfermeiros e gerar ciência e tecnologias mais avançadas!

Na medida que se fortalece a formação avançada na Enfermagem, crescemos na qualificação do seu grande número de trabalhadores, para poder acompanhar os novos conhecimentos, saberes e práticas necessários para o melhor fazer da profissão.

Neste importante periódico científico do Conselho Federal de Enfermagem, encontramos possibilidades de desfrutar de leituras e contemplar esta nova tendência. É momento de pensarmos em estratégias e apoios para construirmos uma Nova Enfermagem... a Enfermagem do antes e do a partir de 2020, e que desejamos alcançar em 2025 e 2030!

Nossos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu serão mais integrados, diferenciados segundo as características culturais e vocacionais de cada região, centrados no fortalecimento e identidade da nossa disciplina de enfermagem, ciência e cuidados de enfermagem e saúde. Também serão mais integrados com as demais disciplinas e profissões da saúde e de outros campos de saberes, num exercício pleno de construção coletiva ou em redes de conhecimentos e tecnologias de modo inter e transdisciplinar, e interprofissional, para melhor incorporar a diversidade, o pluralismo, a complementaridade e os antagonismos do mundo contemporâneo.

Neste momento em que já contamos com enfermeiros mestres e doutores na prática profissional e na linha de frente de trabalho, nos sistemas ou serviços de saúde, podemos nos atentar para seus diferenciais e reconhecer os frutos destes níveis de formação, conhecimentos, domínios e atitudes, os quais são vitais para a valorização e o respeito pela nossa profissão.

Com o avanço da ciência e melhor compreensão do cuidado de enfermagem e saúde, em sua singularidade, despertamos para novos modos de organizar e gerenciar o trabalho da enfermagem e para a criação de novos espaços e ambientes de cuidados. As práticas dife-

renciadas de cuidados à saúde das pessoas em outros contextos deste mundo, que cada dia mais possibilitam criar laços ou vínculos de sintonia e trocas de experiências, estão vindo a somar com outros segmentos, como aquele que já está à caminho, o de uma nova língua planetária, derivada das diversas línguas mais conhecidas de nosso planeta.

Para melhor compreender as pessoas, seu modo de viver e de ter saúde, de auxiliar na promoção dos cuidados essenciais para seu melhor viver e de garantir maior segurança de riscos e controles de sua vitalidade, os conhecimentos organizados em diversidades de núcleos se ampliam e diversificam, abrindo novos espaços para avançarmos e sermos melhores. Áreas de concentração, linhas de pesquisa ou de atuação, bases teóricas e filosóficas, éticas e políticas, evolução tecnológica da arte e técnica de cuidar alicerçado no saber científico, em congruência com o trabalho das demais profissões nos desafiam a planejar o que queremos e podemos ser, com estratégias que nos levem ao alcance de metas, na qualidade almejada.

O perfil na formação de nossos enfermeiros, mestres e doutores em Enfermagem vem tomando novas características de competências e domínios: tornando-se mais abrangente e global e, ao mesmo tempo, com maior profundidade e sustentação em novas evidências. E o mesmo vem acontecendo com o perfil dos nossos trabalhadores no campo da prática, suas competências e domínios. A educação permanente ou o aprender continuamente são parte das necessidades de capacitação para nos mantermos atualizados e capazes de fazer sempre o melhor cuidado.

A formação de doutores, cientistas da área, nos desafia a buscar novos domínios do aprender, do construir conhecimentos cada vez mais coletivos e colaborativos, e do aprofundar nossa capacidade de questionar a realidade, propondo novos caminhos ou subsídios. E a maior aproximação entre a formação do doutor acadêmico e do doutor profissional acontecerá na medida em que nossos laboratórios de estudos, pesquisas, tecnologia, inovação e gestão do conhecimento dominarem melhor a translação na geração de conhecimentos, dos básicos aos aplicados, com atores dominando as diversas etapas ou fases e tendo o raciocínio devido para aproximar, integrar e avançar nestas temáticas e objetos do nosso saber e do fazer o cuidado de enfermagem e saúde.

Conhecimentos aprofundados, práticas mais avançadas, articulação política e relação ética nos levarão a planejar estratégias desafiadoras, visionárias e empreendedoras para sustentar a nossa profissão social, científica e politicamente, no compromisso de fazermos o melhor para melhorar a saúde da sociedade e sermos coparticipes da construção de novas políticas públicas em todos os segmentos de produção e relação com o nosso cuidado, para um viver mais saudável.

Dez anos podem passar rápido, se não estivermos desafiados e organizados para aproveitarmos o momento e sonharmos um futuro bastante promissor e de destaque para a Enfermagem de nosso planeta. Potenciais é o que não nos falta! Vontade e determinação para grandes conquistas? Somos a profissão com o maior número de profissionais da área da saúde. O momento é agora, 2020!

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Pesquisadora IA do CNPq. Professora Titular e Vice-Reitora da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, SC, Brasil. Email: [alacoque.erdmann@ufsc.br](mailto:alacoque.erdmann@ufsc.br)

# VALIDAÇÃO DO APLICATIVO HELPTEEN PARA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA ADOLESCENTES

Maristela Inês Osawa Vasconcelos<sup>1</sup>

Yanka Alcântara Cavalcante<sup>1</sup>

Gabriel Pereira Maciel<sup>1</sup>

Milena Melo Vieira<sup>1</sup>

Paulo Roberto Lopes<sup>1</sup>

Joyce Mazza Nunes Aragão<sup>1</sup>

Iane Ximenes Teixeira<sup>1</sup>

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-1937-8850>

<https://orcid.org/0000-0003-0152-9216>

<https://orcid.org/0000-0002-4141-1995>

<https://orcid.org/0000-0002-8548-3755>

<https://orcid.org/0000-0003-0890-0612>

<https://orcid.org/0000-0003-2865-579X>

<https://orcid.org/0000-0002-6790-6478>

<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

**Objetivo:** Validar o aplicativo móvel HelpTeen como tecnologia educativa para prevenção da violência contra adolescentes. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de validação aplicada, com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados aconteceu no mês de agosto de 2019, em duas escolas públicas de ensino fundamental e médio de Sobral-Ceará. A validação de conteúdo e aparência foi realizada com 106 adolescentes de 14 a 18 anos. Os dados foram submetidos a estatística descritiva e expressos por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para fins de validação foi considerado o percentual mínimo de 75% de concordância para cada item. **Resultados:** os 17 itens de avaliação foram validados alcançando o referencial exigido com IVC>0,75, sendo avaliados com os menores índices, os itens: C 1.2 (=0,77) sobre se as funções eram suficientes ao alcance de objetivos; o C1.4 (=0,76) que trata do aprendizado de um novo conteúdo; C 2.3 (=0,77) quanto a quantidade apropriada de informação em cada tela; e D 1.3 (=0,77) sobre a exploração de conteúdos consistentes. **Conclusão:** Conclui-se que o aplicativo HelpTeen foi validado pelo público adolescente, embora ainda necessite aperfeiçoar algumas funções relacionadas ao aprendizado, como também no quesito da usabilidade visando maior interesse do aplicativo como ferramenta educativa para o público adolescente.

**Descritores:** Estudos de validação; Tecnologia da Informação; Ensino-aprendizagem. Saúde do Adolescente.

## VALIDATION OF THE HELPTEEN APPLICATION TO PREVENT VIOLENCE AGAINST ADOLESCENTS

**Objective:** To validate the HelpTeen mobile application as an educational technology for preventing violence against adolescents. **Method:** This is an applied research, with a quantitative approach, whose data collection took place in August 2019 in two public elementary and high schools in Sobral-Ceará. The content and appearance validation was performed with 106 adolescents (14-18 years old). The data were submitted to descriptive statistics and expressed through the Content Validity Index (CVI). For validation purposes, the minimum percentage of 75% agreement for each item was considered. **Results:** the 17 evaluation items were validated reaching the required benchmark with CVI> 0.75, and the items were evaluated with the lowest indexes: C 1.2 (= 0.77) on whether the functions were sufficient to achieve objectives; o C1.4 (= 0.76) that deals with the learning of new content; C 2.3 (= 0.77) regarding the appropriate amount of information on each screen; and D 1.3 (= 0.77) on the exploration of consistent content. **Conclusion:** It is concluded that the HelpTeen application was validated by the adolescent public, although it still needs to improve some functions related to learning, as well as in terms of usability, aiming at the greater interest of the application as an educational tool for the adolescent public.

**Descriptors:** Validation studies; Information Technology; Teaching-learning; Adolescent Health.

## VALIDACIÓN DE LA APLICACIÓN HELPTEEN PARA PREVENIR LA VIOLENCIA CONTRA LOS ADOLESCENTES

**Objetivo:** validar la aplicación móvil HelpTeen como tecnología educativa para prevenir la violencia contra los adolescentes. **Método:** Esta es una investigación aplicada, con un enfoque cuantitativo, cuya recopilación de datos tuvo lugar en agosto de 2019, en dos escuelas públicas primarias y secundarias en Sobral-Ceará. La validación de contenido y apariencia se realizó con 106 adolescentes de 14 a 18 años. Los datos se enviaron a estadísticas descriptivas y se expresaron a través del Índice de Validez del Contenido (CVI). Para fines de validación, se consideró el porcentaje mínimo de 75% de acuerdo para cada artículo. **Resultados:** los 17 ítems de evaluación fueron validados alcanzando el punto de referencia requerido con CVI> 0.75, y los ítems fueron evaluados con los índices más bajos: C 1.2 (= 0.77) sobre si las funciones eran suficientes para lograr los objetivos; o C1.4 (= 0.76) que se ocupa del aprendizaje de nuevos contenidos; C 2.3 (= 0.77) con respecto a la cantidad apropiada de información en cada pantalla; y D 1.3 (= 0.77) sobre la exploración de contenido consistente. **Conclusion:** Se concluye que la aplicación HelpTeen fue validada por el público adolescente, aunque todavía necesita mejorar algunas funciones relacionadas con el aprendizaje, así como en términos de usabilidad, con el objetivo de un mayor interés de la aplicación como una herramienta educativa para el público adolescente.

**Descritores:** estudios de validación; Tecnología de la información; Enseñanza-aprendizaje. Salud del adolescente.

<sup>1</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, Sobral, CE, Brasil.

Autor correspondente: Maristela Inês Osawa Vasconcelos - Email: miosawa@gmail.com

Recebido: 25/04/2020 - Aceito: 03/05/2020

## INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência é um complexo problema de saúde pública por suas características polimórficas, multicausais, complexas, interligadas aos determinantes sociais e econômicos, como desemprego, exclusão social, baixa escolaridade, além dos aspectos culturais e comportamentais, como o racismo, o machismo e a homofobia<sup>1-2</sup>.

Apesar de os índices de criminalidade e atos violentos com adolescentes terem decaído em comparação à última década, o Estado do Ceará ainda apresenta uma das maiores taxas de mortes violentas com esse público, se comparados com outros estados, o que aponta a necessidade de serem desenvolvidas políticas públicas e ações intersetoriais, em especial aquelas relativas a educação em saúde, que busquem a promoção da cultura de paz e não violência<sup>3</sup>.

A realização das ações de promoção da saúde com a introdução de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) torna-se uma alternativa importante, que pode gerar impacto na prevenção aos diversos tipos de violência (Bullying, Cyberbullying, violência sexual, intrafamiliar, escolar, urbana, física, policial, o suicídio e o Abuso de Relacionamento Adolescente), a que estão expostos os adolescentes.

Ressalta-se que os estudantes do ensino fundamental, médio ou universitário, que estão na faixa etária da famosa "Geração Z", apresentam um elevado nível de conectividade, o que facilita a disseminação de conteúdos de educação em saúde em diferentes aspectos e temas no formato de aplicativos<sup>4</sup>.

O uso da TDIC em associação com temáticas referentes à saúde têm obtido resultados efetivos, por romper com barreiras, como a timidez, o receio e às vezes a discriminação, que dificultam os adolescentes a ter um contato maior com os serviços de saúde. Além do mais, o uso das tecnologias como ferramenta pedagógica possibilita a aprendizagem ampliada, diversificada, dinâmica e significativa que favorece tanto adolescentes quanto profissionais da saúde<sup>5-6</sup>.

O uso de tecnologias para educação em saúde pela Enfermagem têm crescido exponencialmente, ao passo que os casos clínicos e simulações são considerados os melhores exemplos para reprodução do processo de ensino-aprendizagem em profissionais da área e determinadas populações<sup>7</sup>.

Desta forma, o presente estudo teve por objetivo validar o aplicativo móvel HelpTeen como tecnologia educativa para prevenção da violência contra adolescentes.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Pesquisa aplicada, que visa a validação<sup>8</sup> de um aplicativo móvel.

### Local do Estudo

O estudo ocorreu em duas escolas públicas de ensino fundamental e médio de Sobral - Ceará, município com uma população estimada para o ano de 2019 de 208.935 habitantes<sup>9</sup>.

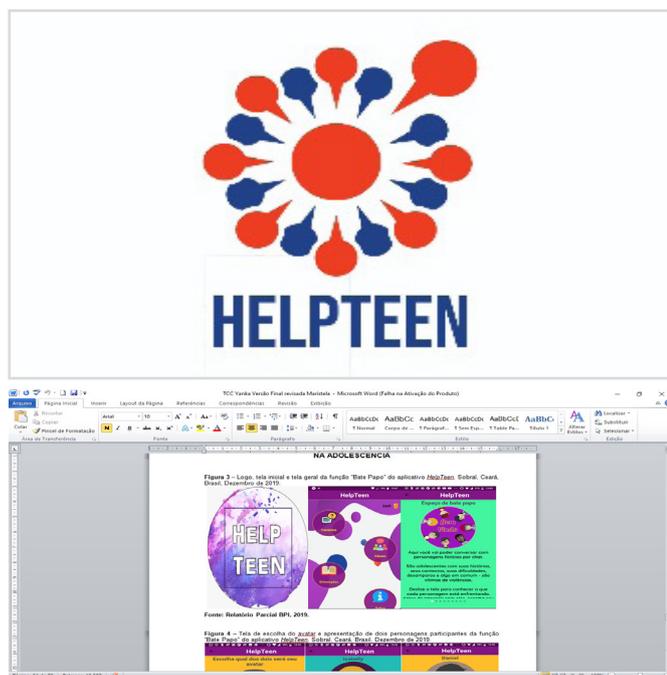
### Participantes do Estudo

A população do estudo foi constituída de 106 estudantes do ensino médio. Para seleção dos participantes, adotaram-se os seguintes critérios: ter idade entre 14 e 19 anos, estar regularmente matriculado entre o primeiro e o terceiro ano, ter autorização dos pais e/ou responsáveis por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e possuir aparelho de telefonia móvel compatível com o aplicativo android. Os critérios de exclusão foram: não comparecer à escola no dia da coleta dos dados e/ou apresentar algum comprometimento que pudesse inviabilizar a avaliação do aplicativo.

### Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2019, nos três turnos, sendo solicitado aos estudantes (N=106) que fizessem o download do aplicativo móvel HelpTeen (Figura 1). Após download, as funcionalidades foram apresentadas e foi concedido um tempo de 30 minutos para que pudessem utilizar o aplicativo, sendo fornecidas explicações diante das dúvidas. O instrumento de avaliação foi adaptado do original desenvolvido por Batista<sup>10</sup> composto por cinco blocos (A, B, C, D e E) e suas subdivisões, com 109 questões. Deste, dois blocos, o C e D, foram adaptados com 17 questões para validar o HelpTeen. Para cada item avaliado, têm-se uma escala do tipo Likert com seis opções (Sim; Parcialmente com poucas restrições; Parcialmente; Parcialmente com muitas restrições; Não, e Não se aplica).

**Figura 1** - Logotipo, tela inicial e tela da função “Bate Papo” do aplicativo HelpTeen. Sobral - Ceará, Brasil, 2019.



### Procedimentos de Análise e Tratamento das Informações

Após o acesso e utilização do aplicativo os adolescentes tiveram tempo de 30 minutos para avaliação deste.

Os dados foram compilados em planilhas e analisados com o apoio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 23.0 para Windows. A análise descritiva da validação envolveu cálculos de frequências absolutas e relativas para variáveis nominais.

Para análise da validação de conteúdo e aparência dos componentes do aplicativo utilizou-se o Índice de Validação de Conteúdo (IVC), o qual aferi a concordância do público alvo à representatividade dos itens em relação ao conteúdo em estudo, sendo eles, Individual (I-IVC), (S-IVC/Ave) média dos conjuntos e Global (S-IVC/Global), medindo a proporção ou porcentagem de concordância de juizes, neste caso, o público-alvo, sobre determinados aspectos de uma tecnologia e seus domínios de conhecimento para avaliação<sup>11</sup>.

Para calcular o IVC de cada item do instrumento, foi realizada a soma das respostas “quatro” (Parcialmente com Poucas Restrições) e “cinco” (Sim) dos participantes e dividido o resultado dessa soma pelo número total de respostas, conforme fórmula a seguir:  $IVC = \frac{\text{Número de respostas "quatro" ou "cinco"}}{\text{Número total de respostas}}$ <sup>11</sup>.

O  $IVC > 0,75$  foi adotado como critério, onde cada item de avaliação foi considerado válido somente quando acima deste valor<sup>11-14</sup>.

### Aspectos Éticos

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos que visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos participantes da pesquisa e da sociedade<sup>12</sup>. Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada “Aplicativo multimídia HelpTeen em plataforma móvel como tecnologia educativa para prevenção da violência contra adolescentes: Construção e Validação”, que foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sendo aprovado sob Parecer nº 3.273.823.

### RESULTADOS

A Tabela 1 - apresenta os dados de IVC individual, Média e Global quanto à avaliação do aplicativo HelpTeen.

**Tabela 1** Distribuição dos Índices de Validação de Conteúdo dos elementos do aplicativo conforme a análise dos adolescentes escolares. Sobral - Ceará, Brasil, 2019.

Ítems	I-IVC	S-IVC/Ave	IVC/Global
			0,85
BLOCO C – Características pedagógicas gerais		0,85	
Objetivos (C1)		0,83	
C 1.1 Acha que os objetivos ficaram claros?	0,96		
C 1.2 As funções são suficientes para alcance do objetivo?	0,77		
C 1.3 Desperta o interesse dos adolescentes sobre o assunto?	0,83		
C 1.4 Aprendeu algum conteúdo novo utilizando o aplicativo?	0,76		
Usabilidade/Interface (C2)		0,87	
C 2.1 A forma que o aplicativo é apresentado (cores, imagens, textos) está adequado?	0,86		
C 2.2 Funções são fáceis de serem utilizadas?	0,98		
C 2.3 A quantidade de informação em cada tela é apropriada?	0,77		
C 2.4 As mensagens são claras e fáceis de serem entendidas?	0,94		
C 2.5 Animação e outras mídias são agradáveis?	0,84		
C 2.6 As cores são utilizadas com equilíbrio, ou seja, são bem distribuídas evitando poluição visual?	0,83		

C 2.7 É ofertado meio(s) para apresentar sugestões e/ou recomendações?	0,89
<b>BLOCO D – Avaliação do Software segundo sua Proposta Educacional</b>	
D 1.1 A forma como o aplicativo foi organizado possui uma lógica interna desafiadora, porém fácil de ser dominada pelo usuário?	0,86
D 1.2 Explora os conteúdos de maneira lúdica?	0,81
D 1.3 Explora os conteúdos de forma consistente, ou seja, não apenas superficialmente?	0,77
D 1.4 Pode motivar o questionamento sobre o assunto?	0,92
D 1.5 Oferece reforço positivo em momentos adequados?	0,94
D 1.6 Quando o aplicativo solicita que execute atividades, você acha que ele faz de maneira clara?	0,87

De acordo com o percentual mínimo exigido, todos os itens de avaliação do aplicativo (n=17) obtiveram I-IVC > 0,75 pelos 106 adolescentes, o que condiz com o eficaz planejamento e levantamento de requisitos para construção do sistema hiperídia, não havendo a necessidade de uma segunda rodada de validação.

O IVC Global (=0,85) obtido foi validado de acordo com o referencial adotado e quanto ao S-IVC/Ave dos conjuntos, os blocos C e D atingiram IVC>0,80; sendo o Bloco C (Características pedagógicas gerais) com IVC igual a 0,85; Objetivos (C1) com IVC igual a 0,83; e Usabilidade/Interface igual a 0,87 e o Bloco D (Avaliação do Software segundo sua Proposta Educacional) com 0,86, o que designa bom desempenho de avaliação da média do aplicativo HelpTeen.

Um comentário positivo no item C1.1 (Os objetivos ficaram claros?) com IVC de 0,96 descreveu o aplicativo como uma tecnologia com ótimo objetivo e inovador onde a ideia principal tende a apoiar vários adolescentes de diferentes faixas etárias.

O item C1.3 (Desperta o interesse dos adolescentes sobre o assunto?) obteve IVC (=0,83), tendo como elogio que o aplicativo era bom e podia despertar o interesse de outros jovens.

O item C1.2 (As funções são suficientes para o alcance do objetivo?) apresentou I-IVC de 0,77, sendo um dos itens com menor índice de validade, com crítica à respeito das funções do aplicativo apresentarem-se como suficientes

aos objetivos de prevenir à violência por meio da educação em saúde.

O item C1.4 (Aprendeu algum conteúdo novo utilizando o aplicativo?) obteve I-IVC de 0,76 tornando-se o menor índice de validade dentre os 17 itens, no qual deve-se ser revisto as funções e ideias refletidas na tecnologia para a devida melhoria.

O item C2.2 (Funções são fáceis de serem utilizadas?) apresentou I-IVC de 0,98, tornando-se o maior índice do estudo, representando a relevância da implantação de funções que possam ser fáceis ao entendimento do público em questão, assim como a necessidade de desenvolvimento de futuras tecnologias, sobretudo aquelas relacionados à aplicativos de plataforma Web e para Android/iOS, que tenham funcionalidade compreensível ao olhar crítico e explorador do adolescente.

Os itens C 2.4 (As mensagens são claras e fáceis de serem entendidas?) obteve I-IVC de 0,94 de concordância pelo público, onde para que exista a compreensão do reforço positivo ofertado pelo aplicativo, é necessário que as mensagens estejam totalmente concisas e fáceis ao nível de experiência dos adolescentes.

O item C2.7 (É ofertado meio(s) para apresentar sugestões e/ou recomendações?) alcançou I-IVC de 0,89, conforme é apresentado pela parte condicionada ao Sobre, em que os comentários visualizados de elogios mencionaram que o adolescente consegue visualizar a equipe técnica do projeto, os agradecimentos e a função de sugestões para melhorias do aplicativo.

Quanto ao item C2.1 (A forma que o aplicativo é apresentado, cores, imagens e textos, está adequado?) apresentou I-IVC de 0,86, indicando excelente nível de adequação contudo apresentou dois comentários sugestivos à melhora do aplicativo, mudando as cores, deixando-as "mais vivas", estando bastante saturadas, sendo recomendado a suavização e um efeito gradiente. Outros comentários afirmaram a necessidade de ter uma linguagem e texto que estivesse no dia-a-dia dos jovens, com a adição de gírias, que estivessem menos normalizados e repetitivos, a fim de melhorar ambiente e torná-lo familiar e confortável.

O item C2.5 (Animação e outras mídias são agradáveis?) obteve I-IVC de 0,84 com ótimo rendimento quanto às animações implementadas ao aplicativo, tendo comentários quanto a excelente utilidade e ao ambiente agradável, assim como a necessidade de melhoria do design com melhores animações e mais explicações, além de modificar o "Bate Papo", deixando-o extenso no quesito de conversa, anteriormente mencionado e em fase de revisão.

O item C2.6 (As cores são utilizadas com equilíbrio, ou seja, são bem distribuídas evitando poluição visual?) alcançou I-IVC de 0,83, apresentando os mesmos comentários dos adolescentes listados ao item C2.1 (A forma que o aplicativo é apresentado, cores, imagens e textos, está adequado?), em que necessita de uma nova abordagem das cores utilizadas nas funções do aplicativo, como forma de melhorar a harmonia do espaço para atração visual do público.

Concluindo o bloco C quanto aos itens avaliados para a tecnologia HelpTeen, têm-se o item C2.3 (A quantidade de informação em cada tela é apropriada?) com I-IVC de 0,77 tornando-se o menor índice de validade referente ao sub-bloco de Usabilidade/Interface.

O item D1.5 (Oferece reforço positivo em momentos adequados?) alcançou o maior índice de validade do bloco com I-IVC > 0,90; obtendo excelente resposta do público adolescente às situações implantadas pelo aplicativo que ofertam o devido reforço ao estímulo do estudo sobre a violência, quais os tipos e quais as redes de enfrentamento para esta.

O item D1.4 (Pode motivar o questionamento sobre o assunto?) atingiu I-IVC de 0,92, tendo excelente resposta de validade do público adolescente, permitindo a análise da motivação quanto ao questionamento dos tipos de violência, locais em que mais ocorrem e as estratégias de enfrentamento, assuntos utilizados e incentivados pelo aplicativo HelpTeen.

O item D1.6 (Quando o aplicativo solicita que execute atividades, você acha que ele faz de maneira clara?) apresentou I-IVC de 0,87 com bom desempenho de acordo com as funções e mensagens empenhadas pelo aplicativo sobre as atividades solicitadas aos adolescentes. Não houve comentários referentes à este item.

O item D1.1 (A forma como o aplicativo foi organizado possui uma lógica interna desafiadora, porém fácil de ser dominada pelo usuário?) alcançou I-IVC satisfatório de 0,86 como concordância do público-alvo, representando boa lógica desempenhada pelo aplicativo em desafiar o adolescente no aprofundamento sobre a violência em seus diversos meios e aspectos.

Quanto ao item D1.2 (Explora os conteúdos de maneira lúdica?) obteve I-IVC de 0,81, tornando-se o segundo menor do bloco D, havendo a necessidade de modificar algumas das funções impostas ao aplicativo para uma forma cômica e atraente ao olhar do adolescente.

Encerrando-se o bloco D, têm-se o item D1.3 (Explora os conteúdos de forma consistente, ou seja, não apenas superficialmente?) com menor índice de validação pelo

bloco, tendo obtido I-IVC de 0,77 sendo repensado quanto à consistência das funções que trazem os conteúdos referentes à violência na adolescência.

## DISCUSSÃO

A validação do aplicativo, apontou um IVC/Global > 0,80 com 85% de concordância total dos 106 adolescentes, o que indica uma avaliação satisfatória do HelpTeen.

Os conhecimentos teóricos e práticos associados à informática em âmbito educacional têm repercutido amplamente a nível mundial, pois as mídias digitais oferecem à didática, instrumentos capazes de renovar as situações de interação, expressão, criação, comunicação, informação, e colaboração, tornando-a muito diferente daquela tradicionalmente fundamentada na escrita e em meios impressos<sup>13</sup>.

Corroborando com o dado encontrado, estudos semelhantes<sup>14-15</sup> à validação de tecnologias educativas para adolescentes também validaram seus materiais com índices de validade satisfatórios com IVC global variaram entre 0,97 a 0,75.

A tecnologia educativa obteve destaque em decorrência ao contexto cultural em que se encontra a contemporaneidade, no qual a formação do adolescente tem exigido, não somente conhecimentos teóricos, pensamentos reflexivos e críticos, como também a mudança pelas transformações de sua realidade social de acordo com os recursos disponibilizados<sup>16</sup>.

Materiais educativos, advindos das diversas formas de repercussão, sejam por cartilhas, manuais e/ou AVA (Websites, Aplicativos móveis), que são avaliados por instrumentos de conteúdo à área da saúde, facilitam o processo de trabalho de profissionais por meio da orientação de terminado tipo de público-alvo, a exemplo de adolescentes, no qual possuem a finalidade de desenvolver ações de promoção da saúde, com garantia efetiva do cuidado destes, sendo então, o item C1.1 (Acha que os objetivos ficaram claros?) pertinente à compreensão do conteúdo que será repassado quanto à violência na adolescência<sup>17</sup>.

O adolescente encontra-se em sua subjetividade, sendo uma estrutura dinâmica com a capacidade de reconstrução do pensamento e das opiniões em meio aos contextos em que se insere, o que pode embasar as escolhas de respostas diferenciadas ao item C1.3 (Desperta o interesse entre os jovens?)<sup>18</sup>.

Em relação ao item C1.2 (As funções são suficientes para o alcance do objetivo?), compreende-se que uma única tecnologia educativa não seria capaz de fornecer todo o alcance de prevenção à violência como estratégia de edu-

cação em saúde, devendo haver políticas públicas inclusivas, que promovam a cultura de paz e não violência.

A violência antes de ser um problema intelectual, configura-se por uma questão social e política, podendo afetar materialmente os serviços de saúde e levantar custos, devendo ser acompanhada por estratégias intersectoriais<sup>19</sup>. Por sua determinação social, magnitude e amplitude, cada vez mais a violência se configura como uma demanda constante dos serviços de saúde, e para seu desvelamento, necessita de ações de educação em saúde na comunidade, para que ocorra uma efetiva prevenção e identificação de casos.

O item C2.2 (Funções são fáceis de serem utilizadas?) foi validado com IVC de 0,98, similar à validação de um aplicativo para prevenção à incontinência urinária em mulheres no pós-parto<sup>20</sup> que descreve dados de IVC parecidos, em que os itens de funcionalidade fácil para compreensão e usabilidade apresentaram os I-IVC de 0,90 e 1 (validação total pelo índice máximo), respectivamente, o que determina impacto positivo no planejamento prévio da funcionalidade dos aplicativos diante da sua facilidade de uso e adaptação daqueles que estarão em contato e a importância da inserção das Ciências da Computação no diferencial do desenvolvimento prático e objetivo da tecnologia.

O material educativo quando bem elaborado deve dar suporte para a promoção de um espírito crítico, tornando certos discursos explícitos, ao invés de reproduzir representações negativas e acrílicas com base em posturas e sistemas discursivos hegemônicos da sociedade<sup>21</sup>.

A inovação do processo educacional pelo ingresso de novas tecnologias educativas reflete a inovação do ensino-aprendizagem, uma vez que refere-se aos ideais de adaptação dos modelos existentes na educação contemporânea e traz-se a relevância de tais tecnologias à prática clínica voltada ao público adolescente, no qual os profissionais da saúde – em especial, a enfermagem pelas atribuições de promoção e prevenção da saúde – terão vantagens no aprimoramento de suas habilidades sendo bem manuseadas, permitindo o impacto positivo nos cuidados necessários ao público em questão<sup>22</sup>.

Diante do item C2.1 (A forma que o aplicativo é apresentado – cores, imagens e textos – está adequado?) com IVC de 0,86, um estudo similar com I-IVC de 0,82 de concordância dos juízes e cinco adolescentes aprovaram a tecnologia educacional perante as características de apresentação do jogo como tamanho e estilo da letra, cores, entre outros, havendo a motivação em estar no jogo do início ao fim, o que torna tais características cruciais em alinhamento para atração do público adolescente em man-

ter-se participante da tecnologia, produzindo experiências e melhorando seus conhecimentos nas áreas situadas à adolescência<sup>14</sup>.

Pelo item C2.5 (Animações e outras mídias são atraentes?) com IVC < de 0,85, 8 destacam alguns pontos cruciais para que um aplicativo seja atraente aos olhos do consumidor, sendo estes: a interatividade (por diversas maneiras, com múltiplos toques, o arrastar de dedos, os movimentos); a conectividade (interação e compartilhamento de informações por meio das redes sociais; integração (habilidade de obtenção dos dados de contatos); visual elegante (belas animações e alta resolução); sons e vídeos como fundamentais; e a velocidade, no qual lentidão contribuem exponencialmente para o descrédito da tecnologia<sup>6</sup>.

É importante ressaltar que o aplicativo HelpTeen não possui sons e vídeos, o que pode influenciar em uma avaliação menos efetiva ao passo que adolescentes se sentem atraídos por estes e tendem a fazer maior uso quando há a existência no sistema multimídia<sup>18</sup>.

Quanto ao item D1.5 (Oferece reforço positivo em momentos adequados?), ambientes educacionais virtuais transvertidos que fornecem uma participação relevante nesse discurso educacional e podem servir como apoio para que professor pratique a avaliação formativa. Reitera-se aqui que um dos princípios subjacentes da avaliação formativa é fornecer feedback útil e utilizável<sup>23</sup>.

Faz-se necessária produção de tecnologias que transcendam o tecnicismo e a mecanização do trabalho. As TDIC devem estar inseridas na práxis do adolescente sob uma perspectiva pedagógica que alia o cuidar e educar em saúde, objetivando proporcionar aos indivíduos uma possibilidade para o desenvolvimento da crítica, construção/fortalecimento do conhecimento, bem como aprendizagem significativa<sup>24</sup>.

Soma-se a este contexto a motivação no processo de ensino/aprendizagem, devendo ser presente em todas as situações ofertadas<sup>25</sup>. A escola torna-se agente influenciador por facilitar, pelos professores, o processo de formação, no qual será influenciador à motivação da aprendizagem significativa, perante a ideia repassada pelo item D1.4 (Pode motivar o questionamento sobre o assunto?).

A utilização de metodologias ativas, enquanto ferramentas pedagógicas de ensino de adolescentes em um contexto geral favorece o processo de ensino-aprendizagem, no qual realiza efetivamente a vivência de forma antecipada a prática e à teoria, por meio da busca por solução de problemas de saúde comuns<sup>26</sup>.

O item D1.3 (Explora os conteúdos de forma consistente?), traz importante questionamento destacando o valor da educação problematizadora, aquela que respeita e valo-

riza a criatividade, o pensamento crítico e o conhecimento trazido pelo estudante ao ambiente educativo<sup>27</sup>.

Ressalta-se, ainda, que as funcionalidades presentes no aplicativo têm o objetivo de intensificar o processo de aprendizado quanto à violência no contexto juvenil, podendo também despertar o interesse de diferentes profissionais para o uso e novas produções de tecnologias educacionais<sup>28-30</sup>, permitindo o alinhamento do conhecimento teórico-prático sobre o tema central<sup>29</sup> e a busca de melhorias na qualidade da assistência de adolescentes vítimas de violência<sup>31</sup>.

Espera-se que este aplicativo possa ser utilizado como recurso para promoção de conhecimentos sobre a temática da violência, como também oportunize o empoderamento de adolescentes frente às situações de violência, possibilitando a reflexão sobre as estratégias de enfrentamento a serem tomadas quando da ocorrência, bem como enfatize a relevância das redes de apoio.

### Limitações do estudo

Destaca-se como uma limitação o fato da maioria dos adolescentes não ter conseguido fazer o download do aplicativo e explorar suas funcionalidades com antecedência à avaliação, por não dispor de internet em seus lares, tendo acesso somente no ambiente escolar. O pouco tempo para apreciar o aplicativo pode trazer algum viés. No entanto, a superação dessas limitações exigirá um método de coleta de informações que envolva mais tempo e trabalho mais intenso.

### Contribuições para a prática

O desenvolvimento de aplicativos para fins educativos é uma tendência contemporânea e cabe às universidades, bem como aos profissionais que atuam nas áreas educacional e/ou clínico-assistencial da saúde, apropriarem-se dessas metodologias e testarem nas áreas de atuação, de modo a verificarem a efetividade do potencial educativo destas estratégias.

### CONCLUSÃO

Após passar por um processo rigoroso de validação, o aplicativo móvel HelpTeen foi validado pelos adolescentes. Todavia deve-se considerar que aprimoramentos podem ser realizados diante das sugestões do processo de avaliação, algumas ilustrações e textos devem ser ajustados a fim de torná-lo mais atraente e eficaz.

### Contribuições dos autores

Agradecimentos: À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento da pesquisa, Edital de nº. 03/2018 - Programa de Bolsas de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI). Ao Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva - LABSUS, por ser espaço de reflexão crítica, conhecimento e afetividade.

### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [cited 2020 Apr 12]. Available from: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia\\_saude\\_crianças.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças.pdf).
2. Malta DC, Bernal RTI, Pugedo FSF, Lima Cheila Marina, Mascarenhas Marcio Denis Medeiros, Jorge Alzira de Oliveira et al. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Sep [cited 2020 Apr 12]; 22(9): 2899-2908. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002902899&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902899&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14212017>.
3. Ceará. Assembleia Legislativa. Cada Vida Importa. Relatório final do Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência. Fortaleza: Assembleia Legislativa; 2016. [cited 2020 Apr 12]. Available from: [https://www.al.ce.gov.br/phocadownload/relatorio\\_final.pdf](https://www.al.ce.gov.br/phocadownload/relatorio_final.pdf).
4. Buckingham D. Cultura digital, educação midiática e o lugar da escolarização. *Educação e Realidade*. [Internet]. 2010 [cited 2020 Apr 12]; 35(3): 37-58. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/13077/10270>.
5. Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC. O uso do Facebook na aprendizagem em saúde: percepções de adolescentes escolares. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Apr 12]; 71(2): 265-271. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200265&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200265&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0604>.
6. Pereira FG, Silva DV, Sousa LM, Frota NM. Building a digital application for teaching vital signs. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 19]; 37(2):e59015. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/en\\_0102-6933-rgenf-1983-144720160259015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160259015.pdf).
7. Millão LF, Vieira TW, Santos ND, Silva APSS, Flores CD. Integration of digital technologies in nursing teaching: simulation of a clinical case about pressure ulcers with the SIACC software. *Reciis* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 20]; 11(1):1-12. Available from: <http://www.brapci.inf.br/v/a/23038>.
8. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 Mar [cited 2020 Apr 12]; 20(3):925-936. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300925-8&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925-8&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População estimada para o ano de 2019. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>.
10. Batista SCF. Softmat: um repositório de softwares para matemática do ensino médio - um instrumento em prol de posturas mais cons-

cientes na seleção de softwares educacionais. Campos dos Goytacazes/RJ. Dissertação (Mestrado em Ciências da Engenharia) Centro de Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual do Norte Fluminense. 2004. 202p. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <http://www.geogebra.im-uff.mat.br/biblioteca/dissertacao-batista-2004.pdf>.

11. Lima ACMAC, Bezerra KC, Sousa DMN Rocha, JFreitas, Oriá MOB. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Apr 12]; 30(2): 181-189. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000200181-8&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200181-8&lng=en). <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700028>.

12. Ministério da Saúde (BR). Resolução Nº 466/2012, de 13 de junho de 2013 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2012. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

13. Sousa RP, Miota FMCSC, Carvalho, ABG., orgs. *Tecnologias digitais na educação* [online]. Campina Grande: EDUEPB; 2011. 276 p. Available from: <http://books.scielo.org>.

14. Feitosa MCR, Stelko-Pereira ACC, Matos KJN. Validation of Brazilian educational technology for disseminating knowledge on leprosy to adolescents. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 Apr 12]; 72(5):1333-1340. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000501333-8&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501333-8&lng=en). Epub Sep 16, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0610>.

15. Moura JR, Silva KC, Rocha AE, Santos SD, Amorim TR, Silva AR. Construção e validação de cartilha para prevenção do excesso ponderal em adolescentes. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2019 Aug [cited 2020 Apr 12]; 32(4):365-373. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000400365-8&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000400365-8&lng=en). Epub Aug 12, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900051>.

16. Alarcon MFS, Prezotto KH. Evaluation of educational strategy, grounded on problem based learning on nursing undergraduate. *Rev Rene.* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 12]; 17(2). Available from: <http://www.redalyc.org/html/3240/324045343012/>.

17. Leite SS, Áfio ACE, Carvalho LV, Silva JM, Almeida PC, Pagliuca LMF. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 12]; 71(Suppl 4):1635-1641. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=en). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>.

18. Oliveira MCSP. O adolescente em desenvolvimento e a contemporaneidade. In: Sudbrack MFO, Conceição MIG, Costa LF. (Org.). *Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas - edição revisada*. 5ed. Brasília: Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas; 2012. v. 1, p. 30-37. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094551-001.pdf>.

19. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal a saúde. In: Njaine K, Assis K, Assis SG, Constantino P. *Impactos da Violência na Saúde*. FIOCRUZ. 2007; 1- 420. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <http://books.scielo.org/id/7yzzw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>.

20. Saboia DM. Construção e Validação de Aplicativo Educativo para Prevenção da Incontinência Urinária em Mulheres após o Parto. 2017. 150f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmá-

cia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2017. [cited 2020 Apr 12]. Available from: : <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/29100>.

21. Góes FSN, Fonseca LMM, Camargo RAA, Oliveira JF, Felipe HF. Educational technology "Anatomy and Vital Signs": Evaluation study of content, appearance and usability. *J Med Inform.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Apr 12]; 84(11):982-987. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505615300149>.

22. Holanda VR, Pinheiro AKB. Development of a hypermedia system for interactive e teaching of sexually transmitted diseases. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2015 [acesso em 19 abr 2020]; 9(Suppl 2). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10400/11165>.

23. Barab S, Sadler T, Heiselt C, Hickey D, Zuiker S. Relating narrative, inquiry, and inscriptions: a framework for socioscientific inquiry. *Journal of Science Education and Technology.* [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 12]; 16(1):59-82. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10956-006-9033-3>.

24. Lanzoni GMM, Magalhães ALP, Costa VT, Erdmann AL, Andrade SR, Meirelles BHS. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Rev Electron Enferm*[Internet]. 2015[cited 2017 Aug 15];17(2):322-32. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/29570/19583>

25. Knupp L. Motivação e desmotivação: desafio para as professoras do Ensino Fundamental. *Educ. rev.* [Internet]. 2006 [cited 2020 Apr 12]; 27:77-290. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602006000100017&lng=en&nr=i-so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602006000100017&lng=en&nr=i-so)>. ISSN 0104-4060. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602006000100017>.

26. Souza EFD, Silva AG, Silva AILF. Active methodologies for graduation in nursing: focus on the health care of older adults. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 10];71(Suppl. 2):920-4. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/0034-7167-reben-71-s2-0920.pdf>.

27. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.

28. Organização Mundial da Saúde. *Global school health initiatives: achieving health and education outcomes*. Report of a meeting, Bangkok, Thailand, 23-25 November 2015. Geneva: World Health Organization; 2017. [cited 2020 Apr 2]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/global-school-health-initiatives-achieving-health-and-education-outcomes>

29. Teixeira EM, Machado MH, Medeiros HP. *Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?* Porto Alegre: Moriá; 2014.

30. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo: OMS, 2015. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://ne.v.prp.usp.br/publicacao/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>.

31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018004Hansenia-se-publicacao.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E OS ESTRESSORES DA PUNÇÃO VENOSA PEDIÁTRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM\*

Paula Krempser<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-4838-6873>

Célia Pereira Caldas<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-6903-1778>

Cristina Arreguy-Sena<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-5928-0495>

Laércio Deleon de Melo<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-8470-7040>

**Objetivos:** Analisar os estressores presentes nas representações sociais da punção venosa periférica em crianças, segundo os acompanhantes e profissionais de enfermagem. **Método:** Pesquisa qualitativa delineada na abordagem processual da Teoria das Representações Sociais com alicerce teórico nos Sistemas de Betty Neuman. O cenário foi o setor de pediatria de uma instituição hospitalar de Minas Gerais. Participaram 22 profissionais de enfermagem e 58 acompanhantes. Coletados dados de caracterização sociodemográfica e entrevista individual em profundidade, gravada a partir de questões norteadoras, entre abril e setembro de 2018. Realizado análise estatística e de conteúdo com *softwares SPSS 24 e Nvivo Pró-11®*. **Resultados:** Segundo as dimensões representacionais e os estressores de Neuman, foram identificadas categorias relacionadas a objetos impactantes; informações determinantes e comportamentos frente ao procedimento. **Conclusão:** Identificou-se a necessidade de um redimensionamento da atuação da enfermagem frente aos estressores presentes.

**Descritores:** Família; Criança Hospitalizada; Cateterismo Periférico; Psicologia Social; Teoria de Enfermagem.

## SOCIAL REPRESENTATIONS AND PEDIATRIC VENUS PUNCTURE STRESSORS: CONTRIBUTIONS TO NURSING CARE

**Objectives:** To analyze the stressors present in the social representations of peripheral venipuncture in children, according to companions and nursing professionals. **Method:** Qualitative research outlined in the procedural approach of the Theory of Social Representations with theoretical foundation in the Systems of Betty Neuman. The scenario was the pediatric sector of a hospital in Minas Gerais. 22 nursing professionals and 58 companions participated. Data collected from sociodemographic characterization and individual in-depth interview, recorded from guiding questions, between April and September 2018. Statistical and content analysis was performed with SPSS 24 and Nvivo Pró-11® software. **Results:** According to Neuman's representational dimensions and stressors, categories related to impacting objects were identified; determinant information and behaviors regarding the procedure. **Conclusion:** The need for a redimensioning of nursing performance in the face of the present stressors was identified.

**Descriptors:** Family; Hospitalized Child; Peripheral Catheterization; Social Psychology; Nursing Theory.

## REPRESENTACIONES SOCIALES Y PENSADORES DE PUNCIÓN VENUS PEDIÁTRICA: CONTRIBUCIONES A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**Objetivos:** Analizar los estresores presentes en las representaciones sociales de la venopunción periférica en niños, según compañeros y profesionales de enfermería. **Método:** Investigación cualitativa descrita en el enfoque procesal de la Teoría de las representaciones sociales con fundamento teórico en los Sistemas de Betty Neuman. El es cenario era el sector pediátrico de un hospital en Minas Gerais. Participaron 22 profesionales de enfermería y 58 acompañantes. Datos recopilados de la caracterización sociodemográfica y la entrevista en profundidad individual, grabados a partir de preguntas orientadoras, entre abril y septiembre de 2018. El análisis estadístico y de contenido se realizó con SPSS 24 y el software Nvivo Pró-11®. **Resultados:** De acuerdo con las dimensiones y factores estresantes de Neuman, se identificaron categorías relacionadas con objetos impactantes; información determinante y comportamientos con respecto al procedimiento. **Conclusión:** Se identificó la necesidad de redimensionar el rendimiento de enfermería frente a los estresores actuales.

**Descritores:** Familia; Niño Hospitalizado; Cateterismo Periférico; Psicología Social; Teoría de Enfermería.

<sup>1</sup>Artigo extraído da tese "Representação social da punção venosa pediátrica durante internação para acompanhantes e para equipe de enfermagem", apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 2018. Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Paula Krempser - Email: paula@krepser.com.br

Recebido: 10/01/2020 - Aceito: 12/06/2020

## INTRODUÇÃO

Os procedimentos invasivos relacionados à hospitalização da criança, a exemplo da Punção Venosa Periférica (PVP), são considerados estímulos externos capazes de ocasionar retrocessos no desenvolvimento (inter) pessoal infantil, devido às inseguranças, situações ameaçadoras, dolorosas e pessoas/ambientes desconhecidos<sup>1,2</sup>.

A imaturidade típica das crianças para enfrentarem situações novas é justificada pela fase de desenvolvimento físico, neurológico, cognitivo e comportamental, que retrata instabilidades sobre a forma de interpretar/reagirem frente aos procedimentos dolorosos considerados estressores. As crianças submetidas às múltiplas punções podem desenvolver sentimentos de medo e ansiedade, que interferem no processo do crescimento e desenvolvimento infantil, mediante influências emocionais, físicas e fisiológicas<sup>1,3</sup>.

O cuidado relacionado à PVP deve ser pautado nos princípios de humanização que gerem reflexões e sensibilização dos profissionais de enfermagem sobre o procedimento, visando o redimensionamento da assistência às crianças punccionadas durante a hospitalização, para a redução dos agravos e estresses relacionados à intervenção. Este cuidado deve corroborar com a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável da díade criança-acompanhante<sup>3-5</sup>.

O procedimento de PVP é permeado por conhecimentos, imagens, valores, crenças, percepções, sentimentos, atitudes e comportamentos relacionados com as experiências adquiridas nas relações pessoais, interpessoais ou transpessoais socialmente compartilhadas pelo grupo, sendo portanto delineado como um objeto representacional, para os atores sociais envolvidos<sup>6-8</sup>.

Ao aproximar a abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (TRS)<sup>6</sup> com a Teoria dos Sistemas de Neuman **é possível** captar os estressores<sup>7</sup> e refletir sobre suas dimensões e origens representacionais<sup>6</sup> referentes à PVP em crianças hospitalizadas, na percepção dos acompanhantes e profissionais de enfermagem. Os constructos representados podem impactar sobre o êxito do procedimento realizado em crianças e, conseqüentemente, sobre sua aceitação.

Justifica-se esta investigação por ser a PVP pediátrica um procedimento corriqueiro e necessário à terapêutica hospitalar, vivenciada pelo grupo social (acompanhantes e profissionais de enfermagem) ao cuidarem (in) diretamente das crianças. Desse modo, os estressores representados para a PVP em crianças na percepção dos acompanhantes e familiares foram o objeto desta investigação.

Portanto, o objetivo foi analisar os estressores presentes nas representações sociais da PVP em crianças, segundo os acompanhantes e profissionais de enfermagem.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa delineada na abordagem processual da TRS<sup>6</sup> com o alicerce teórico nos Sistemas de Betty Neuman<sup>7</sup>.

### Participantes da pesquisa

Participaram 80 sujeitos, sendo 22 profissionais de enfermagem de todos os turnos e plantões - enfermeiros, técnicos e auxiliares que trabalhavam na pediatria (seleção completa), e 58 acompanhantes de crianças hospitalizadas submetidas à PVP. O número de acompanhantes inclusos foi definido a partir da saturação dos dados, sendo o adensamento teórico confirmado (correlação de Person entre 0,79-0,91).

Foram critérios de inclusão: 1) profissionais de enfermagem de todos os turnos e plantões (enfermeiros, técnicos e auxiliares), que trabalhavam no setor de pediatria da instituição pesquisada; 2) pessoas que estavam acompanhando as crianças internadas submetidas à PVP na instituição; e 3) ambos os gêneros. Foram excluídos: 1) profissionais de enfermagem que estavam em período de férias ou licença médica, durante a coleta de dados; e 2) acompanhantes que não tenham presenciado a PVP na sua criança.

Recrutamento individual com abordagem dos participantes realizado pela pesquisadora principal no setor de pediatria, com apresentação dos objetivos da pesquisa, potenciais riscos e benefícios de sua participação voluntária para aquiescência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não havendo perdas na coleta.

### Local do estudo

O cenário investigado foi o setor de internação clínica-cirúrgica de pediatria de uma instituição hospitalar filantrópica de grande porte, de caráter misto, de um município de Minas Gerais, Brasil.

Esta instituição disponibiliza 503 leitos, sendo 263 leitos de clínica médico-cirúrgicos destinados ao SUS e 177 ao convênio. Desses, 60 leitos são pediátricos e 10 são leitos cirúrgicos pediátricos divididos em oito enfermarias compartilhadas, nos quais foi realizada a presente investigação. O perfil de atendimento no setor pediátrico abrange crianças, de zero a 12 anos incompletos de idade, para tratamento de comorbidades crônicas/agudas e/ou procedimentos cirúrgicos.

### Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi estruturado em: 1) caracterização sociodemográfica e 2) questões norteadoras para a entrevista individual em profundidade, assim definidas: Conte um caso sobre a punção de veia em uma (na sua) criança. Como é para o (a) Sr(a) pegar veia, manter

e retirar agulha da veia de (na) uma (sua) criança? Como se sente? O que pensa na hora? O que você acha sobre o uso da punção de veia no tratamento da criança?

Processo de coleta com entrevista individual em profundidade, com gravação de áudio, antecedida pela caracterização sociodemográfica, após prévia ambiência no setor, conduzida pela pesquisadora principal, com tempo médio de coleta de ±01h00min, realizada entre abril e setembro de 2018.

**Procedimentos de análise dos dados**

Os conteúdos discursivos foram transcritos na íntegra em software *Word for Windows 2018* e tratados no *NVivo Pro11®*, sendo atendidas as etapas da análise de conteúdo (pré-análise, tratamento e exploração do material e, inferência/interpretação dos resultados)⁹.

As categorias contemplaram as dimensões representacionais informativas, comportamentais, objetivas e valorativas, segundo Moscovici⁶ e os estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais de Neuman⁷, que apontaram o enfrentamento e os impactos da PVP em crianças, segundo os participantes. Visando o anonimato dos mesmos, os fragmentos discursivos foram identificados por codificações (AC: acompanhantes e PE: profissionais de enfermagem seguidos da numeração, conforme ordem de entrevista).

**Procedimentos éticos**

Foram atendidos todos os princípios ético-legais em pesquisas envolvendo seres humanos (Parecer Consubstanciado nº 2.543.592, aprovado em 14/03/2018).

**RESULTADOS**

O perfil dos profissionais de enfermagem foi predominantemente do sexo feminino (90,9%); com idade média de 42 anos (variabilidade 23 a 57 anos); cor de pele autodeclarada: branca e parda (36,4%); casados (50%); com filhos (68,2%). Enfermeiros (18,2%), técnicos (68,2%) e auxiliares (13,6%); com média de 17,13 anos de atuação profissional e 12,75 anos no setor de pediatria. Os acompanhantes eram do sexo feminino (87,3%); idade média de 32 anos (variabilidade entre 18 a 65 anos); cor de pele autodeclarada parda (38,1%); solteiras (44,9%) e com filhos (97,5%). O vínculo do acompanhante com a criança foi maternal (72,8%).

Na análise de conteúdo das Representações Sociais (RS) foram identificadas três categorias, a saber: 1) Objetos impactantes sobre a PVP em crianças; 2) Informações determinando o PVP em crianças; e 3) Comportamentos frente à PVP em crianças (**Figura 1**).

**Figura 1** Síntese da análise de conteúdo, segundo abordagem processual da TRS e estressores de Neuman, para PVP em crianças. Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2020.

	FRAGMENTOS DE DISCURSOS DOS PARTICIPANTES: PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E ACOMPANHANTES	Dendograma
<p><b>Categoria 1: objetos impactantes</b></p> <p>Dimensão: objetiva</p>	<p><b>ESTRESSORES TRANSPESSEAIS:</b>  <b>ACESSO VENOSO:</b> Quando a enfermeira falou que achava que tinha perdido eu já comecei a chorar. AC021 Agora se tiver que tirar pra tomar a punção... Nossa... Dá uma dor no coração danada. A gente saber que a criança vai pra lá e vai doer e sofrer de novo. PR002 <b>TALA:</b> Acabou de punccionar a gente imobiliza com a tala e se sujar e não tiver jeito, aí a gente troca, mas a gente tenta não, orienta a mãe a não deixar molhar porque se não vai acabar ficando muito ali na pele da criança. A gente coloca uma compressa para a própria compressa ir secando aquela tala aí depois a gente troca à compressa, mas se não tiver jeito a gente vai tirar, vai trocar quando tiver sujo. Se a gente tirar aquela tala corre o risco de perder a veia da criança que talvez a gente nem ache outra. PR008 <b>CURATIVO TRANSPARENTE:</b> A gente tem tido dificuldades com o curativo transparente que coloca porque às vezes ele dobra. PR021 Eu não gosto desse adesivo. Eu não acho legal para criança, porque ela fica vendo aquilo ali, volta o sangue e eles já começam a chorar, e não fixa assim tão bem. PR022 <b>SALA DE PUNÇÃO:</b> Quando entra naquela sala não tem jeito, já sabe e começa a chorar. AC031 <b>BOMBA INFUSORA:</b> Ele disse: eu estou me sentindo um preso, um animal enjaulado, não posso sair da cama por causa da bomba! Ontem ele estava muito agitado de só poder ficar aqui na cama, não podia ir em lugar nenhum. AC039 <b>SANGUE:</b> Fiquei nervosa e mandaram eu sentar lá. Porque esfriaram o negócio e ficaram procurando, eu vi e fiquei nervosa. Ficaram procurando o negócio por e eu não posso ver sangue que fico nervosa. AC053 <b>AGULHA:</b> Me deu um nervoso porque ele é muito pequeninho e o tamanho da agulha tão grande esperando ele e a agulha vai até o final! Eu achei que fosse só a ponta, mas a agulha vai até o final! AC005 Acho que todas as crianças choram mesmo quando vê a agulha AC015 <b>GARROTE:</b> Se tivesse um jeito de não precisar apertar com aquele elástico porque eu sinto que esse momento que deixa ela mais nervosa AC030</p> <p><b>ESTRESSORES INTERPESSOAIS:</b>  <b>MÃE:</b> You ser honesta com você. Criança não é o problema para a gente. O problema nisso é a mãe! Tem mãe que não deixa, que maltrata muito a gente. PR014 Tem que prestar atenção na criança e também na mãe como ela tá se sentindo. Tem uma vez que a gente estava punccionando e a mãe desmaiou e aí a gente não sabia se acudia a criança em cima da maca ou se acudia a mãe. PR002</p>	<p>Não em cluster por similaridade de palavras</p>
<p><b>Categoria 2: informações determinantes</b></p> <p>Dimensões: informativa e comportamental</p>	<p><b>ESTRESSORES INTERPESSOAIS:</b>  <b>IMOBILIZAÇÃO DA CRIANÇA:</b> É doloroso pra mim ver ele com o acesso no braço, ter que ficar segurando ele, às vezes, tem que amarrar o braço dele aqui na grade pra ele não tirar, teve que amarrar pra ele não ficar mexendo e tirar. O tempo que ele ficou teve que ficar preso pra não tirar. AC028 Eu fico muito triste de ver ela chorando desse jeito. Eu fico perto porque eu tenho que ajudar a enfermeira a segurar ela porque ela deita e eu tenho que deita por cima dela, vem uma e segura as pernas e vem outra e segura os braços pra outra poder furar... Então é muito doloroso, né? AC036 Tem criança que espertam, bate perninha, braço, aí tem que chamar pra segurar mesmo, segurar com cuidado, apertando assim, nada de peso não... Às vezes colocando o braço firmazinho, mas pressionando o local, o braço ou dá a palma da criança. PR001 <b>DIFICULDADES DE ACESSO:</b> Foi bem difícil. Tentaram várias vezes. No braço, na mãozinha... Tentaram em um monte de lugares e conseguiram só lá no pé. Ai, aquilo me corou o coração. Foram 4 ou 5 vezes, foram bastante. AC008 Foi uma que me assustou, que a mãe dele me contou, que a enfermeira tentou doze vezes! Acho assim que é uma coisa assustadora, porque tá difícil... Ele só tem dois anos e ficar furando tantas vezes assim... Coitada da criança! AC004 Uma criança difícil de veia é muito ruim, você vê que ela está precisando do acesso e você não consegue. Isso tem acontecido bastante aqui! [...] É um procedimento um pouco mais demorado, por que a gente precisa de uma pessoa pra segurar, e muitas vezes a mãe tem que estar junto, por que a criança não fica quieta e se for uma criança maior, tem que estar pra segurar as perninhas, outra segura o bracinho e tem alguém ali pra poder fazer a punção, e no momento que está fazendo a punção, a criança mexe o braço, então tem que estar sempre alguém pra poder ajudar e depois que punccionou também, uma das pessoas que está ajudando a segurar, acaba ficando pra gente também. PR011 <b>AGITAÇÃO DA CRIANÇA:</b> Teve que segurar porque ele quer tirar aquilo dele, aí ele tenta mexer e se mexer perde a veia de novo. AC004 Elas choram, gritam, espermiem, chuta a gente independente da idade. Os maiorzinhos chutam mesmo. Hoje mesmo a gente foi chutada. PR003 <b>ATENÇÃO COM O ACESSO:</b> Toda hora você tem que ficar falando: Olha o braço! Na hora de dormir quase que não dorme. Mas pra dormir você tem que pensar: Será que ela vai mexer? Será que ela vai tirar? Porque ela tira... Ela tira! Ela puxa. Fico preocupada de tirar e ter que furar de novo. AC036 A gente tem que ficar atenta pra não mexer muito e não bater o braço na grade do berço, essas coisas assim, na hora do banho colocar um plástico com uma fitinha. AC050 <b>MOVIMENTO AGULHA NA VEIA:</b> Tentaram umas duas vezes e ficou mexendo com a agulha dentro da menbra. Nossa... É muito ruim isso. Foi aí que ele chorou, ele estava quietinho. AC023 <b>RESTRIÇÃO:</b> Não pode colorir, brincar e ir na TV com os coleguinhos. AC002 Ela abria olho para o bracinho e fica sentindo porque ela gosta muito de ficar pegando e mexendo nas coisas. AC049 É bem difícil, pra dar banho, pra comer, pra alimentar, pra tudo, é difícil... AC028</p>	
<p><b>Categoria 3: comportamentos frente ao procedimento</b></p> <p>Dimensão: valorativa e comportamental</p>	<p><b>ESTRESSORES INTRAPESSEAIS:</b>  <b>DOR NA CRIANÇA:</b> Nós preparamos o material e a primeira pergunta quando eles falam é se dói. A gente fala que dói um pouquinho PR004 Mas eu me sinto mal. Se você vê que ele tá chorando é porque tá doendo. Ai me sinto mal de ver ele sofrendo, né? AC016 <b>MEDO NA CRIANÇA:</b> Geralmente a gente orienta que a criança vá chorar e que pode acontecer isso, isso e isso... e se você (mãe) não entrar ela vai chorar porque dói e é o medo da agulha e o medo do uniforme branco e só de olhar pra gente de uniforme branco elas tem medo PR004 Ele fica desesperado, ele morre de medo, ele tem pavor! AC037 <b>CHORO NA CRIANÇA:</b> É negativa essa choradeira que a criança arruma, aí junta mãe e criança e elas ficam nervosas que vai machucar a criança, tem muita mãe que não entende. PR018 Ele chora e faz muita força e pra segurar ele precisa de umas 3 ou 4 pessoas, porque ele pede socorro e pede ajuda e pra não deixar fazer e fica desesperado. AC002 <b>SOFRIMENTO DO ACOMPANHANTE:</b> A mãe chora junto com a criança. PR003 É difícil a gente ver o filho da gente desse jeito (com acesso venoso). Dá muita pena! Porque se incomoda e dói nele, incomoda e dói na gente também. AC011 Eu viro o rosto, eu segurei a cabeça e o tronco e eu estava chorando junto com ela, mas tive que virar o rosto para não ver porque tem hora que tem que puxar, tem que ficar movimentando a agulha, aí eu viro o rosto, não adianta. AC051 <b>SOFRIMENTO PROFISSIONAL:</b> Agora se tiver que tirar pra tomar a punção... Nossa... Dá uma dor no coração danada. A gente saber que a criança vai pra lá e vai sofrer de novo e eu vou sofrer tudo de novo. PR002 <b>RAI-A DO ACOMPANHANTE:</b> Ao mesmo tempo feliz e ao mesmo tempo com raiva... Dependendo do profissional, dependo do médico. AC012 A vontade, para te falar a verdade, era de pegar ela e sair correndo quando vi ela chorando e a enfermeira cutucava ela por dentro assim... e ela vendo que ela não estava conseguindo! AC020 <b>MEDO DO ACOMPANHANTE:</b> Foi no pezinho dele, que aí a gente ficou com medo porque sempre punccionou no bracinho. Ai foi punccionar no pé e a gente ficou meio com medo, mas aí correu tudo bem graças a Deus. AC014 Então ela fica a maior parte do tempo deitada, eu não fico com ela no colo porque eu tenho medo. AC040</p>	<p>Legenda:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comportamental</li> <li>2. Informativa</li> <li>3. Objetiva</li> <li>4. Valorativa</li> <li>5. Comportamental</li> <li>6. Informativa</li> <li>7. Objetiva</li> <li>8. Valorativa</li> </ol> <p>Personas= 0,964381 a 0,722308*</p>

Nota: Extraído do software NVivo Pró-II®.

As situações identificadas, ações e objetos necessários para que o profissional tenha êxito na realização da PVP nas crianças, foram consideradas condições estressoras capazes de afetar as linhas de defesa flexíveis, normais ou de resistência do sistema dos indivíduos e que desequilibram o sistema energético da criança e de seu acompanhante, gerando reações nas crianças e nos acompanhantes, e indicando a necessidade de um redimensionamento da atuação para diminuir/prevenir (Figura 1).

As RS da PVP em crianças, pelos profissionais de enfermagem, foram oriundas das experiências da formação acadêmica inicial, acrescida pelas habilidades adquiridas na prática do procedimento e pelas vivências com os colegas de equipe. Nos relatos dos acompanhantes das crianças, a origem representacional foi a partir das experiências vivenciadas durante o processo de adoecimento da criança, de familiares, conhecidos, ao observar outras crianças hospitalizadas ou ainda via meios de comunicação e profissionais.

Nessa perspectiva, ao analisar o dendograma e gráfico de círculo (Figura 1), compreende-se a relação estabelecida entre a RS dos profissionais de enfermagem e acompanhantes das crianças, ao identificar que os comportamentos dos profissionais de enfermagem estão alicerçados nas informações e conhecimentos que possuem acerca do procedimento e estes, em conjunto com a identificação das imagens que representam para eles a PVP pediátrica e geram a valoração do cuidado.

Para os acompanhantes, os valores apresentados foram alinhados com as informações que possuem acerca do processo de PVP nas crianças, intimamente relacionado com condições essenciais aos profissionais de enfermagem, sendo seus comportamentos e atitudes relacionados com os objetos identificados para a realização da PVP pela enfermagem.

## DISCUSSÃO

Na categoria “Objetos impactantes sobre a PVP em crianças”, evidenciou-se a dimensão objetiva das RS<sup>6</sup> na qual os materiais utilizados para viabilização do acesso pelos profissionais de enfermagem e o ambiente em que é realizado o procedimento (sala de punção) são representados como estressores transpessoais, segundo a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman<sup>7</sup>, capazes de afetar (in)diretamente comportamentos e formas de enfrentamento dos participantes envolvidos no procedimento.

O estressor comum da RS ao grupo (profissionais e acompanhantes) foi o Cateter Intravascular (CIV), fator desencadeante de sofrimento à criança e, conseqüentemente, ao acompanhante e ao profissional, diante da possibili-

dade da perda do CIV e necessidade de uma nova PVP. Esta situação apresenta-se como uma condição preocupante pela atenção e vigilância necessárias aos movimentos da criança, para evitar sua perda acidental/intencional<sup>5</sup>.

Para os acompanhantes, a bomba de infusão e os frascos de medicação foram vinculados às possíveis restrições/reduções dos movimentos físicos do membro punccionado ou até mesmo da criança, estando relacionados à interrupção/diminuição do brincar e impactando sobre seu bem-estar<sup>2</sup>.

O uso do garrote e do cateter agulhado, a necessidade de encaminhar a criança para uma sala destinada à realização da PVP e a possibilidade de visualização de sangue durante a realização do procedimento foram considerados geradores de comportamentos reativos nas crianças e nos seus acompanhantes, de modo a valorar negativamente o procedimento mediante a dor, agitação, medo, sofrimento, choro; frente ao baixo conhecimento acerca desses materiais.

Diante dos impactos psicológicos/fisiológicos da PVP na criança e acompanhantes, e pela possibilidade de instalação de complicações, é necessário a manutenção e avaliação do CIV diariamente, a fim de serem reduzidos os estresses. O CIV deve ser retirado ao término da terapia venosa periférica, caso não seja utilizado em tempo  $\geq 24$  horas e, se necessária à sua permanência, deve-se atentar a salinização ou manutenção de infusões contínuas para diminuir o risco de obstruções e conseqüentes perdas<sup>10-11</sup>.

Outra intervenção de enfermagem em nível primário, com o objetivo de reduzir a possibilidade de encontro das crianças e acompanhantes com os estressores e fortalecer a linha flexível de defesa, são as atividades voltadas à educação e prevenção em saúde, como o brinquedo terapêutico. Com linguagem acessível ao público, a utilização de brinquedos terapêuticos, são pouco explorados atualmente, apesar de comprovadamente eficazes<sup>2,12</sup> no enfrentamento da PVP, por promoverem melhorias sobre o entendimento a respeito do procedimento de PVP e dos objetos relacionados de uma forma lúdica. Seu escasso uso corrobora com os resultados desta investigação, uma vez que esta estratégia não foi contemplada nos discursos analisados.

Os brinquedos terapêuticos podem ser utilizados de acordo com a fase de desenvolvimento infantil e incluem o uso de brinquedos, músicas, desenhos, histórias, entre outros. Eles são considerados recursos positivos para o cuidado de enfermagem direcionado às crianças e aos familiares, ao possibilitarem a expressão da raiva; o vínculo entre casa-hospital e profissional-criança-familiar; a compreensão do procedimento; as mudanças de comportamentos e revelação de sentimentos e necessidades<sup>13</sup>.

Na visão dos profissionais de enfermagem, a perda do acesso e os materiais, a exemplo da tala e do curativo transparente, foram relatados como geradores de estresse, com agitação na criança devido às restrições impostas e pela dificuldade enfrentada pelos profissionais para inserir-los e/ou mantê-los na criança. A presença da mãe, estressor interpessoal durante a realização do procedimento, foi relatada como agravante na dificuldade de se estabelecer o CIV na criança, devido à não permissão/reação negativa mediante a necessidade de várias tentativas de PVP.

Neste sentido, a participação familiar foi dúbia: cliente em potencial e fundamental ao cuidado, recuperação e acompanhamento da criança hospitalizada, como parceira e promotora da autonomia, justificada pelo fato de os profissionais não se sentirem preparados para dividirem com os acompanhantes os mesmos espaços<sup>14</sup>. É necessário o desenvolvimento das relações interpessoais, para que a assistência de enfermagem não se resuma à técnica, diante das dificuldades na comunicação e na efetivação do cuidado<sup>14-15</sup>.

Ao analisar o uso da tala no público infantil, identificou-se que não é indicado para manter a estabilização do CIV e deve ser desencorajada entre a equipe de enfermagem e recomendada apenas quando a PVP é imprescindível de ser realizada em área de articulação (fossa antecubital), como forma de manter a permeabilidade venosa ou quando outras formas de conter a agitação da criança não estejam disponíveis. O uso de bandagens não estabiliza adequadamente o cateter e pode obscurecer sinais e sintomas de complicações e prejudicar a circulação<sup>10</sup>.

O advento de tecnologias do cuidar, a exemplo do curativo transparente, pode gerar dificuldades no manuseio e adaptação durante a instalação, a fixação e manutenção caracterizando estresses aos profissionais sendo necessário treinamento para sua inserção na prática clínica, frente aos benefícios comprovados de sua utilização na diminuição/identificação de complicações<sup>10</sup>.

As "informações determinando a PVP em crianças" compuseram a categoria que apresentou ações técnicas profissionais necessárias para a realização do procedimento ou manter o CIV pérvio na criança e as situações características próprias da PVP em crianças, que geram reações como estressores interpessoais (relação criança-acompanhante-enfermagem), nas dimensões comportamentais e informativas dos sujeitos envolvidos no procedimento.

Os profissionais de enfermagem e os acompanhantes das crianças atribuíram as representações da PVP nas crianças à dificuldade de se estabelecer um acesso venoso

nas crianças, devido à agitação e consequentes agressões como chutes, cuspidas, xingamentos e gritos, sendo necessária a imobilização da criança para que seja possível a cateterização venosa e sua permanência por um maior tempo.

A imaturidade das crianças para vivências inovadoras, a exemplo daquelas da PVP, é típica por estarem em desenvolvimento físico, neurológico, cognitivo e comportamental, retratando a instabilidade na forma de reagir, pensar, sentir, explicando também sua agitação frente ao desconhecido<sup>1</sup>.

A última categoria "comportamentos frente à PVP em crianças" englobou conteúdos referentes aos estressores intrapessoais relatados pelos acompanhantes e pelos profissionais de enfermagem, que foram representados pelos comportamentos/attitudes, afetos e avaliações dos participantes envolvidos na PVP infantil frente aos objetos e ações necessárias para o êxito do procedimento.

Tanto os profissionais de enfermagem quanto os acompanhantes, na dimensão comportamental e valorativa representacional, perceberam sentimentos de dor física (pela inserção do CIV na criança), medo (procedimento desconhecido e do cateter agulhado), que geraram sofrimentos físicos/psicológicos.

Os estressores intrapessoais comuns ao grupo pesquisado constituíram-se nas respostas humanas das crianças/acompanhantes que devem ser percebidas/pesquisadas pelo enfermeiro, visando intervenções e objetivando a estabilização do sistema energético e o fortalecimento das condições de enfrentamento.

A dor decorrente da PVP gerou manifestações de choro frente aos medos e causaram desestabilizações em seu sistema, retratando reações reconhecidas pela enfermagem resultando na prevenção secundária capaz de fortalecerem as linhas internas de resistência e reduzirem reações.

O grau de percepção da dor varia conforme a idade e experiências anteriores estão atreladas à relação com os acompanhantes/familiares que cuidam desta criança de forma a tornar a experiência menos traumática, de acordo com a forma que os acompanhantes enfrentam a PVP<sup>1-4</sup>.

As RS circunscreveram-se de modo que os acompanhantes ancoraram suas representações em sentimentos de sofrimento, oriundos de suas experiências/vivências com o procedimento e das informações recebidas da enfermagem, configurando uma consequência das RS dos profissionais de enfermagem que ancoraram-se nos aspectos dificultadores de se estabelecer e manter um CIV numa criança. Assim, os estressores identificados foram intimamente relacionados/

originados nas ações e objetos utilizados na prática clínico-técnica do procedimento de PVP, que representaram a objetivação das RS e devem ser o foco do planejamento/diagnóstico e das prescrições da enfermagem.

A partir do diagnóstico desses estressores presentes na relação estabelecida entre as pessoas envolvidas durante a PVP na criança e nos materiais utilizados para viabilizar o CIV, é possível ao enfermeiro planejar e sistematizar sua assistência, objetivando a prevenção/diminuição das reações negativas, com consequente desequilíbrio do sistema energético da díade criança-acompanhante, facilitando a atuação profissional frente à PVP que é considerada de difícil execução<sup>7</sup>.

Muitos estressores relatados pelos acompanhantes não foram identificados pelos profissionais de enfermagem, o que aumenta o risco de gerarem alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, se uma intervenção de enfermagem não ocorrer para controlar/prevenir as quebras das linhas de defesa, fortalecer o sistema e prevenir novos estressores.

Considerando que o acompanhante está presente em toda a hospitalização e que estão submetidos também aos estressores, evidenciou-se que, por vezes, eles não são percebidos pelos profissionais que focam seu cuidado na criança, mostrando invisibilidades desses clientes em potencial e demonstrando a necessidade de atenção integral humanizada e cuidado compartilhado ampliada à díade criança/familiar<sup>17</sup>.

Dessa forma, as intervenções de enfermagem devem abranger o gerenciamento do cuidado com a incorporação de conhecimentos técnico-científicos apropriados, para que este procedimento seja menos doloroso/traumático para as crianças/acompanhantes e de mais fácil execução pelos profissionais de enfermagem, de forma humanizada, ética, qualificada e de menores custos e riscos para a criança, contribuindo com a promoção do crescimento/desenvolvimento saudável para as crianças egressas da internação hospitalar<sup>16</sup>.

No nível terciário de atuação, frente às manifestações das crianças e acompanhantes ao procedimento é necessário que o enfermeiro trate os sintomas, incentivando a presença do familiar durante a PVP, por representar segurança e apoio às crianças em momentos estressantes<sup>5,15-16</sup>.

Técnicas e tecnologias comprovadas cientificamente para a redução de dificuldades relacionadas à PVP, a exemplo do uso de compressas mornas locais, ultrassonografia e do escore de dificuldade de punção devem ser incorporados à prática clínica. Para aumentar o período de permanência do CIV, evitando nova PVP nas crianças, é ne-

cessário frisar a importância do *flushing* antes e após cada medicação, o uso do curativo transparente e estéril para evitar/identificar precocemente lesões e perda do acesso, uso de tala quando estritamente necessário e escolha adequada do local de punção, que minimize a restrição de movimentos da criança<sup>11,18</sup>.

### Limitações do estudo

Os estressores e as representações identificadas se limitam às RS dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças em relação à punção venosa periférica no público pediátrico, sugerindo-se a replicação desta investigação em outros grupos sociais e nas crianças, visando o cuidado compartilhado, humanizado e individualizado.

### Contribuições para a prática

Os resultados encontrados apresentam estressores presentes no processo de PVP em crianças, demonstrando a necessidade de reflexões sobre como inserir propostas de abordagem profissional e investigativa de enfermagem, voltadas a reduzir estas situações desconfortantes e qualificando o cuidado durante a terapia intravenosa pediátrica, de forma humanizada, com comunicação adequada e cuidado centrado na família.

### CONCLUSÃO

A representação social da PVP em crianças apresentou-se permeada por estressores intrapessoais, intrapessoais e transpessoais, com origem nas ações e nos objetos necessários para a realização do procedimento, que geraram reações nas crianças/acompanhantes, dificultando sua realização e seu enfrentamento pela díade criança/acompanhante, o que demonstrou a necessidade de um redimensionamento da atuação dos profissionais de enfermagem, de forma a adequar a assistência aos estressores presentes.

### Contribuições dos autores:

As autoras Paula Krempser, Célia Pereira Caldas e Cristina Arreguy concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação do autor Laércio Deleon de Melo contribuiu na: a) ) aprovação da versão final a ser publicada.

### Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Fonte de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Hockenberry MJ, Wilson DW, Rodgers CC. Wong-Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 10 ed. São Paulo: Elsevier; 2018.
2. Papalia DE, Feldman RD. Desenvolvimento humano. 12 ed. Porto Alegre: Amgh; 2013.
3. Lopes TAMC, Monteiro MFV, Oliveira JD, Oliveira DR, Pinheiro AKB, Damasceno SS. Nursing diagnoses in hospitalized children. Rev Rene [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 07]; 18(6): 756-62. Available from: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/ri-ufc/28787/1/2017\\_art\\_tamclopes.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/ri-ufc/28787/1/2017_art_tamclopes.pdf).
4. Faccioli SC, Tacla MTGM, Cândido LK, Ferrari RAP, Gabani FL. Punção venosa periférica: o olhar da criança hospitalizada. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 07]; 9(4): 1130-4. Available from: [https://www.acervo-saude.com.br/doc/26\\_2017.pdf](https://www.acervo-saude.com.br/doc/26_2017.pdf).
5. Almeida TJC, Mirando JOF, Santos LM, Santana RCB, Camargo CL, Sobrinho CLN. Peripheral venous accesses in hospitalized children: a photographic study. Rev Enferm UFPE online [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 07]; 10(Suppl 2): 701-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11009/12378>.
6. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia Social. 11 ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
7. Neuman B, Fawcett J. The Neuman systems model. 5 ed. Boston: Pearson; 2011.
8. Sá CP. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. 1 ed. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2015.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
10. Gorski L, Hadaway L, Hagle ME, Mcgoldrick M, Orr M, Doellman D. Infusion therapy standards of practice. [S.I.]: Journal of Infusion Nursing, 2016; 39(1S):1-159.
11. Braga LM, Parreira PMSD, Arreguy-Sena C, Carlos DM, Mônico LSM, Henriques MAP. Incidence rate and the use of flushing in the prevention of obstructions of the peripheral venous catheter. Texto context enferm [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 07]; 27(4):e2810017. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/en\\_0104-0707-tce-27-04-e2810017.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/en_0104-0707-tce-27-04-e2810017.pdf).
12. Sabino AS, Estever AVF, Oliveira APP, Silva MVG. The parents' knowledge on the care process through play. Cogitare enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 09]; (23)2:e52849. Available from: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52849/pdf\\_1](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52849/pdf_1).
13. Silva JRS, Pizzoli LML, Amorim ARP, Pinheiros FT, Romanini GC, Silva JG, et al. Using therapeutic toys to facilitate venipuncture procedure in preschool children. Pediatric Nursing [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 09]; 42(2): 61-8. Available from: <https://www.pediatricnursing.net/ce/2018/article42026168.pdf>.
14. Azevedo AVS, Júnior ACL, Crepaldi MA. Nursing team, family and hospitalized child interaction: an integrative review. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 09]; 22(11):3653-66. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n11/en\\_1413-8123-csc-22-11-3653.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n11/en_1413-8123-csc-22-11-3653.pdf).
15. Gonçalves KG, Figueiredo JR, Oliveira SX, Davim RMB, Camboim JCA, Camboim FEF. Hospitalized child and the nursing team: opinion of caregivers. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 09]; 11(6):2586-93. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23427/19115>.
16. Farias DD, Gabatz RIB, Terra AP, Couto GB, Milbrath VM, Schwartz E. Hospitalization in the child's perspective: an integrative review. J nurs UFPE online [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 09]; 11(2): 703-11. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11988/14551>.
17. Silva FLF, Oliveira RCC, Sá LD, Lima AS, Oliveira AAV, Collet N. Humanization of nursing care in a hospital environment: the user's perception. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 09]; 13(2):210-18. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/cce1/8a0316dd69f4f3c549f38d0c3cca434d7d07.pdf>.
18. Oliveira AM, Danski MTR, Pedrolo E. Ultrasound-guided peripheral venipuncture: prevalence of Success and associated factors. Cogitare Enfer. [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 09]; 22(3):e49599. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876107/49599-215088-1-pb.pdf>.

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES DE ALTO RISCO: AS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS EM FOCO

Celma Aparecida Barbosa dos Santos<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5112-1385>  
Janaina Cristina Pasquini de Almeida<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0331-0365>  
Letícia Yamawaka de Almeida<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5192-6052>  
Jaqueline Lemos de Oliveira<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3699-0280>  
Vanessa Pellegrino Toledo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4009-1042>  
Jacqueline de Souza<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6094-6012>

**Objetivo:** Identificar as necessidades psicossociais referidas nos estudos sobre gestação de alto risco buscando os diagnósticos correspondentes na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®). **Método:** Estudo qualitativo de revisão narrativa. Inicialmente, realizou-se um levantamento bibliográfico na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Após leitura e organização dos dados, os aspectos psicossociais abordados nos estudos foram listados e relacionados com os diagnósticos da CIPESC® correspondentes.

**Resultados:** Fatores como relação profissional-paciente, reações emocionais negativas, redes de apoio, insegurança, aceitação e conflitos apresentavam correspondentes específicos na CIPESC®. Em contrapartida, circunstâncias que se caracterizavam como riscos psicossociais a estas gestantes não tinham diagnósticos correspondentes, sendo abordadas de forma abrangente nesta classificação. **Conclusão:** O presente estudo reforça a complexidade do uso de classificações no âmbito psicossocial e convida os profissionais e pesquisadores a repensarem seus planos de cuidado e práticas assistenciais às gestantes de alto risco.

**Descritores:** Gravidez de alto risco; Diagnóstico de enfermagem; Saúde Mental.

### NURSING DIAGNOSES IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN: THE PSYCHOSOCIAL NEEDS IN FOCUS.

**Objective:** To identify the psychosocial needs mentioned in studies on high-risk pregnancies seeking the corresponding diagnoses in the International Classification of Nursing Practices in Public Health (CIPESC®). **Method:** Qualitative study of narrative review. Initially, a bibliographic survey was carried out in the database "Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS)". After reading and organizing the data, the psychosocial aspects covered in the studies were listed and related to the corresponding CIPESC® diagnoses. **Results:** Factors such as professional-patient relationship, negative emotional reactions, support networks, insecurity, acceptance and conflicts had specific correspondents CIPESC®. On the other hand, circumstances that were characterized as psychosocial risks to these pregnant women did not have corresponding diagnoses, being addressed comprehensively in this classification. **Conclusion:** Present study reinforces the complexity of the use of classifications in the psychosocial context and invites professionals and researchers to rethink their care plans and care practices for high-risk pregnant women

**Descriptors:** Pregnancy High-Risk; Nursing Diagnosis; Mental Health.

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO: LAS NECESIDADES PSICOSSOCIALES EN FOCO.

**Objetivo:** Identificar las necesidades psicossociales a las que se refieren los estudios sobre embarazos de alto riesgo que buscan los diagnósticos correspondientes en la Clasificación Internacional de Prácticas de Enfermería en Salud Pública (CIPESC®). **Método:** Estudio cualitativo de la revisión narrativa. Inicialmente, se realizó una encuesta bibliográfica en la base de datos "Literatura latinoamericana y caribeña en ciencias de la salud (LILACS)". Después de leer y organizar los datos, se enumeraron los aspectos psicossociales abordados en los estudios y se relacionaron con los diagnósticos CIPESC® correspondientes. **Resultados:** Factores como la relación profesional-paciente, reacciones emocionales negativas, redes de apoyo, inseguridad, aceptación y conflictos tuvieron correspondencias específicas en CIPESC®. Por otro lado, las circunstancias que se caracterizaron como riesgos psicossociales para estas mujeres embarazadas no tuvieron los diagnósticos correspondientes, y se abordaron de manera integral en esta clasificación. **Conclusión:** El presente estudio refuerza la complejidad del uso de clasificaciones en el contexto psicossocial e invita a profesionales e investigadores a repensar sus planes de atención y prácticas de atención para mujeres embarazadas de alto riesgo.

**Descriptor:** Embarazo de Alto Riesgo; Diagnóstico de Enfermería; Salud Mental.

<sup>1</sup> Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.  
Autor correspondente: Jaqueline Lemos de Oliveira - Email: [jaquelemos@usp.br](mailto:jaquelemos@usp.br)  
Recebido: 25/02/2020 - Aceito: 11/06/2020

## INTRODUÇÃO

A gestação de alto risco consiste no processo de gravidez cujas mulheres apresentam maiores chances de evolução desfavorável para si e/ou para o feto em decorrência de alguma doença, agravo ou outros problemas prévios ou em curso no período do resultado positivo do exame de gravidez<sup>1</sup>.

A importância das necessidades psicossociais específicas do ciclo gravídico puerperal tem sido apontada por vários estudiosos da área que destacam a atenção redobrada que os profissionais devem ter em relação às gestantes de alto risco<sup>2-3</sup>.

No que se refere à atenção básica e a saúde da mulher no ciclo gravídico de alto risco, a abordagem de Diagnósticos de Enfermagem relacionados às questões emocionais e psíquicas é extremamente necessária, haja vista a importância deste *setting* de cuidado tanto para o encaminhamento aos serviços especializados quanto para a garantia do acompanhamento de saúde de ambos, gestante e feto.

Neste sentido, as Classificações de Enfermagem são essenciais para que o enfermeiro oriente sua assistência e defina a melhor conduta a ser tomada, pois ao estabelecer o diagnóstico utilizando-se de alguma classificação oficial várias intervenções associadas ao mesmo são disponibilizadas propiciando ao profissional a instrumentalização de sua prática de acordo com as necessidades levantadas em sua avaliação<sup>4</sup>.

A Resolução Nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem nos diferentes locais de cuidado/assistência à saúde<sup>5</sup>, incluindo uma sequência de atividades, a saber coleta de dados e informações sobre o indivíduo assistido, avaliação das informações com a utilização de Diagnósticos de Enfermagem, elaboração de planejamentos das atividades assistenciais, implementação dos cuidados e avaliação dos resultados obtidos por meio das ações realizadas<sup>5</sup>.

É importante salientar que o modelo biológico e a prática baseada em evidências, influenciam esse sistema de classificação, e o resultado das Intervenções de Enfermagem é dirigido pelo diagnóstico, que em sua essência descreve formatos para estabelecer correlações estatísticas e padronizadas, bem como para implementar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico no processo de cuidar da gestante de alto risco<sup>6-7</sup>.

Diante da necessidade de uniformizar as ações da profissão e tornar mais clara a linguagem de trabalho nas várias instâncias de ação do enfermeiro surgem as clas-

sificações de enfermagem. Embora a criação de algumas classificações não seja recente o uso das mesmas ainda se constitui um desafio para os enfermeiros, sobretudo na saúde coletiva<sup>8</sup>.

A *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) é um sistema de classificação desenvolvida na década de 1970 para dar suporte ao julgamento clínico dos problemas potenciais ou reais de saúde e das condições dos indivíduos, famílias ou comunidades por meio de diagnósticos específicos<sup>9</sup>. Nesse sistema de classificação alguns diagnósticos aludem a aspectos psicossociais como auto percepção, enfrentamento/tolerância ao estresse e papéis e relacionamentos. No entanto, há uma ênfase nas condições biológicas/fisiológicas, sobretudo do contexto hospitalar, e no tocante à saúde mental, nos aspectos psiquiátricos em detrimento dos psicossociais.

No âmbito da Saúde Coletiva, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) em 1996 deu início a um projeto para a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®)<sup>8</sup>. Neste sistema de classificação a disposição dos diagnósticos está dividida em dois blocos, as necessidades psicobiológicas e as psicossociais. As necessidades psicossociais são divididas em oito, a saber: segurança, liberdade, aprendizagem, gregária, recreação, autoestima, participação e autoimagem<sup>10</sup>.

Vale ressaltar que ambos os sistemas de classificação contêm diagnósticos relacionados à saúde mental, no entanto entende-se que os diagnósticos na NANDA estão pautados mais em aspectos psiquiátricos e na CIPESC® estes partem de uma noção de caráter mais psicossocial.

Ademais, é importante salientar que a CIPESC® é o único sistema desenvolvido até o momento com o tema exclusivo das necessidades psicossociais e com ações direcionadas especificamente para a população que utiliza a rede de serviços com uma abordagem voltada para a Saúde Coletiva no contexto de saúde brasileiro.

Os estudos relacionados à gestação de alto risco têm se baseado majoritariamente no cuidado biológico do ser humano<sup>11-24</sup>. Assim, considerando que as gestantes de alto risco apresentam maior vulnerabilidade e que, apesar de pouco explorado, os aspectos psicossociais permeiam todo o ciclo gestacional e devem ser abordados durante a Consulta de Enfermagem, a presente pesquisa teve como objetivo identificar as necessidades psicossociais referidas nos estudos sobre gestação de alto risco buscando os diagnósticos correspondentes na CIPESC®.

Espera-se com este estudo discutir a pertinência dos diagnósticos deste sistema de classificação bem como o peso que os estudos da área têm dado para os aspectos

psicossociais das mulheres na condição de gestante de alto risco.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, que tem por objetivo revisitar as produções bibliográficas de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual. Esta categoria de pesquisa, apesar de não possuir metodologia que permita a reprodução dos dados e/ou respostas quantitativas, é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma determinada temática em um curto espaço de tempo<sup>25</sup>.

Este trabalho constituiu a primeira fase de um projeto para o desenvolvimento de uma tecnologia de suporte para a SAE das gestantes de alto risco e parte de uma proposta do Cofen e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) para o desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas com foco na SAE (Edital Nº 27/2016).

### Local do Estudo

O processo de levantamento bibliográfico foi realizado de forma não sistemática e foram recuperados artigos indexados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), uma vez que, esta base abrange documentos técnicos científicos das áreas da saúde latino-americanos, o que possibilita uma análise da realidade do continente no qual a população em estudo está inserida, além de possuir acesso livre para possíveis leitores. Além disso, considerando que a presente revisão teve como foco a utilização da CIPESC® priorizou-se esta base entendendo que por meio dela seria possível obter um panorama geral dos estudos sobre a temática no contexto brasileiro.

### Participantes do Estudo

Para a busca considerou-se os seguintes descritores: "Gravidez de Alto Risco"; "Gestação de Alto Risco", "Gestante de Alto Risco". Destaca-se que os descritores supracitados foram utilizados em português e a combinação realizada com operadores booleanos "AND" e "OR". Foram incluídos os artigos na íntegra sobre a temática da gestação de alto risco, publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 2013 a 2017.

### Coleta de Dados

Para a elaboração desse estudo, a busca na literatura foi realizada entre o período de março a maio de 2018. Para

organização dos dados utilizou-se um roteiro previamente elaborado contendo os seguintes itens: título e local do estudo, objetivos, ano, população, método, principais resultados, se o estudo fazia menção a algum aspecto psicossocial das gestantes e quais eram esses aspectos.

### Procedimentos de análise de dados

Após as leituras realizadas para a extração dos dados dos artigos e o preenchimento do roteiro de coleta de dados, os achados foram alocados em planilhas no Excel®. Primeiramente foi realizada uma classificação geral destacando os contextos nos quais os estudos foram realizados (hospital, atenção básica, especialidades etc.), o tipo dos estudos (qualitativo, quantitativo) e quantos deles faziam menção aos aspectos psicossociais.

Em seguida foram agrupados todos os artigos que mencionavam tais aspectos especificando também os contextos e abordagem metodológica. A fase seguinte da análise implicou na listagem de todos os aspectos psicossociais referidos em tais artigos, sendo identificados 94 aspectos que foram organizados em 17 categorias baseadas em critérios de similaridade.

A partir de então os dois pesquisadores envolvidos na análise dos dados examinaram cada aspecto psicossocial buscando identificar seus correspondentes no sistema de classificação adotado. Em seguida as implicações dos resultados obtidos foram discutidas com base na literatura científica.

### Procedimentos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado sob Parecer Nº 253/2018.

## RESULTADOS

O levantamento resultou em 23<sup>11-24,26-34</sup> artigos dos quais 11<sup>12-16,18,20-24</sup> utilizaram método quantitativo, 10<sup>11,26-34</sup> qualitativo e dois<sup>17,19</sup> relatos de caso. Dos 23 artigos 18<sup>11-15,17-19,21,23-24,26-31,33</sup> foram realizados em contexto hospitalar os demais eram em ambulatórios especializados<sup>16,22,32,34</sup> e Unidade Básica de Saúde<sup>20</sup>. Em relação aos aspectos abordados nos estudos, observou-se que a maioria deles (n=14)<sup>11-24</sup> esteve pautada em aspectos fisiopatológicos, como características clínico-obstétricas<sup>11,15-16,19-20</sup>, diagnósticos e patologias específicas<sup>12,14,17-18,23</sup>, padrão do consumo de medicamentos<sup>13</sup> e perfil epidemiológico<sup>20-22,24</sup>.

Dos nove estudos<sup>26-34</sup> que referiram aspectos psicossociais sete foram desenvolvidos em contexto hospitalar<sup>26-31,33</sup>, os demais em ambulatórios especializados<sup>32,34</sup> e

todos utilizaram abordagens qualitativas. Tais aspectos bem como os diagnósticos correspondentes da CIPESC®, quando existentes, são apresentados no Quadro 1.

Conforme pode ser observado, alguns aspectos relacionados à relação profissional-paciente, às reações emocionais negativas, às redes de apoio, ao sentimento de insegurança, aceitação e conflitos apresentavam correspondentes específicos na CIPESC®. Apesar disso, várias circunstâncias que se caracterizam como riscos psicossociais à estas gestantes não tinham diagnósticos correspondentes neste sistema de classificação.

**Quadro 1** Aspectos psicossociais abordados nos estudos e os diagnósticos correspondentes na CIPESC®.

Relação profissional-paciente	Aceitação
Falha na comunicação com profissionais, falta interação e diálogo médico-paciente <b>Tomada de decisão unilateral</b> Dificuldade de adesão, falha para atender a sequência correta do pré-natal Não acompanhamento adequado do pré-natal, <b>Falta de autonomia da usuária</b>	<b>Rejeição, revolta, negação, culpa, frustração,</b> surpresa Descontentamento, desapontamento, não aceitação da interrupção da gravidez <b>Dificuldade na aceitação do diagnóstico de alto risco</b> <b>Gravidez não planejada, gravidez não desejada</b>
<b>Diagnóstico B1</b>	<b>Diagnósticos G2, A2, 16.2</b>
Histórico de gestações	Déficit de autocuidado
Parto traumático História de aborto em gestação anterior, processo de luto	Dificuldade em conciliar o cuidado da casa, da família e de si Tomada de decisão limitada, Autocuidado
Transtornos mentais	Aspectos sociais
Transtornos de ansiedade, bipolar ou psicóticos <i>Baby-Blues</i> , depressão pós-parto, transtorno depressivo	Trabalho estressante, desemprego, situação socioeconômica desfavorável Distanciamento do sistema de saúde, prejuízos no lazer Condições culturais e socioeconômicas deficitárias
Sintomas psíquicos	Riscos psíquicos
Ideação paranoide, agitação psicomotora	Histórico de depressão, vulnerabilidade aos transtornos mentais
Reações emocionais negativas	Conflitos
<b>Ansiedade,</b> angústia, apreensão, inquietações, <b>tristeza,</b> estresse, sofrimento	<b>Situação conjugal instável, relacionamento conjugal insatisfatório</b> Conflitos, conflitos familiares <b>Diagnósticos D2 ou D4</b>
<b>Diagnósticos A4 e A6</b>	
Medo	Preocupação
Temor, medo, medo da morte, medo relativo à via do parto, Medo de sofrer parada cardíaca, medo de algo acontecer com os filhos, pânico	Tensão, preocupação, preocupação com o bebê, incerteza quanto ao porvir Preocupação da prematuridade do bebê, preocupação com os outros filhos

#### Redes de apoio

Isolamento social, **solidão, falta de apoio,** falta de apoio do pai do bebê  
**Rede de apoio empobrecida,** não ter espaço para conversar e expressar-se  
Religiosidade  
**Diagnósticos A1 e D1**

#### Humor

Humor instável, labilidade do humor; sentimentos ambivalentes e intensos  
Confusão de sentimentos, hiper-emotividade  
Sentimentos conflitantes em relação ao bebê e à vida

#### Insegurança

Falta de confiança em si, sentimento de incapacidade, impotência, insegurança  
Fragilidade emocional, **baixa autoestima,** não se ver em condições de ter o filho

#### Consequências

Mudanças em hábitos de vida, saúde e relações interpessoais  
Interrupção de projetos, cansaço, desgaste

#### Diagnósticos F1 ou F2

#### Informações

----

**Dúvidas, déficit de informações, desconhecimento dos riscos**

----

Diagnósticos: B1=Tomada de decisão comprometida; A4=Ansiedade decorrente do estado de saúde atual; A6=Tristeza; A1=Solidão; D1=apoio familiar prejudicado; G2=Adaptação/enfrentamento inadequado; A2=Ansiedade frente a coleta e resultado de exames; 16.2=Gravidez indesejada; D2=Relacionamento familiar conflituoso; D4=Relacionamento interpessoal comprometido; F1=Autoestima prejudicada; F2=Autoestima baixa.

## DISCUSSÃO

Identificaram-se que poucas pesquisas sobre a temática estudada foram desenvolvidas em contextos extra-hospitalares, apesar disso os estudos abordavam de modo abrangente as necessidades psicossociais das gestantes de alto risco corroborando para a melhoria da prática nos diferentes *settings* assistenciais.

As questões mais fortemente relacionadas aos sintomas e riscos de adoecimento psíquico como traumas de gestações prévias, sentimentos de medo, oscilações do humor, preocupações específicas com a condição da gestação e seus riscos, bem como o próprio transtorno mental concomitante à gestação não foram contempladas pela CIPESC®. Dado que tal sistema de classificação foi idealizado para o uso no contexto extra-hospitalar<sup>35</sup> e que o acolhimento das demandas de saúde mental no âmbito comunitário seja uma preconização recente<sup>36-37</sup>, entende-se que estes fatos podem justificar a ausência de determinadas necessidades e diagnósticos no referido sistema. Além disso, o fato do termo “psicossocial” ter conotações cada vez mais abrangentes e uma conceituação não uniforme entre as diferentes especialidades<sup>38</sup> pode também contribuir para os resultados identificados neste estudo.

Por outro lado, problemas da relação profissional-paciente, a manifestação de emoções negativas, dificuldade de aceitação de sua condição, conflitos e as redes de apoio foram aspectos contemplados pela CIPESC®, com proposições importantes para a efetivação da assistência de enfermagem, resultado que corrobora a pertinência desse instrumento para a sistematização da assistência em diferentes contextos<sup>4,39</sup>.

Aspectos relacionados ao autocuidado, alterações nos projetos de vida, impacto social e demandas por informações por parte das gestantes também foram reportados nos estudos, mas não tinham correspondentes na CIPESC®. Longe de constituir-se como uma crítica a este sistema de classificação, o presente estudo tanto reforça a complexidade do uso de classificações no âmbito da saúde mental, conforme já apontado em estudo prévio<sup>40</sup>, dada a dinâmica e subjetividade das pessoas frente às diferentes circunstâncias da vida, quanto convida os profissionais e pesquisadores a repensarem as necessidades que costumam abranger nos seus planos de cuidado a fim de ampliar suas perspectivas assistenciais no que diz respeito, sobretudo, às questões psicossociais de grupos específicos.

Por meio de um estudo que objetivou identificar evidências referentes à aplicação do processo de enfermagem no cuidado desenvolvido pelo enfermeiro no que tange às questões de saúde mental, é possível conceber que há a necessidade de reorganização do processo de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção oferecida à pacientes com questões psíquicas. Sendo assim, o Processo de Enfermagem pode possibilitar uma amplitude maior na avaliação do estado de saúde do paciente, pois é importante que o foco do cuidado se dirija ao reconhecimento do significado individual da experiência psíquica no seu contexto social, político e cultural, e não se restrinja apenas a sintomatologia física<sup>6,41</sup>.

Outro ponto para considerar além da necessidade do enfermeiro em dispensar técnicas humanizadas durante a atenção a gestante de alto risco, é promover intervenções de enfermagem baseadas na singularidade, enfatizando seus desejos, opiniões, sentimentos, bem como, incluindo sua família. Neste sentido os Diagnósticos de Enfermagem podem favorecer uma assistência individualizada às mulheres, baseada no conhecimento científico e na obtenção de resultados com indicadores de qualidade, usando os sistemas de classificação, o que também facilita a comunicação entre a equipe de atenção<sup>7,42</sup>.

Acrescenta-se que, em termos metodológicos, os estudos que utilizaram abordagens qualitativas parecem estar mais sensíveis a tais necessidades e podem, portanto, re-

forçar necessidades e respectivas intervenções no âmbito acadêmico, contribuindo para futura ampliação do arcabouço de diagnósticos e intervenções dos instrumentos de classificação atuais.

### Limitações do estudo

Em relação às limitações do presente estudo destacam-se dois aspectos: a busca realizada em apenas uma base de dados e a não utilização dos descritores em outras línguas. Entende-se que dado o uso da base LILACS, ao menos os correspondentes em espanhol já ampliariam o volume de estudos a serem revisados bem como proporcionariam um panorama mais amplo sobre as produções nessa temática.

### Contribuições para a prática

Tendo em vista o caráter processual que a referida pesquisa assumiu e questões de exequibilidade, vale destacar que, apesar disso o presente estudo propiciou a elaboração de um panorama documental/técnico sólido para as determinadas etapas da pesquisa e para ampliar as discussões sobre a SAE sob a ótica psicossocial.

Nesse sentido, revela-se a necessidade de aprimoramento da organização do processo de trabalho dos profissionais, tendo em vista o enfoque aos aspectos psicossociais dos indivíduos, a fim de proporcionar um cuidado integral.

### CONCLUSÃO

Destaca-se que a Assistência de Enfermagem deve ter seu foco na prestação de cuidados voltados não apenas às questões fisiológicas das gestantes de alto risco, mas também deve atentar-se às alterações presentes nas esferas emocional, social e espiritual, as quais precisam ser sentidas e avaliadas pelo enfermeiro na busca de um cuidado integral. Ressalta-se que a observação de fatores psicossociais da gestante de alto risco no decorrer das atividades de assistência ou durante uma consulta de enfermagem possibilita uma avaliação mais profunda das necessidades da usuária, bem como norteia a elaboração de um planejamento de cuidado direcionado à finalidade de melhorar os fatores emocionais que possam estar afetando nesse período. Além disso, estudos sobre tais necessidades são cruciais para futura ampliação do arcabouço de diagnósticos e intervenções dos instrumentos de classificação atuais.

### Contribuições dos autores:

Santos CAB e Souza J contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e

interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada. Almeida JCP, Almeida LY, Oliveira JL e Toledo VP contribuíram com a obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação da versão final a ser publicada.

**Financiamento:** Projeto do Edital 27/2016 - proposta do Cofen e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesso-

al de Ensino Superior (CAPES) para o desenvolvimento de pesquisas científicas e tecnológicas com foco na SAE.

**Agradecimentos:** Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais – IFSULDEMINAS/Campus Poços de Caldas, ao Conselho Federal de Enfermagem – Cofen e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [Internet]. 2010 [cited 2019 May 02]. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
2. Amorim TV, Souza IEO, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. *Enferm glob* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 02]; 46:515-29. Available from: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf).
3. Lindqvist M, Lindkvist M, Eurenus E, Persson M, Mogren I. Change of lifestyle habits-motivation and ability reported by pregnant women in northern Sweden. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 02]; 13:83-90. Available from: DOI: 10.1016/j.srhc.2017.07.001.
4. Nichiata LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Gryscek ALFPL, Costa AA, Takahashi RF et al. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 25]; 46(3):766-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300032>.
5. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. *Diário Oficial da União*. Brasília (2009 out 15). [Internet]. 2009 [cited 2019 May 02]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html).
6. Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 02]; 70(1):209-18. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>.
7. Vergara Escobar OJ, Pulido Acuña GP, Montenegro Ramírez JD, González Salazar CA, Ortiz Acosta YJ. El lenguaje estandarizado enfermero: conocimiento y perspectiva para el cuidado materno-perinatal. *Investig Enferm Imagen Desarr* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 02]; 21(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.elee>
8. Batista L. *Elaboração de roteiro de sistematização da assistência de enfermagem na atenção à gestante: proposta de utilização do CIPESC®*. [Dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2017. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 02]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-28022018-201121/publico/LUCIANABATISTA.pdf>
9. Herdman TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* [NANDA International]. Brasil VV. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
10. Cavalcante MDMA, Larocca LM, Chaves MMN, Cubas MR, Piosiadlo LCM, Mazza VA. Nursing terminology as a work process instrument of nurses in collective health. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2019 May 02]; 50(4):607-613. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500010>.
11. Azevedo RO, Silvino ZR, Ferreira HC. Diretrizes de enfermagem para assistência à gestante de alto risco: estudo descritivo. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2019 May 08]; 12(Sup):623-5. Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4512/html\\_2](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4512/html_2).
12. Magalhães MC, Raymundo CE, Bustamante-Teixeira MT. Morbidade materna extremamente grave a partir dos registros de internação hospitalar do Sistema Único de Saúde: algoritmo para identificação dos casos. *Rev Bras Saude Mater Infant*. [Internet]. 2013 [cited 2020 May 31]; 13(1):17-22. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292013000100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000100002&lng=en).
13. Araújo DD, Leal MM, Santos EJV, Leal LB. Consumption of medicines in high-risk pregnancy: evaluation of determinants related to the use of prescription drugs and self-medication. *Braz J Pharm Sci* [Internet]. 2013 [cited 2020 May 31]; 49(3):491-499. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-82502013000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502013000300010&lng=en).
14. Xavier RB, Bonan C, Martis AC, Silva KS. Riscos reprodutivos e cuidados integrais de gestantes com síndromes hipertensivas: estudo transversal. *Online braz j nurs* [Internet]. 2013 [cited 2019 May 31]; 12(4):823-33. Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249/html\\_11](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249/html_11).
15. Viera Neta FA, Crisóstomo VL, Castro RCMB, Pessoa SMF, Aragão MMS, Calou CGP. Avaliação do perfil e dos cuidados no pré-natal de mulheres com diabetes mellitus gestacional. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2019 May 31]; 15(5):823-31. Available from: DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000500012>.
16. Evangelista DR, Moura ERF, Costa CBJS, Bezerra CG, Valente MMQP, Sousa CSP. Conhecimento e prática anticoncepcional de mulheres portadoras de Diabetes Mellitus. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2020 May 31]; 18(3):441-447. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-814520140003000441&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-814520140003000441&lng=en).
17. Conti FB, Hibner S, Costa TH, Dezan MR, Aravechia MG, Pereira RAA et al. Sucesso no manejo da trombocitopenia aloimune neonatal na segunda gestação: relato de caso. *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2014 [cited 2020 May 31]; 12(1): 96-99. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082014000100018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082014000100018&lng=en).
18. Fernandes LB, Amaral WN. Clinical study of skin changes in low and

- high risk pregnant women. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 10]; 90(6):822-6. Available from: DOI: 10.1590/abd1806-4841.20153570.
19. Barbosa RR, Mario ADS, Calil OA, Jacques TM, Serpa RG, Barbosa LFM. Acompanhamento de Gestante Portadora de Síndrome de Marfan com Tubo Valvado Metálico Aórtico. *Int j cardiovasc sci* [Internet]; 2016 [cited 2019 Apr 10]; 29(4):f:329-l:332. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/%20es/biblio-831875>.
20. Melo WA, Alves JI, Ferreira AAS, Souza VS, Maran E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 25]; 17(1):83-92. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n1p83>
21. Silva TC, Varela PLR, Oliveira RR, Mathias TAF. Morbidade materna grave identificada no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, no estado do Paraná, 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 May 31]; 25(3):617-628. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000300617&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300617&lng=en).
22. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 25]; 21(2):01-08. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>.
23. Coli M, Zani AV. Validação de um plano de alta de enfermagem para gestantes e puérperas de alto risco. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 25]; 20:e934. Available from: DOI: 10.5935/1415-2762.20160004.
24. Azevedo RO, Ferreira HC, Silvino ZR, Christovam BP. Perfil das gestantes de alto risco hospitalizadas em uma maternidade: estudo descritivo. *Online braz j nurs* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25]; 16(2):218-225. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877012>.
25. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul Enferm*. [Internet]. 2007 [cited 2019 Apr 28]; 20(2):v-vi. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
26. Bomfim OL, Coser O, Moreira MEL. Unexpected diagnosis of fetal malformations: therapeutic itineraries. *Physis* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 25]; 24(2):607-622. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200015>.
27. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Carvalho ALO, Silva LF, Langendorf TF. Promoção da saúde materna a partir do vivido do parto de mulheres cardiopatas. *Cogitare enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25]; 4(22):e51641. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51641/pdf>.
28. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 28]; 23(1):251-264. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>.
29. Roque ATF, Carraro TE. Narrativas sobre a experiência de ser puérpera de alto risco. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 28]; 19(2):272-278. Available from: DOI: 10.5935/1414-8145.20150036.
30. Oliveira DC, Mandú ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 28]; 19(1):93-101. Available from: DOI: 10.5935/1414-8145.20150013.
31. Schmalfluss JM, Bonilha ALL. Implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabetes melito gestacional. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 28]; 23(1):39-44. Available from: DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5712>.
32. Amorim TV, Souza IEO, Salimena AMO, Melo MCSC, Paiva ACPC, Moura MAV. Cotidiano da gravidez de risco por cardiopatia: estudo fenomenológico das relações assistenciais. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 28]; 20(4):e20160091. Available from: DOI: 10.5935/1414-8145.20160091.
33. Langaro F, Santos AH. Adesão ao Tratamento em Gestação de Alto Risco. *Psicol ciênc prof*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 28]; 34(3):625-642. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000782013>.
34. Costa LD, Perondi AR, Cavalheiro JC, Ferreira AS, Teixeira GT, Bortoloti DS. Adequação do pré-natal de alto risco em um hospital de referência. *Rev Rene*. [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 28]; 17(4):459-65. Available from: DOI: 10.15253/2175-6783.2016000400004.
35. Cubas MR, Egry EY. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESCC. *Rev Esc Enferm. USP*. [Internet]. 2008 [cited 2019 Apr 28]; 42(1):181-186. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100024>.
36. Clementino FS, Miranda FAN, Pessoa Júnior JM, Marcolino EC, Silva Júnior JA, Brandão GCG. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. *Trab educ saúde*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 28]; 17(1):e0017713. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00177>
37. Pinheiro CW, Araújo MAM, Rolim KMC, Oliveira CM, Alencar AB. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enferm. Foco* [Internet] 2019 [cited 2020 Jun 08]; 10(3):64-69. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2291/580>
38. Felix TS. Concepções do psicossocial e a política de saúde mental brasileira. [Dissertação] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2017. [Internet]. 2017 [cited 2019 May 02]. Available from: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/33105/3/2017\\_dis\\_tsfelix.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/33105/3/2017_dis_tsfelix.pdf)
39. Alves KYA, Dantas CN, Salvador PTCO, Dantas RAN. Vivenciando a classificação internacional de práticas de enfermagem em saúde coletiva: relato de experiência. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 28]; 17(2):381-388. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200025>.
40. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 4]; 10(7):121-126. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2810/560>.
41. Tarouco VS, Piexak DR, Santana CS, Oliveira ACC, Pinho LA, Martins KP. Cuidados de enfermagem frente a dimensão espiritual no período gestacional. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 4]; 10(5):185-190. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2688/688>.
42. Linch GFC, Paz AA, Caregnato RCA, Abreu AM, Souza EN. Ações coordenadas para implantação e consolidação da sistematização da assistência de enfermagem em um complexo hospitalar. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 3]; 10(4):82-88. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2342/556>.

# PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NO PARTO E NASCIMENTO

Conceição de Maria Farias Sousa<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-6244-8041>

Maria Adelane Monteiro da Silva<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-9660-106X>

Ana Jessyca Campos Sousa<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-6892-147X>

Guilherme Frederico Abdul Nour<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5000-6203>

Andrea Carvalho Araújo Moreira<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

**Objetivo:** Conhecer a percepção dos pais sobre sua participação durante o parto e nascimento. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva com abordagem qualitativa, realizada no período de outubro de 2018 a fevereiro de 2019. Participaram do estudo 12 pais, por meio de entrevistas semiestruturadas. Estas ocorreram em domicílio e nas salas de espera das consultas de pré-natais. Para análise das informações utilizou-se a técnica de análise temática. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas: Desconhecimento da lei do acompanhante; Técnicas de alívio da dor e União do casal nas práticas de aleitamento materno. **Conclusão:** Considera-se que o desconhecimento dos pais sobre os seus direitos no processo parturitivo revela a necessidade de ações voltadas para promover a inserção nos momentos junto à companheira.

**Descritores:** Gestação; Participação Paterna; Enfermagem.

## PARENT'S PERCEPTION OF THEIR PARTICIPATION IN CHILDBIRTH AND BIRTH

**Objective:** To know the parents' perception about their participation during childbirth and birth. **Method:** This is a descriptive exploratory research with a qualitative approach, carried out in the period from October 2018 to February 2019. Twelve parents participated in the study, through semi-structured interviews. These occurred at home and in the waiting rooms for prenatal consultations. For the analysis of information, the thematic analysis technique was used.

**Results:** Three thematic categories emerged: Ignorance of the companion's law; Techniques for pain relief and the couple's union in breastfeeding practices.

**Conclusion:** It is considered that the parents' lack of knowledge about their rights in the parturition process reveals the need for actions aimed at promoting insertion in moments with the partner.

**Descriptors:** Gestation; Paternal Participation; Nursing.

## PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE SU PARTICIPACIÓN EN EL NACIMIENTO Y EL NACIMIENTO DEL NIÑO

**Objetivo:** Conocer la percepción de los padres sobre su participación durante el parto y el parto. **Método:** Esta es una investigación exploratoria descriptiva con un enfoque cualitativo, realizada en el periodo de octubre de 2018 a febrero de 2019. Doce padres participaron en el estudio, a través de entrevistas semiestructuradas. Estos ocurrieron en el hogar y en las salas de espera para consultas prenatales. Para el análisis de la información, se utilizó la técnica de análisis temático. El estudio tiene una opinión favorable del Comité de Ética de Investigación con el número de protocolo: 2.454.504. **Resultados:** Surgieron tres categorías temáticas: ignorancia de la ley del compañero; Técnicas para aliviar el dolor y la unión de la pareja en las prácticas de lactancia materna.

**Conclusión:** Se considera que la falta de conocimiento de los padres sobre sus derechos en el proceso de parto revela la necesidad de acciones dirigidas a promover la inserción en momentos con la pareja.

**Descritores:** Gestación; Participación paterna; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil.

Autor Correspondente: Conceição de Maria Farias Sousa - Email: [conceicaoofarias51@gmail.com](mailto:conceicaoofarias51@gmail.com)

Recebido: 29/03/2020 - Aceito: 19/05/2020

## INTRODUÇÃO

A gestação constitui-se fase importante na vida da mulher em que ocorrem alterações físicas, psicológicas, sociais e emocionais, tornando-a vulnerável durante esse tempo. O período gestacional exige adaptação do papel materno, para uma crise maturacional que é a gravidez, prepara a mulher para um nível de cuidados e responsabilidades, passando de autossuficiente e independente, para um compromisso para a vida toda com outro ser humano<sup>1</sup>.

A importância da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto vem sendo reconhecida por meio de recomendações da Organização Mundial de Saúde e evidenciada pela produção científica. O acompanhamento da parceira pelo homem e sua participação ativa no evento, promovem principalmente apoio emocional à mulher, e facilita a transição para a função de pai<sup>2</sup>.

A Lei do Acompanhante, nº 11.108, em 2005, que orienta no Sistema Único de Saúde a presença deste durante o trabalho de parto, no parto, e no pós-parto. No mesmo ano, foi estendida aos hospitais públicos, e conveniados do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Portaria nº 2418/GM do Ministério da Saúde<sup>3</sup>, que contribuiu para a reinserção da presença familiar no âmbito hospitalar.

A lei favorece a relação mãe, filho e acompanhante, estimulando a estruturação e formação familiar. Para isso, é necessário que esse envolvimento seja estimulado desde o pré natal, fortalecido no momento do parto e pós-parto e estendido ao período<sup>4</sup>.

A preparação para o parto ocorre juntamente com os pais e os profissionais da saúde, sobretudo no pré-natal, pois no momento das consultas é quando devem ser esclarecidas as dúvidas sobre a gestação, parto e cuidados com o recém-nascido.

As informações em saúde ofertadas desde o pré-natal desenvolvem nas mulheres um sentimento de satisfação quanto a um melhor preparo, e contribuem no esclarecimento de mitos e tabus, que podem gerar angústia nas gestantes durante o processo de trabalho de parto e parto. Nesse sentido, as atividades educativas devem ser desenvolvidas com base em temas de interesse das gestantes, em suas angústias, ansiedades e necessidades<sup>5</sup>.

Para tanto, as ações de educação em saúde precisam ser direcionadas pelos profissionais com foco em melhor preparo, tanto da parturiente quanto de seus familiares, com informações sobre a fisiologia do trabalho de parto, e a dor como parte desse processo, e presente na maioria das parturientes, contribuindo para a segurança do casal no momento do parto e os cuidados com o recém-nascido,

redefinindo o cuidado, onde a figura paterna se encontrará presente nesse momento<sup>6</sup>.

A participação paterna no parto traz benefícios como a maior segurança e felicidade da mulher, reduz o tempo do trabalho de parto, aumenta o vínculo familiar e diminui as intervenções medicamentosas durante o evento<sup>7</sup>.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos pais sobre sua participação durante o parto e nascimento.

## MÉTODOS

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório. Estudos qualitativos visam compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver, ou seja, é um universo de significados, que corresponde a processos e fenômenos mais complexos<sup>8</sup>.

### Local do Estudo

A pesquisa ocorreu na Cidade de Sobral-CE, que é a principal cidade do noroeste do estado do Ceará e a segunda mais importante do estado em termos econômicos e culturais, sendo a terceira maior região metropolitana. É referência para 55 municípios, possui uma população de 208.935 habitantes<sup>9</sup>. O município mantém 36 Centros de Saúde da Família e 63 equipes de Saúde da Família.

Além disso, nesse município o sistema de saúde organiza-se por níveis de atenção, sendo estes a atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária à saúde tem sido reconhecida nacionalmente por ser referência em organização e desde sua implantação vem obtendo grandes avanços nesta área, tendo a ESF como referência de orientação do nível primário. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), entre os meses de outubro de 2018 a fevereiro de 2019. A UBS em questão é organizada em quatro equipes, composta por quatro enfermeiros, e aproximadamente 24 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa unidade foi selecionada intencionalmente, pois constitui-se campo de atuação da extensão do grupo de pesquisa a qual os autores fazem parte e por ter um grupo de gestantes com encontros fixos.

### Participantes do estudo

Participaram do estudo 12 homens, cujas companheiras estavam grávidas. Foram incluídos os companheiros de gestantes cadastradas na UBS em estudo, com idade igual ou maior de 18 anos e alfabetizados. Dentre os participantes, 8 já tinham vivenciado a experiência da paternidade. A

idade dos mesmos variou entre 21 a 49 anos, 5 não havia concluído o ensino fundamental e 7 sete possuíam ensino médio incompleto. Os participantes foram selecionados aleatoriamente e o número definido pelo critério de saturação das informações<sup>10</sup>.

Para preservar o anonimato dos participantes, estes estão identificados na pesquisa pelo termo “entrevistado”, seguido do numeral arábico, na sequência de sua inserção na pesquisa.

### Coleta de dados

A coleta das informações se deu por meio de uma entrevista semiestruturada<sup>11</sup>. As entrevistas ocorreram na unidade de saúde, no momento em que a gestante comparecia à consulta de pré-natal com seu companheiro. Este era abordado sobre o interesse de participar da pesquisa e solicitada sua anuência. Também sucederam entrevistas em domicílio, a partir de visitas aos pais, realizadas juntamente com ACS. Cada entrevista teve duração média de 30 a 40 minutos.

### Procedimentos de análise dos dados

O conteúdo das entrevistas foi gravado e transcrito na íntegra, a fim de se obter a fidedignidade das respostas. O material foi lido e relido, favorecendo a interpretação dos achados. Para análise das informações foi utilizada a técnica de Análise Temática<sup>9</sup>.

### Aspectos éticos

Todos os aspectos da bioética foram respeitados na realização da pesquisa. Antes da entrevista foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Ressalta-se que o estudo faz parte de uma pesquisa maior que tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de protocolo: 2.454.504.

## RESULTADOS

A partir da análise e interpretação das informações e utilizando o método Análise Temática<sup>9</sup>, emergiram três categorias temáticas: Desconhecimento da Lei do Acompanhante; Desenvolvimento de técnicas de alívio da dor pelo companheiro e A participação do pai nas práticas de aleitamento materno.

### Desconhecimento da Lei do Acompanhante

Apesar de a Lei do Acompanhante estar em vigor desde 2005, o desconhecimento desta lei ainda permeia nos dias atuais. Esse desconhecimento associa-se a falta de

preparo dos pais para a vivência da gestação de suas companheiras, parto e nascimento de seus filhos. Sabe-se que culturalmente, o parto constitui-se um momento feminino, contribuindo para que haja a despreparação paternal em torno desse evento, como percebe-se nos discursos a seguir:

*Não conhecia a lei do acompanhante, mas não consegui entender como ela funciona, é em todo hospital?* (Entrevistado 1)

*[...] não conhecia (a lei), nunca não nos deixam entrar [...] é muito importante o pai entrar, porque são os responsáveis pela criação do filho.* (Entrevistado 2)

*Em relação a lei (do acompanhante), eu conhecia, mas não direito[...].* (Entrevistado 11)

*Sobre a lei eu já tinha ouvido falar [...] não pude ir nos partos anteriores, porque ela já ficou grávida três vezes* (Entrevistado 5)

Observa-se nos discursos que os pais já tiveram a experiência de apoiar suas companheiras, mas não conseguiram participar do momento do parto de maneira efetiva.

### Desenvolvimento de técnicas de alívio da dor pelo companheiro

A presença do pai no momento do parto pode favorecer o uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, gerada por fatores tanto fisiológicos como emocionais que envolvem esse evento. Algumas dessas técnicas puderam ser evidenciadas nos discursos dos participantes:

*Eu consigo realizar as massagens, acalmar ela, pois estamos juntos* (Entrevistado 1)

*Na primeira gestação dela não pude participar, pois éramos muitos novos, por isso não participei, por isso não sabia das coisas, sendo que minha filha foi prematura, a primeira. [...]Hoje em dia eu consigo estar mais presente, consigo sim fazer as massagens nela e acalmar ela.* (Entrevistado 9)

Nas respostas a seguir consideramos que há a falta de preparo de alguns pais em relação à participação deles no momento do parto:

*Não consigo fazer essas coisas (métodos não farmacológicos de alívio da dor), na nossa primeira filha, não conseguia ajudar em nada, é como se eu sentisse a dor com ela [...] fico nervoso.* (Entrevistado 7)

*Não sabia o que poderia fazer pensava que só era pra levar no banheiro [...].* (Entrevistado 6)

### A participação do pai na prática de aleitamento materno

Os participantes compreendem que o seu apoio é vital para o sucesso da amamentação e alguns se colocam como partícipes desse processo, demonstrando conhecimento sobre o assunto:

*Na amamentação consigo orientar ela, pois é muito importante e eu do lado dela, deixo ela mais calma pro leite sair. (Entrevistado 2)*

*Na amamentação, tentarei estimular com paciência, carinho e apoiar caso ela não consiga, até porque o leite é o melhor alimento, previne do câncer de mama, não sabia. (Entrevistado 4)*

*[...]Sei que tenho que passar segurança pra ela, que ela é capaz e consegue (Entrevistado 6)*

*Em relação à amamentação, irei tentar, pois trabalho, e passo a maior parte fora de casa, e como também é a primeira gestação temos que aprender juntos, irei passar tranquilidade, e se precisar faço massagem no seio dela. (Entrevistado 8)*

Entretanto, percebe-se que nas experiências anteriores de alguns participantes, estes demonstraram falta de conhecimento e atitude em relação à prática da amamentação, deixando-a a cargo da companheira.

*Em relação à amamentação, quando ela não podia amamentar, comprava leite [...]hoje converso com ela que é importante da o leite do peito, evita doenças para criança (Entrevistado 1)*

*Em relação ao aleitamento, não consigo ajudar [...] não sabemos de muita coisa, ela auxilia. (Entrevistado 5)*

### DISCUSSÃO

A falta de conhecimento dos pais sobre seus direitos, somado a vivência do processo gravídico puerperal apenas por mulheres, desencadeou historicamente um afastamento paterno desse momento.

Os depoimentos confirmam a falta de informação quanto ao direito estabelecido pela lei 11.108/2005, conhecida como a Lei do Acompanhante. A Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>12</sup> como fortalecedora dessa proposta, afirma a importância da lei como dispositivo legal que proporciona entendimento do homem como sujeito do direito de acompanhar o parto de sua companheira, se for isto for sua escolha. Torna-se, portanto, necessária uma mudança no modelo na partu-

rição, com o devido conhecimento da mulher e a inserção do acompanhante na cena de apoio e cuidado<sup>12</sup>.

Percebe-se que o direito ao acompanhante ainda não se tornou uma realidade para a totalidade dos pais do estudo, pois muitos não conseguem participar do parto de suas companheiras de forma efetiva. Reitera-se que esse direito é, em muitas situações, “inegável” e “inegociável” pelo seu caráter constitucional. O impedimento de participar do parto representa a falta de respeito aos pais, frente à Lei do Acompanhante, que parece está ligado intimamente à carência de informações ao casal.

Assim, mesmo com todo o desenvolvimento que os modelos de saúde vêm vivenciando ao longo dos anos, as unidades de saúde encontram-se relutantes a mudanças nesses paradigmas. Deve-se, portanto, buscar garantias para que os pais tenham o seu direito respeitado, permitindo o acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e puerpério<sup>12</sup>. Destaca-se também que é necessária a estimulação por parte dos profissionais, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, no que diz respeito à preparação e informação aos pais sobre os seus direitos como acompanhante.

A mulher, ao permanecer sozinha durante o trabalho de parto e parto, pode apresentar medo, ansiedade, apreensão e tensão que podem aumentar a dor. A presença de alguém de sua confiança evita tais sentimentos, quebrando o ciclo tensão, medo e dor, controlando-a, reduzindo a necessidade de medicação, além de deixá-las mais seguras e confiantes e diminuir a duração do trabalho de parto e a incidência de depressão pós-parto e cesariana<sup>13</sup>.

Entende-se que a participação do pai no nascimento do filho traz contribuições fundamentais e facilita a construção de vínculos precoces, favorecendo o fortalecimento desses laços. Dessa forma, pode-se considerar que envolver o pai no processo parturitivo de suas companheiras constitui-se em fator preventivo para o abandono familiar, a violência doméstica contra crianças e/ou a delinquência juvenil<sup>14</sup>.

Concorda-se que com advento do PNH<sup>12</sup>, o parto humanizado tornou-se uma meta para os serviços de saúde. Nesse sentido, os métodos farmacológicos usados para o aceleração do parto e a ausência dos parceiros como acompanhantes, passam a se configurar como fatores de descaso na atenção a gestante no processo de parto<sup>12</sup>. Também como forma de humanizar o momento do parto, são experimentadas diversas técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor são importantes por conseguirem reduzir as intervenções nesse momento, possibilitando o retorno da essência da fisiologia do parto para a mãe e o conceito<sup>15</sup>. Estes métodos, além de

estarem profundamente comprometidos com as políticas de humanização do parto e nascimento, proporcionam às mulheres a diminuição do medo, autoconfiança e satisfação<sup>16</sup>.

O acompanhamento do pai ajuda a diminuir o estresse ocasionado durante o trabalho de parto. Assim, a presença paterna pode ser considerada como método não farmacológico de alívio da dor, fortalecendo a relação afetiva do casal.

Dessa forma, o apoio emocional dos acompanhantes sob a ótica da gestante é importante para minimizar sua tensão, promovendo a diminuição da dor e ansiedade do momento. Entretanto, entende-se que para isso faz-se necessária a preparação dos pais, que deve ser realizada de maneira efetiva, para que o casal sintam-se seguro, visto que os participantes da pesquisa relataram que, em experiências anteriores conseguiram, mesmo com o nervosismo e medo, promover apoio, sobretudo nos momentos de dor, como exercícios de respiração e massagens.

Os discursos dos pais revelam que assim como a gestante, têm medos e tensões durante a gestação, pelo fato de permanecerem mais tempo com sua companheira, sentem-se responsáveis diretos pelo cuidado, gerando assim sentimentos como medo pela saúde da mulher e filho, de não atender às expectativas e atrapalhar o processo, impotência, ansiedade, medo, apreensão, emoção, preocupação, nervosismo por desconhecer o processo.

Portanto, a participação paterna em todas as fases da gestação se configura como um momento que possibilita a união do casal, repercutindo na estabilidade emocional da gestante. Concorda-se ainda que a forma como o companheiro estar presente nesse ciclo pode influenciar no pós-parto, na amamentação e nos cuidados com o recém-nascido<sup>17</sup>.

Destaca-se que o aleitamento materno historicamente tem sido considerado pela sociedade como responsabilidade somente da mulher. Trata-se de um paradigma de que o homem não faz parte desse processo, e que questões culturais podem trazer dificuldades ao homem em participar do ato de amamentar, que neste período podem sentir-se deslocados e excluídos da prática do aleitamento<sup>15</sup>. Entretanto, é reconhecida a relevância da presença e participação do pai da criança durante esse processo que não deve ser um simples incentivador da amamentação, mas sim o principal, pois ele juntamente com a mãe participou de todos os processos de gestar<sup>18,19</sup>.

Durante a leitura é possível observar que os pais já eram envolvidos nesse momento com as companheiras, por já terem experienciado a paternidade e também em decorrência de estarem juntos há muito tempo, facilitando o vínculo e a aproximação no decorrer da gestação, como também, o conhecimento sobre o aleitamento materno leva

o pai a desempenhar maior influência sobre a vontade da mãe de amamentar<sup>18</sup>.

Considerando que a prática do aleitamento pode ser influenciada de acordo com o conhecimento dos pais, quanto maior o conhecimento destes sobre os benefícios da amamentação, associado ao apoio e ao envolvimento, melhor será a prática das mulheres leite materno aos seus filhos, pois um pai bem informado torna-se um elemento chave na manutenção e sucesso da amamentação<sup>17</sup>.

A aproximação dos casais durante a prática do aleitamento é visto como forma de união destes, para o bem estar do recém-nascido e da mãe, pois no momento em que a mulher é sensibilizada pelo parceiro com o apoio necessário durante o processo de amamentar, ela se torna mais tranquila, desprendendo-se de toda a tensão e angústia que a cerca. Esse envolvimento deve ser iniciado e estimulado desde o pré-natal, com o objetivo de estimular o apoio, favorecimento e participação na amamentação<sup>20</sup>.

Nessa perspectiva, a equipe de saúde tem papel fundamental em compartilhar informações, contribuindo para a participação ativa dos pais acompanhantes durante todo o processo de nascimento. As informações ofertadas por meio de ações educativas realizadas durante o pré-natal configuram-se como decisivas para a humanização, qualificação da assistência e cumprimento das leis no país<sup>21,22</sup>.

### Limitações do estudo

Considera-se como limitação do estudo a sua abrangência local, sendo que os achados podem refletir características regionais, não conseguindo retratar a percepção dos pais em sua totalidade, dada a diversidade cultural no país.

### Contribuições para a prática

Entender a percepção dos pais acerca de sua participação no parto e nascimento dos filhos permite conhecer as lacunas da prática na construção e/ou potencialização do desejo destes se envolverem nesse processo, bem como favorece o reconhecimento de seus direitos de pai. A atuação da enfermagem deve focar nas necessidades de cada parceiro de forma individualizada, elaborando estratégias que os tornem junto com sua companheira protagonistas desse momento.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se a falta de conhecimento dos pais sobre o seu direito de participação no processo parturitivo, ao mesmo tempo em que se verificou a necessidade de ações

voltadas para promoção de sua inserção nesses momentos junto à companheira.

A participação dos pais no nascimento de seus filhos constitui estratégia que deve ser potencializada pelos profissionais da saúde, minimizando fatores culturais que podem gerar passividade paterna. Considera-se que o companheiro pode se configurar fonte de apoio à mulher durante a vivência do ciclo gravídico puerperal e um forte aliado nas ações de promoção da saúde de suas companheiras e filhos.

Acredita-se que estudos sobre essa temática são capazes de gerar conhecimento para área da saúde, contribuindo para uma prática que fomente a participação paterna no

momento do parto e nascimento, desenvolvida sobretudo, durante o acompanhamento pré-natal.

### Contribuições dos autores:

Conceição de Maria Farias Sousa- concepção e desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito. Maria Adelane Monteiro da Silva- aprovação da versão final a ser publicada. Ana Jessyca Campos Sousa - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Guilherme Frederico Abdul Nour - concepção e/ou desenho do estudo; redação e/ou revisão crítica do manuscrito. Andréa Carvalho Araújo Moreira- aprovação da versão final a ser publicada.

### REFERÊNCIAS

- 1- Silva EP, Lima RT, Osório MM. Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Ciê. Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr 24]; 21(9):2935-48. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/28165/pdf8gt>.
- 2- Carvalho, IS, Carvalho, CFS, Endrs, BC, Brito, RS. A participação do homem durante o nascimento do filho: vídeos do Youtube. *Revenferm UERJ* [Internet]. 2017 [citado 2018 abr 24]; 25: 1-6. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11474>.
- 3- Brasil. Lei nº 11.108, de 07 de Abril de 2005. Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília; 2005.
- 4- Pasqual KK, Bracciali LAD, Volponi M. Alojamento conjunto: Espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe Multiprofissional. *Cogitare enferm* [Internet] 2010 [citado 2018 mar 18]; 15(2): 334-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17872>.
- 5- Malata A, Chirwa E. Childbirth information needs for first time Malawian mothers who attended antenatal clinics. *Rev MMJ* [Internet] 2011 [citado 2018 fev 11]; 23(2):42-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23074811>.
- 6- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Syst Rev* [Internet] 2015 [citado 2018 fev 11]; 15(9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27121907>.
- 7- Donato ADC, Cândido, ACF, Ribeiro LO, Petito G. A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. *RE-FACER - Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres* [Internet] 2015 [citado 2018 abr 22]; 4(1): 1-15. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/316254542\\_A\\_importancia\\_da\\_participacao\\_do\\_pai\\_no\\_ciclo\\_gravidico\\_puerperal\\_uma\\_revisao\\_bibliografica](https://www.researchgate.net/publication/316254542_A_importancia_da_participacao_do_pai_no_ciclo_gravidico_puerperal_uma_revisao_bibliografica).
- 8- Minayo, MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.
- 9- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico*. [Internet] 2019 [citado 2018 abr 11] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ce/sobral/panorama>.
- 10- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2008 [citado 2018 jan 20]; 24(1):17-27. Disponível em: <file:///C:/Users/55889/Downloads/O2.pdf>.
- 11- Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.
- 12- Ministério da Saúde(BR). *Humanização do parto e do nascimento*. Ceará (CE): Ministério da Saúde;2014.
- 13- Ministério da Saúde(BR). *Secretaria de Atenção à Saúde, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 14- Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2007 [citado 2018 abr 10]; 28(4):497-504. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3110>.
- 15- Osório SMB, Silva JL, Nicolau, AIO. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Rev Rene* [Internet] 2014 [citado 2018 abr 15]; 15(1): 174-84. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3112>.
- 16- Silva EF, Strapasson MR, Fischer AC. Métodos não Farmacológicos de Alívio da Dor Durante Trabalho de Parto e Parto. *Rev. Enferm. (UFMS)* [Internet] 2011 [citado 2018 abr 09]; 1(2): 261-271. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>.
- 17- Lima JP, Cazola LHO, Picoli RP. Involvement of fathers in the breastfeeding process. *Cogitare enferm* [Internet] 2017 [citado 2018 abr 18]; 22(1): 01-7. Disponível em: <file:///C:/Users/55889/Downloads/6e5c3ba15fd6ee7ce6f-2c0a2698e9acfd1d99.pdf>.
- 18- Piazzalunga CS, Lamounier JA. A paternidade e sua influencia no aleitamento materno. *Pediatria* [Internet] 2009 [citado 2018 abr 12]; 31(1): 49-57. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-601603?lang=pt>.
- 19- Sanches MTC. *Enfoque fonoaudiológico*. In: *Amentação bases científicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010; p. 101.
- 20- Azevedo SJS, Santos FAPS, Vieira, CENK, Mariz LS, Silva NA, Enders BC. Knowledge of man about breastfeeding. *Acta scihealthsci* [Internet] 2016 [citado 2018 abr 16]; 38(2):153-8. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/28165/pdf>.
- 21- Junqueira TL, Coelho ASF, Sousa MC, Louro NS, Silva PS, Almeida NAM. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde e o conhecimento de seus direitos no período gravídico-puerperal. *Enferm. Foco* [Internet] 2019 [citado 2020 mar 16]; 10 (4): 67-72. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2213>.
- 22- Alves TCM, Coelho ASF, Sousa MC, Cesar NF, Silva PS, Pacheco RL. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm. Foco* [Internet] 2019 [citado 2020 mar 16]; 10 (4): 54-60. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2210>.

# PERFIL DE USUÁRIOS ESTOMIZADOS ATENDIDOS EM UM DEPARTAMENTO DE ÓRTESES E PRÓTESES

Jacy Aurélia Vieira de Sousa<sup>1</sup>

Morgana Matias da Rosa<sup>1</sup>

Elaine Cristina Antunes Rinaldi<sup>1</sup>

Caroline Gonçalves Pustiglione Campos<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8390-5785>

<https://orcid.org/0000-0002-0926-2969>

<http://orcid.org/0000-0002-2937-7405>

<http://orcid.org/0000-0002-3803-6100>

**Objetivo:** caracterizar os usuários estomizados atendidos em um Departamento de Órtese e Próteses da região dos Campos Gerais, Paraná, quanto a aspectos sociodemográficos, clínicos e relacionados ao cuidado com a estomia. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, realizado entre fevereiro e abril de 2019 por meio de coleta de dados de 246 prontuários. **Resultados:** A maioria da amostra foi composta pelo sexo masculino (133; 54,07%), com média de idade de 62,44 anos (mín.=04; máx.=97), casados(as) (138; 56,10%), com um a quatro anos de estudo (103; 41,87%), que residiam com cônjuge e filhos(as) (72; 29,27%) e aposentados (106; 43,09%). Houve predomínio de colostomias (164; 66,66%), permanentes (59; 23,98%), cuja principal causa foi o câncer (155; 63,01%). **Conclusão:** Os resultados obtidos amparam a gestão do enfermeiro estomaterapeuta responsável pelos usuários na busca de melhorias na assistência, conhecendo às necessidades e características individuais de cada paciente.

**Descritores:** Estomia; Enfermagem; Perfil de Saúde.

## PROFILE OF STOMIZED USERS ATTEND IN A DEPARTMENT OF ORTHOSES AND PROSTHESES

**Objective:** to characterize the ostomized users treated in a Department of Orthoses and Prostheses in the region of Campos Gerais, Paraná, regarding socio-demographic, clinical and related to ostomy care. **Methodology:** Retrospective, descriptive and quantitative study, conducted between February and April 2019 by collecting data from 246 medical records. **Results:** Most of the sample was male (133; 54.07%), with a mean age of 62.44 years (min=04; max=97), married (138; 56, 10%), with one to four years of schooling (103; 41.87%), who lived with their spouse and children (72; 29.27%) and retired (106; 43.09%). There was a predominance of colostomies (164; 66.66%), permanent (59; 23.98%), whose main cause was cancer (155; 63.01%). **Conclusion:** The results support the management of the Enterostomal Therapist responsible for the users in search of improvements in care, knowing the needs and individual characteristics of each patient.

**Descriptors:** Ostomy; Nursing; Health Profile.

## PERFIL DE USUARIOS ESTOMIZADOS ATENDIDOS EN UN DEPARTAMENTO DE ÓRTESES Y PRÓTESIS

**Objetivo:** caracterizar a los usuarios estomizados tratados en un Departamento de Ortesis y Prótesis en la región de Campos Gerais, Paraná, con respecto a la atención sociodemográfica, clínica y relacionada con la ostomía. **Metodología:** Estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo, realizado entre febrero y abril de 2019 mediante la recopilación de datos de 246 registros médicos. **Resultados:** la mayor parte de la muestra era masculina (133; 54.07%), con una edad media de 62.44 años (mín = 04; máx = 97), casada (138; 56, 10%), con uno a cuatro años de escolaridad (103; 41.87%), que vivían con su cónyuge e hijos (72; 29.27%) y se jubilaron (106; 43.09%). Predominó la colostomía (164; 66.66%), permanente (59; 23.98%), cuya causa principal fue el cáncer (155; 63.01%). **Conclusión:** Los resultados apoyan el manejo de la enfermera estomatoterapeuta responsable de los usuarios en busca de mejoras en la atención, conociendo las necesidades y características individuales de cada paciente.

**Descritores:** Estomía; Enfermería; Perfil de Salud.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG, PR, Brasil.).

Autor correspondente: Jacy Sousa - Email: jacy.sousa@gmail.com.

Recebido: 11/12/2019 - Aceito: 12/07/2020

## INTRODUÇÃO

Estomias de eliminações são desenvolvidas com a finalidade de exteriorização de um órgão interno na região da parede abdominal, resultando em um orifício<sup>(1)</sup>. São criadas cirurgicamente, recebem o nome a partir da localização anatômica e a sua permanência é dividida em temporária e permanente<sup>(2)</sup>. As causas que conduzem à construção de uma estomia são: traumas, neoplasias, doenças diverticulares, obstruções intestinais, fistulas, doenças inflamatórias e doenças congênitas<sup>(3)</sup>.

Considerando que o estomizado tem o direito de atenção integral a saúde, por meio de atendimentos especializados, desde a distribuição de equipamentos coletores e adjuvantes até prescrições de cuidados pelo enfermeiro estomaterapeuta, o serviço é fornecido pelo Sistema Único de Saúde e garantido pelas diretrizes nacionais para atenção à saúde de pessoas estomizadas da portaria nº 400/2009<sup>(4)</sup>. O enfermeiro estomaterapeuta é responsável pela organização e planejamento de materiais, equipamentos das instituições e também a aquisição de dados dos pacientes que utilizam o serviço de atenção integral ao estomizado<sup>(5)</sup>.

O Brasil possui um déficit quanto aos dados epidemiológicos sobre pessoas estomizadas, devido à complexa extensão territorial, inexistência de registros e dificuldade de comunicação entre os serviços, o que influencia a sistematização dos dados<sup>(6)</sup>. Com isso, estima-se que 33,864 pessoas vivem com a estomia no Brasil, o qual ainda constitui-se com um dado subnotificado<sup>(7)</sup>.

Quanto a isso, tem-se a seguinte questão norteadora do presente estudo: qual o perfil de usuários estomizados atendidos em um Departamento de Órteses e Próteses de um município do Paraná? Tal caracterização contribui para fundamentar a implementação de ações que possibilitem uma qualidade na atenção integral em saúde destes usuários. Além disso, a identificação dos usuários deste serviço possibilitará o planejamento de estratégias benéficas para um atendimento de qualidade no setor encarregado pela distribuição de equipamentos e orientações aos pacientes.

## OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os usuários estomizados atendidos em um Departamento de Órteses e Próteses da região dos Campos Gerais, Paraná, quanto a aspectos sociodemográficos, clínicos e relacionados ao cuidado com a estomia.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, de natureza quantitativa, realizado em um Departamento de Órteses e Próteses localizado na região dos Campos Gerais, Paraná. Este departamento funciona por meio de uma equipe multiprofissional composta por uma enfermeira estomaterapeuta, uma técnica de enfermagem, duas assistentes sociais, uma nutricionista e uma assistente administrativa.

O departamento possuía 375 prontuários, sendo 246 usuários estomizados e 129 de pacientes que faziam uso de cateteres vesicais, sendo estes excluídos da pesquisa devido não se relacionarem com o assunto proposto. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e abril de 2019, por meio da análise de informações contidas em 246 prontuários.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico, clínico e relativo aos cuidados com a estomia, desenvolvido exclusivamente para esse estudo. Foram identificadas nos prontuários as seguintes variáveis: sexo, estado civil, faixa etária, escolaridade, com quem vivem, situação profissional, última visita, tipos de estomias, divisão dos tipos de estomias, causa, temporalidade, tempo de uso, marcas dos equipamentos, peças utilizadas, equipamentos, adjuvantes e complicações.

Os dados foram organizados em planilha no Software Microsoft Excel® 2013 e analisados por meio de estatística descritiva, com valores mínimo, máximo e média para as variáveis quantitativas, e valores absolutos e percentuais para as variáveis categóricas. A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, com parecer favorável nº 3.274.437.

## RESULTADOS

Referente à amostra total, houve predomínio do sexo masculino (133; 54,07%), casados (138; 56,10%), com um a quatro anos de estudo (103; 41,87%), viviam com cônjuge e filhos (as) (72; 29,27%) e aposentados (106; 43,09%). A média de idade dos usuários estomizados foi de 62,44 anos ( $\pm 15,8$ ) (min= 04; máx= 97) (Tabela 1).

A última visita realizada pelos usuários estomizados ao Departamento ocorreu em períodos de 30 a 60 dias (199; 80,89%) e, a partir desta visita, ocorria a distribuição de equipamentos coletores e adjuvantes para os usuários estomizados (Tabela 1).

**Tabela 1 -** Dados sociodemográficos de usuários estomizados atendidos em um Departamento de Órteses e Próteses. Ponta Grossa, 2019.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	133	54,07
Feminino	113	45,93
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	138	56,10
Solteiro(a)	54	21,95
Viúvo (a)	36	14,63
Divorciado (a)	18	7,32
<b>Faixa Etária**</b>		
1 a 30	13	5,29
31 a 60	91	36,99
61 ou mais	142	57,72
<b>Escolaridade</b>		
Analfabetos	17	6,91
1-4 anos incompletos	103	41,87
4-8 anos incompletos	57	23,17
8 anos ou mais	60	24,39
NC*	09	3,66
<b>Com quem vivem</b>		
Cônjuge e filhos (as)	72	29,27
Cônjuge	66	26,83
Filhos (as)	49	19,92
Sozinho(a)	24	9,76
Pai/Mãe	17	6,91
Irmãos(ãs)	11	4,47
Instituição	05	2,03
Sobrinhos (as)	02	0,81
<b>Situação Profissional</b>		
Aposentado(a)	106	43,09
Desempregado(a)	51	20,73
Empregado (a)	48	19,51
Auxílio Doença	40	16,26
NC*	01	0,41
<b>Última Visita***</b>		
01 a 30 dias	07	2,85
30 a 60 dias	199	80,89
60 dias ou mais	40	16,26
<b>TOTAL</b>	<b>246</b>	<b>100</b>

Fonte: Os autores (2019)

Legenda: \* Não consta; \*\* Anos; \*\*\* Ao Departamento de Órteses e Próteses de Ponta Grossa, Paraná.

Um dos principais motivos para a confecção da estomia foi o câncer (155; 63,01%) e o tipo de estomia que mais se destacou foram as colostomias (164; 66,66%), e com temporalidade permanente (59; 23,98%). O tempo de permanência dos usuários com o equipamento coletor mostrou-se entre um a cem meses (207; 84,15%), sendo a contagem deste tempo a partir da cirurgia de construção do orifício e de acordo com os dados de visitas ao

serviço de atenção integral ao estomizado. Comparando às estomias de eliminações urinárias e intestinais, observou-se predomínio das intestinais (218; 88,61%). Quanto às complicações, houve o predomínio de dermatite (21; 8,54%). (Tabela 2).

**Tabela 2 -** Dados clínicos de usuários estomizados atendidos em um Departamento de Órteses e Próteses. Ponta Grossa, 2019.

Variáveis	n	%
<b>Tipos de Estomias</b>		
Colostomia	164	66,66
Ileostomia	53	21,54
Urostomia	24	9,76
Dupla	03	1,22
Gastrostomia	01	0,41
Nefrostomia	01	0,41
<b>Divisão dos tipos de Estomias</b>		
Intestinais	218	88,61
Urinária	24	9,76
Intestinais/urinária	03	1,22
Digestiva	01	0,41
<b>Causa</b>		
Câncer	155	63,01
Obstrução Intestinal	17	6,91
Doença diverticular	15	6,10
Trauma	11	4,47
Doença de Crohn	06	2,44
Síndrome de Fournier	05	2,03
Outras	37	15,04
<b>Temporalidade</b>		
Permanente	59	23,98
Temporária	44	17,89
Indeterminado	24	9,76
NC*	119	48,37
<b>Tempo de Uso **</b>		
1 a 100	207	84,15
101 a 200	24	9,75
201 a 400	14	5,69
401 a 800	01	0,41
<b>Complicações</b>		
Dermatite	21	8,54
Retração de Estomia	03	1,22
Prolapso	01	0,41
Necrose	01	0,41
NC*	02	0,81
Nenhuma complicação	218	88,61
<b>TOTAL</b>	<b>246</b>	<b>100</b>

Fonte: Os autores (2019).

Legenda: \*Não consta; \*\*Meses.

Os equipamentos coletores mais utilizados foram o de uma peça (141; 57,32%) com a maior distribuição da marca Coloplast® (162; 65,85%). Além disso, há alguns adjuvantes

que são utilizados para auxiliar na conservação e higienização da estomia. Os mais procurados foram as pastas (40; 16,26%), sprays (16; 6,50%) e cintos (14; 5,69%). (Tabela 3).

**Tabela 3** - Equipamentos utilizados e adjuvantes utilizados pelos usuários estomizados atendidos em um Departamento de Órteses e Próteses. Ponta Grossa, 2019.

Variáveis	n	%
<b>Marcas dos Equipamentos</b>		
Coloplast®	162	65,85
Convatec®	67	27,24
Hollister®	15	6,10
NC*	02	0,81
<b>Peças Utilizadas</b>		
Uma peça	141	57,32
Duas peças	103	41,87
NC*	02	0,81
<b>Equipamentos</b>		
Coletor de cama	11	4,47
Coletor de perna	04	1,63
NC*	231	93,90
<b>Adjuvantes</b>		
Pasta	40	16,26
Spray	16	6,50
Pasta protetora em tiras	16	6,50
Cinto	14	5,69
Fitas	13	5,28
Pó	12	4,88
Crema Barreira	08	3,25
Carvão	06	2,44
Filtros	04	1,63
Lenços	03	1,22
Placa	02	0,81
Nenhum adjuvante	112	45,54
<b>TOTAL</b>	<b>246</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Os autores (2019).

**Legenda:** \*Não consta;

## DISCUSSÃO

Neste estudo, houve predomínio de pacientes do sexo masculino, como confirma em algumas pesquisas<sup>(2,6)</sup>. A busca da assistência em saúde pelos homens é de forma escassa, pois um estudo<sup>(8)</sup> mostrou que só a partir de algumas situações, como dor excessiva e incapacidade de trabalhar, procuravam os serviços de saúde. Tais fatos podem ocorrer a partir de hábitos alimentares inadequados, etilismo, sedentarismo e doenças genéticas<sup>(6)</sup>.

O tipo de estomia que mais se destacou foi a colostomia como mostraram também outros estudos<sup>(2,5,7)</sup>, apresentando como uma das causas importantes o alto índice de cânceres<sup>(9,10)</sup>. Em relação ao estado civil, a maioria da amostra

era casada, corroborando a outros estudos<sup>(10-13)</sup>. Quando o usuário estomizado possui uma união estável e realiza a estomia, este depende, pelo menos inicialmente, do apoio do companheiro(a)<sup>(14)</sup>, por isso, o cônjuge é um elemento importantíssimo na reabilitação do estomizado, permitindo o desenvolvimento de estratégias terapêuticas no cotidiano em família<sup>(11)</sup>. A partir disso, quando discute-se sobre a qualidade de vida, o apoio do cônjuge é essencial para a aceitação do usuário a sua nova situação, desenvolvendo assim um bem estar físico e emocional<sup>(13)</sup>.

Quanto à média de idade, apresentada também em outros estudos onde estes mostraram resultados aproximados, com média de 60,67 anos<sup>(7)</sup>. O envelhecimento populacional acontece devido ao aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de mortalidade<sup>(11)</sup>. A partir disso, observa-se que os idosos possuem maior predisposição a doenças neoplásicas, especialmente intestinais, aumentando as chances da realização de estomias<sup>(15)</sup> consequente da exposição à agentes carcinógenos<sup>(6)</sup>. A população jovem também destacou-se devido a acidentes de trânsito e traumas com arma de fogo, decorrente da realidade social atual, sendo estes grupos etários mais vulneráveis por causa da constante exposição para desenvolver as tarefas do cotidiano<sup>(9,16)</sup>.

Observou-se que a maioria dos usuários apresentam um baixo nível de escolaridade, o qual houve predomínio de usuários com ensino fundamental incompleto. Levando em consideração que quanto mais baixo é o nível de conhecimento, mais afeta a aprendizagem sobre a sua situação, identifica-se que o processo de aprendizagem sobre a estomia é mais demorado e difícil para estes pacientes<sup>(9)</sup>. A falta de informações pode levar ao aparecimento de complicações, como a dermatite, que destacou-se neste estudo. Este tipo de lesão pode ser causada por uso inadequado dos equipamentos coletores, permitindo o contato do efluente com a pele consequente a um fator importante, que seria a dificuldade da educação no autocuidado<sup>(9)</sup>. O enfermeiro estomaterapeuta deve estar atento a estas características para planejar uma assistência de qualidade aos usuários, observando as necessidades físicas, emocionais e sociais<sup>(10)</sup>.

Os usuários estomizados aposentados apresentaram-se em primeiro lugar nesta pesquisa corroborando com outros artigos<sup>(2,10)</sup>. A partir do desenvolvimento da estomia, alguns usuários não conseguem a readaptação na rotina antiga, devido ao desconforto e dificuldades com o manuseio do estomia no ambiente de trabalho<sup>(12)</sup> e isso pode causar o desemprego, levando a uma aposentadoria precoce<sup>(10)</sup>. Tais usuários apresentam deficiências em sua ca-

pacidade funcional anatômica e necessitam de reabilitação e habilitação. Por isso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência tem como intuito ressaltar o direito a oportunidades iguais aos demais cidadãos<sup>(15)</sup>. Com isso, a lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, estabeleceu diretrizes que fundamentam a atenção a estas pessoas quanto à saúde, educação, emprego, renda e seguridade social, etc.<sup>(17)</sup>. Assim, observa-se a importância do desenvolvimento de diretrizes estaduais que garantam a atenção a saúde dos estomizados e que fundamentem a realização de ações voltadas a um atendimento de qualidade<sup>(18)</sup>.

O câncer foi a doença de base mais identificada, corroborando com outras pesquisas<sup>(2,7,15)</sup>. Segundo dados epidemiológicos do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que em 2018 houve 36,360 novos casos de câncer de intestino, sendo 17.380 no sexo masculino e 18.980 no sexo feminino<sup>(19)</sup>. Um dos fatores de risco que permite o desenvolvimento deste tipo de câncer é possuir 50 anos<sup>(19)</sup> ou mais, por isso a idade pode influenciar no desenvolvimento da estomia.

Quanto à permanência do estoma, predominou a do tipo permanente, o que pode ser observado também em outros estudos<sup>(6,10,12,20)</sup>. O tempo de permanência da estomia varia muito com a situação causal e o desenvolvimento clínico do paciente, por isso uma estomia temporária pode acabar evoluindo para uma permanente, devido ao alto risco de óbito, caso seja realizada uma cirurgia de reconstrução do trânsito intestinal<sup>(12,20)</sup>. No processo de viver com a estomia, o indivíduo tem a necessidade de se readaptar com a nova aparência física<sup>(21)</sup>, por isso, surgem sentimentos de alteração da imagem corporal, incapacidade física, vergonha, falta de autoconfiança e autoestima<sup>(22)</sup>.

### Contribuições para a prática

O registro acurado do perfil dos usuários, bem como de questões psicológicas relacionadas a viver com estomias, é imprescindível para a organização do serviço, além de subsidiar uma melhor assistência para esta clientela. Ademais, observa-se a grande importância de estudos como este para apoiar a equipe no momento do cadastro dos pa-

cientes, pois a falta de dados pode dificultar investigações futuras que permitam a criação de ações com objetivos de atenção integral aos usuários estomizados.

A pesquisa contribuiu para auxiliar ao enfermeiro estomaterapeuta responsável pelos usuários na busca de melhorias na assistência, conhecendo as necessidades e características individuais de cada paciente. A estomaterapia é uma especialização voltada para práticas de assistência a pessoas estomizadas, com fistulas, cateteres, drenos, feridas agudas e crônicas e incontinências anais e urinárias. O enfermeiro estomaterapeuta é um dos profissionais incentivadores para a auto-aceitação do usuário, por isso devem estar qualificados para atender com qualidade.

### Limitações do estudo

Concernente ao presente estudo consideram-se os dados apresentados consistentes, porém deve-se destacar, como limitações, as próprias de investigações retrospectivas, que restringem a verificação e ampliação das informações, o que dificulta uma maior análise dos resultados obtidos. A fim de minimizar essa questão, optou-se por estender a coleta dos dados para além dos prontuários, por meio dos registros de outros documentos, como atas, preenchidos pela enfermeira estomaterapeuta do setor, de modo a verificar e/ou complementar as informações almejadas.

### CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a caracterização dos usuários estomizados do Departamento de Órteses e Próteses de Ponta Grossa-PR, sendo predominante o sexo masculino, com a faixa etária de mais de 60 anos, casados, vivem com cônjuge e filhos(as) e aposentados. A causa das estomias mais comum foi o câncer e a estomia de temporalidade permanente foi a que mais teve destaque.

### Contribuições dos autores:

Todos os autores participaram de todas as etapas do estudo.

### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Cuidados com estomias intestinais e urinárias: orientações aos usuários [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 05]; 13(1): 11-6. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-cuidados-com-a-sua-estomia.pdf>
2. Almeida EJ, Silva AL. Caracterização do perfil epidemiológico dos estomizados em hospitais da secretaria de estado de saúde do Distrito Federal. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 05]; 13(1): 11-6. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/101/pdf>

3. Miranda LSG, Carvalho AAS, Paz EPA. Quality of life of ostomized person: relationship with the care provided in stomatherapy nursing consultation. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 15]; 22(4): e20180075. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000400216&lng=pt&nrml=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400216&lng=pt&nrml=iso&tlng=pt)
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. *Diário Oficial [da] União* [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov 15]; 01: 41-42. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html)
5. Stegensek-Mejia EM, Robles-Murad Y, Gonzalez-Mier MJ. Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado. *Enf. Univ.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]; 14 (4): 235-224. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632017000400235&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000400235&lang=pt)
6. Barbosa MR, Simon BS, Tier CG, Garcia RP, Siniak DS, Rodrigues SO. Perfil de pessoas com estomias de um serviço de saúde municipal no Sul do Brasil. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 15]; 16:e1318. Available from: [10.30886/estima.v16.465\\_PT](https://doi.org/10.30886/estima.v16.465_PT)
7. Sousa MJ, Andrade SSC, Brito KKG, Matos SDO, Coêlho HFC, Oliveira SHS. Sociodemographic and clinical features and quality of life in stomized patients. *J. Coloproctol. (Rio J.)* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 22]; 36(1): 27-33. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-93632016000100027&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632016000100027&lang=pt)
8. Lemos AP, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes R. Men's health: the reasons for men to reach out to health services. *Rev. Enfer. UFPE.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 22]; 11(11): 4546-53. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231205/25207>
9. Peña ALA. Perfil de pacientes ostomizados e complicações relacionadas ao estoma, no Município de São José do Sul-RS [dissertação]. Escola de Enfermagem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 05]. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/174328>
10. Ecco L, Dantas FG, Melo MDM, Freitas LS, Medeiros LP, Costa IKF. Perfil de pacientes colostomizados na Associação dos Ostomizados do Rio Grande do Norte. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 05]; 16: e0518;1-8. Available from: [10.30886/estima.v16.351\\_PT](https://doi.org/10.30886/estima.v16.351_PT)
11. Sena JF, Medeiros LP, Melo MD, Souza AJG, Freitas LS, Costa IKF. Perfil de Estomizados com diagnóstico de neoplasias cadastrados em uma associação. *Rev enf UFPE online* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 05]; 11(2): 883-880. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/1ef7/ae4f03d5bed36211023fd35ea39963503c2c.pdf>
12. Salomé GM, Carvalho MRF, Junior MRM, Mendes B. Profile of ostomy patients residing in Pouso Alegre city. *J Coloproctol (Rio J)* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 05]; 35(2): 106-112. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-93632015000200106](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632015000200106)
13. Queiroz CG, Freitas LS, Medeiros LP, Melo MDM, Andrade RS, Costa IKF. Caracterização dos ileostomizados atendidos em um serviço de referência de ostomizados. *Rev. E. Global* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]; 16(46): 13-24. Available from: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00001.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00001.pdf)
14. Silva AL, Kamada I, Sousa JB, Vianna AL, Oliveira PG. Singularidades da convivência do conjuge e o seu parceiro ostomizado. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 15]; 14(2): 68-75. Available from: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/379>
15. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://www.saude.gov.br/artigos/808-pessoa-com-deficiencia/41183-politica-nacional-de-saude-da-pessoa-com-deficiencia>
16. Neto MAFL, Fernandes DOA, Didoné EL. Epidemiological characterization of ostomized patients attended in referral Center from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. *J. Coloproctol (Rio J)* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 15]; 36(2):64-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jcol/v36n2/2237-9363-jcol-36-2-0064.pdf>
17. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015. Institui a lei brasileira da inclusão da pessoa com deficiência (estatuto da pessoa com deficiência) [Internet]. Brasília, DF; 2015 [cited 2019 Nov 15]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)
18. Estado de Santa Catarina. Diretrizes para atenção a saúde da pessoa com ostomia intestinal, urinária e/ou fistula cutânea do Estado de Santa Catarina [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]. Available from: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/media-e-alta-complexidade/servico-de-ostomizados/11860-diretrizes-estaduais-ostomia>
19. Ministério da Saúde (BR). Instituto do Câncer. Câncer de Intestino [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 22]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>
20. Faria FL, Labre MM, Sousa IF, Almeida RJ. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com estomia intestinal. *Arqu. Cien. Saúd* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 22]; 25(2):08-14. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/924>
21. Mota MS, Gomes GC, Petuco VM, Heck RM, Barros E JL, Gomes VLO. Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 22]; 49(1): 80-86. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000100082&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100082&lng=pt&tlng=pt)
22. Queiroz CG, Medeiros LP, Melo MDM, Melo GSM, Sena JF, Costa IKF. Autoestima en mujeres con ostomias intestinales. *Index Enf* [Internet]. 2017 [cited 2019 Oct 22]; 26(1-2): 29-33. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100007&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100007&lang=pt)

# ASPECTOS RELACIONADOS ÀS INTERNAÇÕES POR INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS

Flávia Daniele de Alencar Medeiros<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2427-2727>

Monaliza de Goes e Silva<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-7682-643X>

Jaqueline Carvalho e Silva Sales<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5322-3142>

Samila Gomes Ribeiro<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-4775-5852>

Fernando José Guedes da Silva Júnior<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5731-632X>

Adriana da Cunha Menezes Parente<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-7719-6038>

**Objetivo:** Analisar aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais. **Método:** Estudo quantitativo, retrospectivo, realizado em maternidade pública de Teresina, Piauí, Brasil, com 367 prontuários de gestantes internadas na ala de alto risco, no período de 2015-2016. Realizou-se análises descritivas e inferenciais. **Resultados:** Gestantes possuíam média de 25,1 anos (Desvio padrão=7,2), a maioria com companheiro (68,4%), ensino fundamental incompleto (32,7%), do lar (58,6%) e procedentes do interior do Piauí (47,7%). As intercorrências gestacionais mais frequentes foram: Pré-eclâmpsia Grave (33,9%), Amniorrexe Prematura (16,4%) e Oligohidramnio (16,1%). Os aspectos relacionados à Pré-eclâmpsia Grave foram faixa etária (p-valor=0,03) e situação conjugal (p-valor=0,03); à Amniorrexe Prematura foram situação conjugal (p-valor=0,01), procedência (p-valor=0,03) e Infecção do Trato Urinário (p-valor<0,01); e, ao Oligohidramnio associado à procedência (p-valor=0,01). **Conclusão:** A assistência no período pré-natal, parto e puerpério deve ser recurso utilizado na prevenção e controle de intercorrências que podem atenuar danos ao binômio mãe e filho.

**Descritores:** Gestantes; Complicações na Gravidez; Gravidez de Alto Risco; Enfermagem.

## RELATED ASPECTS WITH HOSPITALIZATIONS DUE TO PREGNANCY COMPLICATIONS

**Objective:** To analyze aspects related to hospitalizations due to pregnancy complications. **Method:** Quantitative, retrospective study, carried out in a public maternity hospital in Teresina, Piauí, Brazil, with 367 medical records of pregnant women hospitalized in the high-risk ward, in the period 2015-2016. Descriptive and inferential analyzes were carried out. **Results:** Pregnant women had an average of 25.1 years (standard deviation = 7.2), most with a partner (68.4%), incomplete elementary school (32.7%), home (58.6%) and coming from from the interior of Piauí (47.7%). The most frequent gestational complications were: Severe Preeclampsia (33.9%), Premature Amniorrhexis (16.4%) and Oligohydramnios (16.1%). The aspects related to severe preeclampsia were age group (p-value = 0.03) and marital status (p-value = 0.03); Premature Amniorrhexis were marital status (p-value = 0.01), origin (p-value = 0.03) and Urinary Tract Infection (p-value <0.01); and the Oligohydramnium associated with the origin (p-value = 0.01). **Conclusion:** Assistance in the prenatal, childbirth and puerperium period should be a resource used in the prevention and control of complications that can mitigate damage to the mother and child.

**Descriptors:** Pregnant Women; Pregnancy Complications; Pregnancy, High-Risk; Nursing.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON HOSPITALIZACIONES POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

**Objetivo:** analizar aspectos relacionados con las hospitalizaciones por complicaciones del embarazo. **Métodos:** Estudio cuantitativo, retrospectivo, realizado en un hospital público de maternidad en Teresina, Piauí, Brasil, con 367 registros médicos de mujeres embarazadas hospitalizadas en la sala de alto riesgo, en el periodo 2015-2016. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales. **Resultados:** las mujeres embarazadas tuvieron un promedio de 25.1 años (desviación estándar = 7.2), la mayoría con una pareja (68.4%), escuela primaria incompleta (32.7%), desde casa (58.6%) y provenientes de del interior de Piauí (47.7%). Las complicaciones gestacionales más frecuentes fueron: preeclampsia severa (33.9%), amniorrhexis prematura (16.4%) y oligohidramnios (16.1%). Los aspectos relacionados con la preeclampsia severa fueron el grupo de edad (valor p = 0.03) y el estado civil (valor p = 0.03); La amniorrhexis prematura fue el estado civil (valor p = 0.01), el origen (valor p = 0.03) y la infección del tracto urinario (valor p <0.01); y el oligohidramio asociado con el origen (valor p = 0.01). **Conclusión:** La asistencia en el período prenatal, de parto y puerperio debe ser un recurso utilizado en la prevención y el control de complicaciones que pueden mitigar el daño a la madre y al niño.

**Descriptores:** Mujeres embarazadas; Complicaciones del embarazo; Embarazo de alto riesgo; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, PI, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil.

Autor correspondente: Fernando José Guedes da Silva Júnior: fernandoguedesjr@gmail.com

Recebido: 04/02/2020 - Aceito: 07/08/2020

## INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico. Entretanto, parcela considerável de gestantes que, por terem alguma doença/agravo ou desenvolverem problemas durante este período, possuem maior probabilidade de ter evolução desfavorável, sendo estas denominadas como gestantes de alto risco<sup>(1)</sup>. Dados do Ministério da Saúde demonstram que as internações por complicações obstétricas da gestação ocorrem em cerca de 4,3% dos casos<sup>(2)</sup>.

Na vigência de complicações obstétricas a mulher, comumente, vivencia situações de estresse em virtude dos riscos e, sobretudo, do medo da morte, sendo, por isso caracterizada como gestante de alto risco. Os fatores de risco podem estar presentes no período pré-gestacional ou devido condições/complicações que podem surgir durante a gestação. Aqueles anteriores à gestação incluem: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis como idade (menor que 15 e maior que 35 anos), baixa escolaridade, uso de drogas lícitas e ilícitas, hábitos de vida e histórico obstétrico adverso, caracterizado por abortamentos, intercorrências clínicas crônicas como cardiopatias, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Infecções de Trato Urinário (ITU), dentre outras condições. Os decorrentes da gestação atual manifestam-se por meio de enfermidades próprias do ciclo gravídico, a exemplo da pré-eclâmpsia/eclâmpsia<sup>(3)</sup>.

As intercorrências mais comuns na gravidez, relatadas na literatura, estão representadas por desvio quanto ao crescimento fetal intrauterino (macrossomia fetal e crescimento intrauterino restrito), número de fetos, alterações do volume de líquido amniótico, amniorrexe prematura, Trabalho de Parto Prematuro (TPP), gravidez prolongada, Pré-eclâmpsia Grave (PEG), Eclâmpsia, Diabetes Gestacional (DG), hemorragias da gestação, insuficiência istmo-cervical, aloimunização e óbito fetal<sup>(4)</sup>.

Visto que a gestação de alto risco é condição que pode desencadear óbitos maternos e/ou fetais e/ou neonatais, é necessário ratificar a importância da assistência no período pré-natal, parto e puerpério, pois são os recursos utilizados na prevenção e controle de intercorrências que podem atenuar danos possíveis ao binômio mãe e filho<sup>(5)</sup>.

A enfermagem, na gestação de alto risco, atua em colaboração com equipe multiprofissional com vistas a melhorar as condições de saúde desse grupo, bem como no enfrentamento das situações de risco à mãe e ao respectivo concepto. Diante disso, tem-se como objetivo analisar aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, descritivo e retrospectivo.

### Local do estudo

O estudo foi realizado em uma maternidade pública de Teresina, Piauí, Brasil, referência para assistência a alta complexidade obstétrica.

### Participantes da pesquisa

A população do presente estudo foi constituída por 4.471 prontuários de gestantes internadas na ala de alto risco, no período de 2015 a 2016.

Para este estudo, realizou-se cálculo amostral aleatório simples. Definiu-se como erro tolerável 5% e obteve-se uma amostra de 367 prontuários a serem selecionados. No segundo momento, realizou-se estratificação da amostra dentre os meses dos anos de 2015 e 2016, considerando as variações na frequência de internações no referido setor.

A seleção dos prontuários das gestantes ocorreu por meio de sorteio. Utilizou-se a função =ALEATORIOENTRE no *software* Excel 2010, considerando o número de identificação das gestantes contido no livro de registro de admissões. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a setembro de 2017.

O critério de inclusão da amostra foi prontuário de gestante, com registro de intercorrência, admitida no setor de alto risco, no período de 2015 a 2016. Foram excluídos os prontuários de puérperas.

### Coleta de dados

Foi utilizado formulário com questões fechadas, elaborado pelos autores, a partir das variáveis relevantes de serem consideradas em uma gravidez e que são apontadas na avaliação de risco recomendado pelo Ministério da Saúde<sup>(6)</sup>: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos, volume de líquido amniótico; trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; ganho ponderal inadequado; Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia; Diabetes gestacional; Amniorrexe prematura; Hemorragias da gestação; Insuficiência istmo-cervical; Aloimunização; Óbito fetal. Também foram avaliadas, intercorrências clínicas como: doenças infecto-contagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, dentre outras); e, doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação.

Para caracterização das entrevistadas, foi realizado levantamento de outros dados existentes nos prontuários

como: informações sociodemográficas, econômicas, histórico obstétrico, gestação atual e número de consultas para acompanhamento de pré-natal. Destaca-se que a variável idade gestacional foi recategorizada <13 semanas (1<sup>o</sup> trimestre); 14 a 27 semanas (2<sup>o</sup> trimestres) e >28 semanas (3<sup>o</sup> trimestre)<sup>(6)</sup>.

### Procedimento de análise dos dados

A análise foi realizada com a utilização do *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versão 20.0. Realizou-se análises descritivas: frequência, medidas de tendência central (média, mínima e máxima) e medida de dispersão (desvio padrão). Para verificar associação entre variáveis qualitativas utilizou-se o teste qui-quadrado. Para todas as análises foi fixado o nível de significância de 0,05 e intervalo de confiança fixado em 95%.

### Procedimentos éticos

Este estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº. 2.243.796).

## RESULTADOS

As mulheres que apresentaram intercorrências gestacionais e necessitaram de internação hospitalar em unidade de alto risco possuíam, em média, 25,1 anos (Desvio padrão=7,2); a maioria possuía companheiro (68,4%); com ensino fundamental incompleto (32,7%); do lar (58,6%) e procedentes do interior do Piauí (47,7%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de gestantes com intercorrências clínicas internadas em uma unidade hospitalar. Teresina, Piauí, Brasil, 2017. (n=367)

Variáveis	n (%)
<b>Faixa etária (em anos)</b>	
10-14	6 (1,6)
15-34	307 (83,7)
≥35 anos	54 (14,7)
<b>Escolaridade</b>	
Fundamental incompleto	120 (32,7)
Fundamental completo	37 (10,1)
Ensino médio incompleto	58 (15,8)
Ensino médio completo	117 (31,9)
Superior incompleto	23 (6,3)
Superior completo	8 (2,2)
Outro	4 (1,1)
<b>Profissão</b>	
Do lar	215 (58,6)
Doméstica	8 (2,2)

Outras	119 (32,4)
Não consta	25 (6,8)
<b>Situação conjugal</b>	
Com companheiro	251 (68,4)
Sem companheiro	115 (31,6)
<b>Procedência</b>	
Teresina	168 (45,8)
Interior do Piauí (PI)	175 (47,7)
Outros	24 (6,5)

Na análise dos antecedentes pessoais observou-se que os problemas mais frequentes eram: HAS (65,2%), seguido de DM (50,6%). Quanto aos hábitos de vida 52,5% faziam uso de álcool e 0,6% tabaco e outras drogas (0,6%).

Quanto à história obstétrica, 2,2% apresentaram IST e 41,4% apresentaram ITU; destas 75,7% trataram a infecção durante a gestação. A maioria eram primíparas (47,4%), o tipo de parto mais comum foi cesáreo (50,9%) e 25,1% das mulheres sofreram aborto em algum período de vida (Tabela 2).

A média da idade gestacional foi de 31,0 semanas (Desvio padrão=7,6). Com relação ao número de consultas de pré-natal tem-se que 49,9% das mulheres realizaram menos de 6 consultas (Média=5,4; Desvio padrão=2,6). A média de internação foi de 8,1 dias (Desvio padrão=6,2).

**Tabela 2.** História obstétrica atual de gestantes com intercorrências clínicas internadas em unidade hospitalar. Teresina, Piauí, Brasil, 2017. (n=367)

Variáveis	n (%)
<b>Infecções Sexualmente Transmissíveis</b>	
Não	359 (97,8)
Sim	8 (2,2)
<b>Infecção de Trato Urinário</b>	
Não	215 (58,6)
Sim	152 (41,4)
<b>Dentre os casos de ITU</b>	
Tratada	116 (75,7)
Não tratada	36 (24,3)
<b>Número de gestações</b>	
1	174 (47,4)
2	70 (19,0)
3	66 (18,0)
>3	57 (15,5)
<b>Tipo de parto</b>	
Natural	136 (37,1)
Cesária	187 (50,9)
Não se aplica	44 (12,0)
<b>Abortos</b>	
Não sofreu	275 (74,9)
Sofreu	92 (25,1)
<b>Número de abortos</b>	
1 aborto	68 (73,9)
Mais de 1	24 (26,1)

Idade Gestacional	
<13 semanas	19 (5,2)
14 a 27 semanas	69 (18,8)
>28 semanas (3º trimestre)	187 (51,0)
Consultas pré-natal	
Menos de 6	183 (49,9)
6 e mais	89 (24,3)
Não realizou	43 (11,7)
Não consta	52 (14,1)
Tempo de internação (em dias)	
Menos de 3	13 (3,5)
De 3 a 10	274 (74,7)
11 a 15	47 (12,8)
16 a 30	26 (7,1)
Mais de 30	7 (1,9)

As intercorrências gestacionais com maior frequência foram a PEG (33,9%), seguida de Amniorrexe Prematura (16,4%) e Oligohidramnio (16,1%) que pertencem ao grupo de síndromes hipertensivas e alterações de líquido amniótico, respectivamente.

Observou-se que a PEG está associada à faixa etária (p-valor=0,03) e situação conjugal (p-valor=0,03). A Amniorrexe Prematura encontra-se associada com situação conjugal (p-valor=0,01), procedência (p-valor=0,03) e ITU (p-valor<0,01). O Oligohidramnio, por sua vez, esteve associado com a procedência (p-valor=0,01) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Associação das intercorrências mais frequentes com as variáveis independentes. Teresina, Piauí, Brasil, 2017. (n=367)

Intercorrências gestacionais									
PEG			Amniorrexe prematura			Oligohidramnio			
Variáveis	Ocorre	Não ocorre	p valor	Ocorre	Não ocorre	p valor	Ocorre	Não ocorre	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
<b>Faixa etária</b>	0,03		0,51			0,56			
10 a 14 anos	3 (50)	3 (50)		2 (33,3)	4 (66,7)		2 (33,3)	4 (66,7)	
15 a 34 anos	95 (30,9)	212 (69,1)		48 (15,6)	259 (84,4)		48 (15,6)	259 (84,4)	
≥35 anos	26 (48,1)	28 (51,9)		10 (18,5)	44 (81,5)		9 (16,7)	45 (83,3)	
<b>Situação conjugal</b>	0,03		0,01			0,84			
Com companheiro	94 (37,5)	157 (62,5)		33 (13,1)	218 (86,9)		41 (16,3)	210 (83,7)	

Sem companheiro	30 (25,9)	86 (74,1)	27 (23,3)	89 (76,7)	18 (15,5)	98 (84,5)	
<b>Procedência</b>	0,99		0,03		0,01		
Teresina	57 (33,9)	111 (66,1)	21 (12,5)	147 (87,5)	19 (11,3)	149 (88,7)	
Interior do PI	59 (33,7)	116 (66,3)	31 (17,7)	144 (82,3)	32 (18,3)	144 (81,7)	
Outros	8 (33,3)	16 (66,7)	8 (33,3)	16 (66,7)	8 (33,3)	16 (66,7)	
<b>Zona</b>	0,99		0,29		0,69		
Urbana	97 (33,8)	190 (66,2)	50 (17,4)	237 (82,6)	45 (15,7)	242 (84,3)	
Rural	27 (33,8)	53 (66,3)	10 (12,5)	70 (87,5)	14 (17,5)	66 (82,5)	
<b>ITU</b>	0,93		<0,01		0,30		
Não	73 (34,0)	142 (66,0)	22 (10,2)	193 (89,8)	31 (14,4)	184 (85,6)	
Sim	51 (33,6)	101 (66,4)	38 (25,0)	114 (75,0)	28 (18,4)	124 (81,6)	
<b>Gestações</b>	0,76		0,72		0,76		
1 a 4	113 (34)	219 (66,0)	55 (16,6)	277 (83,4)	54 (16,3)	278 (83,7)	
5 a 8	11 (31,4)	24 (68,6)	5 (14,3)	30 (85,7)	5 (14,3)	30 (85,7)	

**Legenda:** O p valor foi obtido pelo teste do qui-quadrado. O nível de significância estatística foi fixado em p valor ≤ 0,05.

## DISCUSSÃO

Os resultados, do presente estudo, relacionados às variáveis sociodemográficas, em sua maioria, foram congruentes com a literatura investigada<sup>(7-8)</sup>.

Não foi observado consenso quanto à idade limite para gestação<sup>(9)</sup>. Entretanto, tem-se observado que, cada vez mais, esse evento tem sido adiado e se encontra associado ao melhor nível socioeconômico, maior nível educacional, adiamento do casamento e menor paridade. Apesar de essa nova realidade representar avanço no processo de empoderamento feminino, ela não torna a mulher imune a eventos obstétricos adversos<sup>(10)</sup>.

A baixa escolaridade também é considerada fator de risco para complicações gestacionais, por vincular-se a dificuldades e ou resistência para que a mulher passe a assumir comportamentos saudáveis e seguros. Estudo aponta que a baixa escolaridade representa, de forma indireta, privações econômicas que repercutem no processo saúde-doença da gestante, bem como dificulta a compreensão das orientações fornecidas no pré-natal que pode ter como consequência o agravamento do quadro e a necessidade de hospitalização<sup>(2)</sup>.

A maioria das participantes deste estudo referiu que sua ocupação era “do lar” e possuíam companheiro. Comumente, gestantes que não desenvolvem atividade

remunerada, além da dependência financeira, são mais propensas a fatores como analfabetismo, falta de cultura e de conhecimentos, inclusive, sobre cuidados com a própria saúde<sup>(7)</sup>.

Enquanto a presença do companheiro configura-se como fator de proteção para complicações no período gestacional, por torná-lo mais leve e prazeroso, a sua ausência pode interferir, negativamente, na vida da gestante, quando é natural o medo, a insegurança e os sentimentos de fragilidade, o que torna mais complexo todo o processo gravídico<sup>(8)</sup>.

A HAS foi o antecedente pessoal de enfermidade mais frequente na amostra estudada. Esta morbidade é fator de risco para manifestação da pré-eclâmpsia sobreposta e chama atenção, de forma especial, uma vez que permanece como uma das principais causas de morte materna obstétrica direta no Brasil. Além disso, apresenta proporção elevada nas regiões Nordeste e Norte, em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste<sup>(11)</sup>.

Nesta pesquisa, o uso de álcool e outras drogas, também foi identificado. O uso dessas substâncias, durante a gestação, pode comprometer, de forma irreversível, a integridade da mulher e da criança. Entre as gestantes que fazem uso de álcool e outras drogas observa-se aumento na incidência de abortamento, baixo peso ao nascer, malformações fetais, lesões fetais orgânicas e neurológicas diversas, inclusive diminuição do perímetro cefálico<sup>(12)</sup>. Tais condições, além do comprometimento do conceito afetam o bem-estar psicossocial da mulher.

Entre os aspectos relacionados às intercorrências gestacionais, observou-se neste estudo, as ISTs, pois quando a mãe é infectada, não tratada ou inadequadamente tratada, pode ocorrer a infecção do conceito pela disseminação transplacentária<sup>(13)</sup>. Chama atenção, também, na amostra estudada, a ITU, devido a possibilidade de ser o fator causal da Amniorrexe Prematura e, até mesmo, do trabalho de parto prematuro<sup>(14)</sup>.

A história obstétrica mostra que parcela significativa das gestantes do grupo amostral estudado realizou menos de seis consultas pré-natal e tiveram a gravidez resolvida por cesariana. É reconhecido que a assistência pré-natal desempenha papel importante nos resultados perinatais: quanto melhor a qualidade, mais favoráveis são os resultados e menores são as taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Há evidência de que cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações. Outras, porém, aproximadamente, 10% delas, apresentam problemas desde seu início ou, então, surgem em seu curso<sup>(15)</sup>. Neste sentido, é importante a realização adequada do pré-natal, para identificação precoce e condução adequa-

da dos problemas gestacionais.

As intercorrências gestacionais mais frequentes foram: PEG, Amniorrexe Prematura e Oligohidramnio. A PEG é caracterizada por ser doença multifatorial e com fisiopatologia ainda não totalmente estabelecida, entretanto, seu diagnóstico é realizado quando há associação entre hipertensão arterial e proteinúria ou evidência de gravidade. Essa intercorrência está inserida na classificação das síndromes hipertensivas específicas da gestação que constituem uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal<sup>(16)</sup>. Autores apontam que essa condição afeta, aproximadamente, 6 a 8% das gestações. A PEG pode surgir como enfermidade decorrente da gravidez ou associada à hipertensão arterial pré-existente<sup>(17)</sup>.

A Amniorrexe Prematura consiste na ruptura das membranas ovulares que leva à perda de líquido amniótico. É importante causa de infecções e aumento do risco de morbimortalidade materna e perinatal. As infecções geniturinárias são citadas dentre os principais fatores desencadeantes<sup>(18)</sup>.

O Oligohidramnio, avaliado por meio do Índice de Líquido Amniótico (ILA), quando inferior a 5cm, foi a terceira intercorrência mais identificada neste estudo. As causas para redução do ILA são variadas, envolvem doenças concomitantes com a gravidez (infecções geniturinárias, HAS, dentre outras) ou dela decorrentes (Amniorrexe Prematura, Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia, Malformações fetais, dentre outras) e, até mesmo, causas não identificadas<sup>(19)</sup>.

Quanto ao estudo das associações das intercorrências gestacionais mencionadas foi observado relação entre PEG e faixa etária, cuja ocorrência dessa problemática é mais frequente naquelas gestantes com idade acima dos 30 anos. A PEG é a complicação mais encontrada na gestação, ocorre, sobretudo, em mulheres de idade avançada sendo que sua incidência na população obstétrica geral é de 3 a 4%. No entanto, na população maior de 40 anos aumenta para 5 a 10%<sup>(20)</sup>. A constatação de que a PEG incide com maior frequência em gestantes de faixa etária mais avançada impõem atenção especial a este seguimento, no sentido de medidas preventivas, diagnóstico precoce e acompanhamento que destaque a possibilidade da manifestação desta doença.

É importante ressaltar que as diretrizes brasileiras de atenção a mulher já consideram fator de risco gestacional idade materna acima de 35 anos, o que exige atenção especial durante a realização do pré-natal<sup>(6)</sup> e articulação dos diversos dispositivos que compõe a Rede Cegonha<sup>(21)</sup>.

A faixa etária, embora, não esteja, também, associada com Oligohidramnio, foi uma condição cuja frequência foi

maior entre aquelas gestantes mais jovens (13 a 20 anos). Realidade distinta foi observada em estudo com gestantes de alto risco em maternidade escola de Maceió/Alagoas/Brasil, em que o Oligohidramnio foi observado com maior frequência entre aquelas com idade entre 31 e 40 anos<sup>(13)</sup>.

A situação conjugal também foi associada às intercorrências gestacionais (PEG e Amniorrexe Prematura), neste estudo, sendo, entretanto, mais frequente em gestantes que possuem companheiro.

Não foi evidenciado, no presente estudo, dados que possibilitassem uma relação de causa e efeito para a associação descrita. Entretanto, estudiosos afirmam que o sentimento de "ser pai" se expressa, na maioria das vezes, após o nascimento do concepto o que, em geral, afeta a maneira de lidar com a gestação. Portanto, o envolvimento do futuro pai no processo gravídico deve ser incentivado, por exemplo, nas consultas de pré-natal - momento de fortalecer vínculos entre a tríade mãe-pai-filho, que irá reverberar em segurança para gestante e minimização de riscos de intercorrências gestacionais<sup>(22)</sup>.

A procedência também foi associada à Amniorrexe Prematura e ao Oligohidramnio, sendo ambas intercorrências mais comuns entre as gestantes do interior do Estado do Piauí, fato que pode estar relacionado com a precariedade na infraestrutura e nos equipamentos, o que reflete negativamente na assistência à saúde obstétrica ofertada nessa região do Estado. Ressalta-se que o presente estudo por ter sido realizado em maternidade de referência em alto risco no Estado tal associação torna necessário repensar as práticas quanto à identificação e manejo clínico dessas intercorrências durante o pré-natal, além dos demais dispositivos que compõem a Rede Cegonha, objetivando melhor qualidade assistencial à gestante, principalmente, na Atenção Básica.

Estudo que avaliou a qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde brasileira identificou que apenas 15% das gestantes receberam atenção pré-natal adequada, sendo maior a proporção de completude da atenção às gestantes de maior renda, da Região Sudeste, dos municípios com mais de 300 mil habitantes e com IDH no quartil superior<sup>(23)</sup>.

Esses indicadores ratificam desigualdades sociais e individuais que devem ser objeto de ações de qualificação dos processos de trabalho das equipes que, por sua vez, repercutirá positivamente na assistência à mulher no ciclo gravídico, em especial, na realidade contextual em que este estudo se insere<sup>(6)</sup>.

Ressalta-se que uma assistência de pré-natal integral e humanizada, ocorre por meio da incorporação de condutas

acolhedoras, fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco<sup>(24)</sup>.

Neste estudo, também foi observado a existência de associação entre a ITU e a ocorrência de Amniorrexe Prematura. Estudo relata a existência desse nexo de causalidade, referindo que as bactérias estão relacionadas de alguma forma à fisiopatologia da ruptura das membranas através de produção de substâncias e ativação de processos inflamatórios<sup>(25)</sup>.

O impacto desse processo envolve, no organismo materno, o risco aumentado de infecção e desencadeamento do trabalho de parto prematuro. Para o concepto, a prematuridade e o risco de infecção contribuem para aumento significativo dos indicadores de mortalidade perinatal<sup>(20)</sup>.

### Limitações do Estudo

A limitação deste estudo está relacionada ao inadequado preenchimento dos instrumentos que reúnem informações acerca da história pregressa e atual das gestantes, os quais, contém dados importantes para assistência durante a internação, bem como relacionadas ao tratamento e a possibilidade de desenvolvimento de estudos congêneres futuros.

### Contribuições para a Prática

Diante dessa realidade, faz-se necessária sensibilização dos profissionais quanto ao adequado preenchimento dos instrumentos que, conseqüentemente, implicará na melhoria dos indicadores relacionados a assistência à gestantes, bem como proporcionará melhor comunicação interprofissional entre os diversos atores envolvidos neste cuidado.

### CONCLUSÃO

Os prontuários analisados eram de gestantes com média de 25,1 anos, a maioria com companheiro, com ensino fundamental incompleto, do lar (58,6%) e procedentes do interior do Piauí (47,7%). A maioria das grávidas eram primíparas, idade gestacional média foi de 31 semanas, realizaram menos de seis consultas de pré-natal e tiveram a gravidez resolvida por cesariana.

As intercorrências gestacionais mais frequentes estiveram representadas pela PEG, Amniorrexe Prematura e Oligohidramnio. Os fatores associados à PEG foram faixa etária e situação conjugal; à Amniorrexe prematura, situação conjugal, procedência e ITU; e, à Oligohidramnio, faixa etária e procedência.

**Contribuições dos autores:**

Flávia Daniele de Alencar Medeiros - redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Monaliza de Goes e Silva - redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Jaqueline Carvalho e Silva Sales - Concepção e projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Samila Gomes Ribeiro - Concepção e projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Fernando José Guedes

da Silva Júnior - Concepção e projeto, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Adriana da Cunha Menezes Parente - Concepção e projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

**Agradecimentos:** Ao Prof. Dr. Joaquim Vaz Parente, Professor Titular Aposentado de Obstetrícia da Universidade Federal do Piauí.

**REFERÊNCIAS**

- Melo WA, Alves JI, Ferreira AAS, Maran E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do Noroeste paranaense. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. [serie en Internet]. 2016 [citado 18 Abr 2018];17(1):82-91. Disponible en: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacopara-saude/article/view/24981>
- Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [serie en Internet]. 2018 [citado 13 Abr 2018];34(1):e00188016. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lng=en)
- Dalla Costa L, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Epidemiological profile of high-risk pregnant women. *Cogitare Enferm*. [serie en Internet]. 2016 [citado 18 Abr 2018];21(2):2176-9133. Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>
- Leal RC, Santos CNC, Lima MJV, Moura SKS, Pedrosa AO, Costa ACM. Maternal-perinatal complications in high risk pregnancy. *Rev enferm UFPE on line*. [serie en Internet]. 2017 [citado 19 Abr 2018];11(4):1641-9. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15260>
- Rezende CL, Souza JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *Psicol inF*. [serie en Internet]. 2012 [citado 08 Abr 2018];16(16):45-69. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a03.pdf>
- Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. *Sanare*. [serie en Internet]. 2017 [citado 18 Abr 2018];16(1):23-8. Disponible en: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>
- Silva MRC, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Vargas GS, Sá AMP. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. *Rev enferm UERJ*. [serie en Internet]. 2013 [citado 18 Abr 2018];21(2):792-7. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12295/9572>
- Canhaço EE, Bergamo AM, Lippi UG, Lopes RGC. Resultados perinatais em gestantes acima de 40 anos comparados aos das demais gestações. *Einstein*. [serie en Internet]. 2015 [citado 01 Dic 2017];13(1):58-64. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082015000100011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100011&lng=en)
- Carolan M, Davey MA, Biro MA, Kealy M. Older maternal age and intervention in labor: a population-based study comparing older and younger first-time mothers in Victoria, Australia. *Birth*. [serie en Internet]. 2011 [citado 01 Abr 2018];38(1):24-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332771>
- Cruz A, Vieira B, Alves V, Rodrigues D, Queiroz A, Santos K. Maternal morbidity by hypertensive disease specific of the pregnancy: a descriptive study of a quantitative approach. *Rev pesqui cuid fundam (online)*. [serie en Internet]. 2016 [citado 01 Abr 2018];8(2):4290-9. Disponible en: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4356>
- Rocha PC, Britto MTSSA, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalence of illicit drug use and as-

sociated factors during pregnancy in the BRISA cohort. *Cad saúde pública*. [serie en Internet]. 2016 [citado 01 Dic 2017];32(1): e00192714. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000100707&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100707&lng=en)

13. Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev bras med fam comunidade*. [serie en Internet]. 2014 [citado 01 Mar 2018];9(30):13-22. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/687>

14. Mata KS, Santos AAP, Silva JMO, Holanda JBL, Silva FCL. Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação. *Espaç saúde*. [serie en Internet]. 2014 [citado 10 Mar 2018];15(4):57-63. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/view/19186>

15. Versiani CC, Fernandes LL. Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário. *Rev Norte Min Enferm*. [serie en Internet]. 2012 [citado 22 Fev 2017];1(1):68-78. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/51/126>

16. Guida JPS, Surita FG, Parpinelli MA, Costa ML. Preterm preeclampsia and timing of delivery: a systematic literature review. *Rev bras ginecol obstet*. [serie en Internet]. 2017 [citado 01 Dic 2017];39(11):622-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28701023>

17. Martins MHPA, Ghersel ELA, Ghersel H. Identificação dos principais problemas em gestação de risco para nor-tear ações preventivas. *Ciênc Saúde*. [serie en Internet]. 2017 [citado 01 Abr 2018];10(1):18-22. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/23449>

18. Ribeiro JF, Passos AC, Lira JAC, Silva CC, Santos PO, Fontinele AVC. Obstetric complications in adolescents treated in a public maternity of reference. *Rev enferm UFPE on line*. [serie en Internet]. 2017 [citado 01 Jan 2018];11(7):2728-35. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23446/19151>

19. Souza ASR, Andrade LR, Silva FLT, Cavalcanti AN, Guerra GVQL. Desfechos maternos e perinatais em gestantes

com líquido amniótico diminuído. *Rev bras ginecol obstet*. [serie en Internet]. 2013 [citado 09 Dic 2017];35(8):342-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000800002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000800002)

20. Gonçalves ZRG, Monteiro DLM. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. *Femina* [serie en Internet]. 2012 [citado 01 Dic 2017];40(5):274-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>

21. Alves AG, Martins CA, Silva FL, Alexandre MSA, Correa CIN, Tobias GC. Humanization policy of labor assistance based on rede cegonha implementation: integrative review. *Rev enferm UFPE on line* [serie en Internet]. 2016 [citado 12 Dic 2017];11(2):691-702. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11989/14552>

22. Francisco BS, Souza BS, Vitória ML, Zampieri MFM, Gregório VRP. Percepções dos pais sobre suas vivências como acompanhantes durante o parto e nascimento. *Rev Min Enferm* [serie en Internet]. 2015 [citado 12 Dic 2017];19(3):567-75. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1024>

23. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad saúde pública* [serie en Internet]. 2017 [cited 19 Abr 2018];33(3):e00195815. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en)

24. Amorim FCM, Neves ACN, Moreira FS, Oliveria ADS, Nery IS. Profile of pregnant women with pre-eclampsia. *Rev enferm UFPE on line* [serie en Internet]. 2017 [citado 12 Dic 2017];11(4):1574-83, feb. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15225/17988>

25. Silveira ML, Caminha NO, Sousa RA, Pessoa SMF, Gurgel EPP, Cavalcante DMP. Neonatal outcome in pregnancies that presented premature rupture of membranes. *Rev RENE* [serie en Internet]. 2014 [citado 10 Abr 2018];15(3):491-8. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1673>

# POSICIONAMENTO DO RECEM-NASCIDO PREMATURO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Yndiara Kássia da Cunha Soares<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-0614-1600>

Paula Oliveira Santos<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7373-2013>

**Objetivo:** analisar na literatura as evidências científicas disponíveis sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro (RNPT) em unidade de terapia intensiva neonatal. **Método:** revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados MEDLINE/PubMed, CINAHL, LILACS E BDEFN no mês de fevereiro de 2020 sem delimitação temporal. **Resultados:** foram incluídos 27 artigos, com predomínio de estudos experimentais. Constatou-se que o posicionamento pode melhorar os parâmetros fisiológicos do RNPT como respiração, frequência cardíaca, fluxo cerebral, nutrição. Além de benefícios nas respostas comportamentais com destaque para diminuição da dor, conforto, postura e sono. **Conclusão:** o posicionamento adequado pode contribuir para a melhora das respostas fisiológicas e comportamentais de RNPT e deve ser uma prática incorporada pela equipe de saúde.

**Descritores:** Recém-Nascido Prematuro; Posicionamento do paciente; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

### POSITIONING OF PREMATURE NEWBORN IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

**Objective:** to analyze in the literature the scientific evidence available on the position of the premature newborn (PTNB) in a neonatal intensive care unit. **Method:** integrative literature review carried out in the MEDLINE / PubMed, CINAHL, LILACS AND BDEFN databases in February 2020 without time delimitation. **Results:** 27 articles were included, with a predominance of experimental studies. It was found that positioning can improve the physiological parameters of PTNB such as breathing, heart rate, brain flow, nutrition. In addition to benefits in behavioral responses with emphasis on decreasing pain, comfort, posture and sleep. **Conclusion:** proper positioning can contribute to improving the physiological and behavioral responses of PTNB and should be a practice incorporated by the health team.

**Descriptors:** Infant, Premature; Patient Positioning; Intensive Care Units, Neonatal.

### POSICIONAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

**Objetivo:** analizar en la literatura la evidencia científica disponible sobre la posición del recién nacido prematuro (PTNB) en una unidad de cuidados intensivos neonatales. **Método:** revisión integral de la literatura realizada en las bases de datos MEDLINE / PubMed, CINAHL, LILACS Y BDEFN en febrero de 2020 sin delimitación del tiempo. **Resultados:** se incluyeron 27 artículos, con predomínio de estudios experimentales. Se descubrió que el posicionamiento puede mejorar los parámetros fisiológicos de PTNB, como la respiración, la frecuencia cardíaca, el flujo cerebral y la nutrición. Además de los beneficios en las respuestas conductuales con énfasis en la disminución del dolor, la comodidad, la postura y el sueño. **Conclusión:** el posicionamiento adecuado puede contribuir a la mejora de las respuestas fisiológicas y conductuales de PTNB y debe ser una práctica incorporada por el equipo de salud.

**Descritores:** Recien Nacido Prematuro; Posicionamiento del Paciente; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, PI, Brasil.

Autor Correspondente: Yndiara Kássia da Cunha Soares - Email: yndiarakassia@hotmail.com

Recebido: 02/04/2020 - Aceito: 26/07/2020

## INTRODUÇÃO

A Prematuridade, definida como o nascimento antes de 37 semanas de gestação, está associada à morbidade e mortalidade significativas no início da vida<sup>(1-2)</sup>. Nesse contexto, a unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) caracteriza-se como ambiente fundamental para promover a sobrevivência dos Recém-Nascidos Prematuros (RNPT) e/ou em estado grave de saúde que precisam de tratamentos especializados e cuidados intensos e contínuos<sup>(3)</sup>.

Por outro lado, o RN durante a permanência na UTIN é submetido a manuseios excessivos, estímulos dolorosos, iluminação, barulho, temperatura instável, além do impacto desencadeado pela brusca separação dos pais<sup>(4)</sup>. Esses estímulos estressores podem ocasionar atrasos físicos e neurológicos, sobretudo através das respostas manifestadas pelo aumento da frequência cardíaca, diminuição da saturação de oxigênio, estresse, variações do estado de sono e vigília, perda de peso e atraso no desenvolvimento<sup>(5-6)</sup>.

Diante disso, o cuidado adequado ao desenvolvimento inclui estratégias para minimizar o estresse do ambiente, controlando estímulos, agrupando atividades e procedimentos de cuidado e posicionando o bebê para proporcionar um ambiente semelhante ao útero<sup>(7)</sup>. Nesse sentido, o posicionamento adequado ao desenvolvimento ajuda os RNPT a manter uma posição mais flexível e apoiada, com atenção à postura e simetria da linha média. Esse posicionamento fornece limites para as extremidades permanecerem flexionadas e postura da linha média, contribuindo para o desenvolvimento geral<sup>(8)</sup>.

Estudos demonstram que, dentre as tecnologias de enfermagem utilizadas para o manejo da dor, o posicionamento é uma estratégia geralmente utilizada<sup>(9)</sup>. Outro estudo, realizado no Ceará acrescenta que o posicionamento na visão dos enfermeiros, pode ser utilizado como medida preventiva para a extubação não programada<sup>(10)</sup>.

Desse modo, o posicionamento do recém-nascido é um cuidado rotineiro desenvolvido por todos os profissionais da equipe multiprofissional, e merece atenção uma vez que engloba a dinâmica corpórea do recém-nascido e interfere nas funções fisiológicas. Para tanto, é necessário a conscientização da equipe de saúde sobre o posicionamento adequado, bem como indicação, duração, benefícios e restrições<sup>(11-12)</sup>.

Nessa perspectiva, torna-se imperativo que a equipe de saúde esteja capacitada e sensibilizada para minimizar os efeitos do ambiente advindo da UTIN, bem como das con-

ditas terapêuticas e do manejo para reduzir as sequelas decorrentes desse período na vida da criança e, dentre esses efeitos, encontram-se as consequências do posicionamento inadequado do RNPT<sup>(13)</sup>.

Assim, este estudo se torna relevante, pois permitirá a síntese das evidências disponíveis sobre o posicionamento do RN, de modo a nortear a equipe de saúde a aplicação de posicionamento condizente com o quadro clínico, favorecendo o desenvolvimento neurocomportamental e suas respostas fisiológicas. Desse modo, elegeu-se como objetivo analisar na literatura as evidências científicas disponíveis sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura elaborada a partir da proposta de Whittemore e Knaf<sup>(14)</sup>, composta pelas seguintes etapas: seleção da questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção, por pares, das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; e relato da revisão, proporcionando um exame crítico dos achados.

A questão norteadora do estudo foi: Quais as evidências científicas disponíveis sobre o posicionamento do recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal? Para construção da questão norteadora foi utilizada a estratégia PICO<sup>(15)</sup>, (P: Recém-Nascido Prematuro I; Posicionamento do Recém-Nascido; Co: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

### Seleção dos estudos

A busca dos estudos foi realizada no mês de janeiro de 2020, através do Portal de Periódicos da Capes. As bases de dados utilizadas foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *US National Library of Medicine* (PubMed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Desse modo, foram utilizados descritores controlados (DC) identificados no *Medical Subject Headings* (MeSH) e Emtree (Terminologia CINAHL) combinados com operadores booleanos OR e AND. Destaca-se que foram utilizadas descritores não controlados (DCN) no intuito de ampliar a busca e alcançar maior número de estudos na temática. Assim, os descritores e palavras chaves usadas, bem como as estratégias de busca se encontram descritos no quadro 1.

**Quadro 1** - Descritores controlados e não controlados utilizados para construção da estratégia de busca nas bases MEDLINE, CINAHL, BDNF e LILACS. Teresina, 2020.

DeCS		
	DC	Recém-Nascido Prematuro
P	DNC	Recém-Nascido Pré-Termo; Prematuro; Neonato Prematuro; Bebê Prematuro
	DC	Posicionamento do Paciente
I	DNC	Posição do Paciente
	DC	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Cuidados Críticos
Co	DNC	-
Expressão de busca LILACSE/BDEFNF via BVS	de	(mh:("Recém-Nascido Prematuro")) OR (tw:("Recém-Nascido Pré-Termo")) OR (tw:(Prematuro)) OR (tw:("- Neonato Prematuro")) OR (tw:("Bebê Prematuro")) AND (mh:("Posicionamento do Paciente")) OR (tw:("Posição do Paciente")) AND (mh:("Unidades de Terapia Intensiva Neonatal")) OR (mh:("Cuidados Críticos"))
MeSH/ Títulos CINAHL		
	DC	Infant, Premature; Premature Birth;
P	DNC	Premature
	DC	Posture; Patient Positioning;
I	DNC	Position Mode
	DC	Intensive Care Units, Neonatal; Critical Care;
Co	DNC	-
Expressão de busca MEDLINE PubMed	de	EXPRESSÃO DE BUSCA : (((("Infant, Premature"[MeSH Terms] OR "Premature Birth"[MeSH Terms]) OR Premature[Text Word]) AND ("posture"[MeSH Terms] OR "Patient Positioning"[MeSH Terms])) AND ("Intensive Care Units, Neonatal"[MeSH Terms] OR "Critical Care"[MeSH Terms])
Expressão de busca CINAHL	de	((MH "Intensive Care Units, Neonatal") OR (MH "Critical Care")) AND ((MM "Infant, Premature") OR (MM "Childbirth, Premature") OR "Premature Birth" OR "Premature" AND (MM "Posture") OR (MM "Patient Positioning"))

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

**Critérios de inclusão e exclusão**

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos originais na íntegra e disponível eletronicamente; idioma inglês, português ou espanhol; sem delimitação temporal. Foram excluídos artigos de revisão da literatura, editoriais, resumos, estudos de caso, reflexões teóricas, monografias, dissertações e teses, bem como artigos duplicados

(mantido apenas a primeira versão identificada). Em suma, foram identificados 205 artigos. Em seguida, após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 87 artigos para serem analisados na íntegra com a finalidade de selecionar os relevantes para o estudo. Assim, 27 estudos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, resultando na amostra final conforme descrito na figura 1.

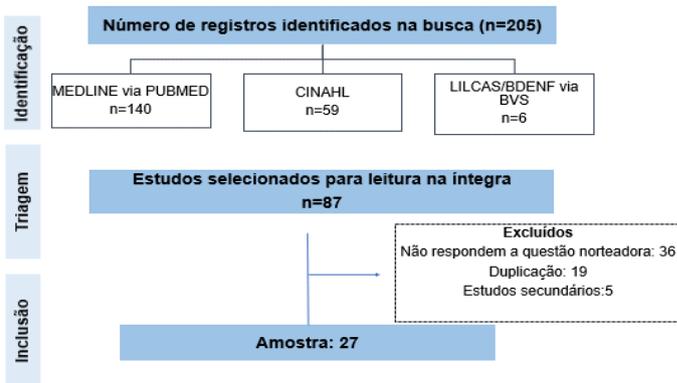
**Análise dos dados**

Para extração de dados dos artigos incluídos na revisão, utilizou-se um instrumento, elaborado pela própria autora, contendo as seguintes informações: autores; título; objetivo; periódico; ano de publicação; principais resultados; delineamento do estudo e nível de evidência.

No que concerne a classificação do nível de evidência dos artigos selecionados foi utilizado os conceitos preconizado por Melnyk, Fineout- Overholt<sup>(16)</sup>, quais sejam: nível I- evidências oriundas de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II - evidências de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III-evidências de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV- evidências de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; ensaio clínico não randomizado, caso-controle ou coorte; nível V- evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI- evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível VII- evidências de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

A análise e síntese dos dados foram realizadas de forma descritiva e as produções selecionadas foram organizadas em planilhas no *Microsoft Excel*, procedendo-se a construção de quadros de acordo com as variáveis identificadas.

**Figura 1** - Processo de identificação, triagem e inclusão das produções científicas disponíveis nas bases de dados investigadas. Teresina, 2020.



## RESULTADOS

A amostra foi composta por 27 artigos primários publicados entre 2007 a 2019, sendo 18 na Medline/PubMed e 09 na CINAHL. Em relação ao país de origem do estudo, houve predomínio de estudos realizados nos Estados Unidos da América, com seis, seguido de Brasil, com cinco, Austrália e China, com três cada. Os artigos foram veiculados em 22 periódicos diferentes (01 nacional e 26 internacionais), destacando-se o *Journal of Pediatric Nursing, Advances in Neonatal Care, The Journal of Pediatrics, Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* e *Research in Nursing & Health*, cada um com duas publicações.

O quadro 2 apresenta a caracterização dos estudos quanto ao autor principal, ano de publicação, periódico, título do estudo, delineamento do estudo e amostra, objetivo e nível de evidência.

**Quadro 2** - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa com relação ao autor, ano de publicação, periódico, delineamento do estudo, amostra, título do artigo, objetivo e nível de evidência. Teresina, 2020.

Autor principal, periódico e ano	Título, delineamento e amostra	Objetivo	NE
Costa KSF <sup>(17)</sup> Revista Brasileira de Enfermagem 2019	Rede de descanso e ninho em prematuros: ensaio clínico randomizado Estudo experimental (20)	Comparar as variáveis fisiológicas e o padrão de sono-vigília apresentados por prematuros, quando colocados em rede e em ninho, após a troca de fraldas	II
Khatony A <sup>(18)</sup> <i>Italian Journal of Pediatrics</i> 2019	The effects of position on gastric residual volume of premature infants in NICU Estudo experimental (135)	Determinar os efeitos de diferentes posicionamentos no volume residual gástrico em prematuros em UTIN	II
Metreş O <sup>(19)</sup> <i>Journal of Pediatric Nursing</i> 2019	Pain Management with ROP Position in Turkish Preterm Infants During Eye Examinations: A Randomized Controlled Trial Estudo experimental (70)	Avaliar os efeitos do posicionamento do bebê na dor, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e tempo de choro durante o exame	II
Painter L <sup>(20)</sup> <i>Advances in Neonatal Care</i> 2019	Improving Neurodevelopmental Outcomes in NICU Patients Estudo quase experimental (27)	Medir a eficácia do posicionamento no desenvolvimento sobre tempo de permanência, ganho de peso e tônus / flexão	III
Ribas CG <sup>(21)</sup> <i>Respiratory Care</i> 2019	Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep-Wakefulness State in Preterm Infants Estudo experimental (26)	Avaliar a eficácia do posicionamento da rede na redução da dor e na melhora do estado de vigília do sono em bebês prematuros	II

Shepherd KL <sup>(22)</sup> <i>The Journal of Pediatrics</i> 2019	Effects of Prone Sleeping on Cerebral Oxygenation in Preterm Infants Estudo quase experimental (56)	Determinar o efeito do sono na posição prona na oxigenação cerebral em prematuros da UTIN	III
Kahraman A <sup>(23)</sup> <i>Pediatrics &amp; Neonatology</i> 2018	The effect of nesting positions on pain, stress and comfort during heel lance in premature infants Estudo experimental (33)	Avaliar os valores de dor, estresse, conforto e cortisol salivar e melatonina nas posições de nidificação durante o procedimento da lança do calcanhar em prematuros da UTIN	II
Yayan EH <sup>(24)</sup> <i>Breastfeeding Medicine</i> 2018	Does the Post-Feeding Position Affect Gastric Residue in Preterm Infants? Estudo experimental (40)	Analisar o efeito da posição pós-alimentação de prematuros sobre o resíduo gástrico	II
Santos AMG <sup>(25)</sup> <i>British Journal of Midwifery</i> 2017	Physiological and behavioural effects of preterm infant positioning in a neonatal intensive care unit Estudo quase experimental (24)	Comparar o efeito da posição do sono em fatores fisiológicos e respostas comportamentais em prematuros	III
Utario Y <sup>(26)</sup> <i>Comprehensive Child and Adolescent Nursing</i> 2017	The Quarter Prone Position Increases Oxygen Saturation in Premature Infants Using Continuous Positive Airway Pressure Estudo experimental (15)	Examinar o efeito da posição prona em um quarto no status de oxigenação de bebês prematuros usando pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP)	II
Spilker A <sup>(27)</sup> <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> 2016	The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurses Estudo quase experimental (54)	Determinar se o uso de uma ferramenta padronizada de avaliação do posicionamento infantil e a educação informal à beira do leito é uma maneira eficaz de melhorar a proficiência dos enfermeiros da UTIN	III
Yin T <sup>(28)</sup> <i>Journal of Pediatric Nursing</i> 2016	Semi-Prone Position Can Influence Variability in Respiratory Rate of Premature Infants Using Nasal CPAP Estudo experimental (47)	Determinar o efeito das posições nos parâmetros fisiológicos (FC, RR, SpO2) de prematuros que recebem CPAP	II
Aly H <sup>(29)</sup> <i>Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition</i> 2015	Does positioning affect tracheal aspiration of gastric content in ventilated infants? Estudo experimental (34)	Avaliar a pepsina no aspirado traqueal de lactentes ventilados em 2 posições diferentes: supino e lateral direito	II
Lacina L <sup>(30)</sup> <i>Advances in Neonatal Care</i> 2015	Behavioral observation differentiates the effects of an intervention to promote sleep in premature infants: a pilot study Estudo experimental (25)	Investigar se a observação comportamental diferencia os efeitos de uma intervenção para promover o sono em prematuro	II
Brunherotti MA <sup>(31)</sup> <i>Acta Paediatrica</i> 2014	Effect of body position on preterm newborns receiving continuous positive airway pressure Estudo observacional (16)	Avaliar o efeito da posição corporal nos indicadores cardiopulmonares de prematuros recém-nascidos recebendo CPAP	IV

Garland JS <sup>(32)</sup> <i>Journal of Neonatal-Perinatal Medicine</i> 2014	Association between tracheal pepsin, a reliable marker of gastric aspiration, and head of bed elevation among ventilated neonates Estudo observacional (66)	Determinar a frequência da pepsina traqueal em neonatos ventilados e se o ângulo de elevação da cabeça foi associado à pepsina traqueal	IV
Madlinger-Lewis L <sup>(33)</sup> <i>Research in Developmental Disabilities</i> 2014	The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: a randomized clinical trial Estudo experimental (100)	Investigar os efeitos de um novo dispositivo de posicionamento alternativo em comparação aos métodos tradicionais de posicionamento usados em bebês prematuros	II
Montgomery K <sup>(34)</sup> <i>Journal of Paediatrics and Child Health</i> 2014	The effectiveness of quarter turn from prone in maintaining respiratory function in premature infants Estudo experimental (54)	determinar a eficácia do quarto de volta em decúbito ventral em comparação com o decúbito dorsal e o decúbito ventral na manutenção da função respiratória em prematuros tratados em UTIN	II
Park J <sup>(35)</sup> <i>Journal of Perinatal &amp; Neonatal Nursing</i> 2014	Efficacy of semielevated side-lying positioning during bottle-feeding of very preterm infants: a pilot study Estudo experimental (6)	Avaliar a eficácia da posição decúbito lateral elevada em comparação com o decúbito dorsal semielevado na estabilidade fisiológica e no desempenho alimentar	II
Gouna G <sup>(36)</sup> <i>The Journal of Pediatrics</i> 2013	Positioning effects on lung function and breathing pattern in premature newborns Estudo observacional	Comparar padrões respiratórios e função pulmonar nas posições supina, lateral e de bruços em prematuros dependentes de oxigênio	IV
Hough JL <sup>(37)</sup> <i>Pediatric Critical Care Medicine</i> 2012	Effect of body position on ventilation distribution in preterm infants on continuous positive airway pressure Estudo experimental (24)	Medir alterações na função pulmonar que ocorrem ao longo do tempo após o reposicionamento em prematuros	II
Thapar B <sup>(38)</sup> <i>The Indian Journal of Physiotherapy &amp; Occupational Therapy</i> 2012	A Comparative Study Between High Side Lying and Side Lying Position on Oxygen Saturation in Preterm Infants. Estudo experimental (40)	Comparar o decúbito lateral elevado e não elevado na saturação de oxigênio em prematuros	II
Liaw JJ <sup>(39)</sup> <i>Research in Nursing &amp; Health</i> 2012	Caregiving and positioning effects on preterm infant states over 24 hours in a neonatal unit in Taiwan estudo observacional (30)	Explorar os efeitos de 24 horas do cuidado e posicionamento nos estados de prematuros e os fatores associados a alterações de estado	IV
Liaw JJ <sup>(40)</sup> <i>Research in Nursing &amp; Health</i> 2012	Preterm infants' biobehavioral responses to caregiving and positioning over 24 hours in a neonatal unit in Taiwan Estudo observacional (30)	Explorar as respostas biocomportamentais de prematuros ao cuidado e posicionamento neonatal de 24 horas e os fatores associados a alterações em suas respostas biocomportamentais	IV

Comaru T <sup>(41)</sup> <i>Journal of Perinatology</i> 2009	Postural support improves distress and pain during diaper change in preterm infants Estudo experimental (47)	Determinar os efeitos de um protocolo de suporte postural na estabilidade fisiológica e comportamental de bebês prematuros durante uma troca de fraldas	II
Ferrari F <sup>(42)</sup> <i>Archives of Disease in Childhood: Fetal &amp; Neonatal</i> 2007	Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest Estudo observacional (10)	Avaliar se a postura em um ninho afeta a postura e os movimentos espontâneos de prematuros saudáveis	IV
Vaivre-Douret L <sup>(43)</sup> <i>Journal of Perinatal &amp; Neonatal Nursing</i> 2007	Comparative effects of 2 positional supports on neurobehavioral and postural development in preterm neonates Estudo observacional (30)	Avaliar os efeitos de 2 diferentes suportes corporais na posição deitada para o posicionamento fisiológico e funcional	IV

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Por sua vez, o quadro 3 reúne a síntese das principais evidências com relação a modalidade de posição do RNPT e benefícios segundo artigos incluídos na revisão integrativa.

**Quadro 3** - Síntese das evidências dos estudos incluídos na revisão quanto a modalidade de posição e benefícios. Tere-sina, 2020.

Modalidade de Posição	Benefícios
Decúbito lateral	Estabilidade fisiológica durante alimentação <sup>(35)</sup> Promoção do sono <sup>(39)</sup>
Decúbito lateral direito	Diminuição do volume gástrico residual <sup>(18,24)</sup> Diminuição do risco de aspiração <sup>(29)</sup>
Decúbito lateral esquerdo	Melhora da saturação de Oxigênio <sup>(34)</sup>
Decúbito dorsal elevado	Diminuição do risco de aspiração <sup>(32)</sup> Melhora da saturação de Oxigênio <sup>(38)</sup>
Decúbito ventral/Prona	Diminuição da dor <sup>(23,25)</sup> Diminuição do volume gástrico residual <sup>(18,24)</sup> Diminuição da frequência respiratória <sup>(34)</sup> Maior absorção de nutrientes <sup>(18)</sup> Melhora da oxigenação <sup>(26,28,31,36,37)</sup> Melhora da estabilidade fisiológica <sup>(40)</sup> Redução do fluxo sanguíneo cerebral <sup>(22)</sup>
Rede	Diminuição da dor <sup>(21)</sup> Diminuição da frequência cardíaca <sup>(21)</sup> Diminuição da frequência respiratória <sup>(21)</sup> Maior Saturação de Oxigênio <sup>(17,21)</sup> Promoção do conforto <sup>(17)</sup> Promoção do sono <sup>(17)</sup>
Ninho	Desenvolvimento postural <sup>(42-43)</sup> Diminuição da dor <sup>(41)</sup> Maior Saturação de Oxigênio <sup>(17)</sup> Menor risco para deformidade craniana <sup>(43)</sup> Promoção do sono <sup>(29-30)</sup>
Contenção com as mãos	Diminuição da dor e choro <sup>(19)</sup>
Contenção com dispositivo	Menor assimetria <sup>(33)</sup>

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

## DISCUSSÃO

Os resultados mostram que o posicionamento do RNPT é uma estratégia que pode interferir nos parâmetros fisiológicos e comportamentais. Para isso, é necessário que a equipe de saúde conheça as modalidades de posição e benefícios para aplicação adequada conforme a situação de saúde dos pacientes.

Observou-se que o posicionamento trás repercussões nas respostas fisiológicas dos RNPT. Estudo observacional realizado na China com 30 prematuros internados na UTIN mostrou que o posicionamento em decúbito lateral e posição prona melhorou a estabilidade fisiológica<sup>(40)</sup>. No Brasil, estudo quase-experimental com 24 RNPT com o intuito de comparar as diferentes posições (lateral, prona e supina) realizados como um procedimento de operação teve como achados, diminuição da frequência cardíaca e respiratória na posição decúbito lateral direita, supina e prona<sup>(25)</sup>.

Constatou-se que alguns estudos evidenciaram que a posição prona está associada à melhoria do padrão respiratório dos RNPT<sup>(26,28,31,34,36)</sup>. Nesse sentido, estudo comparativo, realizado na Índia com 40 prematuros, identificou que a posição prona é superior ao decúbito lateral para melhorar a saturação de oxigênio dos RNPT<sup>(38)</sup>.

Em estudo que investigou o efeito da posição corporal sobre em relação a ventilação em prematuros com pressão positiva contínua nas vias aéreas, observou melhor oxigenação nos prematuros em posição prona<sup>(37)</sup>.

Em relação as repercussões do posicionamento no âmbito nutricional, observou-se estudo que investigou o efeito do posicionamento do RNPT no volume residual gástrico, o qual obteve como principal resultado que o volume residual gástrico nas posições prona e lateral direita ser menor do que na posição supina, no entanto sem diferença estatística entre os grupos<sup>(18)</sup>.

Coaduna com esse achado, estudo realizado experimental realizado na Turquia com objetivo de analisar o efeito da posição pós-alimentação de prematuros sobre o resíduo gástrico, o qual também encontrou menor nível de resíduo gástrico na posição lateral direita e prona<sup>(24)</sup>. Observou-se ainda, conforme estudo com delineamento quase-experimental com 70 prematuros que o posicionamento favoreceu no ganho de peso<sup>(20)</sup>.

Ressalta-se ainda que o decúbito lateral semielevado é uma estratégia que pode favorecer a melhoria do padrão respiratório durante a alimentação, permitindo assim que os bebês em ventilação mantenham melhor estabilidade fisiológica<sup>(35)</sup>.

É importante destacar que em um estudo controlado randomizado em prematuros que foram alimentados de modo enteral e em uso de ventilação mecânica, observou-

se que o posicionamento lateral direito está associado à diminuição da pepsina do aspirado traqueal, o que contribui para a diminuição do risco de aspiração do conteúdo gástrico<sup>(29)</sup>. Por sua vez, estudo realizado nos Estados Unidos da América, constatou que a pepsina foi detectada em 53% dos neonatos em ventilação mecânica e que a elevação precoce da cabeceira estava associada a uma menor taxa de pepsina traqueal<sup>(32)</sup>.

Quanto aos efeitos do posicionamento nos aspectos neurocomportamentais do RNPT, no Brasil, estudo realizado no Paraná evidenciou que o uso de rede de descanso foi associado a menos dor e melhor estado de vigília do sono quando comparados ao posicionamento tradicional<sup>(21)</sup>. Outra estratégia é a utilização do posicionamento conformacional através de ninho, pois pode contribuir para o sono, uma vez que reduz o tempo de vigília e choro dos RNPT<sup>(30)</sup>.

Ensaio clínico randomizado realizado em Brasília com objetivo de comparar as variáveis fisiológicas e o padrão de sono-vigília apresentados por prematuros, quando colocados em rede e em ninho, após a troca de fraldas, não encontrou diferenças estatísticas nas respostas fisiológicas, porém evidenciou que a rede de descanso promoveu o sono após um estímulo estressante<sup>(17)</sup>. Outra estratégia que pode ser utilizada é o decúbito lateral pois tem potencial para promoção da qualidade do sono de RNPT, devendo ser adequadamente fornecidos para facilitar o sono dos bebês e reduzir o choro<sup>(39)</sup>.

Considerando a modalidade de posição para reduzir a dor em RNPT durante manuseio e realização de procedimentos pela equipe, verificou-se que a contenção com as mãos que consiste em manter as extremidades superior e inferior do recém-nascido flexionada com auxílio de dois enfermeiros, teve como resultado escores mais baixos de dor no início, no final e após a triagem<sup>(19)</sup>. Por sua vez, estudo experimental realizado 33 RNPT, mostrou que a posição prona melhorou teve efeito de redução da dor, aumentando o conforto e reduzindo o estresse em prematuros<sup>(23)</sup>.

No Brasil, estudo evidenciou que todos os prematuros que compuseram a amostra apresentaram dor durante o procedimento de trocas de fraldas, contudo aqueles que foram posicionados em ninho apresentaram tiveram escores de dor significativamente menores<sup>(41)</sup>.

No que concerne aos benefícios do posicionamento em relação ao tônus, a utilização do posicionamento com auxílio de dispositivos chamado *Dandle Roo*, isto é, uma estratégia que visa o uso de um cobertor de algodão estruturado, com alças ajustáveis para as extremidades superiores e uma bolsa para as extremidades inferiores e limite para a cabeça melhorou a assimetria dos prematuros<sup>(33)</sup>.

Outra forma de promover desenvolvimento neurocomportamental para o desenvolvimento de posturas através da contenção na incubadora com dispositivo denominado *Coconou* que se assemelha ao ninho, porém é constituído por suporte flexível para garantir o apoio corporal, além disso as pernas ficam livres<sup>(43)</sup>.

O posicionamento com auxílio do ninho também oferece desenvolvimento postural, conforme estudo desenvolvido na Itália que mostrou que quando deitados no ninho, os RNPT apresentavam frequentemente postura flexionada com adução de ombro e cotovelo e flexão de quadril e joelho, além da posição da cabeça na linha média<sup>(42)</sup>.

Diante disso, torna-se necessário o envolvimento da equipe de saúde no posicionamento adequado do RNPT e a educação em saúde pode potencializar a melhorar as práticas em relação a temática. Estudo de intervenção com objetivo de determinar se o uso de uma ferramenta padronizada de avaliação do posicionamento infantil e a educação informal à beira do leito é uma ferramenta eficaz para melhorar a proficiência de enfermeiros atuantes em UTIN sobre posicionamento mostrou que houve mudança estatisticamente significativa nos escores médios de posicionamento<sup>(27)</sup>.

Nesse mesmo estudo, as principais barreiras identificadas pelos enfermeiros foram: falta de suprimentos de posicionamento, deficiência no conhecimento sobre posicionamento, circuitos de medicação e suporte ventilatório, pouca adesão da equipe de enfermagem, recursos humanos e tempo insuficiente<sup>(27)</sup>.

### Limitações do estudo

Como limitação, notou-se a ausência de informações em relação a possíveis contraindicações das diferentes modalidades de posição e duração das mesmas. Ademais, não foi possível identificar a existência de superioridade entre os tipos de modalidade de posição. Diante disso, novos estudos são necessários a fim de esclarecer essas lacunas,

além de elaboração de estratégias que visem a adoção dessa prática na UTIN.

### Contribuições para a prática

Este estudo traz como contribuição para a prática clínica, em especial para a equipe de enfermagem, ao apresentar subsídios científicos para que o enfermeiro conheça as repercussões do posicionamento e ofereça um cuidado de qualidade.

### CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram diferentes tipos de modalidade de posição que podem ser utilizados em prematuros, sendo as mais comuns o decúbito lateral, dorsal, prona, além de uso de redes de descanso, ninhos e dispositivos para facilitar a acomodação do RNPT na incubadora. A escolha do posicionamento é influenciada pelas condições clínicas do RNPT e benefício almejado.

De modo geral, o posicionamento adequado do RNPT na UTIN contempla o favorecimento do desenvolvimento postural, tônus e simetria, além de contribuir na melhoria dos parâmetros fisiológicos e comportamentais de RNPT. Destaca-se que o padrão respiratório, frequência cardíaca, oxigenação cerebral, dor, sono, postura são influenciados conforme posicionamento adotado.

Diante disso, o posicionamento é uma ferramenta que propicia ao RNPT conforto, sendo de baixo custo e de fácil aplicação. No entanto, ainda há dificuldade na incorporação dessas práticas pelos profissionais de saúde.

### Contribuições dos autores:

Yndiara Kássia da Cunha Soares: concepção e/ou do desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Paula Oliveira Santos: coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada

### REFERÊNCIAS

- Ahmadi S, Kazemi F, Masoumi SZ, Parsa P, Roshanaei G. Intervention based on BASNEF model increases exclusive breastfeeding in preterm infants in Iran: a randomized controlled trial. *Int Breastfeed J*. 2016 [cited 2020 Jan 23];11(30). Available from: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-016-0089-2>
- Jesus RLR, Santos GM, Barreto MTS, Monteiro MJSD, Silva RVS, Silva HJN. Caracterização dos recém-nascidos pré-termo nascidos no estado do Piauí entre 2011 a 2015. *Arch. health invest*. 2019 [cited 2020 Jan 26];8(4):217-223. Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3193>
- Rocha LA, Martins CD. Ruidos ambientais na UTI Neonatal. *Rev Bras Cien Vida*. 2017 [cited 2020 Jan 22];5(4):1-23. Available from: <http://jornal.faculadecienciasdavidavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/143/215>
- Rubia ASC, Torati CV. Humanization in neonatal intensive care unit: a review. *Salus J Health Sci*. 2016 [cited 2020 Jan 30];2(1):77-83. Available from: <http://www.salusjournal.org/wpcontent/plugins/downloadattachments/includes/download.php?id=699>
- Castral TC, Warnock F, Dos Santos CB, Daré MF, Moreira AC, Antonini SR, et al. Maternal mood and concordant maternal and infant salivary

- cortisol during heel lance while in kangaroo care. *Eur J Pain*. 2015 [cited 2020 Jan 28];19(3):429-438. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejp.566>
6. Gokulu G, Bilgen H, Ozdemir H, Sarioz A, Memisoglu A, Gucuyener K, *et al*. Comparative heel stick study showed that newborn infants who had undergone repeated painful procedures showed increased short-term pain responses. *Acta Paediatr*. 2016 [cited 2020 Jan 30];105(11):e520-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.13557>
  7. Legendre V, Burtner PA, Martinez KL, Crowe TK. The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: a systematic review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2011 [cited 2020 Jan 30];31(3):315-338. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01942638.2011.556697?journalCode=ipop20>
  8. Hunter J, Lee A, Altmier L. Neonatal intensive care un occupational therapy for children and adolescents. St. Louis: Elsevier; 2015.
  9. Nóbrega A, Cantalice A, Cerqueira A, Santos N, Bezerra N, Chaves T. Tecnologias de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 02];9(2):66-72. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1083/448>
  10. Pinto M, Sousa N, Maranhão T, Rolim K, Magalhães F, Vasconcelos S, *et al*. Intervenções de enfermagem na prevenção de extubação não programada em recém-nascidos: bundle de boas práticas. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 03];10(7):115-120. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2423/559>
  11. Patton C, Stiltner D, Wright KB, Kautz DD. Do nurses provide a safe sleep environment for infants in the hospital setting? An integrative review. *Adv Neonatal Care*. 2015 [cited 2020 Jan 27];15(1):8-22. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/anc/2015/00000015/00000001/art00006>
  12. Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. (org.). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
  13. Coughlin M, Lohman MB, Gibbins S. Reliability and effectiveness of an infant positioning assessment tool to standardize developmentally supportive positioning practices in the neonatal intensive care unit. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2010 [cited 2020 Jan 24];10(2):103-106. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336910000280>
  14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005 [cited 2020 Jan 20];52(5):546-53. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
  15. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007 [cited 2020 Feb 10]; 15(3):508-11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000300023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023)
  16. Melnyk BM, Fineout-overholt E. Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
  17. Costa KSF, Fernandes DS, Paula RAP, Guarda LEDA, Daré MF, Castral TC. Rede de descanso e ninho em prematuros: ensaio clínico randomizado. *Rev Bras Enferm*. 2019 [cited 2020 Feb 12];72(Suppl 3):96-102. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672019000900096&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000900096&lng=pt&nrm=iso)
  18. Khatony A, Abdi A, Karimi B, Aghaei A, Brojeni HS. The effects of position on gastric residual volume of premature infants in NICU. *Riv Ital Pediatr*. 2019 [cited 2020 Feb 04];45(1):1-6. Available from: <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-018-0591-9>
  19. Metreş Ö, Yildiz S. Pain Management with ROP Position in Turkish Preterm Infants During Eye Examinations: A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr Nurs*. 2019 [cited 2020 Feb 04];49:e81-e89. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0882596319301393>
  20. Painter L, Lewis S, Hamilton BK. Improving Neurodevelopmental Outcomes in NICU Patients. *Adv Neonatal Care*. 2019 [cited 2020 Feb 06];19(3):236-243. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00149525-201906000-00011>
  21. Ribas CG, Andreazza MG, Neves VC, Valderramas S. Effectiveness of Hammock Positioning in Reducing Pain and Improving Sleep-Wakefulness State in Preterm Infants. *Respir Care*. 2019 [cited 2020 Feb 07];64(4):384-389. Available from: <http://rc.rcjournal.com/content/64/4/384>
  22. Shepherd KL, Yiallourou SR, Odoi A, Brew N, Yeomans E, Willis S, *et al*. Effects of prone sleeping on cerebral oxygenation in preterm infants. *J Pediatr*. 2019 [cited 2020 Feb 06];204:103-110. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022347618312502>
  23. Kahraman A, Başbakkal Z, Yalaz M, Sözmen EY. The effect of nesting positions on pain, stress and comfort during heel lance in premature infants. *Pediatr Neonatol*. 2018 [cited 2020 Feb 07];59(4):352-359. Available from: [https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572\(16\)30215-7/fulltext](https://www.pediatr-neonatol.com/article/S1875-9572(16)30215-7/fulltext)
  24. Yayan EH, Kucukoglu S, Dag YS, Karsavuran Boyraz N. Does the Post-Feeding Position Affect Gastric Residue in Preterm Infants? *Breastfeed Med*. 2018 [cited 2020 Feb 08];13(6):438-443. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2018.0028?journalCode=bfm>
  25. Santos AMG, Vieira SC, Bertolini GRF, Osaku EF, Costa CRLM, Grebinski ATKG. Physiological and behavioural effects of preterm

- infant positioning in a neonatal intensive care unit. *Br J Midwifery*. 2017 [cited 2020 Feb 08];25(10):647-654. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2017.25.10.647>
26. Utario Y, Rustina Y, Waluyanti FT. The quarter prone position increases oxygen saturation in premature infants using continuous positive airway pressure. *Compr Child Adolesc Nurs*. 2017 [cited 2020 Feb 09];40(Suppl 1):95-101. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/24694193.2017.1386976>
27. Spilker A, Hill C, Rosenblum R. The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016 [cited 2020 Feb 12];35:10-15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0964339716000057?via%3Dihub>
28. Yin T, Yuh YS, Liaw JJ, Chen YY, Wang KW. Semi-prone position can influence variability in respiratory rate of premature infants using nasal CPAP. *Pediatr Nurs*. 2016 [cited 2020 Feb 13];31(2):e167-e174. Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(15\)00335-8/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(15)00335-8/fulltext)
29. Aly H, Soliman RM, El-Dib M, Said RN, Abdellatif MA, Sibaii H, et al. Does positioning affect tracheal aspiration of gastric content in ventilated infants? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015 [cited 2020 Feb 13];60(3):327-331. Available from: [https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs\\_peds\\_facpubs/1538/](https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/smhs_peds_facpubs/1538/)
30. Lacina L, Casper T, Dixon M, Harmeyer J, Haberman B, Alberts JR, et al. Behavioral observation differentiates the effects of an intervention to promote sleep in premature infants. *Adv Neonatal Care*. 2015 [cited 2020 Feb 14];15(1):70-76. Available from: [https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Abstract/2015/02000/Behavioral\\_Observation\\_Differentiates\\_the\\_Effects.10.aspx](https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Abstract/2015/02000/Behavioral_Observation_Differentiates_the_Effects.10.aspx)
31. Brunherotti MAA, Martinez EZ, Martinez FE. Effect of body position on preterm newborns receiving continuous positive airway pressure. *Acta Paediatr*. 2014 [cited 2020 Feb 15];103(3):e101-e105. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.12504>
32. Garland JS, Alex CP, Johnston N, Yan JC, Werlin SL. Association between tracheal pepsin, a reliable marker of gastric aspiration, and head of bed elevation among ventilated neonates. *J Neonatal Perinatal Med*. 2014 [cited 2020 Feb 15];7(3):185-192. Available from: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-neonatal-perinatal-medicine/npm814020>
33. Madlinger-Lewis L, Reynolds L, Zarem C, Crapnell T, Inder T, Pineda R. The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: a randomized clinical trial. *Res Dev Disabil*. 2014 [cited 2020 Feb 15];35(2):490-497. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938096/>
34. Montgomery K, Choy NL, Steele M, Hough J. The effectiveness of quarter turn from prone in maintaining respiratory function in premature infants. *J Paediatr Child Health*. 2014 [cited 2020 Feb 16];50(12):972-977. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpc.12689>
35. Park J, Thoyre S, Knafl GJ, Hodges EA, Nix WB. Efficacy of semi-elevated side-lying positioning during bottle-feeding of very preterm infants: A pilot study. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2014 [cited 2020 Feb 22];28(1):69-79. Available from: <http://feedingflock.web.unc.edu/files/2014/02/Park-2014.pdf>
36. Gouna G, Rakza T, Kuissi E, Pennaforte T, Mur S, Storme L. Positioning effects on lung function and breathing pattern in premature newborns. *J Pediatr*. 2013 [cited 2020 Feb 14];162(6):1133-1137. Available from: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(12\)01370-4/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(12)01370-4/fulltext)
37. Hough JL, Johnston L, Brauer SG, Woodgate PG, Pham TM, Schibler A. Effect of body position on ventilation distribution in preterm infants on continuous positive airway pressure. *Pediatr Crit Care Med*. 2012 [cited 2020 Feb 15];13(4):446-451. Available from: [https://journals.lww.com/pccmjournal/Abstract/2012/07000/Effect\\_of\\_body\\_position\\_on\\_ventilation.12.aspx](https://journals.lww.com/pccmjournal/Abstract/2012/07000/Effect_of_body_position_on_ventilation.12.aspx)
38. Thapar B, Janarthanan C, Singh J, Sareen A. A comparative study between high side lying and side lying position on oxygen saturation in preterm infants. *Indian J Physiother Occup Ther*. 2012 [cited 2020 Feb 15];6(3):75-78. Available from: <https://www.indian-journals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijpot&volume=6&issue=3&article=014>
39. Liaw JJ, Yang L, Lo C, Yuh YS, Fan HC, Chang YC, Chao SC. Caregiving and positioning effects on preterm infant states over 24 hours in a neonatal unit in Taiwan. *Res Nurs Health*. 2012 [cited 2020 Feb 17];35(2):132-145. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.21458>
40. Liaw JJ, Yang L, Hua YM, Chang PW, Teng CC, Li CC. Preterm infants' biobehavioral responses to caregiving and positioning over 24 hours in a neonatal unit in Taiwan. *Res Nurs Health*. 2012 [cited 2020 Feb 18];35(6):634-646. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.21499>
41. Comaru T, Miura E. Postural support improves distress and pain during diaper change in preterm infants. *J Perinatol*. 2009 [cited 2020 Feb 19];29(7):504-507. Available from: <https://www.nature.com/articles/jp200913/>
42. Ferrari F, Bertoncelli N, Gallo C, Roversi MF, Guerra MP, Ranzi A, et al. Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2007 [cited 2020 Feb 19];92(5):F386-F390. Available from: <https://fn.bmj.com/content/92/5/F386.short>
43. Vaire-Douret L, Golse B. Comparative effects of 2 positional supports on neurobehavioral and postural development in preterm neonates. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2007 [cited 2020 Feb 21];21(4):323-330. Available from: [https://journals.lww.com/jpnjournal/Fulltext/2007/10000/Comparative\\_Effects\\_of\\_2\\_Positional\\_Supports\\_on.11.aspx](https://journals.lww.com/jpnjournal/Fulltext/2007/10000/Comparative_Effects_of_2_Positional_Supports_on.11.aspx)

# PREVALÊNCIA DE LESÕES POR FRICÇÃO EM IDOSOS COM CÂNCER E FATORES ASSOCIADOS

Chrystiany Plácido de Brito Vieira<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-3429-3329>

Thalita Alves Teixeira<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-3866-6989>

Telma Maria Evangelista de Araújo<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5628-9577>

Fernando José Guedes da Silva Júnior<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5731-632X>

Francisca Tereza de Galiza<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5217-7180>

Átila Sâmia Oliveira Rodrigues<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8091-5491>

**Objetivo:** analisar a prevalência de lesões por fricção em idosos com câncer e fatores associados. **Método:** estudo transversal e analítico, realizado com 50 idosos, em serviço de Oncologia de um hospital escola, em Teresina-Piauí, Brasil. Utilizaram-se de entrevista, exame físico e prontuário para coleta dos dados, de fevereiro a abril de 2018. Realizaram-se análise descritiva, aplicação do teste Mann-Whitney para observar diferença das médias e da prova exata de Fischer para verificar associação entre desfecho e variáveis independentes. **Resultados:** média de idade 69,36 anos, maioria do sexo masculino (52,0%), sem escolaridade (38,0%), com comorbidades (74,0%), em uso de anticoagulante (56%) e corticoide (76%), dependentes (76%) e com déficit cognitivo (32%). A prevalência de lesões foi 18%, com localização predominante em membros superiores (64,6%) e de classificação 2b (50%). Os fatores associados foram hematomas nas extremidades (p-valor=0,003), uso de curativo adesivo (p-valor=0,044) e presença de comorbidades (p-valor=0,050). **Conclusão:** prevalência de lesões por fricção elevada, associada a fatores clínicos. Sugerem-se outras investigações para viabilizar ações preventivas mais eficazes e definir a epidemiologia dessas lesões, uma vez que são subnotificadas em serviços hospitalares de oncologia.

**Descritores:** Ferimentos e Lesões; Fricção; Idoso; Serviço Hospitalar de Oncologia; Enfermagem Oncológica.

## SKIN TEAR PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ELDERLY PEOPLE WITH CANCER

**Objective:** To analyze the skin tear prevalence and associated factors in elderly people. **Method:** It was a cross-sectional and analytical study conducted with 50 elderly patients in the Oncology department of a school hospital, in Teresina-Piauí, Brazil. Interviews, physical exams and medical records were used for data collection from February to April 2018. Descriptive analysis was performed, with the Mann-Whitney test to observe difference in means and Fisher's exact test to verify the association between outcome and independent variables. **Results:** Mean age of 69.36 years, mostly male (52.0%), without education (38.0%), with comorbidities (74.0%), anticoagulant (56%) and corticoid (76%) use, dependent (76%), and cognitive deficit (32%). There was an 18% prevalence of injuries, mostly in upper limbs (64.6%) and Category 2b (50%). Associated factors were hematoma in the extremities (p-value=0.003), use of adhesive dressing (p-value=0.044), and presence of comorbidities (p-value=0.050). **Conclusion:** There was a high skin tear prevalence associated with clinical factors. Further investigations are recommended to enable more effective preventive actions and to define the epidemiology of these lesions, since they are underreported in hospital oncology services.

**Descriptors:** Wounds and Injuries. Friction. Aged. Oncology Service, Hospital. Nursing.

## PREVALENCIA DE LESIONES POR FRICCIÓN EN ANCIANOS CON CÁNCER Y FACTORES ASOCIADOS

**Objetivo:** analizar la prevalencia de lesiones por fricción y factores asociados en ancianos. **Método:** estudio transversal y analítico, realizado con 50 ancianos, en servicio de Oncología de hospital escolar, en Teresina-Piauí, Brasil. Se utilizaron entrevistas, examen físico y prontuario para recolección de datos, de febrero a abril de 2018. Se realizaron análisis descriptivos, aplicación del test Mann-Whitney para observar diferencia de las medias y exacto de Fischer para verificar la asociación entre desenlace y variables independientes. **Resultados:** la media de edad fue 69,36, la mayoría del sexo masculino (52%), sin escolaridad (38,0%), con comorbidades (74,0%), en uso de anticoagulante (56%) y corticoide (76%), dependientes (76%) y con déficit cognitivo (32%). La prevalencia de lesiones fue de 18%, con localización predominante en miembros superiores (64,6%) y de clasificación 2b (50%). Los factores asociados fueron hematomas en las extremidades (p-valor=0,003), uso de curativo adhesivo (p-valor=0,044) y presencia de comorbidades (p-valor=0,050). **Conclusión:** la prevalencia de lesiones por alta fricción estuvo asociada con factores clínicos. Se recomiendan otras investigaciones para permitir acciones preventivas más efectivas y definir la epidemiología de estas lesiones, ya que son subreportadas en servicios hospitalarios de oncología.

**Descriptorios:** Lesiones y lesiones; Fricción; Anciano; Servicio Hospitalario de Oncología; Enfermería Oncológica.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, PI, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: Chrystiany Plácido de Brito Vieira - Email: chrystianyplacido@yahoo.com

Recebido: 26/02/2020 - Aceito: 28/07/2020

## INTRODUÇÃO

Lesão por Fricção (LF) é considerada ferida traumática que ocorre, principalmente, nas extremidades de idosos, resultante de fricção ou combinação de fricção e cisalhamento, acarretando separação da epiderme e derme e/ou estruturas subjacentes<sup>1</sup>. Decorrem, basicamente, da fragilidade cutânea. Estas lesões são dolorosas e acometem, sobretudo, pacientes com extremos de idade, em cuidados críticos, com doenças crônicas e que necessitam de auxílio para atividades de vida diária<sup>2</sup>.

Alguns pacientes que apresentam maior predisposição à ocorrência das LF, entre os quais estão os idosos, associada às alterações próprias do processo de envelhecer e às condições como mobilidade prejudicada, nutrição comprometida, necessidade de auxílio para atividades de vida diária e comorbidades, como o câncer<sup>3</sup>.

Com o envelhecimento, é natural a fragilidade, a redução da elasticidade e espessura das camadas da pele, o déficit hidroeletrólítico, que favorece o ressecamento e a descamação da pele, tornando-a mais friável e susceptível a lesões, as quais se potencializam após 75 anos de idade.<sup>4,5</sup> No contexto da doença neoplásica, idosos apresentam maior incidência de alterações cutâneas e, por isso, é maior o risco de desenvolvimento de LF, devido ao tratamento oncológico e à progressão da doença<sup>2</sup>.

Estudo aponta prevalência das LF variando de 3,3% a 22%, normalmente, associada à idade avançada e à dependência para atividades básicas de vida diária<sup>6</sup>. No Brasil, estudo realizado em 2010, com pacientes hospitalizados com câncer, encontrou prevalência de 3,3%, sendo 60% da amostra acima de 60 anos de idade<sup>4</sup>.

As LF passam, muitas vezes, despercebidas, visto que são feridas traumáticas rasas. Juntam-se a essa problemática o fato de a epidemiologia das LF não está bem definida na literatura internacional e além da escassez de estudos no cenário nacional que avaliem a prevalência e os fatores associados a essas lesões<sup>6</sup>. Assim, faz-se necessária a construção de novos conhecimentos na área, a princípio, por meio de estudos que determinem prevalência desse tipo de lesão na população idosa, especialmente, com câncer, haja vista que a literatura descreve maiores riscos neste grupo específico.

Acredita-se que os resultados deste estudo ofereçam subsídios epidemiológicos desse tipo de ferida e dos fatores associados em idosos com câncer, o que poderá direcionar práticas de prevenção e tratamento em serviços hospitalares de oncologia e, ainda, servir de indicador de qualidade para prática assistencial da enfermagem oncológica.

Portanto, objetivou-se analisar a prevalência de lesões por fricção em idosos com câncer e os fatores associados.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Estudo transversal e analítico, com amostragem por conveniência, desenvolvido em serviço de oncologia para adultos de hospital escola, em Teresina, Piauí, Brasil, com 16 leitos para internação e 12 para quimioterapia ambulatorial.

### Participantes da pesquisa

A população do estudo foi constituída pelo universo dos casos de idosos com câncer (n=50), atendidos no serviço de oncologia pesquisado, no período do estudo (fevereiro a abril de 2018). A seleção da amostra foi do tipo acidental, a qual se formou à medida que os idosos eram atendidos no setor. Incluíram-se, assim, os idosos que atenderam aos critérios: idade igual ou superior a 60 anos, estar internado nos leitos de enfermaria, no período da coleta dos dados, independentemente do tempo de internação, ou estar realizando quimioterapia ambulatorial.

### Coleta de dados

O instrumento utilizado na pesquisa constou de variáveis evidenciadas pela literatura como primordiais para identificar a associação entre a prevalência da LF com a pessoa idosa, sendo estas: sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, aposentadoria e renda familiar); relacionadas à internação (local de atendimento, data da internação/atendimento, permanência hospitalar); clínicas (diagnóstico, peso, altura, Índice de Massa Corpórea-IMC, estado nutricional, comorbidades, quimioterapia, tabagismo, medicamentos de uso contínuo, aplicação de anticoagulante e corticoide, utilização de cateteres/drenos/sondas/curativos adesivos, condições atuais da pele, história prévia de queda e de LF, mobilidade, marcha, acuidade visual, Miniexame do Estado Mental-MEEM, Katz e presença ou não de lesão por fricção); e sobre LF (quantidade, localização, tempo de evolução dos ferimentos, infecção, retalho de pele e classificação).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, consulta ao prontuário e exame físico da pele do idoso, sendo realizada pelos pesquisadores, que receberam previamente treinamento com estomaterapeuta sobre reconhecimento e classificação da LF. Inicialmente, os idosos foram submetidos ao MEEM, com vistas a avaliar a capacidade cognitiva para responder à entrevista, e, caso acima do ponto de corte diferenciado, de acordo com o nível de escolaridade<sup>7</sup>, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). Caso apresentassem cognição comprometida, a entrevista era realizada com o responsável e o mesmo assinava o TCLE. Nesse momento, coletaram-se dados socio-demográficos e clínicos e, quando necessário, o formulário era complementado com informações obtidas dos prontuários (dados sobre as condições clínicas).

Durante a entrevista, era aplicada a Escala de Katz<sup>8</sup> para avaliação da independência funcional para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Os dados sobre peso e estatura foram extraídos da ficha de avaliação nutricional da instituição presente nos prontuários. Na sequência, realizou-se o exame físico da pele do idoso, no sentido cefalocaudal, para avaliação das condições da pele e identificação de LF. As lesões foram classificadas segundo o Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção, nas categorias 1a, 1b, 2a, 2b e 3<sup>1</sup>. Destaca-se que cada idoso foi avaliado apenas uma vez.

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram submetidos ao processamento estatístico no *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. Para caracterizar a amostra, realizaram-se estatísticas descritivas, por meio de distribuição de frequências e medidas de posição. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas para verificação do pressuposto de normalidade, sendo encontrado padrão de distribuição não normal. Assim, para observar a diferença entre as médias das variáveis: idade (anos), renda familiar (reais), tempo de internação (dias), IMC (kg/m<sup>2</sup>), quantidade de medicamentos, tempo de uso de anticoagulante (dias), tempo de uso de corticoide (dias), escore do MEEM e da KATZ, com a ocorrência de lesão por fricção, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para verificar associação entre variáveis qualitativas, utilizou-se do teste exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 0,05.

### Aspectos éticos

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Piauí, conforme Parecer nº 2.085.462.

### RESULTADOS

Na caracterização sociodemográfica, houve predominância da faixa etária de 60 a 79 anos de idade (86,0%), com média de idade de 69,36, sexo masculino (52,0%), casados (60,0%), sem escolaridade (38,0%), aposentados (92,0%),

sendo que 16,0% tinham renda familiar de até um salário mínimo (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas dos idosos participantes (n=50). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	Mínima	Máxima	Média	n(%)
<b>Idade (em anos)</b>	60	96	69,36	
60 - 79				43(86,0)
≥80				7(14,0)
<b>Sexo</b>				
Masculino				26(52,0)
Feminino				24(48,0)
<b>Estado civil</b>				
Casado				30(60,0)
Solteiro				6(12,0)
Viúvo				9(18,0)
Estável				5(10,0)
<b>Escolaridade (anos)</b>	0	11	3,34	
Sem escolaridade				19(38,0)
1-4 anos				16(32,0)
5-10 anos				13(26,0)
10 ou mais				02(4,0)
<b>Aposentadoria</b>				
Não				4(8,0)
Sim				46(92,0)
<b>Renda familiar (SM reais)</b>	370	3000	1344,38	
≤ 1				8(16)
> 1				42(84)

**Fonte:** dados da pesquisa

**Legenda:** SM=Salário mínimo (R\$ 954,00)

Em relação à caracterização clínica dos idosos, verificou-se que 88,0% eram hospitalizados na enfermaria para tratamento clínico, com tempo médio de internação de 13,58 dias. Quanto à avaliação nutricional, 52,0% eram de peso normal, seguido de 34,0% com sobrepeso, 10,0% baixo peso e 4,0% obesos. Dentre os entrevistados, 74,0% apresentavam alguma comorbidade, com destaque para diabetes (22,0%) e hipertensão (60,0%).

Entre os entrevistados, 32,0% estavam em quimioterapia, 70,0% em uso de medicação contínua, 56,0% usavam anticoagulante e 76,0% corticoide. No tocante à avaliação

da pele, 64,0% não usavam curativo adesivo, 28,0% apresentavam equimoses, 16,0% hematomas nas extremidades, principalmente membros superiores, 22,0% tinham púrpura senil, 72,0% pele seca e descamativa e 20,0% edema em membros.

Verificou-se, ainda, que 40,0% apresentavam marcha vacilante, 20,0% eram acamados, 32,0% tinham comprometimento cognitivo, 34,0% tinham acuidade visual prejudicada, assim 76,0% eram dependentes para atividades de vida diária e 34,0% apresentavam histórico de queda.

Constatou-se prevalência de LF de 18,0% (IC95%17,84-18,16). Analisaram-se 14 lesões, média de 1,6 lesões por idoso. Quanto à localização, as regiões que predominaram foram MMSS (64,6%) e tórax anterior (14,2%). Nenhuma das lesões exibia sinais de infecção, mas quatro (28,5%) apresentavam retalho viável, por isso metade obteve classificação 2b (50,0%) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Caracterização das lesões apresentadas (n=14). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	n(%)
<b>Quantidade de LF por idoso (n=9)</b>	
1	5(55,5)
2	3(33,3)
3	1(11,2)
<b>Localizações (n=14)</b>	
Tórax anterior	2(14,2)
Lombar	1(7,1)
Sacral	1(7,1)
MMSS	9(64,6)
MMII	1(7,1)
<b>Infecção (n=14)</b>	
Não	14(100)
Sim	0(0)
<b>Retalho de pele (n=14)</b>	
Viável	4(28,5)
Hematoma	10(71,5)
<b>Classificação (n=14)</b>	
1a	3(21,5)
1b	4(28,5)
2b	7(50,0)

Fonte: dados da pesquisa

Acerca da associação das LF com as variáveis sociodemográficas, observou-se que nenhuma variável apresentou associação estatisticamente significativa. Entre as variáveis clínicas, verificou-se associação entre a ocorrência de LF com presença de comorbidades ( $p=0,050$ ), uso de

curativo adesivo ( $p=0,044$ ) e hematomas nas extremidades ( $p=0,003$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a ocorrência de LF (n=50). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	Ocorrência de LF		p-valor*
	Não n(%)	Sim n(%)	
<b>Sexo</b>			0,275
Masculino	20(48,7)	6(66,6)	
Feminino	21(51,2)	3(33,4)	
<b>Idade (em anos)</b>			0,370
60 - 79	36(87,8)	7(77,7)	
80 - 96	5(12,2)	2(22,3)	
<b>Situação conjugal</b>			0,169
Com companheiro	27(65,8)	8(88,8)	
Sem companheiro	14(34,2)	1(11,2)	
<b>Escolaridade</b>			0,532
Sem	16(39,1)	3(33,4)	
Com	25(60,9)	6(66,6)	
<b>Renda (SM)</b>			0,445
≥ 1	6(14,6)	2(22,3)	
> 1	35(85,3)	7(77,7)	
<b>Aposentadoria</b>			0,440
Não	4(9,7)	0(0)	
Sim	37(90,2)	9(100)	
<b>Local</b>			0,293
Enfermaria	37(90,2)	7(77,7)	
Ambulatório QT	4(9,7)	2(22,3)	
<b>Diagnóstico</b>			0,283
Clínico	35(85,3)	9(100)	
Cirúrgico	6(14,6)	0(0)	
<b>Comorbidades</b>			<b>0,050</b>
Não	13(31,7)	0(0)	
Sim	28(68,3)	9(100)	
<b>Quimioterapia</b>			0,103
Não	30(73,2)	4(44,5)	
Sim	11(26,8)	5(55,5)	
<b>Outros tratamentos</b>			0,517
Não	34(82,9)	7(77,7)	
Sim	7(17,1)	2(22,3)	
<b>Medicação de uso contínuo</b>			0,549
Não	12(29,2)	3(33,4)	
Sim	29(70,8)	6(66,6)	
<b>Uso de anticoagulantes</b>			0,317
Não	19(46,3)	3(33,4)	
Sim	22(53,6)	6(66,6)	
<b>Uso de corticoide</b>			0,368
Não	32(78,1)	6(66,6)	
Sim	9(21,9)	3(33,4)	
<b>Uso de drenos ou cateteres</b>			0,510
Não	12(29,2)	2(22,3)	
Sim	29(70,8)	7(77,7)	
<b>Uso de sondas</b>			0,416
Não	32(78,1)	8(88,8)	
Sim	9(21,9)	1(11,2)	

Uso de curativos adesivos		0,044	
Não	29(70,8)	3(33,4)	
Sim	12(29,2)	6(66,6)	
Equimose		0,207	
Não	31(45,6)	5(55,5)	
Sim	10(24,4)	4(44,5)	
Hematomas nas extremidades		0,003	
Não	38(92,6)	4(44,5)	
Sim	3(7,4)	5(55,5)	
Purpura senil		0,308	
Não	33(80,4)	6(66,6)	
Sim	8(19,6)	3(33,4)	
Pele seca e descamativa		0,207	
Não	10(24,4)	4(44,5)	
Sim	31(45,6)	5(55,5)	
Edema em extremidades		0,249	
Não	34(82,9)	4(44,5)	
Sim	7(17,1)	5(55,5)	
Acuidade visual		0,358	
Preservada	28(68,3)	5(55,5)	
Comprometida	13(31,7)	4(44,5)	
Total	41(100)	9(100)	

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: \*Teste exato de Fisher

Conforme Tabela 4, houve diferença estatisticamente significativa na média da renda familiar ( $p=0,040$ ) e do escore do MEEM ( $p=0,018$ ), quando comparados idosos com e sem LF.

**Tabela 4** - Comparação de médias das variáveis sociodemográficas e clínicas com a ocorrência de LF (n=50). Teresina, Piauí, 2018.

Variáveis	Ocorrência de LF		p-valor*
	Não (0)	Sim (1)	
Idade (anos)	68,80	71,88	0,855
Renda familiar (reais)	1314,60	1480,00	<b>0,040</b>
Tempo de internação (dias)	13,92	12,00	0,915
IMC	23,66	22,03	0,891
Quantidade de medicamentos	1,80	2,11	0,931
Tempo de uso de anticoagulante (dias)	9,82	9,33	0,954
Tempo de uso de corticoide (dias)	5,31	6,55	0,751
MEEM	18,63	16,44	<b>0,018</b>
KATZ	3,02	4,11	0,173

Fonte: dados da pesquisa

Legenda: = Média; (\*) O p valor foi obtido pelo teste Mann-Whitney.

## DISCUSSÃO

Trata-se do primeiro estudo regional sobre a prevalência de LF em idosos com câncer. Apesar desta lesão ocorrer principalmente na idade avançada, devido à fragilidade da pele, não se encontraram estudos nacionais sobre associação da epidemiologia das LF a esta população.

O processo de envelhecimento populacional reflete a elevada ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis associadas à maior fragilidade do corpo, entre estas, cita-se o câncer, doença tipicamente concentrada nas faixas etárias mais avançadas<sup>9</sup>. Essa realidade demanda planejamento, organização e avaliação do cuidado de enfermagem, considerando as respostas diferenciadas ao tratamento, bem como as limitações específicas dessa faixa etária, relacionadas aos possíveis problemas sensoriais, de memória e locomoção<sup>10</sup>.

Assim, destaca-se a importância de se averiguar a prevalência e os fatores associados à LF em idosos com câncer, pois apresentam condições clínicas resultantes da idade, doença e do tratamento que aumentam o risco da ocorrência dessas lesões<sup>2</sup>, trazendo implicações diretas na qualidade de vida desta parcela da população.

Destacou-se, no presente estudo, a faixa etária de 60 a 79 anos, como também apontado em outros estudos<sup>10-12</sup>. Os dados estão em consonância aos descritos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), cuja tendência de aumento na incidência em faixas etárias a partir dos 60 anos de idade é mencionada<sup>13</sup> em função das transições demográfica e epidemiológica globais que sinalizam impacto, cada vez maior, da carga de câncer nas próximas décadas.

A predominância do sexo masculino também é constatada pelas estimativas do INCA, que apontam discreto predomínio do sexo masculino, tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%)<sup>13</sup>. Possível explicação poderia ser encontrada no fato da não adesão de homens às medidas de atenção integral, fator contribuinte para que estes cuidem menos de si e se exponham mais às situações de risco<sup>14</sup>.

Em relação à situação conjugal, a maior parte dos idosos era casada, o que demonstrou possuir apoio familiar, importante fator frente ao cuidado e tratamento de tal patologia<sup>15</sup>. A família deve ser considerada por enfermeiros como aliada para implementação das medidas de cuidado.

No tocante à renda, constataram-se idosos com renda menor de um salário mínimo. Pessoas com níveis socioeconômicos mais baixos têm apresentado maior incidência de câncer em geral, maior proporção de diagnóstico tardio, maior dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado, pior prognóstico e menor so-

brevia após o diagnóstico de câncer, maior risco de óbito por câncer em geral e por tipos de câncer potencialmente curáveis<sup>13</sup>.

A escolaridade baixa reflete o grau de conhecimento do paciente, o que, associado à baixa renda, constitui vulnerabilidade para muitos processos de saúde-doença, como nas neoplasias, pois reduz as ações de prevenção e as chances de acesso aos serviços de saúde, podendo resultar em diagnóstico tardio<sup>16</sup>.

Quanto à caracterização clínica dos idosos, a maioria apresentava outras comorbidades além do câncer em tratamento. O acometimento das doenças crônicas com o avanço da idade é resultado esperado pelas características dessas doenças, associado à ocorrência simultânea de diferentes fatores de risco, ao uso contínuo e diversificado de medicamentos e às mudanças corporais e funcionais inerentes ao processo de envelhecimento, o que exige cuidado especial voltado a essa fase da vida<sup>13,16</sup>.

No que diz respeito à avaliação nutricional, a maioria possuía peso normal. O tratamento quimioterápico é um dos fatores que podem induzir ao aparecimento de infecções e contribuir para piora do estado nutricional. Outro fator é o tempo de permanência hospitalar que também é uma das causas de risco nutricional em pacientes oncológicos, considerando que, de forma geral, estes pacientes se mantêm internados por maior período<sup>17</sup>.

Quanto aos medicamentos, maioria utilizava medicação de uso contínuo, dentre eles corticoides e anticoagulantes. A polifarmácia e o uso prolongado de esteroides e anticoagulantes, associados à fragilidade da pele dos idosos, pre-dispõem o aparecimento de LF<sup>18-19</sup>.

No que diz respeito à prevalência de LF, apesar de que na literatura não se encontraram trabalhos associando a ocorrência dessa lesão nos pacientes idosos em serviço hospitalar de oncologia, verificou-se elevada taxa de prevalência. Estudo realizado, no Brasil, com pacientes hospitalizados com câncer, levantou a prevalência de 3,3%<sup>3</sup>, bem abaixo de 18,0% da encontrada neste estudo, cuja explicação pode estar no fato de a população ser somente de pacientes idosos.

Acerca das características das lesões apresentadas, a categoria 2b foi a mais prevalente, ou seja, todas apresentavam retalho, mas viável em apenas 28,5% das lesões analisadas. Este achado diverge de outros estudos, um nacional<sup>3</sup>, em que prevaleceu as de categoria 3, e outro internacional, que predominou 1b<sup>20</sup>. Destaca-se que não há uso de linguagem comum na identificação e classificação das LF em todos os ambientes de cuidados com a saúde, no entanto, a definição uniforme da LF pode auxiliar na padroni-

zação do ensino clínico, prática, comunicação, planejamento de cuidados e pesquisa entre profissionais de saúde<sup>21</sup>.

A localização mais frequente foi nos membros superiores, corroborando com outros estudos<sup>6,19</sup> que apontam que essa região é comum em idosos dependentes, situação comprovada neste estudo, em que a maioria dos participantes era dependente para atividades de vida diária.

Com relação aos fatores de risco associados com LF, a literatura aponta idade avançada, dependência para atividades básicas de vida diárias, mobilidade, comportamento agitado, comprometimento cognitivo, espasticidade, uso de anticoagulantes, equimoses e história prévia de LF<sup>3,20</sup>, o que diverge dos dados apontados neste estudo, exceto comprometimento cognitivo, pois se verificou que a ocorrência de LF estava associada à menor média do MEEM.

No presente estudo, a ocorrência de LF esteve associada com as características clínicas: uso de curativo adesivo, hematomas nas extremidades e presença de comorbidades. O uso do curativo adesivo, especificamente a retirada do curativo adesivo, é considerada uma das causas extrínsecas para ocorrência de LF, por se tratar de um trauma<sup>21</sup>.

A presença de hematomas nas extremidades, identificada na maioria dos idosos avaliados, principalmente em membros superiores, localização mais prevalente das lesões, aumenta o risco de trauma, quando existe a necessidade de realização das atividades de vida diária, bem como de transferir o paciente. A redução da lubrificação natural da pele, associada ao envelhecimento, torna-os mais susceptíveis à fricção e ao cisalhamento que podem resultar em ferimentos e lesões<sup>22</sup>.

A presença de comorbidades pode comprometer a saúde global e, em pacientes com câncer que estão mais susceptíveis ao comprometimento da saúde da pele, aumentam ainda mais as chances da ocorrência de LF. A neoplasia compromete os mecanismos homeostáticos do corpo, resultando na diminuição da perfusão da pele e das partes moles e em prejuízos nos processos metabólicos cutâneos, deixando a pele mais susceptível a lesões. A ocorrência de outros fatores, além da própria idade avançada, como doenças crônicas, aumenta sobremaneira a fragilidade e vulnerabilidade dérmica<sup>3</sup>.

Outra condição que eleva a vulnerabilidade de idosos com câncer à ocorrência de LF é o comprometimento cognitivo, uma vez que pode trazer incapacidade para cuidar de si e comportamento pouco colaborativo, situações comuns entre os pacientes oncológicos com LF, pois acarreta prejuízo da mobilidade física e aumenta a dependência para atividades básicas de vida diária<sup>6</sup>.

Baixa renda é fator importante a ser considerado quan-

to à vulnerabilidade de idosos com câncer, no entanto, constatou-se, neste estudo, na comparação de média, que os idosos com LF apresentavam média maior de renda. Embora maior renda e alta escolaridade exerçam fatores protetores para esses idosos, não os tornam totalmente isentos de desenvolverem lesões na pele, como as LF, haja vista que as modificações cutâneas e nos demais sistemas, decorrentes do envelhecimento<sup>4</sup>, aumentam o risco de lesões e complicações.

#### Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas principalmente à casuística e amostra intencional, pois foi realizado em apenas uma instituição hospitalar especializada, o que dificultou também a realização de estatística mais robusta.

#### Contribuições do estudo

Este estudo pode contribuir para o melhor conhecimento da epidemiologia das LF em pacientes idosos com câncer. Logo, sugere-se a realização de estudos como este em outros serviços de oncologia para levantamento da problemática, com vistas a contribuir para ações preventivas mais adequadas pela enfermagem oncológica, com base em investigações bem delineadas.

#### CONCLUSÃO

Constatou-se prevalência de 18,0% de LF, o que permitiu concluir que estas constituem problema para pacientes idosos com câncer hospitalizados, estando associadas à maior média da renda familiar, à menor média do MEEM, ao uso de curativo adesivo, a hematomas nas extremidades e à presença de comorbidades. Trata-se de problema que existe em serviços hospitalares de oncologia e que precisa ser adequadamente abordado, para viabilizar ações preventivas mais eficazes e definir a epidemiologia dessas lesões, uma vez que são subnotificadas nos serviços.

#### Contribuições dos autores:

CPBV: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; TAT: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; TMEA: concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; FJ-GSJ: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; FTG: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final; ASOR: análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão final.

#### REFERÊNCIAS

1. Strazzieri-Pulido KC, Santos VLCG. Cultural adaptation and validation of STAR Skin Tear Classification System for Brazilians. *Wound Stomy Continence Nurs J* [Internet]. 2011; 38(3S):92. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1983-1447201400020014200017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1983-1447201400020014200017&lng=en)
2. Baranoski S, Leblanc K, Gloeckner M. CE: preventing, assessing, and managing skin tears: a clinical review. *Am J Nurs* [Internet]. 2016; 116(11):24-30. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000505581.01967.75>
3. Amaral AFS, Pulido KCS, Santos VLCG. Prevalence of skin tears among hospitalized patients with cancer. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012; 46(n. esp):44-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000700007>
4. Santos EI. Skin tear treatment and prevention by nurses: an integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014; 35(2):142-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.45178>
5. Girondi JBR, Soldera D, Evaristo SM, Locks MOH, Amanante LN, Vieira AS. Desbridamento de feridas em idosos na atenção primária em saúde. *Enferm Foco* [Internet]. 2019; 10(5):20-5. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2669>
6. Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCGF, Santos VLCG. Skin tear prevalence and associated factors: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015; 49(4):674-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400019>
7. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994; 52(1):1-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
8. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de

- Katz). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008; 24(1):103-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>
9. Matoso LML, Costa Oliveira LE, Oliveira KKD. Perfil Sociodemográfico dos portadores de neoplasias nos serviços de referência do Rio Grande do Norte. *Rev Eletr Fainor* [Internet]. 2016; 9(1). Available from: [srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/487/278](http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/download/487/278).
10. Silva JA, Hansel CG, Silva J. Qualidade de vida na perspectiva de idosos com câncer: implicações para enfermagem na atenção básica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2016; 24(3):e9621. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9621>
11. Santos CA, Ribeiro AQ, Rosa COB, Ribeiro RCL. Depressão, déficit cognitivo e fatores associados à desnutrição em idosos com câncer. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; 20(3):751-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.06252014>
12. Silva DVA, Carmo JR, Cruz MEA, Rodrigues CAO, Santana ET, Araújo DD. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. *Enferm Foco* [Internet]. 2019; 10(3):112-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905/572>
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. INCA: Rio de Janeiro; 2017.
14. Fernandes AAC, Leandro FS, Oliveira GS, Araújo CLO. Sexualidade em homens com câncer de próstata. *Rev Eletr Enferm Vale do Paraíba* [Internet]. 2015; 1(6). Available from: [fatea.br/seer3/index.php/REENVAP/article/download/57/46/](http://fatea.br/seer3/index.php/REENVAP/article/download/57/46/)
15. Lima AP, Lini EV, Giacomazzi RB, Dellani MP, Portella MR, Doring M. Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018; 21(1):53-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170054>
16. Haddad NC, Carvalho ACA, Novaes CO. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. *Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto* [Internet]. 2015. Available from: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2015.17923>
17. Coruja MK, Steemburgo T. Estado nutricional e tempo de internação de pacientes adultos hospitalizados com diferentes tipos de câncer. *Braspen J* [Internet]. 2017; 32(2):114-8. Available from: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2017/08/03-AO-Estado-nutricional-e-tempo.pdf>
18. Powell RJ, Hayward CJ, Snelgrove CL, Polverino K, Park L, Chauhan R et al. Pilot randomised controlled trial of protective socks against usual care to reduce skin tears in high risk people "STOPCUTS": study protocol. *Pilot Feasibility Stud* [Internet]. 2015; 1(1):12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s40814-015-0005-3>
19. Stephen-Haynes J, Callaghan R. The prevention, assessment and management of skin tears. *Wounds UK* [Internet]. 2017; 13(2):58-65. Available from: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/prevention-assessment-and-management-skin-tears>
20. Koyano Y, Nakagami G, Iizaka S, Minematsu T, Noguchi H, Tamai N, Mugita Y et al. Exploring the prevalence of skin tears and skin properties related to skin tears in elderly patients at a long term medical facility in Japan. *Int Wound J* [Internet]. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12251>
21. Chang YY, Carville K, Tay AC. The prevalence of skin tears in the acute care setting in Singapore. *Int Wound J* [Internet]. 2016; 13(5):977-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.12572>
22. Leblanc K, Baranoski S. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears©. *Adv Skin Wound Care* [Internet]. 2011; 24(9):2-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ASW.0000405316.99011.95>

# VIVÊNCIA DO FAMILIAR ACOMPANHANTE DIANTE DA RESPONSABILIDADE NO CUIDADO À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA<sup>1</sup>

Larissa Coelho Barbosa<sup>1</sup>

Jacilene Santiago do Nascimento Trindade dos Santos<sup>2</sup>

Rudval Souza da Silva<sup>2</sup>

Darci de Oliveira Santa Rosa<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-8978-0979>

<http://orcid.org/0000-0001-9535-5565>

<http://orcid.org/0000-0002-7991-8804>

<http://orcid.org/0000-0002-5651-2916>

**Objetivo:** compreender a vivência do familiar acompanhante diante da responsabilidade no cuidado à pessoa idosa hospitalizada. **Método:** pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e enfoque humanista, existencial e personalista, realizada num hospital público de Salvador – Bahia, onde foram entrevistados doze familiares acompanhantes. **Resultados:** apontam que os familiares passam a vivenciar outras responsabilidades, além daquelas do seu cotidiano, a exemplo de assumir novos compromissos financeiros. Todavia, o cuidado não é visto como uma obrigação, mas como gratidão, prazer, ato de amor e dedicação. Enfim, um misto de sentimento da liberdade pelo cuidar associada à responsabilidade. **Conclusão:** embasado na análise da Triádica-Humanista-Existencial-Personalista foi possível compreender que os familiares personalizam o cuidado em duas vertentes humanistas, da responsabilidade e dos valores, diante da sua vivência como cuidador familiar de uma pessoa idosa hospitalizada.

**Descritores:** Percepção; Família; Hospital; Idoso; Poder Familiar.

## EXPERIENCE OF THE FAMILY COMPANION BEFORE THE RESPONSIBILITY IN THE CARE WITH THE ELDERLY INPATIENT

**Objective:** to understand the experience of the family companion before the responsibility in the care with the elderly inpatient. **Method:** descriptive research with qualitative, humanist, existential and personalist approach, carried out in a public hospital in Salvador - Bahia, where twelve family companions were interviewed. **Results:** they point out that relatives begin to experience other responsibilities, besides those of their daily lives, such as assuming new financial commitments. However, care is not seen as an obligation, but as gratitude, pleasure, act of love and dedication. Finally, a mixture of feeling of freedom by caring associated with responsibility. **Conclusion:** based on the analysis of the Triadic-Humanist-Existential-Personalist, it was possible to understand that relatives personalize care in two humanistic aspects, of responsibility and values, given their experience as a family caregiver of an elderly inpatient.

**Descriptors:** Perception; Family; Hospital; Aged; Parenting.

## EXPERIENCIA DEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE EN VISTA DE LA RESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO DEL ANCIANO HOSPITALIZADO

**Objetivo:** entender la experiencia del familiar acompañante frente a la responsabilidad en la atención del anciano hospitalizado. **Método:** investigación descriptiva con enfoque cualitativo, humanista, existencial y personalista, realizada en un hospital público de Salvador - Bahia, donde se entrevistaron doce familiares acompañantes. **Resultados:** señalan que los familiares comienzan a experimentar otras responsabilidades, además de las de su vida diaria, como asumir nuevos compromisos financieros. Sin embargo, el cuidado no es visto como una obligación, sino como gratitud, placer, acto de amor y dedicación. Por último, una mezcla de sentimiento de libertad al cuidar asociada con la responsabilidad. **Conclusión:** sobre la base del análisis del Triádico-Humanista-Existencial-Personalista, fue posible entender que los familiares personalizan la atención en dos aspectos humanísticos, de responsabilidad y valores, dada su experiencia como cuidador familiar del anciano hospitalizado.

**Descritores:** Percepción; Familia; Hospital; Anciano; Responsabilidad Parental.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado da Bahia, BA, Brasil.

Autor correspondente: Larissa Coelho Barbosa - Email: [laracbarbosa@gmail.com](mailto:laracbarbosa@gmail.com)

Recebido: 02/03/2020 - Aceito: 31/07/2020

## INTRODUÇÃO

Considerar que o mundo caminha a passos largos para o envelhecimento populacional é uma realidade impactante. Segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup> (OMS), atualmente tem-se 125 milhões de idosos com mais de 60 anos de idade e, em 2050, há uma estimativa de cerca de 2 bilhões de idosos. No Brasil, esse número foi superior a 30,2 milhões no ano de 2017, com um crescimento de 18% nos últimos cinco anos<sup>2</sup>. Na Bahia, para o ano de 2030, há uma perspectiva de quase 3 milhões de idosos e, com enfoque para a capital baiana, cuja população idosa já cresceu 453% nos últimos 40 anos<sup>2</sup>.

Em contrapartida, as modificações sociais, como a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho e a redução do número de filhos modificaram as estruturas familiares e as formas de cuidado. Em face de tal realidade, o papel de cuidador, principal, ainda é assumido pela mulher, com idade entre 18 a 80 anos, na condição, principalmente, de filha e de cônjuge, além de poder ser também de neta da pessoa idosa<sup>3</sup>. No entanto, um estudo realizado nas Unidades de Saúde de Porto Alegre/RS evidenciou que 74% dos cuidadores eram mulheres, 63% eram filhas de suas mães idosas e 54% assumiam o cuidado em tempo integral e se sentiam sobrecarregadas por serem as cuidadoras principais<sup>4</sup>.

Sobre o ato de cuidar do idoso hospitalizado, os especialistas apontam que tal ato causa estresse, esgotamento mental, físico e sobrecarga do familiar. A respeito de recursos financeiros, as pesquisas demonstraram que 64,28% dos participantes não recebem auxílio financeiro para o cuidado da pessoa idosa. Além disso, a idade média dos cuidadores é de 49,92 anos, sendo que 57,14% destes, prestam cuidados aos seus pais<sup>5</sup>.

Diante desta problemática, a Portaria do Ministro da Saúde nº 280/99 torna obrigatória a presença do acompanhante para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos<sup>6</sup>. No Brasil, os artigos 229 e 230 da Constituição Federal preconizam que os filhos maiores têm o dever de ajudar seus pais no processo de envelhecimento ou adoecimento. Quanto às políticas públicas, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece a priorização do atendimento do idoso por sua própria família<sup>7</sup>.

Portanto, entender as limitações desse familiar, cuidador, pode ajudar a melhorar a qualidade do cuidado, uma vez que um dos fatores significativos de equilíbrio e bem-estar daqueles que envelhecem é a relação de afeto no ambiente familiar. Assim, destaca-se, nessa pesquisa a importância de que a presença de um idoso hospitalizado, implica para a família, mudanças na sua dinâmica, de forma a assegurar as demandas de cuidado bem como a manutenção e a integridade física e psicológica do familiar acompanhante<sup>8</sup>.

## OBJETIVO

Compreender a vivência do familiar acompanhante diante da responsabilidade no cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Pesquisa exploratória e descritiva, utilizando-se da abordagem qualitativa, com enfoque humanista, existencial e personalista. A abordagem qualitativa contempla todas as dimensões do "sujeito", bem como trabalha com a subjetividade, pois permite flexibilidade, não atribuindo, dessa forma, determinada padronização, o que facilita a interação com pequenos grupos<sup>9-10</sup>.

### Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 12 familiares acompanhantes que concordaram que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser familiar importante para o idoso, independente de laços de consanguinidade; estar presente há mais de cinco dias na instituição e ser maior de 18 anos. Foram excluídos os acompanhantes contratados como cuidador formal. As entrevistas foram encerradas, quando seus relatos se tornarem repetidos, no qual se constatou o ponto de saturação nas suas falas<sup>11</sup>.

### Local da Pesquisa

O cenário do estudo foi um hospital público da cidade de Salvador – Bahia, selecionado por ser referência na assistência à população menos favorecida – inclusive de outros estados. Tal hospital mantém convênio com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e registra uma média de 16,5 mil internações e 10 mil cirurgias anuais. Atualmente com 373 leitos e um Centro de Tratamento Intensivo, o hospital oferece atendimento em 17 especialidades, divididas entre as enfermarias de Clínica Médica, Clínica Médica de Longa Permanência (crônicos) e Clínica Cirúrgica.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2019, mediante entrevista aberta, individual, gravadas e transcritas, que foi orientada por roteiro semiestruturado. As entrevistas, abertas, foram guiadas pela questão norteadora: Como está sendo para você acompanhar o seu familiar idoso no hospital?

### Procedimento de análise dos dados

A análise de dados seguiu o referencial teórico-metodológico da Triádica-Humanista-Existencial-Personalista, a qual se propõe a analisar as vivências como alternativa metodológica. O método preconiza o seguimento de seis etapas: 1) leitura flutuante e releitura dos relatos; 2) identificação das unidades de significado; 3) busca das locuções de efeito que favorecesse o reconhecimento de convergência entre as falas; 4) categorização de seus significados, 5) elaboração das subcategorias por convergência de sentido e, por fim, 6) busca da convergência de sentidos para a construção das categorias empíricas<sup>12</sup>.

### Aspectos éticos

O estudo está vinculado ao projeto submetido no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição sob Parecer de

nº. 3.526.127 com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo assim, elegem-se pseudônimos de pedras preciosas para a identificação dos familiares.

## RESULTADOS

Da análise dos dados, emergiu a Categoria Temática – VIVÊNCIAS NO ACOMPANHAMENTO A IDOSOS HOSPITALIZADOS e que se apresenta em duas subcategorias: Vivenciando a responsabilidade do familiar no cuidado a pessoa idosa hospitalizada; Vivenciando valores e o sentimento da liberdade do cuidar.

### Categoria - VIVÊNCIAS NO ACOMPANHAMENTO A IDOSOS HOSPITALIZADOS

A categoria leva em consideração duas vertentes: da responsabilidade e dos valores, além de dar ênfase a vivência dos familiares diante do cuidado a pessoa idosa hospitalizada.

#### Subcategoria 1 – Vivenciando a responsabilidade do familiar no cuidado a pessoa idosa hospitalizada

Nas unidades de significados a seguir, os familiares relatam que, mesmo com outros irmãos, vivenciam sua responsabilidade diante do cuidado da pessoa idosa hospitalizada, além de assumirem outras responsabilidades.

*[...] Só mesmo a filha e esses dois netos e aí não tem contato nenhum com a família, porque assim só é nós duas, que somos responsáveis por ela (Ágata).*

*Porque assim no caso, ela tem muitos filhos, na hora nenhum vem. Mas assim, se veio o responsável para vender a casa, por que não veio agora que ela está internada? Entendeu? (Prata).*

No que se refere à situação socioeconômica, os familiares vivenciam responsabilidades que ultrapassam os limites hospitalar. Situações de empréstimos bancários, discussões entre irmãos devido às finanças e estrutura de casa diferente do hospital trazem sofrimento aos participantes.

*Vai ser muita briga, quando ela for para casa e eu não quero. [...]. Foram 25anos tomando conta de minha mãe e de meu pai. Então, a pensão dela, eu que estou tomando conta. [...] eu tenho uma filha de três anos que fica no colégio também, fica na creche, quando eu chego pego, que precisa de mim (Prata).*

*Porque eu trabalho com doces e salgados e tenho curso. Então eu só venho agora quinta, eu faço encomenda, eu faço tudo que você imaginar, aí saio vendendo na rua mesmo (Ouro).*

*É difícil porque, ele é aposentado e eu não trabalho, eu vivo dele, dele e da filha dele. Porque ele fez uns empréstimos [...], quando soma tudo dá uns 300 e pouco, mas para ele que ganha 1 salário, é muito (Cornalina).*

A vivência relacionada à responsabilidade do familiar no cuidado a pessoa idosa, durante a internação hospitalar, significa mais do que uma obrigação, é uma gratidão, um prazer, um ato de amor e de dedicação.

*Significa tudo, me sinto bem, não faço mais porque eu não posso. Eu tenho obrigação, sou responsável por ela, porque eu não desprezo ela para nada. Eu não desprezo, aqui é uma filha minha (Jade).*

*Cuido dele com muito amor, significa tudo, então eu não posso deixá-lo aqui sozinho (Rubi).*

Ao cuidar da pessoa idosa hospitalizada, há uma inversão de papéis familiares, no qual os filhos passam a ser responsáveis pelos pais. Nesse momento, são reveladas as vivências nas dificuldades ao assumir uma postura responsável diante do cuidado.

*Porque eu assumo ainda a minha função de electricista, aí quando há alguma necessidade, eu aí já prevendo, providencio alguém para ela não ficar só. Independente da visita, porque visita é visita, não tem nenhum compromisso, o compromisso é meu, eu sou o filho, a responsabilidade é minha. Então, quem tem que assumir sou eu, jamais deixaria ela aqui sozinha. As irmãs da igreja, fica, ora um pouquinho e tem que ir embora (Diamante).*

#### Subcategoria 2 – Vivenciando valores e o sentimento da liberdade do cuidar

Nessa subcategoria, emergiram os valores vivenciais e o sentimento da liberdade pelo cuidar associada à responsabilidade. Os relatos, a seguir, são marcados pela crença e pela religiosidade dos familiares. Dessa forma, a fé em Deus é mantida viva, pelo familiar responsável ao cuidado da pessoa idosa hospitalizada.

*Mas Ave Maria, aqui foi uma benção Meu Pai, com fé em Jesus [...]. Todo dia eu peço força à Deus para poder eu vim ver ela (Jade).*

É também uma dívida que eu tenho com Deus, porque a gente tem que amar na alegria e na doença (risos). Mas como nós já somos casados há 52anos [...] Já passamos por muita coisa, altos e baixos. Mas ele sempre me respeitou, me trata muito bem. Sempre me deu tudo, sempre me dá. Então, até na hora que Deus quiser [...] (Rubi).

*A gente não espera que aconteça uma coisa dessas com o nosso pai. Eu só peço a Deus, a Misericórdia, a Misericórdia Divina e força para eu aguentar (sic) tomar conta dele (Ametista).*

*Deus dá força, porque a gente não imagina que vai acontecer isso com a gente. Porque infelizmente, por mais força, por mais fé que nós tenhamos, nós ainda ficamos com aqueles pensamentos negativos, que existe as sequelas. Onde existe procedimentos mais grave [...] (Diamante).*

Em relação a sua liberdade, os familiares revelam que se sentem aprisionados por não poder trabalhar, estudar ou cuidar de si. Acrescentam o quanto é difícil e desgastante acompanhar o idoso no hospital, devido aos seus problemas de saúde, tais como diabetes, hipertensão e questões vasculares. Dessa forma, expressa seus sentimentos de perda da liberdade diante da impossibilidade de fazer o que deseja.

*Aqui ela está quieta, em casa ela não dorme a noite, grita muito, aqui ela não grita, ela não tira a fralda, eu quero ver lá em casa. Eu vou ficar mais presa, entendeu? [...]. Já tem 1 ano que eu não vou no médico. E eu também preciso tomar conta de minha vida. E eu vou cuidar da minha vida, porque minha vida está parada. [...] Senão eu vou me deixando, o tempo passa e não volta atrás mais (Prata).*

*Você não vive mais a sua vida, você vive outra vida. Há dez anos atrás, a minha vida era outra. É uma luta, eu olho para a minha vida lá atrás, a minha vida era outra, eu trabalhava, estudava [...]. Eu mesma não estou podendo trabalhar (Ametista).*

*No momento tem sido um pouco difícil, porque eu tenho problema de saúde, diabetes, tenho problema de varizes aí fica difícil de acompanhar ele (Água Marinha).*

*Está sendo muito difícil, porque eu estou doente, sou viúva, tenho problema de pressão, aqui oh, tomo 12 remédios, viu, eu sou muito sofredora [...]. (Jade).*

## DISCUSSÃO

Os familiares foram predominantemente do sexo feminino (83%), pertencendo à faixa etária de 60 anos ou mais (75%), o que demonstrou ser o cuidado, ainda muito delegado à mulher idosa. Em relação à escolaridade, 50% dos familiares cursaram o ensino fundamental incompleto. Outro fato relevante é observado quanto ao grau de parentesco destes acompanhantes, nos quais os filhos são – em maioria –, os responsáveis pelo cuidado, seguidos por cônjuges e amigos<sup>13</sup>.

A predominância do sexo feminino, enquanto cuidadoras idosas e de baixa escolaridade, estão presentes nos estudos internacionais e também nacionais. Em Bogotá-Colômbia, um estudo mostrou que a maioria dos cuidadores tinha idade entre 50 e 84 anos, sendo, pois, 79% do sexo feminino, e, com relação ao nível de escolaridade, 62% tinham o ensino médio<sup>14</sup>.

Pesquisa<sup>15</sup> com cuidadores de pacientes em cuidados paliativos, no interior de São Paulo (SP), relata que a maioria dos informantes eram do sexo feminino (80%), porém o cuidado realizado pelos filhos (as) se destacam (36%), assim como a participação dos cuidadores com 60 anos ou mais (32%). A faixa etária do cuidador foi de 18 a 80 anos, com mediana de 52,5 anos e os filhos são os grandes responsáveis pelo cuidado, seguidos por cônjuges, salientando que o

cuidado ainda se mantém dentro da família nuclear.

O familiar acompanhante possui um papel fundamental para garantir a qualidade de vida da pessoa idosa hospitalizada. Entretanto, o estresse da sua responsabilidade é reduzido, quando há o conhecimento dos desafios relacionado à demanda diária do cuidado. Outro problema apontado pelos participantes foi o sofrimento por não poder cuidar de sua saúde, uma vez que a maioria dos familiares são mulheres idosas, portadoras de hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, associados ao número de horas que participam do cuidado ao idoso hospitalizado<sup>16</sup>.

Estudos<sup>17</sup> relatam acerca do aumento da demanda de trabalho, que não conseguem visitar o paciente todos os dias, pois precisam cuidar das tarefas domésticas, dos netos e de suas consultas médicas. Afirmam ainda que a alta hospitalar, do paciente, facilitaria sua vida, pois não precisariam ir ao hospital para acompanhamento.

As condições socioeconômicas e seus problemas de saúde estão evidentes nos relatos dos familiares, pois nove dos 12 participantes possuem idade maior que 60 anos, ou seja, tem-se, como panorama: idosos cuidando de pessoas idosas hospitalizadas.

O fato de alguns participantes terem que gastar seus recursos com despesas relacionadas ao cuidado também pode estar relacionado com sobrecarga do familiar hospitalizado, pois 60% dos cuidadores relataram gastar os próprios recursos financeiros para cobrir custos do cuidado prestado aos idosos. Além disso, 80% faziam atividades domésticas, 0,9% trabalhavam de forma remunerada e 14,7% exerciam ações de cuidadoras, atividades domésticas e trabalhavam de forma remunerada<sup>18</sup>.

Resultados de pesquisas<sup>15</sup> relataram que no Canadá, os familiares possuem apoio governamental para o cuidado prestado ao idoso. Diferente dos cuidadores brasileiros, os quais têm renda baixa ou limitada, além de apresentar altos custos financeiros gerados pelo cuidado aos idosos. Algumas vezes, o idoso tem sua aposentadoria em torno de um salário mínimo e, dessa forma, contribui para o orçamento familiar, porém os custos com materiais de higiene e de medicamentos são maiores do que esse benefício, podendo levar ao aumento da sobrecarga do familiar.

O diagnóstico clínico e as complicações apresentadas nos pacientes são vivenciados como sentimento de culpa pelos familiares. Apesar de suas perspectivas, geralmente positivas, os familiares descrevem o sentimento de culpa, quando se ausentam para resolver os problemas de casa ou do paciente<sup>17</sup>. Entretanto, a sobrecarga do familiar pode ser aliviada se os sintomas dos pacientes, especialmente dispnéia, sentimentos de depressão e ansiedade estiverem reduzidos<sup>19</sup>. Uma pesquisa realizada na Associação Maringense de Parkinson (AMP), Maringá, Brasil revelou que o sentimento de tristeza é vivenciado pelo familiar, e está associado ao desconhecimento da doença e do agravamento físico e neurológico do paciente<sup>20</sup>.

A religião e a fé em Deus estão sempre presentes nos relatos dos familiares. Percebe-se, nesse sentido que o valor vivencial está firmado no poder religioso na esperan-

ça da melhora clínica do paciente. Crenças religiosas, fé e amor a Deus são, portanto, fatores relevantes para os familiares, pois serve como motivação para enfrentar os momentos difíceis<sup>21</sup>.

Estudo<sup>22</sup> sobre as crenças e motivos religiosos dos enfermeiros os ajudam a estar presentes ao lado do paciente e a se adaptar às situações estressantes de trabalho, apesar da fadiga física e mental e dos problemas organizacionais. Nesse contexto, os enfermeiros declararam que, frequentemente, observavam pacientes orando durante os turnos. Isso deu a eles um duplo incentivo para atender ao leito dos pacientes, apesar dos cenários de superlotação e condições de fadiga no trabalho<sup>23</sup>.

Diante desse contexto, pode-se afirmar que os profissionais da Enfermagem, em especial os enfermeiros, devem promover cuidados embasados na visão holística e humanizada, incluindo o familiar e considerando que este vai estar sempre presente nas ações de cuidado à pessoa idosa hospitalizada<sup>24</sup>.

#### Limitações do estudo

Este estudo apresenta como limitação o seu desenvolvimento em apenas uma instituição pública hospitalar, de natureza pública, o que não permite a generalização dos resultados, assim como se sabe que os mesmos podem ter divergências se considerar os cenários de uma instituição privada.

#### Contribuições para a prática

Compreender a vivência do familiar acompanhante na responsabilidade do cuidado à pessoa idosa hospitalizada torna-se essencial para o processo de formação reflexiva de futuros profissionais de enfermagem e até mesmo da-

queles que já atuam no campo prático. Tal aprendizagem pode possibilitar não só o embasamento teórico-prático a respaldar a compreensão do processo de cuidado da pessoa idosa hospitalizada por seu familiar, mas também o processo emocional tanto dos pacientes quanto da equipe de saúde.

#### CONCLUSÃO

Essa pesquisa embasada na análise da Triádica-Humanista-Existencial-Personalista possibilitou a compreensão de que os familiares personalizam o cuidado em duas vertentes humanistas, da responsabilidade e dos valores, diante da sua vivência como cuidador familiar de uma pessoa idosa hospitalizada.

Em geral, os familiares revelaram que não conseguiram visitar o paciente todos os dias, pois necessitam cuidar das tarefas domésticas, dos netos e de suas consultas médicas e contam com a expectativa da alta hospitalar, quando não terão mais essa rotina de ir ao hospital para fazer o acompanhamento. Além disso, demonstraram vivenciar outras responsabilidades, para além das já assumidas no seu dia a dia, pois a nova rotina conduzia à necessidade de assumir novos compromissos, a exemplo dos financeiros.

Enfim, cuidar da pessoa idosa hospitalizada é um ato humanitário, descrita como forma de gratidão, de prazer, de amor e de dedicação com o próximo.

#### Contribuição dos autores:

a) JSNTS: concepção e/ou desenho do estudo; b) LCB: coleta, análise, interpretação dos dados; c) RSS: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) DOSR: d) aprovação da versão final a ser publicada.

#### REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Ageing and health. WHO. [Internet]. 2018 [citado 2020 mar 22]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações Estatísticas e Geocientíficas. IBGE. [Internet]. 2018 [citado 2020 mar 22]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

3. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Pedreira, LC, Vilela ABA, Santos, VC, Santa Rosa DO. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2020 jan 12]; 20 (5): 1321-1330. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01321.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015205.14192014>.

4. Mocellin D, Aires M, Fuhrmann AC, Dal Pizzol FLF, Paskulin LMG. Filial responsibility: what are the attitudes of adult child caregivers on the institutionalization of aged parents? *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2019 [citado 2020 jan 12]; 40:e20180377. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/en\\_1983-1447-rgenf-40-e20180377.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/en_1983-1447-rgenf-40-e20180377.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180377>.

5. Faronbi, JO, Faronbi GO, Ayamolowo, SJ, Olaogun, AA. Caring for the seniors with chronic illness: the lived experience of caregivers of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2019 [citado 2020 mar 10]; 82:8-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459393/pdf/main.pdf> DOI: 10.1016/j.archger.2019.01.013.

6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 280, dia 07 de abril de 1999. Dispõe sobre a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. Ministério da Saúde. [Internet]. 1999 [citado 2020 mar 22]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280\\_07\\_04\\_1999.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html).

7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde. [Internet]. 2006 [citado 2020 mar 22]. Dispo-

- nível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html).
8. Meira EC, Reis LA, Gonçalves LHT, Rodrigues VP, Philipp RR. Women's experiences in terms of the care provided to dependent elderly: gender orientation for care. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 fev [citado 2020 mai 12]; 21(2). Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en\\_1414-8145-ean-21-02-e20170046.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en_1414-8145-ean-21-02-e20170046.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170046>.
9. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Métodos de Pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
10. Yin RK. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso; 2016.
11. Polit DF, Beck CTB. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
12. Vietta EP. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental *Rev. Latino-am. enfermagem* [Internet]. 1995 [citado 2020 mar 10]; 3(1):31-43. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n1/v3n1a04.pdf>
13. Arreguy-Sena C, Marangon AMG, Gomes AMT, Melo LD, Martins R, Fontes FSL. Representações sociais sobre esquecimento e depressão por pessoas idosas: abordagem processual. *Enferm. Foco* [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 07]; 11(1): 57-62. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2480/704>
14. Arias-Rojas M, Carreño-Moreno S, Posada-López C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. *Rev. Latino-am. enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 2020 mar 10]; 27: e3200. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/en\\_0104-1169-rlae-27-e3200.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/en_0104-1169-rlae-27-e3200.pdf) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3185.3200>.
15. Gayoso MV, Avila MAG, Silva TA, Alencar RA. Comfort level of caregivers of cancer patients receiving palliative care. *Rev. Latino-am. enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 2020 mar 10]; 26: e3029. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3029.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>.
16. Bieñ-Barkowska K, Doroszkiewicz H, Bieñ B. Silent strain of caregiving: exploring the best predictors of distress in family carers of geriatric patients. *Clinical Interventions in Aging* [Internet]. 2017 [citado 2020 mar 14]; 12:263-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28203067>. DOI: 10.2147 / CIA.S125664
17. Greenwooda N, Poundb C, Brearleya S, Smitha R. A qualitative study of older informal carers' experiences and perceptions of their caring role. *Maturitas* [Internet]. 2019 [citado 2020 fev 15]; 124: 1-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512219300878>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.006>
18. Araújo MGO, Dutra MOM, Freitas CCDL, Guedes TG, Souza FS, Baptista RS. Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [citado 2020 mar 12]; 72 (3): 728-736. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/0034-7167-reben-72-03-0728.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0334>.
19. Heliodoro EA, Santa Rosa DO. Aspectos éticos e legais da morte encefálica conhecidos por estudantes de enfermagem. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [citado 2020 fev 25]; 10 (1): 140-5. Disponível: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1489> DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1489>
20. Padovani C, Lopes MCL, Higahashi IH, Pelloso SM, Paiano M, Christophoro R. Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 2020 jan 12]; 71 (Suppl 6): 2628-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/0034-7167-reben-71-s6-2628.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0008>.
21. Phenwan T, Peerawong T, Tulathamkij K. The Meaning of spirituality and spiritual well-being among thai breast cancer patients: a qualitative study. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2019 [citado 2020 mar 28]; 25 (1): 119-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30820113>. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC\_101\_18
22. Riklikienė O, Spirgienė L, Kaselienė K, Luneckaitė Z, Tomkevičiūtė BA. Translation, cultural, and clinical validation of the Lithuanian version of the spiritual need's questionnaire among hospitalized cancer patients. *Medicina* [Internet]. 2019 [citado 2020 jan 14]; 55(11): 738. Disponível: <https://www.mdpi.com/1010-660X/55/11/738#cite>. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina55110738>
23. Mojarad FA, Sanagoo A, Jouybari L. Exploring the experiences of oncology nurses about the factors facilitating their presence at the bedside of patients with cancer: a qualitative study. *Indian J Palliat Care* [Internet] 2019 [citado 2020 fev 19]; 25:236-41. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31114110>. DOI:10.4103/IJPC.IJPC\_187\_18
24. Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, Ximenes Neto FRG, Queiroz RSM, Amorim RF. Mapping nursing training in Brazil: challenges for actions in complex and globalized scenarios. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [citado 2020 Jan 17]; 25(1): 25-35. Disponível: [https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/en\\_1413-8123-csc-25-01-0025.pdf](https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/en_1413-8123-csc-25-01-0025.pdf) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>.

# ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DO MANEJO DE SINTOMAS EM SERVIÇO ESPECIALIZADO DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Karine Marques Costa dos Reis<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2025-7247>

Cristine Alves Costa de Jesus<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-8638-4468>

**Objetivo:** Analisar a funcionalidade e os sintomas de pacientes oncológicos em fim de vida durante internação em unidade especializada em cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de avaliação longitudinal da admissão até o óbito, com monitorização semanal da funcionalidade e score de sintomas, de 59 participantes. Utilizou-se o teste paramétrico Wilcoxon pareado, para avaliação da mediana dos scores de sintomas e funcionalidade com nível de significância de 5%.

**Resultados:** A amostra do estudo consistiu em indivíduos do sexo feminino, com idade média de 60 anos e funcionalidade limitada. Predominou o diagnóstico de câncer do trato digestório. Quanto a avaliação dos sintomas e funcionalidade, considerando a segunda e terceira semana de internação observou-se melhora do score dor, cansaço e tristeza, como também da função. **Conclusão:** Apesar de internação tardia e com grande extensão da doença, o participante apresentou melhora de alguns sintomas sugerindo o benefício dos cuidados paliativos. Em unidade especializada, houve melhora dos sintomas dor, cansaço e tristeza, com também da funcionalidade dos participantes em duas semanas de internação. Assim, esses achados corroboram quanto a importância do cuidado baseado no conforto e auxiliará na elaboração de políticas públicas e no planejamento do cuidado do enfermeiro.

**Descritores:** Cuidados Paliativos; Sinais e Sintomas; Neoplasias; Enfermagem.

## LONGITUDINAL FOLLOW-UP OF THE MANAGEMENT OF SYMPTOMS IN SPECIALIZED PALLIATIVE ONCOLOGICAL CARE SERVICE

**Objective:** To analyze the functionality and symptoms of end-of-life cancer patients during hospitalization in a specialized unit in palliative care. **Method:** This is a longitudinal assessment from admission to death, with weekly monitoring of functionality and symptom score, of 59 participants. The paired Wilcoxon parametric test was used to assess the median of symptom scores and functionality with a significance level of 5%. **Results:** The study sample consisted of female individuals, with an average age of 60 years and limited functionality. The diagnosis of cancer of the digestive tract predominated. Regarding the assessment of symptoms and functionality, considering the second and third week of hospitalization, an improvement was noted in the pain, tiredness and sadness score, as well as in function. **Conclusion:** Despite late hospitalization and with a large extent of the disease, the participant showed improvement in some symptoms suggesting the benefit of palliative care. In a specialized unit, the symptoms of pain, tiredness and sadness, as well as the functionality of the participants in the weeks of hospitalization. Therefore, these results corroborate the importance of care based on convenience and assistance in the development of public policies and guide the planning of care for the sick.

**Descriptors:** Palliative Care; Signs and Symptoms; Neoplasms; Nursing.

## EGUIMIENTO LONGITUDINAL DEL MANEJO DE SINTOMAS EN SERVICIO ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA PALIATIVA

**Objetivo:** Analizar la funcionalidad y los síntomas de los pacientes con cáncer al final de la vida durante la hospitalización en una unidad especializada de atención paliativa. **Método:** Esta es una evaluación longitudinal desde el ingreso hasta la muerte, con monitoreo semanal de la funcionalidad y la puntuación de los síntomas, de 59 participantes. La prueba de Wilcoxon paramétrica pareada se utilizó para evaluar la mediana de las puntuaciones de los síntomas y la funcionalidad con un nivel de significación del 5%. **Resultados:** La muestra del estudio consistió en individuos femeninos, con una edad promedio de 60 años y funcionalidad limitada. Predominó el diagnóstico de cáncer del tracto digestivo. En cuanto a la evaluación de los síntomas y la funcionalidad, considerando la segunda y tercera semana de hospitalización, se observó una mejora en el puntaje de dolor, cansancio y tristeza, así como en la función. **Conclusión:** A pesar de la hospitalización tardía y con una gran extensión de la enfermedad, el participante mostró una mejoría en algunos síntomas que sugieren el beneficio de los cuidados paliativos. En una unidad especializada, los síntomas de dolor, cansancio y tristeza, así como la funcionalidad de los participantes en las semanas de hospitalización. Por lo tanto, estos resultados corroboran la importancia de la atención basada en la conveniencia y la asistencia en el desarrollo de políticas públicas y guían la planificación de la atención a los enfermos.

**Descriptorios:** Cuidados Paliativos; Signos Y Sintomas; Neoplasias; Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade de Brasília-UNB, DF, Brasil.

Autor correspondente: Karine Marques Costa dos Reis - Email: karinereisdf@hotmail.com

Recebido: 24/03/2020 - Aceiro: 07/08/2020

## INTRODUÇÃO

O câncer atualmente se destaca entre as afecções crônicas no cenário mundial. No momento, está entre as quatro principais causas de morte no mundo<sup>1-2</sup>. Em 2019, foram 1.762.450 milhões de novos casos de câncer e 606.880 de mortes, sendo essa última com declínio de 1.4% e 1.8% ao ano<sup>3</sup>. No Brasil, espera-se 625 mil casos novos, nos próximos dois anos<sup>1</sup>. Diante dessa progressão da doença associada a maior sobrevida, surge nova necessidade de cuidado.

Os cuidados paliativos, como filosofia de cuidado e especialidade técnica, surgiram **há seis décadas** durante essa transição epidemiológica e demográfica. Nesse sentido, os cuidados paliativos emergem atendendo a uma necessidade de maior cuidado com doenças que ameaçam a vida, sendo definida pela IAHP (International Association for Hospice & Palliative Care), em 2018, como cuidado multidimensional ativo dos indivíduos com graves sofrimentos relacionados à saúde, independente da faixa etária<sup>4</sup>. Nessa perspectiva, os cuidados paliativos têm como princípio o controle de sintomas, a partir do trabalho interdisciplinar e o cuidado no fim da vida, resgatando o indivíduo como um ser integral e não dissociado de sua família<sup>5</sup>.

Indicado desde o diagnóstico de doença grave, os cuidados paliativos crescem em significado quando não há possibilidade de modificação do curso da doença. Apesar da obrigatoriedade do serviço na rede de atenção ao câncer segundo portaria 483 de 2014, não há, todavia, especificação ou regulamentação para a criação desse serviço<sup>7-8</sup>. Inúmeros estudos randomizados, no entanto, demonstram a efetividade da admissão precoce nessa filosofia de cuidado como resultado de melhor manejo dos sintomas, qualidade de vida e menor custo à saúde a partir de equipe interdisciplinar especializada e com foco no conforto<sup>9-10</sup>.

Coexistindo com a terapia modificadora de doença, os cuidados paliativos têm como objetivo principal o manejo da dor e outros sintomas, principalmente no final de vida. O fato é que apesar da incidência crescente do câncer no país e da necessidade de 80% desses casos de manejo de sintomas por equipe especialista em cuidados paliativos, o serviço no Brasil ainda é classificado como 3A. Essa classificação traduz um serviço no país como insuficiente e oferecido de modo isolado, ratificado também pelo ranking de qualidade de morte, o qual o Brasil carrega a 42<sup>o</sup> posição comparando com 80 países<sup>8,11,12</sup>.

Logo, diante de inúmeros estudos, os quais representam a importância associada a carência de serviços no Brasil, o presente estudo justifica-se ao apontar o período mínimo necessário para admissão e o melhor manejo dos sintomas. Ao profissional enfermeiro, o estudo auxilia e otimiza a assistência, na medida que traz indícios quanto os sintomas mais críticos no manejo. Nesse sentido, o planejamento do enfermeiro e seu cuidado estarão baseados em evidências e prioridades.

Diante de tais dados, realizou-se a seguinte questão norteadora: Como os sintomas e a funcionalidade de doentes oncológicos em fim de vida se comportam durante a internação em unidade de cuidados paliativos? Assim sendo, o objetivo geral desse trabalho foi analisar a funcionalidade e os sintomas de pacientes oncológicos em fim de vida durante internação em unidade especializada em cuidados paliativos.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

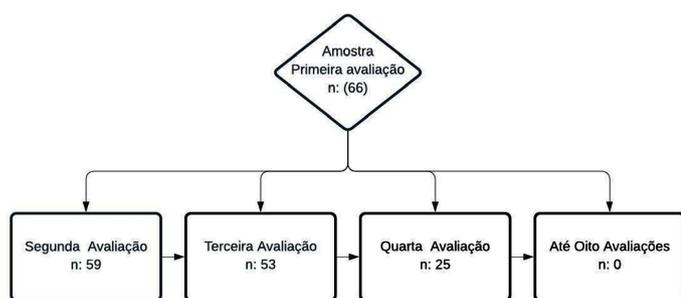
Trata-se de avaliação prospectiva, observacional, sem grupo controle, de pacientes oncológicos em fim de vida da admissão até óbito.

### Participantes da pesquisa

A amostra inicial do estudo consistiu em 66 pacientes oncológicos admitidos em unidade de cuidados paliativos exclusivos de fevereiro e agosto de 2018. Para fim de cálculo amostral, utilizou-se o quantitativo das internações no mesmo período do ano anterior em um teste bicaudal, assumindo o nível de significância de 5% e o poder do teste de 80%. A amostra foi selecionada utilizando uma amostragem probabilística aleatória simples, por sorteio, utilizando-se o número da enfermaria e leito a partir do aplicativo Rndomizer.

O critério de inclusão foi estar lúcidos e em condições clínicas de participar plenamente do estudo. Já o critério de exclusão foi: internação em período menor que 48 horas e realização de quimioterapia ou radioterapia paliativa. Inicialmente, foram selecionados 66 participantes, dos quais sete vieram a óbito na primeira semana, impedindo avaliação adicional. Na segunda semana foram seis óbitos, seguidos por 28 na terceira semana e demais óbitos nas oito semanas consecutivas como demonstrado na figura 1. Para fim da análise, consideraram-se a amostra da segunda e terceira avaliação.

**Figura 1.** Fluxograma de acompanhamento dos pacientes do estudo – Brasília, 2018.



### Local de estudo

Esse estudo foi desenvolvido com pacientes admitidos em unidade hospitalar especializada em cuidados paliativos exclusivos, da secretaria de saúde do Distrito Federal, Brasil. A unidade presta assistência interdisciplinar com foco no conforto, contando com profissionais enfermeiro, fisio-terapeuta, médico e nutricionista. Todos especialistas em cuidados paliativos.

O local de estudo, atualmente, consta com 19 leitos, distribuídos em sete enfermarias e taxa de ocupação de 70%. Os pacientes internam a partir de relatório médico e definição de cuidados paliativos exclusivos, já que a equipe não conta com tecnologia pesada para reanimações ou medidas de prolongamento a vida.

### Coleta de Dados

Na admissão, considerada primeira avaliação, utilizou-se questionário, que abrangia variáveis sociais e demográficas como sexo, idade, estado civil e religião além de aspectos clínicos, avaliados a partir do diagnóstico médico, tempo de diagnóstico e motivo internação. Entre as escalas validadas para o português, que eram aplicados na admissão e semanalmente, estavam a avaliação da funcionalidade através da Escala de Performance Paliativa (PPS) e avaliação dos sintomas utilizando a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r).

A escala PPS avalia a funcionalidade e prognóstico, cujo escore varia de 0 a 100. Os parâmetros considerados são mobilidade, atividade e evidências de doenças, autocuidado, ingestão e estado de consciência, onde a pontuação zero evidencia a morte, já 100 representa pequena extensão da doença e total funcionalidade<sup>13</sup>.

Para maior asserção na aplicação do instrumento, foi utilizado o aplicativo desenvolvido pelo Centro de Teles-saúde do Hospital das Clínicas da UFMG denominado “Cuidados Paliativos” e disponível para o download gratuito na Google Play.

Outra escala utilizada foi o ESAS-r, cujos sintomas avaliados são dor, cansaço, sonolência, náusea, apetite, falta de ar, depressão, ansiedade e bem-estar. Na escala, a estratificação da intensidade dos sintomas é numérica, onde zero representa ausência do sintoma e dez a pior sensação possível<sup>14</sup>.

O procedimento de coleta de dados era realizado semanalmente, às terças feiras no período vespertino, através de visitas beira leito. Para fins de análise dos dados, foram feitas comparações entre a segunda e terceira avaliações.

A funcionalidade e score dos sintomas foram monitorados até o óbito dos pacientes. Todas as aferições foram realizadas pela mesma pesquisadora para maior validade e uniformização das medidas.

### Procedimento de análise e tratamento dos dados

Inicialmente realizou-se avaliação descritiva da amostra. Na fase analítica do estudo, avaliou-se a distribuição normal de cada variável do ESAS-r e do PPS a partir do teste Kolmogorov Smirnov ( $p < 0,05$ ). Por tratar-se de variável quantitativa contínua não paramétrica utilizou-se o teste Wilcoxon pareado, o qual avalia a mediana das diferenças entre as duas amostras relacionadas. As análises foram realizadas com o programa IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0. O nível de significância utilizado em todo estudo foi de 5%.

### Aspectos Éticos

Preservaram-se os aspectos éticos na presente revisão, onde todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisadora, que também é enfermeira da unidade, realizou seleção, a abordagem dos participantes e coleta de dados. O estudo é parte integrante do projeto de pesquisa aprovado por meio do parecer número 2.136.574 (Protocolo CAAE nº 66315117.0.0000.0030).

### RESULTADOS

Em relação às características sociodemográficas e clínicas apresentadas pelos 66 participantes iniciais deste estudo, o sexo predominante foi o feminino (52%), com idade média de 58,64 anos, baixa escolaridade (62,1%). Entre a indicação de internação predominante, a dor predominou (46,9%), seguida de dispneia (24,2%). O diagnóstico médico prevalente foi o tumor do aparelho digestório com 36,3%. Quanto ao tempo do diagnóstico e tempo de internação, a mediana foi de 15 meses e 16 dias respectivamente.

**Tabela 1.** Caracterização sócio demográfica e clínica de pacientes internados em instituição pública do Distrito Federal. Brasília, DF, Brasil, 2018. (n=66)

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	34	52%
Masculino	32	48%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	41	62%
Analfabeto	13	20%
Médio	11	17%
Graduação	1	2%
<b>Estado Civil</b>		
Casado	31	47%
Solteiro	15	23%
Divorciado	12	18%
Viúvo	8	12%
<b>Indicação de internação</b>		
Dor	29	44%
Náusea/vômito	7	11%
Dispneia	12	18%
Sangramento	5	8%
<b>Diagnóstico Médico - Sítio Primário</b>		
Gastrointestinal	24	36%
Reprodutivo	19	29%
Mama	15	23%
Respiratório	3	5%
Mama	3	5%
Cabeça e pescoço	2	3%

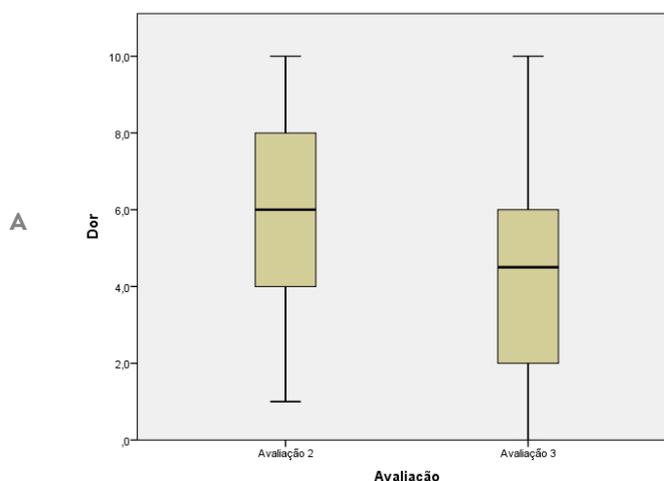
Quanto a avaliação prospectiva dos sintomas e funcionalidade, observou-se que as variáveis dor, cansaço, tristeza, bem como o ESAS-r total e o PPS foram significativos ao nível de significância de 5%. Em todos os casos, observa-se uma diminuição significativa do score sintoma na terceira avaliação em relação à segunda, já a avaliação de funcionalidade manteve a pontuação, com aumento no intervalo de confiança (Tabela 2).

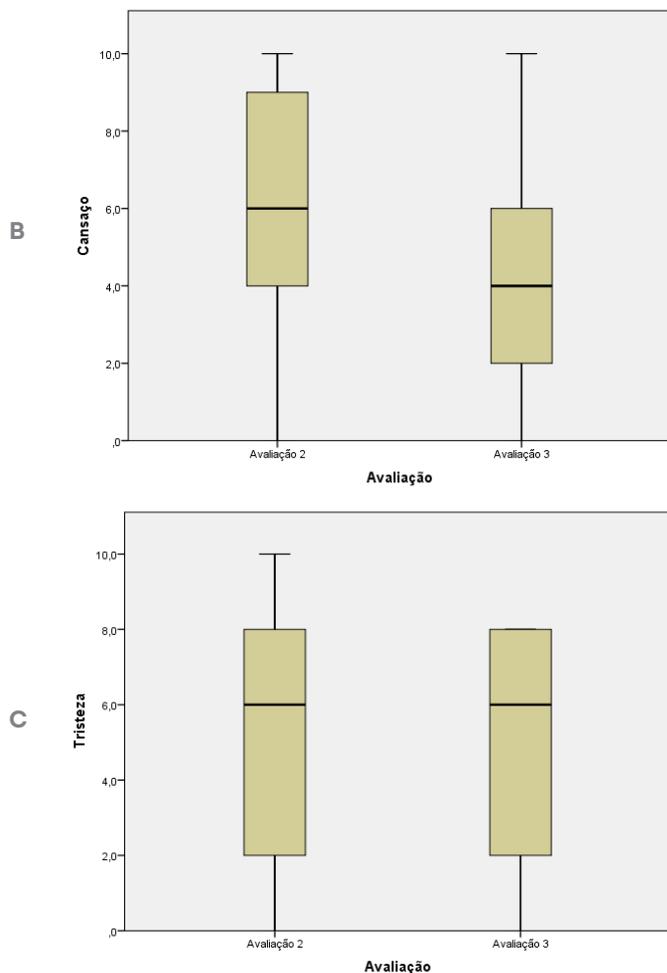
**Tabela 2.** Análise de associação dos sintomas constantes no ESAS-r (em separado), ESAS-r total e PPS em relação às avaliações 2 e 3 realizadas no acompanhamento de pacientes internados em unidade especializada em Cuidados Paliativos, 2018.

	Avaliação 2			Avaliação 3			p*
	n	Me-diana	IQ	n	Me-diana	IQ	
ESAS Total	59	45,0	23,5	53	30,0	36,0	<0,001
Dor	59	6,0	4,0	53	4,5	4,0	0,006
Cansaço	59	6,0	5,0	53	4,0	4,3	0,040
Sonolência	59	6,0	4,0	53	4,0	6,0	0,157
Náusea	59	2,0	5,0	53	2,0	4,3	0,661
Apetite	59	8,0	5,0	53	6,0	4,0	0,428
Dispneia	59	2,0	5,0	53	2,0	4,0	0,114
Tristeza	59	6,0	6,0	53	6,0	6,0	0,016
Ansiedade	59	6,0	4,5	53	5,0	6,0	0,202
Bem-estar	59	4,0	2,5	53	4,0	4,5	0,165
PPS	59	40,0	20,0	53	40,0	30,0	0,004

\* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas.

A variável sintomas, representadas pelos componentes do ESAS-r, apresentaram diferença estatisticamente significativa. Essas são apresentadas através do *Box plot* nos dois momentos, onde a linha negrita representa a mediana, devendo-se destacar que o estudo não apresentou valores discrepantes ou *outlier* (Figura 2).





**Figura 2.** Box plot das variáveis ESAS sintomas significativamente diferentes nas avaliações 2 e 3 (a - dor, b - cansaço, c- tristeza) realizadas em pacientes internados em unidade especializada, 2018.

## DISCUSSÃO

Os achados sociais, demográficos e clínicos corroboraram com estudo de avaliação multidimensional a partir do diagnóstico de enfermagem. Nesse estudo, houve predominância feminina, com idade entre 60 a 69 anos, casados, católicos, ensino fundamental incompleto e diagnóstico médico de câncer gastrointestinal<sup>15</sup>.

Quanto aos sintomas com necessidade de manejo, evidenciou-se nas 59 avaliações prospectivas viáveis, que em uma semana houve melhora do ESAS total, como também do ESAS dor, cansaço, tristeza e piora na avaliação da funcionalidade. Todos com um desfecho inversamente proporcional, onde o aumento dos dias de cuidado (internação) resultou melhora da funcionalidade e score dos sintomas.

O provável benefício dessa tecnologia leve de cuidado na melhora qualidade de vida a partir do manejo dos sintomas, demonstrado pelo ESAS-r total, é ratificado em estu-

do brasileiro. Esse revelou que o acompanhamento de indivíduos no fim de vida, a partir dos cuidados paliativos teve associação positiva entre a variável clínica tempo de hospitalização, qualidade de vida e score da escala de sintomas<sup>16</sup>.

Ao avaliar os sintomas separadamente, observa-se que o componente ESAS-r para a dor apresentou mediana de 6,0 decrescendo para 4,5 na segunda semana de internação. É sabido que a dor é o sintoma mais comum no fim de vida, o qual gera maior sofrimento e desconforto, estando presente em 85% dos pacientes em cuidados paliativos exclusivos<sup>17-18</sup>.

Esse sintoma, no entanto, apesar da prevalência, tem alta possibilidade de controle farmacológico<sup>17-18</sup>. Há também, a partir desse julgamento clínico, medidas não farmacológicas e intervenientes para o manejo efetivo e avaliação positiva da resposta às intervenções<sup>19</sup>. Nesse sentido, o estudo sugere a eficiência da filosofia dos cuidados paliativos, que trás como prioridade o manejo e controle dos elementos da dor, no sentindo de reduzir o sofrimento e garantir maior bem-estar<sup>20</sup>.

Ainda sobre o manejo da dor, um estudo retrospectivo de 40 indivíduos portadores de doença oncológica observou redução do score da dor em 48 horas, porém sem significância. Houve, entretanto, melhora efetiva nas últimas 48 horas de vida, onde os acompanhantes percebem tranquilidade e conforto<sup>21</sup>. Logo, todo esse referencial, corrobora com a presente pesquisa e denota a importância do cuidado por equipe interdisciplinar em indivíduos no fim da vida.

Outro sintoma com melhora significativa após duas semanas de internação foi o componente cansaço da escala ESAS. Tão prevalente e incômodo como a dor, a fadiga em estudo transversal com 386 indivíduos ocorreu em 32,8% da amostra, sendo o sintoma com maior repercussão na qualidade de vida<sup>22</sup>.

Diante da multidimensionalidade e subjetividade do sintoma, a fadiga além de frequente é um dos sintomas mais debilitantes, traduzindo na menor funcionalidade e sobrevida, sendo descrita como uma sensação de cansaço aguda<sup>23</sup>. Nesse sentido, diante da importância clínica esperava-se melhor manejo desse sintoma, o que de fato ocorreu inclusive repercutindo na funcionalidade. Há, entretanto, dúvidas que requerem maiores pesquisas sobre as estratégias efetivas proporcionadas para a melhora do cansaço, já que esse sintoma tem limitação do tratamento e desconhecimento dos mecanismos fisiopatológicos<sup>23</sup>.

Em outro estudo, que avalia sintomas diferentes da dor, a tristeza se destaca. Como sintoma do domínio psicoespiritual, a tristeza é resultado das perdas funcionais, o es-

três existencial e a busca de significado diante de uma doença grave<sup>24</sup>. O que chama atenção é a manutenção do score da tristeza. A significância no manejo do sintoma em duas semanas, porém, ocorreu pela diminuição do intervalo de confiança, mesmo com a ausência do profissional psicólogo.

Deve-se atentar que no presente trabalho, os profissionais que têm maior contato com paciente, a partir da detecção do sofrimento, manejo farmacológico a partir da administração de medicações, cuidados com o corpo durante a vida e após a morte é o profissional enfermeiro. Assim, corroborando com a tese da importância do enfermeiro no manejo dos sintomas, em estudo internacional, cujo objetivo foi demonstrar a importância das relações de cuidado do profissional enfermeiro, indica que a atividade da equipe de enfermagem é essencial para o manejo de necessidades psicoespirituais<sup>25</sup>.

Conforme as outras variáveis, a funcionalidade também apresentou melhora no escore. Deve-se atentar, no entanto, que no presente estudo os pacientes chegavam tardiamente na unidade de internação. Os participantes tinham funcionalidade média de 30, o que representa dependência completa, ingesta reduzida, totalmente acamado e consciência completa ou sonolência. Deve-se destacar, todavia que de acordo com estudo, o melhor intervalo de tempo para admissão nos cuidados paliativos exclusivos é de seis meses que antecedem a morte<sup>26</sup>. Já na presente pesquisa, os pacientes acessavam o serviço nas últimas semanas de vida, contrariando recomendações. O manejo dos sintomas, no entanto, era alcançado parcialmente junto com a funcionalidade e autonomia, traduzindo na possível efetividade desse cuidado mesmo diante da lentidão na admissão.

### Limitações do Estudo

Diante da metodologia prospectiva, observacional e analítica, o presente estudo tem bom nível de evidência. A ausência do grupo controle, no entanto, nos impede de associar a melhora clínica com a admissão no serviço, sendo a principal limitação do estudo.

### Contribuições do estudo para a prática

O presente estudo indicou melhora dos sintomas no fim de vida de pacientes oncológicos, o que sugere maior efetividade da assistência em cuidados paliativos. Assim, contribui à medida que estimula a elaboração de políticas públicas específicas como também a criação de fluxo de atendimentos ou até serviços especializados para essa população. Além disso, o estudo auxiliará na tomada de decisão do profissional enfermeiro quanto os sintomas com maior propensão de melhora e os de maior complexidade. Haverá também maior consciência sobre a necessidade do acolhimento, cuidado integral, como também o manejo da pessoa em detrimento da doença.

Todo esse cuidado ao indivíduo, portanto, transformará o morrer, valorizando o bem-estar e a qualidade de vida. Outrossim, a relevância do estudo emerge ao inferir a importância da participação do profissional enfermeiro diante do cuidado, o que pode ser de interesse para pesquisas futuras sobre intervenções do profissional enfermeiro na dor, cansaço e tristeza.

### CONCLUSÃO

Diante do objetivo do estudo, indivíduos no fim de vida com doença oncológica apresentaram melhora dos sintomas dor, tristeza, cansaço e funcionalidade, apesar da progressão da doença. Tal alívio, foi possível diante de duas semanas de internação, o que sugere a alta efetividade do serviço na proposta de confortar durante a terminalidade. Na presença desses achados, o estudo poderá contribuir na concepção de políticas públicas que regulamentem o serviço como também no planejamento do cuidado do enfermeiro.

### Contribuição dos autores:

Karine Marques Costa dos Reis: concepção e desenho do estudo de revisão, busca em base de dados, análise dos resultados, discussão e conclusão. Cristine Alves Costa de Jesus: concepção e desenho do estudo e última análise crítica do artigo antes da submissão.

### REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. 2020 [cited 2020 Jun 20]. 120 p. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 20];68(6):394-424. Available from: <http://www.fasgo.org.ar/images/Bray-et-al-2018-CA-A-Cancer-Journal-for-Clinicians.pdf>.

3. Siegel R, Ward E, Jemal A. Cancer Statistics, 2019. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 20];57(1):43–66. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21551>.
4. International Association for Hospice & Palliative Care. Palliative Care Definition. [Internet] 2018. [cited 2020 Jun 20]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.
5. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2015; 13:159–171.
6. Downar J, Wegier P, Tanuseputro P. Early Identification of People Who Would Benefit From a Palliative Approach—Moving From Surprise to Routine. *JAMA*. 2019;2(9):e1911146.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. [Internet] 2014. [cited 2020 Jun 20]. *Diário Oficial União*, 2 abril 2014, Seção 1,p.71. 120 p. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html).
8. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Análise Situacional e Recomendações Para Estruturação De Programas De Cuidados Paliativos No Brasil [Internet]. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2018 [cited 2020 Jun 20]. 28 p. Available from: [https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE\\_SITUACIONAL\\_ANCP-18122018.pdf](https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/12/ANALISE_SITUACIONAL_ANCP-18122018.pdf).
9. Greer JA, Tramontano AC, McMahon PM, Pirl WF, Jackson VA, El-Jawahri A, et al. Cost Analysis of a Randomized Trial of Early Palliative Care in Patients with Metastatic Non-small-Cell Lung Cancer. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 20];19(8):jpm.2015.0476. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2015.0476>.
10. Becker CL, Arnold RM, Park SY, Rosenzweig M, Smith TJ, White DB et al. A cluster randomized trial of a primary palliative care intervention (CONNECT) for patients with advanced cancer: Protocol and key design considerations. *Contemp Clin Trials*. 2017;54:98–104.
11. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. *The Economist* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 20];71. Available from: <http://www.apcp.com.pt/uploads/2015-EIU-Quality-of-Death-Index-Oct-6-FINAL.pdf>.
12. Santos CE, Peixoto Caldas JM, Serafim JA, Barros N. Needs for Palliative Care of Cancer Patients in Brazil: Analysis of Data from 2008-2014. *J Palliat Care Med* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 20];07(01):1-8. Available from: <https://www.omicsgroup.org/journals/needs-for-palliative-care-of-cancer-patients-in-brazil-analysis-of-data-from-20082014-2165-7386-1000294.php?aid=84020>.
13. Sanvezzo VM de S, Montandon DS, Esteves LSF. Instruments for the functional assessment of elderly persons in palliative care: an integrative review. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 20];21(5):604–15. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/1809-9823-rbgg-21-05-00604.pdf>.
14. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 20];34(2):163–71. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n2/v34n2a21.pdf>.
15. Xavier É de CL, Junior AJSC, Carvalho MMC, Lima FR, Santana ME. Nursing diagnoses in oncology palliative care according to the multidimensional approach diagram. *Enferm foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 20];10(3):152–7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2109/569>.
16. Freire MEM, Costa SFG da, Lima RAG de, Sawada NO. Health-related quality of life of patients with cancer in palliative care. *Texto Context - Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 20];27(2):1–13. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e5420016.pdf>.
17. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747–55.
18. Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. 2014 [cited 2020 Jun 20]. 103 p. Available from: [https://www.who.int/nmh/GlobalAtlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/GlobalAtlas_of_Palliative_Care.pdf).
19. Sousa ADRS, Silva LF, Cavalcanti ACD, Góes FGB, Moraes JRMM. Palliative care nursing care instrument for pediatric oncological intensive care center. *Enferm foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 20];10(7):28–34. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2436/546>.
20. Bhatnagar S, Gupta M. Integrated pain and palliative medicine model. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 20];5(3):196–208. Available from: <http://apm.amegroups.com/article/view/10504/11572>.
21. Campbell CL, Kelly M, Rovnyak V. Pain management in home hospice patients: A retrospective descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2017;19(3):381–7.
22. Li B, Mah K, Swami N, Pope A, Hannon B, Lo C, et al. Symptom Assessment in Patients with Advanced Cancer: Are the Most Severe Symptoms the Most Bothersome? *J Palliat Med*. 2019;XX(Xx):1-8.
23. Dean A. The holistic management of fatigue within palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2019;25(8):368–76.
24. Haggmann C, Cramer A, Kestenbaum A, Durazo C, Downey A, Russell M, et al. Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 20];34(3):227–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.004>.
25. Vbnm1 C, Iranmanesh S, Nayeri ND, Tirgari B, Kalantarri B. Compassion and care at the end of life: oncology nurses' experiences in South-East Iran. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(12):588–97.
26. Finn L, Malhotra S. The Development of Pathways in Palliative Medicine: Definition, Models, Cost and Quality Impact. *Healthcare*. 2019;7(1):22.

# EVIDÊNCIAS DOS EFEITOS ADVERSOS NO USO DE ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIIS ORAIS EM MULHERES

Pablo Luiz Santos Couto<sup>1</sup>

Alba Benemérita Alves Vilela

Antônio Marcos Tosoli Gomes

Luana Costa Ferreira<sup>1</sup>

Maria Luísa Pereira Neves<sup>1</sup>

Samantha Souza da Costa Pereira<sup>1</sup>

Cleuma Sueli Santos Suto<sup>2</sup>

Cinoélia Leal de Souza<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-2692-9243>

<http://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

<http://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

<http://orcid.org/0000-0003-3739-7171>

<http://orcid.org/0000-0003-0655-6045>

<http://orcid.org/0000-0001-5978-520X>

<http://orcid.org/0000-0002-6427-5535>

<http://orcid.org/0000-0002-0644-6738>

**Objetivo:** Identificar na literatura as evidências científicas sobre os eventos adversos, oriundos do uso de anticoncepcional hormonal oral por mulheres.

**Método:** Revisão integrativa de literatura, tendo como fonte de pesquisa as bases de dados Periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, da Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED e Google Acadêmico, usando os descritores de busca "anticoncepcionais orais" AND "eventos adversos". Com essa busca foram encontradas inicialmente 202 publicações. Após realizar seleção foram incluídos 17 artigos científicos na revisão. Os textos foram submetidos a análise de conteúdo semântica. **Resultados:** Foram levantadas três categorias: o uso de anticoncepcionais orais: aspectos clínicos e teóricos; associação entre o uso de anticoncepcionais orais e os eventos trombóticos; relação entre o uso de anticoncepcionais orais, neoplasias e doenças cardiovasculares. **Conclusão:** Contribuirá para que enfermeiros orientem as mulheres na escolha do método de anticoncepção, levando em consideração as possíveis complicações decorrentes do uso prolongado dos anticoncepcionais orais hormonais composto de estrogênio.

**Descritores:** Anticoncepcionais Orais; Saúde Reprodutiva; Saúde Sexual; Saúde da Mulher.

## EVIDENCE OF ADVERSE EFFECTS ON ORAL HORMONAL CONTRACEPTIVE USE IN WOMEN: INTEGRATIVE REVIEW

**Objective:** To identify in the literature the scientific evidence on adverse events arising from the use of oral hormonal contraceptives in women. **Method:** Integrative literature review, using the databases of the Virtual Health Library and the Journal of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel as a research source, using the search keywords "oral contraceptives" AND "adverse events". With this search, 202 publications were initially found, after making a selection, 17 scientific articles were included in the review. The texts were submitted to semantic content analysis. **Results:** Three categories were raised: the use of oral contraceptives: clinical and theoretical aspects; association between the use of oral contraceptives and thrombotic events; relationship between the use of oral contraceptives, neoplasms and cardiovascular diseases. **Conclusion:** It will help nurses to guide women in choosing the contraceptive method, taking into account the possible complications resulting from the prolonged use of hormonal oral contraceptives composed of estrogen.

**Descriptors:** Oral Contraceptives; Reproductive Health; Sexual Health; Women's Health.

## EVIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES EN MUJERES: REVISIÓN INTEGRADORA

**Objetivo:** Identificar en la literatura la evidencia científica sobre eventos adversos derivados del uso de anticonceptivos hormonales orales en mujeres. **Método:** Revisión integral de la literatura, utilizando las bases de datos de la Biblioteca Virtual de Salud y la Revista de Coordinación para la Mejora del Personal de Educación Superior como fuente de investigación, utilizando las palabras clave de búsqueda "anticonceptivos orales" Y "eventos adversos". Con esta búsqueda, inicialmente se encontraron 202 publicaciones, luego de hacer una selección, se incluyeron 17 artículos científicos en la revisión. Los textos fueron sometidos a análisis de contenido semántico. **Resultados:** Se plantearon tres categorías: el uso de anticonceptivos orales: aspectos clínicos y teóricos; asociación entre el uso de anticonceptivos orales y eventos trombóticos; relación entre el uso de anticonceptivos orales, neoplasias y enfermedades cardiovasculares. **Conclusión:** Ayudará a las enfermeras a guiar a las mujeres a elegir el método anticonceptivo, teniendo en cuenta las posibles complicaciones derivadas del uso prolongado de anticonceptivos orales hormonales compuestos de estrógenos.

**Descriptorios:** Anticonceptivos Orales; Salud Reprodutiva; Salud Sexual; Salud de la Mujer.

<sup>1</sup>Centro de Ensino Superior de Guanambi-CESG, BA, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado da Bahia-UEB, BA, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Pablo Luiz Santos Couto - Email: pablocouto0710@yahoo.com.br

Recebido: 09/04/2020 - Aceito: 07/08/2020

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que, mesmo com as conquistas das mulheres em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, sobretudo no acesso aos métodos contraceptivos, ainda há dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como falhas nas orientações que estabeleçam a melhor maneira da mulher realizar o planejamento familiar, de fácil acesso e livre de complicações para a saúde<sup>(1-2)</sup>.

Os anticoncepcionais hormonais são os métodos contraceptivos reversíveis mais eficientes, disponíveis e os mais utilizados no mundo. Acredita-se que nos países desenvolvidos, em torno de 18% das mulheres casadas ou unidas alguma vez, usam anticoncepcional oral sendo esta proporção de 75% nos países em desenvolvimento, o que representa milhões de mulheres em uso em todo o mundo, incluindo o Brasil<sup>(3)</sup>. A elevada prevalência, faz com que seja necessário o acompanhamento de possíveis eventos adversos que acontecem, como resultado do uso prolongado desses compostos hormonais<sup>(1)</sup>.

Assim como qualquer outro medicamento, os anticoncepcionais hormonais podem causar inúmeros efeitos adversos, como: alterações imunológicas, metabólicas, nutricionais, psiquiátricas, vasculares, oculares, gastrintestinais, hepatobiliares, cutâneo-subcutâneas, renais/urinárias, auditivas; distúrbios do Sistema Nervoso Central (SNC) e do Sistema Reprodutor<sup>(2)</sup>.

Nesse contexto, as mulheres com predisposição às doenças cardiovasculares e que utilizam contraceptivos hormonais têm apresentado risco elevado para trombose arterial, sendo que este risco está diretamente relacionado ao estrogênio presente na composição destes medicamentos<sup>(3)</sup>. Na Europa e em países desenvolvidos, cerca de 13% dos casos de AVE em mulheres com idade entre 20 e 44 anos estão associados ao uso de anticoncepcionais hormonais orais<sup>(4)</sup>.

A frequência dos efeitos adversos, decorrentes do uso dos anticoncepcionais, pode ser minimizada com a escolha do método contraceptivo, de acordo com a condição de saúde individual, o que facilitaria a adesão do tratamento, o seguimento do planejamento familiar por meio da prevenção da gravidez não planejada e a minimização de tais efeitos<sup>(1,3)</sup>.

Diante disso, traçou-se como questão de pesquisa: quais as evidências científicas que a literatura aponta como eventos adversos em mulheres que utilizam anticoncepcional hormonal oral? Para auxiliar na resposta a tal questionamento, este estudo objetivou identificar na literatura as evidências científicas sobre os eventos adversos oriundos do uso de anticoncepcional hormonal oral em mulheres.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Tratou-se de uma revisão integrativa de literatura, cujas etapas englobam as seguintes fases: escolha do tema; elaboração do plano de trabalho, com a definição dos descritores; identificação e localização nas bases de dados; compilação e fichamento, com a elaboração do quadro de síntese dos resultados encontrados; categorização dos estudos encontrados; análise a partir de um método de análise para interpretação; interpretação dos resultados e comparações com outras pesquisas<sup>(5)</sup>. Salienta-se, que para a realização da revisão integrativa foi estabelecida a questão norteadora: quais as evidências científicas que a literatura aponta como eventos adversos em mulheres que utilizam anticoncepcional hormonal oral?, que possibilitou iniciar a busca na base dados.

### Procedimento de coleta de dados

Ainda que esse presente estudo seja de revisão integrativa, foi adaptado o *checklist* de 27 itens indicado no PRISMA para revisões sistemáticas, visando coletar as informações pertinentes para a seleção dos artigos e a observação dos principais resultados. Além disso, foi utilizado o fluxograma de quatro etapas, também orientado pelo PRISMA com o intuito de possibilitar a identificação, a elegibilidade e a inclusão dos artigos<sup>(6)</sup>.

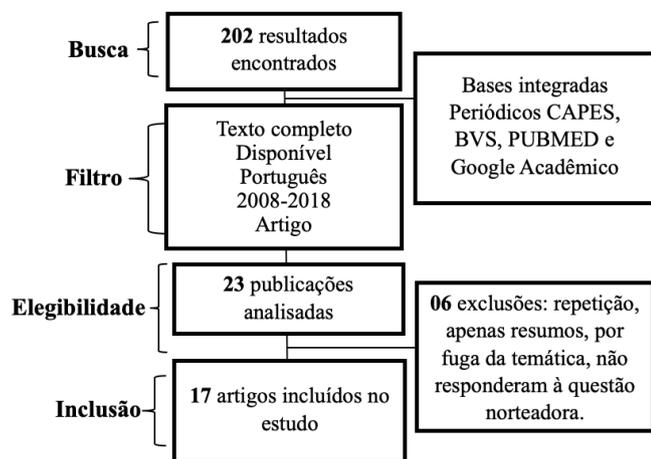
Para a coleta dos dados utilizou-se o sistema integrado de busca da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incluiu a busca nas bases de dados MEDLINE, e LILACS, e da Base Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que engloba o PUBMED e o *Google Acadêmico*, com o objetivo de encontrar publicações de artigos científicos relacionados ao tema de estudo do período de 2008 a 2018. Este recorte foi escolhido para aumentar as opções dos estudos em um intervalo de dez anos. Ao ampliar o âmbito da pesquisa em diversas bases de dados, podem-se minimizar os possíveis vieses na fase de elaboração da revisão.

Foi utilizado o "método de pesquisa integrado" para a busca nas bases de dados *online*, em "todos os índices" e "todas as fontes", o que permite uma ampla busca, integrando várias bases de dados, assim como uma busca detalhada em títulos, resumos e textos. As palavras usadas para a busca foram: anticoncepcionais AND eventos adversos.

Dos artigos encontrados, com o uso dos descritores *booleanos* "anticoncepcionais orais" AND "eventos adversos", foram encontrados 202 resultados totais nas bases de dados adotadas, após realizar o filtro de texto comple-

to e disponível, em formato do tipo documento de artigo, cujo idioma fosse o português, e tivesse sido escrito entre os anos de 2008 a 2018. Desse modo, ao aplicar os filtros (adotados como critérios de inclusão), foram identificadas 52 publicações. Destas, posteriormente, foram selecionadas 23, pois compreendiam o período de estudo e respondiam à questão norteadora. Foram excluídos 06 artigos em decorrência da repetição (duplicidade na base de dados), por conterem apenas resumo e/ou fugirem da temática, totalizando 17 artigos, os quais estavam disponíveis como textos completos, que foram incluídos na análise do estudo (Figura 1).

**Figura 1-** Fluxograma detalhado da seleção sistemática dos artigos incluídos no estudo. Periódico da CAPES, BVS, PUBMED e Google Acadêmico. Ano, 2008 a 2018.



### Procedimento de análise dos dados

Posteriormente, realizou-se a análise de conteúdo semântica, que permitiu a interpretação dos resultados, iniciada com uma leitura flutuante e depois uma leitura crítica do material selecionado. Em seguida, procedeu-se com a identificação das semelhanças e divergências nos resultados interpretados, levantamento das unidades de sentido e decodificação das informações, classificação das semelhanças semânticas do conteúdo analisado, as quais evidenciaram categorias, que enfim favoreceu a construção de inferências e interpretações. Outrossim, foram identificadas e divididas três categorias empíricas de análise dos assuntos, de acordo às semelhanças semânticas mais evidenciadas pelos autores dos artigos incluídos<sup>(7)</sup>.

Ressalta-se que para possibilitar a integração e o agrupamento dos resultados, foi construído um quadro sinóptico integrativo, cujo intuito foi sintetizar as informações mais relevantes dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, bem como, facilitar a visualização dos resultados

dos artigos<sup>(8)</sup>, contendo as seguintes informações: autor/ano, objetivo, método e resultados.

### Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza como fonte de dados uma base secundária e de acesso público, não se faz necessária a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa para a realização do estudo.

### RESULTADOS

A partir dos resultados encontrados, foram observados que os argumentos utilizados pelos autores dos artigos revisados e, suas respectivas evidências científicas, sobre a relação entre o uso contínuo de anticoncepcionais orais e a ocorrência de eventos adversos, estão associados aos efeitos abordados de modo recorrente na literatura, os quais serão retratados na discussão das categorias de análise. Com isso, a síntese deste estudo está descrita no Quadro 1: quadro sinóptico.

**Quadro 1** – Caracterização dos artigos levantados nas bases de dados da BVS e Periódicos da CAPES sobre “anticoncepcionais orais” AND “eventos adversos”, de 2008 a 2018.

nº	Autor/Ano	Objetivo	Método	Resultados
1	Brito MB, Nobre F, Vieira CS (2011).	Compreender os efeitos dos esteroides sexuais sobre os fatores de risco para doença cardiovascular.	Revisão de literatura.	Os contraceptivos hormonais combinados (COC), por conterem o etinilestradiol, sempre alteram a PA, mesmo em baixas doses, e são considerados um aumento de risco para trombose venosa.
2	Gomes P D et al., (2011).	Avaliar o perfil de pacientes usuárias de contraceptivos hormonais no setor público e fazer a comparação com o serviço privado.	Quantitativo transversal.	O método contraceptivo mais utilizado foi o oral com baixa dosagem de etinilestradiol. Que a aderência ao tratamento e compreensão do mesmo é mais efetivo pelas pacientes do setor privado.
3	Ventura R et al. (2009).	Avaliar, em mulheres em idade fértil, a associação entre o uso de anticoncepcionais (ACO) orais de baixa dosagem e alterações na visão de cores.	Quantitativo, observacional, prospectivo e transversal.	Alterações cromáticas na visão das participantes não tiveram relação direta com o uso do ACO, apenas nas participantes que apresentavam outras patologias relacionada ao uso do ACO como HAS e Diabetes.

4	Lima ACS et al. (2016).	Identificar evidencia científica acerca da influência do uso de anticoncepcionais hormonais na ocorrência do acidente vascular cerebral (AVC).	Revisão Integrativa da Literatura.	Usuárias de anticoncepcional oral combinado apresentam risco maior de AVC, presença associada de tabagismo, hipertensão arterial, enxaqueca, hipercolesterolemia, obesidade e sedentarismo, aumentando a chance desse desfecho.	11	Lubianca JN, Wannmacher L. (2010).	Orientar a prescrição racional de AO, capacitando o leitor a escolher o composto mais adequado para cada paciente.	Quantitativo Descritivo.	Não devem ser empregados AOC com mais de 50µg de EE, pois doses menores de EE (35, 30, 20 ou 150g), possuem a mesma eficácia contraceptiva, com menores riscos de fenômenos tromboembólicos e cardiovasculares.
5	Pandovan FT, Freitas G. (2015)	Evidenciar e discutir criticamente o uso de classes de anticoncepcionais orais, correlacionando os aos quadros de Trombose Venosa.	Revisão Integrativa da Literatura.	Foi verificado que o uso de anticoncepcionais orais eleva em até três vezes mais o risco de um estado trombótico. Esse risco se torna maior em pacientes com algumas mutações na protrombina e no fator V de Leiden, com aumento nas proteínas C-reativa em fatores de coagulação e na redução de anticoagulantes.	12	Reis SD, Taveira CC. (2011).	Realizar um estudo sobre a frequência de efeitos adversos aos anticoncepcionais hormonais por meio do relato das usuárias que frequentam uma drogaria no Distrito Federal.	Quantitativo descritivo.	Foi observado que 82,6% apresentaram algum efeito adverso, 88,2% para os anticoncepcionais hormonais orais e 77% para os anticoncepcionais injetáveis. Os efeitos adversos mais comuns: ganho de peso, dor de cabeça, nervosismo, aumento de tamanho e sensibilidade das mamas e sangramento irregular durante o mês.
6	Maia HL. (2015).	Apresentado o caso de uma mulher a fazer anticoncepcional oral combinado, heterozigótica para o factor V Leiden, que desenvolve uma TVP do membro superior.	Estudo de Caso.	O fator V Leiden contribui para o risco de tromboembolismo venoso geralmente em combinação com outro fator de risco adicional, por exemplo, o uso de contraceptivos orais.	13	Corrêa DAS et al. (2017).	Estimar a prevalência de contraindicação ao uso de anticoncepcionais orais e os fatores associados em mulheres brasileiras.	Quantitativo descritivo populacional.	Idade maior ou igual a 35 e escolaridade baixa foram fatores demográficos de iniquidade, respectivamente, no uso contraindicado de contraceptivos orais.
7	Almeida APF, Assis M M. (2017).	Questionar se o uso do anticoncepcional hormonal oral pode trazer prejuízo à saúde das mulheres e destacar a importância do sobre os efeitos desse medicamento.	Revisão Sistemática da Literatura.	De maneira geral, os efeitos colaterais causados pelos anticoncepcionais hormonais orais têm provocado aumento na taxa de descontinuação de uso do método.	14	Bahamondes L, Pinho F, de Melo NR, Oliveira BMV. (2011).	Avaliar as razões para descontinuar diversos anticoncepcionais orais combinados entre mulheres brasileiras iniciantes do método, residentes em áreas urbanas.	Estudo transversal	Entre os ACO mais prescritos ou escolhidos, o mais prevalente foram os monofásicos com etinilestradiol (20 µg) e no tocante ao progestágeno, o mais prevalente foi com gestodeno (36,5%), seguido por ACO com drospirinona (22,0%). Aos 6 meses, 63,5% continuavam em uso do ACO. Dentre as que descontinuaram o uso, as principais razões dadas foram: desejo de engravidar (36,5%) e efeitos colaterais (57,3%) como cefaleia (37,6%), aumento de peso (16,6%) e sangramento irregular (23,6%).
8	Steckert APP, Nunes S F, Alano GM. (2016).	Investigar o uso de CHO por estudantes de uma Instituição de Ensino Superior, Brasil.	Estudo Epidemiológico, quantitativo e transversal.	A prática da automedicação ainda é elevada quando se trata de contracepção, falta de informação dos seus efeitos colaterais, uso contínuo pode, com o passar do tempo, diminuir sua eficácia e aumentar os riscos à saúde.	9	Lobo RA, Romão F. (2011).	Analisar a relação dos hormônios sexuais femininos com a trombose venosa profunda.	Estudo Descritivo.	Os mais utilizados, raloxifeno e tamoxifeno, estão associados a um aumento do risco para tromboembolismo (TE) venoso de cerca de três e sete vezes, respectivamente.
9	Lobo RA, Romão F. (2011).	Analisar a relação dos hormônios sexuais femininos com a trombose venosa profunda.	Estudo Descritivo.	Os mais utilizados, raloxifeno e tamoxifeno, estão associados a um aumento do risco para tromboembolismo (TE) venoso de cerca de três e sete vezes, respectivamente.	10	Braga DC et al. (2015).	Correlacionar o uso de contraceptivos orais em mulheres em período reprodutivo e o risco de TVP.	Revisão da Literatura.	A utilização de progestogênios de terceira geração nos anticoncepcionais orais aumenta a probabilidade de ocorrer TVP, os hormônios contidos nesses fármacos agem no sistema cardiovascular.
10	Braga DC et al. (2015).	Correlacionar o uso de contraceptivos orais em mulheres em período reprodutivo e o risco de TVP.	Revisão da Literatura.	A utilização de progestogênios de terceira geração nos anticoncepcionais orais aumenta a probabilidade de ocorrer TVP, os hormônios contidos nesses fármacos agem no sistema cardiovascular.	15	Mariano GZ et al. (2015).	Analisar o perfil clínico, as características angiográficas, os aspectos técnicos do procedimento e os desfechos de usuárias de ACO que tiveram IAM e foram encaminhadas à intervenção coronariana percutânea (ICP) primária.	Caso-controle.	Foram encontrados perfil clínico e desfechos diferentes entre mulheres em idade reprodutiva, usuárias ou não de ACO, e submetidas à ICP primária. Estudos com maior número de pacientes são necessários para confirmar tais resultados

16	Giglio MR, Andrade L C, Daher GM, Ribeiro MO, Albernaz MA. (2015).	Avaliar os conhecimentos de internos de Medicina de uma universidade a respeito da prescrição de anticoncepcionais hormonais de acordo com o Guia da OMS.	Estudo transversal	Os acertos variaram de 3%, na prescrição correta em hipertensas leves, a 27%, em mulheres com cefaleia leve sem sinais focais. A maioria dos alunos se sentia apta a prescrever contraceptivos hormonais, mas parte deles apresenta conhecimento inconsistente em situações especiais clínicas.
17	Olsen JM, Lago TD, Kalkmann S, Alves MC, Escuder MM. (2018).	Identificar a prevalência da anticoncepção, os contraceptivos adotados, suas fontes de obtenção e os diferenciais no uso da contracepção.	Inquérito de base populacional (estudo quantitativo)	Foram entrevistadas 633 jovens, das quais, 310 (48,5%) haviam iniciado atividade sexual. Dessas, 60% relataram uso de contracepção de emergência pelo menos uma vez na vida. A prevalência da anticoncepção foi de 81%. Preservativo masculino e pílula foram os métodos mais frequentes (28,2% e 23%). A maioria das mulheres comprou o contraceptivo na rede comercial de farmácias (75,2%).

Após a leitura exploratória e minuciosa das publicações, assim como a identificação das categorias de análises que mais apareceram nos artigos revisados, foi organizada uma tabela com a distribuição dos artigos conforme as temáticas que mais estiveram presentes nos resultados e discussão das publicações revisadas (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos artigos, conforme numeração no apêndice A, para a composição das categorias de análise sobre “Anticoncepcionais Orais” AND “Eventos Adversos”, de 2008 a 2018, após classificação das publicações, BVS e Periódicos da CAPES.

Categorias de Análise	Número dos Artigos utilizados conforme o quadro sinóptico
O uso de anticoncepcionais orais: aspectos clínicos e teóricos	2, 6, 8, 9, 12, 13, 16
Associação entre o uso de anticoncepcionais orais e os eventos trombóticos	3, 5, 7, 10, 11, 15
Relação entre o uso de anticoncepcionais orais, neoplasias e doenças cardiovasculares	1, 4, 14, 16, 17
<b>Total</b>	<b>17</b>

**Fonte:** dados do estudo.

## DISCUSSÃO

### O uso de anticoncepcionais orais: aspectos clínicos e teóricos

O anticoncepcional hormonal oral pode ser classificado de acordo com sua composição hormonal, dosagem e tipo de hormônio e, também, quanto à geração que está relacionada à dosagem e quantidade de hormônio estrogênio combinado ou não<sup>(10)</sup>. Nesse contexto, um estudo concluiu que o método mais adotado pelas mulheres foi o hormonal oral combinado (etenilestradiol associado à ciproterona ou drospirenona), e o modo mais prevalente foi o mensal, salientou também que a maioria das mulheres entrevistadas fizeram essa escolha sem levar em consideração os efeitos colaterais, sendo principalmente o aumento do peso e a enxaqueca<sup>(11)</sup>.

Em outro estudo realizado com 240 pacientes, sendo 120 da rede privada e 120 da pública, os autores mostraram que a estenilestradiol (EE), foi o hormônio mais prescrito (48,3%) em ambas as redes, não havendo diferença entre a frequência dos efeitos colaterais. Nos seus resultados, também pode-se perceber que o grupo privado tem maior aderência e cuidado ao uso e tratamento, e que esse resultado pode estar associado ao fator sociocultural dessas pacientes<sup>(2,12)</sup>. Ressalta-se, que no Brasil a utilização do ACHO vem aumentando desde 2006. Cerca de 80% das mulheres em idade fértil usam algum método reversível, e por essa acessibilidade se tornar fácil e prática, a escolha pelo método irreversível diminui expressivamente<sup>(13)</sup>.

Todavia, como todo e qualquer medicamento, os anticoncepcionais também apresentam algumas contraindicações, das quais, as mais frequentes são a hipertensão, tabagismo, doenças hormonais, e pré-disposição à trombose. Há uma necessidade de rever a atenção integrada às possíveis contraindicações existentes nas mulheres brasileiras, durante a orientação e tratamento à saúde sexual e reprodutiva<sup>(14)</sup> uma vez que o conhecimento relacionado a essa terapia tem se tornado escasso, sobretudo quanto aos efeitos adversos e contraindicações<sup>(15)</sup>.

Diante disso, pode-se perceber que tais contraceptivos têm sido objeto de contínua investigação, pois eles se constituem no método reversível de maior prevalência, e a literatura ressalta a importância do conhecimento e acompanhamento do profissional de saúde<sup>(3)</sup>, e sua prescrição deve ser preferencialmente indicada para mulheres saudáveis, não fumantes, com menos de 35 anos de idade<sup>(16)</sup>.

### Associação entre o uso de anticoncepcionais orais e os eventos trombóticos

A trombose venosa consiste na formação de um trombo no lume das veias como consequência de uma altera-

ção do equilíbrio normal dos mecanismos da homeostase do organismo. Dentre os principais fatores de risco para esse agravo estão a desidratação, o baixo débito cardíaco, o acúmulo de sangue nos membros e o repouso excessivo no leito, traumatismo, obesidade, cateteres venosos de demora e uso de hormônios (estrogênio) aumentam o risco para o desenvolvimento de trombos<sup>(14)</sup>.

Estudo apontou que, em geral, os contraceptivos orais possuem em sua formulação o derivado do estrogênio, o etinilestradiol (EE), e este hormônio sintético altera o mecanismo de coagulação provocando aumento na formação de trombina, e, portanto, o risco de tromboembolismo venoso (TEV). Além disso, o EE aumenta também os fatores de coagulação e diminuição da proteína S e antitrombina. Já os progestogênios combinados com estes contraceptivos também possuem riscos para TEV, como os de terceira geração (gestodene, desogestrel) que elevam o risco para duas vezes do que os de segunda geração (levonorgestrel)<sup>(17)</sup>.

Os mecanismos biológicos envolvidos no TEV, relacionados com os estrogênios, associam-se, pois eles aumentam o fator cascata da coagulação e diminuem os fatores anticoagulantes, nomeadamente<sup>(18)</sup>. Os hormônios sexuais femininos têm efeito sobre o sistema cardiovascular, porque os vasos sanguíneos possuem receptores de estrogênio e progesterona em todas as suas camadas constituintes, assim ocorre um aumento da geração de trombina, que vai acarretar um estado de hipercoagulabilidade<sup>(17,19)</sup>.

A mulher, ao utilizar esses hormônios, tem maior probabilidade de desenvolver TEV, uma vez que os anticoncepcionais hormonais orais agem no sistema cardiovascular, porém ressalta-se que esta associação é mais evidenciada com a utilização inadequada e a automedicação, que maximiza outros fatores de risco, como os genéticos, sendo indispensável orientação do profissional de saúde para o uso<sup>(9)</sup>.

Desse modo, a decisão sobre a escolha do método contraceptivo deve estar baseada na avaliação de todos os potenciais riscos e benefícios do método e, sobretudo, aos antecedentes pessoais e familiares da mulher. Por isso, é recomendado o rastreio de trombofilias hereditárias em mulheres história positiva, e essas mulheres não devem utilizar qualquer contraceptivo oral combinado<sup>(9)</sup>. Evidenciou-se que a trombose venosa possui multicausalidade, a qual se associa a um fator de risco hereditário (V Leiden, de risco tromboembólico venoso hereditário mais comum) e um fator de risco adquirido (uso de anticoncepcional oral combinado)<sup>(19)</sup>.

No caso de mulheres com risco para eventos TEV, os anticoncepcionais apenas de progestogênio e os não hor-

monais não estão associados a aumento de risco para TEV, sendo os indicados para pacientes em risco para TEV ou história pessoal de TEV<sup>(20)</sup>. Assim, estudos têm mostrado que há evidências de que o uso de contraceptivos hormonais orais a longo prazo pode ocasionar trombose venosa periférica na mulher, contudo, este fato não ocorre em todas as mulheres, havendo uma clara associação entre fatores predisponentes já existentes, como a genética favorável a eventos vasculares<sup>(3,14,17)</sup>.

### Relação entre o uso de anticoncepcionais orais, neoplasias e doenças cardiovasculares

Outros eventos adversos têm sido evidenciados como resultantes desse uso, como o aumento da pressão arterial<sup>(20)</sup>, sendo apontado que as substâncias presentes nos contraceptivos orais combinados tentam reproduzir as propriedades dos esteroides endógenos. Apesar disso, o EE, pela sua elevada potência biológica comparado ao estradiol (mil vezes mais potente), exacerba a produção de angiotensinogênio hepático, que, por sua vez, causa elevação da pressão arterial pelo sistema renina-angiotensina-aldosterona<sup>(21)</sup>.

Deve-se destacar ainda que os contraceptivos hormonais combinados, por conterem o EE, sempre irão alterar a pressão arterial, mesmo que utilizados em baixas doses. No entanto, em mulheres saudáveis, essa alteração não traz repercussões clínicas, porém deve-se evitar o seu uso em mulheres hipertensas<sup>(14,21)</sup>.

Em relação aos problemas cardiovasculares agravados, as pacientes em uso de anticoncepcionais orais encaminhadas à intervenção coronariana cirúrgica mostraram perfil clínico menos grave do que mulheres em idade reprodutiva que não utilizavam anticoncepcionais orais, mas apresentaram marcadores da atividade inflamatória e trombogênica mais elevados<sup>(19-20)</sup>.

Salienta-se que pesquisas têm evidenciado resultados controversos quando se trata do risco elevado do uso dos anticoncepcionais orais no desencadeamento de acidente vascular cerebral no decorrer das últimas décadas, embora a maioria revele que essa relação existe<sup>(20,22-23)</sup>. Mas ao tratar dos métodos hormonais exclusivos de progestogênio, estudos mostram que são seguros e não aumentam a chance de apresentar esse evento<sup>(14,17)</sup>.

Quando se trata da associação do uso de anticoncepcionais orais com as neoplasias, principalmente a mamária, a literatura concorda que existem evidências da dependência hormonal do câncer de mama, e que o estudo de terapia de reposição hormonal e câncer de mama mostram um aumento do risco, após o quinto ano de uso<sup>(23)</sup>, com chan-

ces aumentadas quando é feita a reposição combinada de estrogênio e progesterona<sup>(24)</sup>.

De fato, a contracepção hormonal é o método mais utilizado para prevenção de gestações indesejadas, por isso a ciência e a literatura têm buscado explicar as possíveis relações entre o uso da hormonioterapia com o risco de desenvolvimento de problemas cardiovasculares, neoplásicos e cerebrovasculares<sup>(3-4,24)</sup>.

### Limitações do estudo

Sugere-se que sejam realizados outros estudos para aprofundar as relações de causa e efeito entre o uso dos contraceptivos hormonais com estrogênio e as predisposições genéticas, visto que essas foram as lacunas e limitações encontradas nos estudos revisados. Outra limitação a ser destacada, centra-se na perspectiva de que algumas publicações podem não ter sido encontradas por conta dos critérios de inclusão adotados. Tais publicações poderiam evidenciar se os demais hormônios podem interferir em outros efeitos colaterais, em longo prazo. Todavia, esta pesquisa avança no conhecimento ao apresentar um panorama das principais evidências científicas sobre os efeitos adversos oriundos do uso de anticoncepcionais hormonais orais por mulheres.

### Contribuições para a prática

O estudo traz relevante contribuição para a *práxis* da enfermagem, sobretudo para a assistência dispensada por enfermeiras, no âmbito das consultas de enfermagem na atenção básica, para a promoção à saúde das mulheres, na esfera da saúde sexual e reprodutiva, por apontar evidências presentes na literatura, sobre os principais eventos adversos oriundos do uso prolongado dos anticoncepcionais hormonais orais. Outrossim, as discussões aqui propostas, poderão possibilitar que tais profissionais reflitam sobre a temáticas, de modo que as enfermeiras auxiliem/assistam as usuárias do planejamento familiar, nas informações adequadas para elas escolham o método contraceptivos mais adequado ao organismo e a necessidade delas.

### CONCLUSÃO

Conclui-se que os efeitos adversos decorrentes do uso de anticoncepcionais hormonais orais, tem sido objeto de contínua investigação e como a contracepção hormonal

é o método mais utilizado para prevenção de gestação indesejada, a literatura tem buscado explicar as possíveis relações entre o uso da hormonioterapia com o risco de desenvolvimento de problemas cardiovasculares, cerebrovasculares e o desenvolvimento de neoplasias, além de evidenciar que o uso em longo prazo pode ocasionar trombose venosa periférica e as complicações subsequentes.

No entanto, apensar dos estudos terem apontado essas possíveis relações, este fato não ocorre em todas as mulheres que utilizam os anticoncepcionais hormonais orais, havendo uma clara associação entre fatores predisponentes já existentes, como a genética favorável a eventos vasculares. Destarte, a busca pelo tratamento de contracepção hormonal no planejamento familiar é cada vez mais frequente, por isso o conhecimento do profissional de saúde é fundamental para as mulheres na escolha mais adequada, a fim de minimizar os agravos e problemas dos eventos adversos decorrentes do uso prolongado.

### Contribuições dos autores:

**Pablo Luiz Santos Couto:** a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. **Alba Benemerita Alves Vilela:** a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. **Antônio Marcos Tosoli Gomes:** a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. **Luana Costa Ferreira:** b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. **Maria Luísa Teixeira Neves:** b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. **Samantha Souza da Costa Pereira:** b) interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. **Cleuma Sueli Santos Suto:** b) interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada. **Cinoélia Leal de Souza:** b) interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada.

### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Primária. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

2. Almeida APF, Assis MM. Side effects and physiological changes related to continued use of contraceptive. Rev Eletrôn Atualiza Saúde. [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 15];5(5):85-93. Available from: <https://dx.doi.org/10.2147%>

2FOAJC.S140214.

3. Couto PLS, Gomes AMT, Pereira AB, Carvalho JS, Silva JK, Boery RNSO. Use of hormonal contraceptives by prostitutes: correlation with markers of social vulnerability. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 15];32(5):507-513. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900071>.
4. Olsen JM, Lago TD, Kalckmann S, Alves MC, Escuder MM. Young women's contraceptive practices: a household survey in the city of Sao Paulo, Brazil. *Cad Saúde Public.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 15];34(2):e00019617. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019617>.
5. Castro ATB, Rocha SP. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 08];11 (1):176-181. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.2798>.
6. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 08];24(2):335-342. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf>.
7. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.* Trad. Guareschi PA. Petrópolis: Vozes; 2002.
8. Jesus PBR, Brandão ES, Silva CRL. Nursing care to clients with venous ulcers an integrative review of the literature. *J res: fundam care online.* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 08];7(2):2639-48. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2176/pdf\\_1560](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2176/pdf_1560).
9. Pandovan FT, Freitas G. Oral contraceptives associated with the risk of deep vein thrombosis. *Braz Jour Surgery Clinical Research.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 15];9(1):73-77. Available from: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130\\_215705.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_215705.pdf).
10. Ventura R, Malta JSM, Lyra AFC, Danda DMR, Urbano LCV. Associação de alterações cromáticas e uso de anticoncepcionais orais. *Arq Bras Oftalmol.* [Internet]. 2009 [cited 2019 Sep 15];72(1):62-64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0004-27492009000100012>.
11. Steckert APP, Nunes SF, Alano GM. Contraceptivos hormonais orais: utilização e fatores de risco em universitárias. *Arq Catarin Med.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 15];45(1):78-92. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/64/122>.
12. Gomes PD, Zimmermann JB, de Oliveira LMB, Leal KA, Gomes ND, Goulart SM et al. Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde. *Cien Saude Colet.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 15];16(5):2453-2460. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500014>.
13. Giglio MR, Andrade LC, Daher GM, Ribeiro MO, Albermaz MA. Contracepção hormonal segundo a ótica do estudante de medicina: mais um desafio para o ensino médico brasileiro? *Rev Bras Educ Med.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 15];39(4):502-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e02952014>.
14. Corrêa DAS, Felisbino-Mendes MS, Mendes MS, Malta DC, Velasquez-Melendez G. Factors associated with the contraindicated use of oral contraceptives in Brazil. *Rev Saúde Public.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 15];51(1):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006113>.
15. Reis SD, Taveira CC. Study of adverse reactions to contraceptive reported by women in a drug store of Taguatinga - DF. *Cenarium Farmacêutico.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 15];4(4):1-20. Available from: [http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/downloads/farmacia/cenarium\\_04\\_11.pdf](http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/downloads/farmacia/cenarium_04_11.pdf).
16. Lubianca JN, Wannmacher L. Uso Racional de Contraceptivos Hormonais Orais. *Horus.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 15];1(10):1-16. Available from: [https://www.academia.edu/36872418/Uso\\_Racional\\_de\\_Contraceptivos\\_Hormonais\\_Orais](https://www.academia.edu/36872418/Uso_Racional_de_Contraceptivos_Hormonais_Orais).
17. Braga DC, Moraes LJA, Oliveira C, Trevisan G. Relação da contracepção oral e o risco de trombose venosa profunda em mulheres no período reprodutivo. *Anais de Medic.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 15];1(1):1-2. Available from: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/anaisdemedicina/article/view/9172>.
18. Lobo RA, Romão F. Hormonas sexuais femininas e trombose venosa profunda. *Angiol Cirurgia Vasc.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 15];7(4):208-214. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v7n4/v7n4a03.pdf>.
19. Maia HO. Trombose venosa profunda num membro superior em mulher a fazer anticoncepcional oral e com trombofilia hereditária - Factor V Leiden. *Rev Port Med Geral Fam.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 15];31(esp):121-124. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rp-mgf/v31n2/v31n2a07.pdf>.
20. Mariano GZ, Schimidt MM, Maturana MA, Quevedo E, Negri B, Gazeta C et al. Impact of oral contraceptive use on the characteristics and clinical evolution of women undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Rev Bras Cardiol Invasiva.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 15];23(3):190-194. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rbc.2016.02.001>.
21. Brito MB, Nobre F, Vieira CS. Hormonal Contraception and Cardiovascular System. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 15];96(4):81-89. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/en\\_aop01211.pdf](https://www.scielo.br/pdf/abc/v96n4/en_aop01211.pdf).
22. Lima ACS, Martins LCG, Lopes MVO, Araújo TL, Lima FET, Aquino OS, et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. [Internet]. *Rev Bras Enferm.* 2016 [cited 2019 Sep 15];70(3):675-83. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/0034-7167-reben-70-03-0647.pdf>.
23. Bahamondes L, Pinho F, de Melo NR, Oliveira E, Bahamondes MV. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Sep 15];33(6):303-309. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000600007>.
24. Steckert APP, Nunes SF, Alano GM. Contraceptivos hormonais orais: utilização e fatores de risco em universitárias. *Arq Catarin Med.* [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 15];45(1):78-92. Available from: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/64/122>.

# TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO

Andrea Márcia da Cunha Lima<sup>1</sup>  
Carmem Sílvia Laureano Dalle Piagge<sup>1</sup>  
Antônia Lêda Oliveira Silva<sup>1</sup>  
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi<sup>1,2</sup>  
Cláudia Batista Melo<sup>1</sup>  
Selene Cordeiro Vasconcelos<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-0152-3332>  
<http://orcid.org/0000-0001-7999-2943>  
<http://orcid.org/0000-0001-7758-2035>  
<http://orcid.org/0000-0003-2364-5787>  
<http://orcid.org/0000-0001-5300-3510>  
<http://orcid.org/0000-0002-8828-1251>

**Objetivo:** Identificar as evidências científicas acerca das tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. **Método:** Estudo de revisão integrativa, que utilizou as bases de dados Medline via PubMed, Web of Science, Scopus, Cinahl e Cochrane, no período de 2010 a 2019, submetidos a uma categorização por temática. **Resultados:** Foram identificados 303 artigos nas bases pesquisadas e após leitura do título e resumo foram selecionados seis artigos para compor a amostra final. As tecnologias educacionais surgiram como ferramentas na promoção da saúde do idoso e qualificação de cuidadores. Os vídeos (n=1), cartilhas (n=1) e encontros grupais (n=1) foram as tecnologias mais aceitas pelos idosos, no entanto os aplicativos para dispositivos móveis e computadores tiveram maior aceitação pelos cuidadores de idosos (n=3). Além disso, os resultados destacaram que é necessário elaborar estratégias para integrar tecnologias educacionais inovadoras na assistência e em políticas públicas de saúde, ampliando seu alcance na promoção da saúde dos idosos. **Conclusões:** São diversas as tecnologias educacionais utilizadas na promoção da saúde do idoso. O conhecimento do perfil do público alvo é necessário para que a seleção da tecnologia educacional a ser empregada seja adequada e, desta forma, possa atingir sua finalidade, proporcionando autonomia e empoderamento dessa população.

**Descritores:** Tecnologia Educacional; Promoção da Saúde; Idoso.

### EDUCATIONAL TECHNOLOGIES IN PROMOTION OF THE ELDERLY'S HEALTH

**Objective:** To identify the scientific evidence about the educational technologies in health promotion for the elderly. **Method:** Integrative review study, which used the Medline databases via PubMed, Web of Science, Scopus, Cinahl and Cochrane, from 2010 to 2019, submitted to a categorization by theme. **Results:** The search returned 303 articles on the databases and after reading the title and abstract, six articles were selected to compose the final sample. The educational technologies have emerged as tools in the health promotion of the elderly and qualification of caregivers. The videos (n=1), booklets (n=1) and group meetings (n=1) were the most widely accepted technologies by the elderly, however the applications for mobile devices and computers had greater acceptance by caregivers of the elderly (n=3). Moreover, the results highlighted the need for developing strategies to integrate innovative educational technologies in care and in public health policies, extending their scope in promoting the health of the elderly. **Conclusions:** There are various educational technologies used in the health promotion of the elderly. The knowledge of the profile of the target audience is necessary to ensure the selection of the adequate educational technology, and, in this way, to achieve its goal, providing autonomy and empowerment of this population.

**Descriptors:** Educational Technology; Health Promotion; Aged.

### TECNOLOGÍAS EDUCATIVAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LOS ANCIANOS

**Objetivo:** Identificar la evidencia científica acerca de las tecnologías educativas en la promoción de la salud para los ancianos. **Método:** Estudio de revisión integral, que utilizó las bases de datos Medline a través de PubMed, Web of Science, Scopus, Cinahl y Cochrane, de 2010 a 2019, sometido a una categorización por tema. **Resultados:** Se identificaron 303 artículos en las bases de datos y después de la lectura del título y del resumen, seis artículos fueron seleccionados para componer la muestra final. Las tecnologías educativas han surgido como herramientas en la promoción de la salud de los ancianos y la cualificación de los cuidadores. Los vídeos (n=1), cartillas (n=1) y reuniones de grupo (n=1) fueron las tecnologías más ampliamente aceptada por los ancianos, sin embargo, las aplicaciones para dispositivos móviles y ordenadores tuvo mayor aceptación por parte de los cuidadores de pacientes ancianos (n=3). Además, los resultados destacaron que existe una necesidad de desarrollar estrategias para integrar tecnologías educativas innovadoras en la atención y en las políticas de salud pública, ampliando su alcance en la promoción de la salud de los ancianos. **Conclusiones:** Existen diversas tecnologías educativas utilizadas en la promoción de la salud en los ancianos. El conocimiento del perfil del público es necesario para garantizar la selección de la tecnología educativa adecuada, y de esta manera, lograr su objetivo, proporcionando la autonomía y el empoderamiento de esta población.

**Descriptor:** Tecnología Educativa; Promoción de la Salud; Anciano.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba, PB, Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

Autor Correspondente: Andrea Márcia da Cunha Lima - Email: andrealima2006@gmail.com

Recebido: 06/03/2020 - Aceito: 17/07/2020

## INTRODUÇÃO

A população mundial tem envelhecido em um ritmo acelerado e o Brasil não é exceção. A expectativa de vida da população está aumentando, as taxas de natalidade diminuindo e o país está se transformando em uma sociedade envelhecida<sup>1</sup>.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>2</sup>, em 2018, existiam 28 milhões de brasileiros idosos, o que representava pouco mais de 13,4% da população. As projeções populacionais indicam que, em 2035, o grupo com 60 anos ou mais representará 20,9% da população, alcançando 30,4% em 2055.

O envelhecimento populacional representa um grande desafio tanto para a sociedade como para os órgãos governamentais. Isso tem sido foco de estudos na Gerontologia e nas Ciências Humanas e Sociais<sup>3</sup>.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Lei 2.528, não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias<sup>4</sup>. A referida Política considera, também, que se deve envelhecer com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional e isso exige promoção da saúde em todas as idades<sup>5</sup>.

Nesse âmbito, cabe à educação em saúde promover hábitos de vida saudáveis ao articular saberes técnicos e populares e mobilizar recursos individuais e coletivos. O trabalho coletivo incita a elaboração de programas educacionais para a promoção da saúde voltados à população idosa<sup>5</sup>.

O termo “Promoção da Saúde” configura-se como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, no intuito de atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população<sup>6</sup>.

Um dos principais dispositivos para promover o cuidado da saúde é a educação em saúde, com um caráter mais ampliado, que auxilia não somente na prevenção de doenças, mas também, no desenvolvimento da responsabilidade individual, sendo bastante utilizada para a transformação de práticas e comportamentos individuais, além do desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do indivíduo<sup>7</sup>.

Nesse contexto, as tecnologias educativas mostram-se efetivas para promover a saúde, pois aperfeiçoam o conhecimento e o enfrentamento do paciente, tornando-o capaz de entender como as próprias ações influenciam a sua condição de saúde<sup>8</sup>.

Entende-se a palavra “tecnologia” como o modo de fazer, o método e não, apenas, a tecnologia física em si,

como máquinas e equipamentos de ponta. As tecnologias em saúde são divididas em três perspectivas: leves, que são as utilizadas nas relações humanas; leve-duras que se referem aos saberes profissionais, bem estruturados com a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõem a equipe e as duras que se referem ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização das informações<sup>9</sup>.

Do exposto, o estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas acerca das tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso.

## MÉTODO

Este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura-RIL, com a finalidade de compilar os resultados de estudos publicados sobre a temática, contribuindo para o acesso ao conhecimento científico e para as tomadas de decisões dos profissionais, baseadas em evidências científicas.

Há estudos científicos disponíveis que descrevem as etapas de preparação para a Revisão Integrativa, contudo, podem haver diferenças de conceituação e descrição das etapas entre os autores. Para sua construção, sugere-se seguir o cumprimento das seguintes fases, as quais foram implementadas no presente estudo: elaboração da pergunta norteadora; busca dos artigos nas bases de dados indexadas; coleta de dados; leitura e avaliação dos artigos selecionados; discussão dos resultados; síntese do conhecimento e apresentação da revisão integrativa<sup>10</sup>.

Identificado e selecionado o tema, consolidou-se a pergunta norteadora: Quais as tecnologias educacionais que são utilizadas na promoção da saúde do idoso?, seguindo a estratégia PICO (População, Interesse e Contexto). Neste estudo, a população foi representada por idosos; o interesse configurou-se pela tecnologia educacional e o contexto caracterizado pela promoção da saúde.

Para a busca na literatura, foram definidas cinco bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PubMed), *Web of Science*, *Scopus*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *Cochrane Library*. Também, foram utilizados os descritores indexados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (*Mesh Terms*) – “educational technology” AND “health promotion” AND aged. A estratégia de busca seguiu as especificidades de cada base, mantendo o atendimento à pergunta norteadora.

**Quadro 1.** Descritores controlados empregados na estratégia de busca sobre promoção da saúde em idosos por meio de tecnologias educacionais, para população, interesse e contexto, e histórico da busca em cada base de dados, 2019.

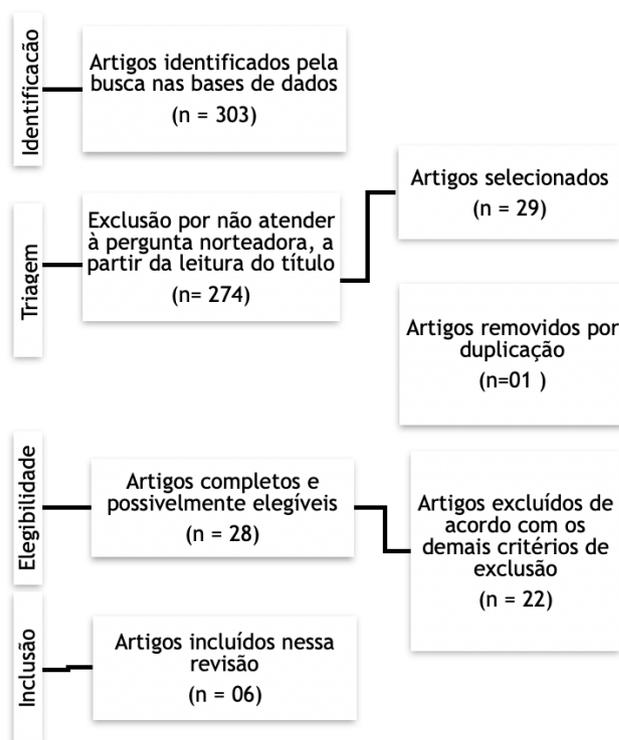
MEDLINE via PubMed	
P	aged
I	educational technology
Co	health promotion
Histórico da busca	"educational technology" AND "health promotion" AND aged
Web of Science	
P	aged
I	educational technology
Co	health promotion
Histórico da busca	"educational technology" AND "health promotion" AND aged
Scopus	
P	aged
I	educational technology
Co	health promotion
Histórico da busca	"educational technology" AND "health promotion" AND aged
CINAHL	
P	aged
I	educational technology
Co	health promotion
Histórico da busca	"educational technology" AND "health promotion" AND aged
Cochrane	
P	aged
I	educational technology
Co	health promotion
Histórico da busca	"educational technology" AND "health promotion" AND aged

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos primários publicados entre os anos de 2010 a 2019, com abordagem da temática das tecnologias educacionais para a promoção da saúde do idoso, com indexação em, pelo menos, uma das bases de dados referenciadas. Como critérios de exclusão foram considerados as publicações repetidas nas bases de dados; estudos de caso; relato de experiência; teses; dissertações; artigos de opinião e outros artigos de revisão.

Foram identificados 303 artigos e após a aferição da relação entre os títulos e a resposta à pergunta norteadora, obteve-se 29 potencialmente elegíveis, sendo excluído 1 por estar duplicado nas bases de dados, resultando em 28. Após a leitura dos resumos e com a aplicação dos demais critérios estabelecidos, foram excluídos mais 22, res-

tando na amostra final 6 artigos na revisão. Para análise e extração dos dados dos artigos selecionados, utilizou-se o instrumento previamente elaborado e testado<sup>11</sup>, adaptado para este estudo. Os resultados foram organizados por meio de uma síntese descritiva com dados quantitativos e qualitativos. Como diretrizes metodológicas para composição do relatório de Revisão foi utilizado o *checklist* PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) (Figura 1).

**Figura 1.** Processo de seleção amostral dos artigos identificados sobre tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. João Pessoa - PB, 2010-2019.



No processo de categorização dos artigos selecionados, emergiram quatro categorias de tecnologias educacionais para promoção da saúde do idoso: I- vídeos educativos, II- cartilhas, III- encontros grupais e IV- aplicativos para dispositivos móveis e computadores.

Em relação à classificação dos níveis de evidência, considerou-se: Nível 1 - evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3 - evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4 - evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e Nível 6 - evidências baseadas em opiniões de especialistas<sup>12</sup>.

## RESULTADOS

Essa Revisão Integrativa mostrou que as tecnologias educacionais abordaram aspectos relacionados à assistência e ao autocuidado de idosos, provenientes da construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência cotidiana dos profissionais com os usuários, que visaram facilitar processos de ensino-aprendizagem.

Da amostra final de seis artigos, três foram de autores brasileiros, publicados nas revistas: *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, *Enfermagem em Foco* e *Revista Gaúcha de Enfermagem* e três de autores estrangeiros (Austrália, Portugal e Taiwan), publicados nos periódicos: *International Psychogeriatrics*, *Revista Latino-Americana de Enfermagem* e *Computers in Human Behavior*. Salienta-se que apenas um artigo foi publicado em revista especializada no cuidado ao idoso.

Os artigos foram sumarizados a partir de suas características gerais em um quadro-síntese para registro dos dados, de maneira a organizar as informações obtidas segundo os elementos disponíveis na sua identificação.

**Quadro 2.** Caracterização dos artigos selecionados sobre tecnologias educacionais na promoção da saúde do idoso. João Pessoa - PB, 2010-2019.

Título	Autor/ Ano/ País	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados principais	Nível de Evidência / Categorias Identificadas
<i>Sexuality and aging: identified needs for construction of an educational technology</i>	Araújo; Moreira; Silva; Aragão; Freitas; Monteiro 2017, Brasil <sup>13</sup>	Qualitativo Exploratório	Identificar as necessidades dos idosos diante de sua sexualidade para subsidiar a construção de uma tecnologia educativa	Os recursos de vídeo e/ou visuais utilizados, aliados à interação profissional, foram identificados como as tecnologias mais adequadas capazes de promover a compreensão do assunto pelos idosos	4 I

<i>Person-centered care and engagement via technology of residents with dementia in aged care facilities</i>	Goh; Loi; Westphal; Lautenschlager 2017, Austrália <sup>14</sup>	Transversal	Fornecer educação e explorar as opiniões e barreiras pelos cuidadores sobre o uso da tecnologia de toque na tela para envolver seus residentes com demência	O uso de tecnologias no cuidado de residentes com demência demonstrou ser uma estratégia que ampliou a confiança e o conhecimento dos cuidadores e a melhora no atendimento	4 IV
<i>Evaluation of the educational technology "Caring for dependent people" by family caregivers in changes and transfers of patients and tube feeding</i>	Landeiro; Peres; Martins 2016, Portugal <sup>15</sup>	Experimental não Randomizado	Avaliar as contribuições da tecnologia interativa educacional no desenvolvimento do conhecimento dos cuidadores familiares no domicílio e avaliar sua satisfação com o seu uso	A tecnologia educacional interativa empregada (aplicativo para computador) atendeu com sucesso a qualidade técnica e as necessidades de aprendizado dos cuidadores e foi considerada	2 IV
<i>Cultivo do bem viver das pessoas idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem</i>	Goes; Polaro; Gonçalves 2016, Brasil <sup>16</sup>	Qualitativo e Quantitativo	Realizar avaliação diagnóstica de condições de vida e saúde dos idosos e testar o desenvolvimento de uma tecnologia cuidativo-educacional	O enfermeiro atuou como facilitador no desenvolvimento de competências para o autocuidado de idosos, instrumentalizado por diretrizes de tecnologia leve (encontros grupais) de atos de relação no cuidado	4 III

<i>The attitudes, impact, and learning needs of older adults using apps on touch-screen mobile devices: Results from a pilot study</i>	Chiu; Hu; Lin; Chang; Chang; Lai 2016, Taiwan <sup>17</sup>	Qualitativo	Compreender a aceitação e limitações da tecnologia da Internet por parte dos adultos mais velhos	Os dispositivos móveis com telas sensíveis ao toque, em aplicativos direcionados à saúde, entretenimento, transporte e mídias sociais contribuiu para o bem estar psicológico em idosos, mesmo	4 IV
<i>Gerontologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade</i>	Barros; Santos; Gomes; Erdmann 2012, Brasil <sup>18</sup>	Qualitativo	Apresentar a cartilha educativa como um produto gerontotecnológico útil para o cuidado ao idoso estomizado	A tecnologia educativa do tipo cartilha constituiu-se como uma forma de cuidado humanizado promotor da emancipação do idoso estomizado	4 II

## DISCUSSÃO

A elaboração de tecnologias educacionais exige procedimentos metodológicos rigorosos, corroborando com os resultados dessa Revisão que mostrou desde a escolha de teorias e temáticas relacionadas à assistência até o autocuidado de idosos. De uma maneira geral, essas tecnologias possibilitam a difusão de conhecimentos e podem provocar mudanças, favorecendo ações que influenciam no padrão de saúde das pessoas<sup>19</sup>.

O uso das tecnologias vem crescendo, consideravelmente, ao longo dos anos, trazendo grandes possibilidades de utilização de novos recursos nas práticas de cuidado e ensino de saúde<sup>20</sup>, como observado no presente estudo que mostrou diversos tipos de tecnologias educacionais, com destaque para vídeos, aplicativos para dispositivos móveis, cartilhas e/ou manuais, além do uso de tecnologia leve, por meio de encontros grupais com abordagem de temas relacionados à saúde.

Dentre esses recursos, o vídeo educativo apresenta-se como um instrumento didático e tecnológico, constituin-

do-se uma ferramenta que proporciona conhecimento, favorece a consciência crítica e a promoção da saúde<sup>21</sup>. Por ser uma estratégia audiovisual exerce maior impacto na aprendizagem quando comparada com a linguagem escrita, pois possui uma série de imagens com movimentos gráficos, textos e sons que permitem ao espectador melhor compreensão do tema apresentado, facilitando a construção do conhecimento, principalmente se possuir até 10 minutos de duração<sup>22-23</sup>. E quando aliados à interação profissional, é identificado como a tecnologia mais apropriada capaz de promover a compreensão do assunto pelos idosos<sup>13</sup>.

Nesse contexto, novas tecnologias vão surgindo e favorecendo as estratégias de comunicação, como os *smartphones* que têm se popularizado nos últimos anos. Equipados com câmeras digitais e aplicativos, tornam-se ferramentas de qualidade para a ampliação do acesso à informação, além de aproximar os profissionais ao idoso, proporcionando uma maior rede de apoio, por meio do diálogo, troca de experiências e dúvidas no tocante aos seus cuidados. Esta abordagem ainda oferece praticidade e baixo custo, atingindo populações com altos níveis de necessidade e que não têm acesso às orientações sobre os cuidados<sup>24-25</sup>.

O uso de tecnologia educacional, por meio de aplicativos, apresenta-se como uma estratégia para o desenvolvimento do conhecimento em cuidadores de idosos nos diferentes domínios de autocuidado, além de ampliar a confiança e proporcionar melhoria no atendimento à essas pessoas<sup>14-15</sup>.

Os dispositivos móveis com telas sensíveis ao toque, em aplicativos direcionados à saúde, entretenimento, transporte e mídias sociais contribuem para o bem estar psicológico em idosos. No entanto, esses indivíduos podem apresentar dificuldades para aprender a usar a internet, necessitando de assistência técnica de familiares e amigos o que pode favorecer, efetivamente, a melhoria de sua motivação para a adoção da internet e de suas aplicações<sup>17</sup>.

A terceira idade ainda precisa ser mais inserida nesse universo informatizado<sup>26</sup>, fato evidenciado por alguns dos estudos nessa Revisão, que mostraram as dificuldades de acesso e falta de habilidade de manuseio dos recursos eletrônicos e tecnológicos como forma de promoção da saúde, tornando-os menos aceitos pelos idosos<sup>14-15,17</sup>.

Entretanto, à medida que as informações e os serviços estão se tornando cada vez mais descentralizados e disponíveis, espera-se que um número crescente de idosos use serviços baseados na internet - saúde, educação, finanças e outros. Nesse sentido, estudo realizado no México, que

objetivou mostrar um *workshop* com base no sistema de gerenciamento de aprendizagem como uma ferramenta de apoio à alfabetização digital de idosos, mostrou que essas pessoas são capazes de aprender e adquirir habilidades de alfabetização digital, desde que estejam fortemente motivados ou conheçam os benefícios funcionais relacionados às Tecnologias de Informação e Comunicação<sup>27</sup>.

A abordagem participativa, comunicativa e coletiva tem sido utilizada para promover a inserção dos idosos nessa realidade digital, sendo fundamental no desenvolvimento de tecnologias educacionais, na interação e na troca de conhecimentos.

Por meio de encontros grupais, o enfermeiro é um agente facilitador no desenvolvimento de competências para o autocuidado e estimulador dos idosos como protagonistas do próprio envelhecimento<sup>16</sup>.

Corroborando com os resultados encontrados, as tecnologias educacionais leves foram as mais utilizadas para idosos como grupos terapêuticos, rodas de conversa, dinâmicas, palestras, cartilhas e panfletos<sup>28</sup>.

A estratégia do trabalho em grupo é vantajosa para as instituições de saúde. A dinâmica de grupo com idosos potencializou seu empoderamento e foi a mais desejada por eles, somando-se as palestras, conversas, panfletos informativos, entre outros<sup>29</sup>.

A cartilha apresenta-se como uma gerontotecnologia capaz de facilitar a compreensão do idoso sobre diferentes temáticas de saúde<sup>30</sup>, com alcance na educação da família ou outro grupo de apoio para o cuidado<sup>18,31</sup>. Por outro lado, pode ser ferramenta inviável para idosos de baixa escolaridade, pela incompreensão do conteúdo do material, pois ainda existe um significativo número de pessoas idosas que apresentam algum grau de dificuldade para a leitura, sendo um ponto negativo de tais tecnologias impressas<sup>28,32</sup>. Entretanto, ainda não se identificou algum estudo que avaliasse, comparativamente, a efetividade do uso de cartilhas ou outro material impresso com aqueles produzidos digitalmente, para uso na promoção de saúde dos idosos.

Como identificado nos artigos desta revisão, as cartilhas e os demais materiais educativos assumem um papel importante no processo da educação em saúde, pois além de facilitarem a divulgação de conteúdos de aprendizagem, funcionam como um recurso que pode ser disponibilizado para o paciente e sua família<sup>33</sup>. Somado a isso, auxiliam para que a educação seja um processo contínuo, como um material de constante pesquisa, em caso de dúvidas e angústia sobre o cuidado<sup>34</sup>.

Esta revisão evidencia que há concordância entre os autores em relação às informações e à linguagem dos diver-

sos materiais empregados nas tecnologias educacionais, devendo ser de fácil compreensão e adequada ao público alvo. Materiais desenvolvidos para fins educativos devem obedecer a uma linguagem simples, com menor nível de leitura, que possibilite transmitir informações precisas. Aliado à função de informar, devem estimular a reflexão e preparar o leitor para o cuidado<sup>34-35</sup>.

Apesar da diversidade de tecnologias educacionais empregadas na promoção da saúde, não foi identificado nessa revisão, o recurso dos infográficos, que são textos visuais explicativos e informativos associados aos elementos como imagens, sons, gráficos, entre outros. Essa linguagem, que dá preferência à imagem, parece encaixar-se mais adequadamente ao estilo de vida da população. O infográfico é lido em poucos minutos, já que é predominantemente visual e de fácil compreensão, a fim de atingir um número maior de leitores<sup>36</sup>. Por possibilitar a combinação de diversos recursos multimídia, os infográficos podem unir os benefícios áudio visuais e tornarem-se potenciais ferramentas gerontotecnológicas educacionais.

Sendo assim, é de fundamental importância que as tecnologias educativas gerontogeriatricas sejam amplamente discutidas no cenário da saúde, tanto entre os profissionais quanto entre a população idosa e que novas tecnologias sejam desenvolvidas em prol da assistência aos indivíduos, como forma de inovação, capaz de produzir mudança no processo de envelhecer, principalmente com foco no empoderamento, autonomia e qualidade de vida nessa faixa etária<sup>28</sup>.

### Limitações do estudo

Essas limitações relacionam-se com a escassez de publicações sobre a temática abordada, além de estudos com baixo nível de evidência o que pode comprometer a sumariação dos resultados.

### Contribuições para prática

A síntese dos resultados identificados nessa revisão aponta para importantes contribuições para a prática do cuidado integral na promoção da saúde do idoso, por promover reflexões acerca da amplitude e diversidade do uso de tecnologias educacionais, direcionadas para o incentivo de mudanças comportamentais dessa população, relacionadas aos cuidados de saúde e bem-estar.

### Contribuição dos autores:

Contribuição intelectual na revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final para publicação.

## CONCLUSÃO

O estudo possibilitou ampliar o conhecimento e identificar as tecnologias educacionais para a promoção da saúde de idosos, mostrando a diversidade de tipos, abordagens e temáticas utilizadas, não se restringindo apenas às tecnologias por meio de equipamentos e/ou aparelhos. As tecnologias leves, leves-dura e dura foram aceitas e utilizadas pelos cuidadores, porém as leves e leves-dura foram as mais aceitas entre os idosos, por proporcionarem interação profissional-idoso.

Faz-se necessário elaborar estratégias para integrar tecnologias educacionais inovadoras na assistência e em políticas públicas de saúde, ampliando seu alcance na promoção da saúde dos idosos. O conhecimento do perfil do público alvo aliado à linguagem acessível e de fácil compreensão são fundamentais para que a tecnologia educacional seja adequada e, desta forma possa atingir sua finalidade, proporcionando autonomia e empoderamento dessa população.

## REFERÊNCIAS

1. Fernández-Ardévol M. Práticas digitais móveis das pessoas idosas no Brasil. *Panorama Setorial* [Internet]. 2019; 11(1): 1-20. Disponível em: [https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/1/panorama\\_estendido\\_mar\\_2019\\_online.pdf](https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/1/panorama_estendido_mar_2019_online.pdf). Acesso em: 23 mar 2019.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tabelas 2018 – Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 [Internet]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edit=resultados>. Acesso em: 5 dez. 2018.
3. Ferreira MMM. A velhice: olhares das pessoas idosas e seus familiares. 2019. 174 f. Tese (Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea) Universidade Católica de Salvador, Salvador-BA, 2019. Disponível em: <http://ri.ucs.br:8080/jspui/bitstream/prefix/852/1/TESEMARILAINEFERREIRA.pdf>. Acesso em: 17 set 2019.
4. Brasil. Lei Federal nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 17 jul 2019.
5. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JDC, Vasconcelos EMRD. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; 20(6): 1763-72. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n6/1763-1772/pt>. Acesso em: 11 jun 2019.
6. Malta DC, Moraes Neto O, Silva MMAD, Rocha D, Castro AMD, Reis AACD et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016; 21(6): 1683-94. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n6/1683-1694/pt>. Acesso em: 17 set 2019.
7. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015; 39:480-90. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n105/480-490/pt/>. Acesso em: 17 set 2019.
8. Silveira MS, Cogo ALP. Contribuições das tecnologias educacionais digitais no ensino de habilidades de enfermagem: revisão integrativa. *Revista gaúcha de enfermagem* [Internet]. 2017; 38(2): e66204. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170266204.pdf>. Acesso em: 15 abr 2019.
9. Cestari VRF, Sampaio LRL, Barbosa IV, Studart RMB., Moura BBF, Araújo AR. Tecnologias do Cuidado utilizadas pela Enfermagem na Assistência ao
10. Paciente Politraumatizado: Uma Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2015; 20(4): 701-10. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647681022.pdf>. Acesso em: 23 mar 2019.
11. Koller SH, Couto MCP, Von Hohendorff J. Manual de produção científica [Internet]. Porto Alegre: Penso Editora, 2014. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=2sDFAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Manual+de+produ%C3%A7%C3%A3o+cient%C3%ADfica&ots=yFpwM1ZwOP&sig=NHEKhFn5ebvockm5-wwcLeGgIKU#v=onepage&q=Manual%20de%20produ%C3%A7%C3%A3o%20cient%C3%ADfica&f=false>. Acesso em: 06 mai 2019.
12. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino Americana de Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 25]; 14(1):124-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>. Acesso em: 08 abr 2019.
13. Souza MTD, Silva MDD, Carvalho RD. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Revista Einstein* [Internet]. 2010; 8(1): 102-106. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102](https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102). Acesso em: 06 mai 2019.
14. Araújo MIR, Moreira ACA, Silva MJD, Aragão AEDA, Freitas CASL, Monteiro PAA. Sexualidade e Envelhecimento: Necessidades Identificadas para a Construção de uma Tecnologia Educacional. *Revista de Enfermagem UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2017; 11(7): 2674-82. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23439/19138>. Acesso em: 19 fev 2019.
15. Goh AM, Loi SM, Westphal A, Lautenschlager NT. Person-centered care and engagement via technology of residents with dementia in aged care facilities. *International psychogeriatrics* [Internet]. 2017; 29(12): 2099-2103. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-psychogeriatrics/article/personcentered-care-and-engagement-via-technology-of-residents-with-dementia-in-aged-care-facilities/15F-22D1BA58FB5BB695B3969063EA3D4>. Acesso em: 22 fev 2019.
16. Landeiro MJL, Peres HHC, Martins TV. Evaluation of the educational technology "Caring for dependent people" by family caregivers in changes and transfers of patients and tube feeding. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2016; 24. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02774.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02774.pdf). Acesso em: 19 fev 2019.
17. Goes TM, Polaro SHI, Gonçalves LHT. Cultivo do bem viver das pessoas

- idosas e tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2016; 7(2): 47-51. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/794/319>. Acesso em: 19 fev 2019.
17. Chiu CJ, Hu YH, Lin DC, Chang FY, Chang CS, Lai CF. The attitudes, impact, and learning needs of older adults using apps on touchscreen mobile devices: Results from a pilot study. *Computers in Human Behavior* [Internet]. 2016; 63: 189-97. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563216303478>. Acesso em: 18 fev 2019.
18. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2012; 33(2): 95-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/14.pdf>. Acesso em: 19 fev 2019.
19. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro(a). Porto Alegre: Moriá, 2014.
20. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LVD, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet]. 2014; 15(1): 158-65. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108/2382>. Acesso em: 23 mar 2019.
21. Razera APR, Buetto LS, Lenza NDFB, Sonobe HM. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2013; 13(1): 172-7. Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659/pdf\\_156](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19659/pdf_156). Acesso em: 23 mar 2019.
22. Fernandes AFC. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet]. 2013; 59(3): 401-7. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/10-artigo-construcao-video-educativo-sobre-deteccao-precoce-cancer-mama.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/10-artigo-construcao-video-educativo-sobre-deteccao-precoce-cancer-mama.pdf). Acesso em: 08 abr 2019.
23. Fleming SE, Reynolds J, Wallace B. Lights... camera... action! a guide for creating a DVD/video. *Nurse Educator* [Internet]. 2009; 34(3): 118-21. Disponível em: [https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Abstract/2009/05000/Lights\\_\\_\\_Camera\\_\\_\\_Action\\_\\_A\\_Guide\\_for\\_Creating\\_a.14.aspx](https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/Abstract/2009/05000/Lights___Camera___Action__A_Guide_for_Creating_a.14.aspx). Acesso em: 28 fev 2019.
24. Duarte UO. Desenvolvimento e validação de tecnologia educativa leve-dura, sob o formato de aplicativo multimídia para plataforma móvel, para favorecimento a garantia do dever de cuidado com idoso no município de Mossoró-RN. 2018. Dissertação (Mestrado em Cognição, Tecnologias e Instituições) - Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró-RN, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufersa.edu.br/bitstream/prefix/1099/1/Uliss%c3%a9aOD-DISSERT.pdf>. Acesso em: 28 fev 2019.
25. Estai M, Kanagasingam Y, Xiao D, Vignarajan J, Huang B, Kruger E et al. A proof-of-concept evaluation of a cloud-based store-and-forward telemedicine app for screening for oral diseases. *Journal of telemedicine and telecare* [Internet]. 2016; 22(6): 319-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26377126>. Acesso em: 08 abr 2019.
26. Batista EB, Silva LWS, Moura LR, Queiroz VAR, Matos RS, Silva SJL et al. Inclusão Digital como ferramenta ao envelhecimento ativo: um relato de experiência. *Prisma.com* [Internet]. 2019; 38: 69-81. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/ojs/index.php/prismacom/article/view/5428>. Acesso em: 15 abr 2019.
27. Martínez-Alcalá CI, Rosales-Lagarde A, Alonso-Lavernia MDLÁ, Ramírez-Salvador JÁ, Jiménez-Rodríguez B, Cepeda-Rebollar RM et al. Inclusão digital em idosos: uma comparação entre oficinas de alfabetização digital presencial e mista. *Fronteiras em TIC* [Internet]. 2018; 5:21. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fict.2018.00021/full>. Acesso em: 08 abr 2019.
28. Pereira ELC, Sanguino GZ, Ronchi TS, Previato GF, Jaques AE, Baldissera VDA. Tecnologias educativas gerontogerátricas nas diferentes temáticas de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro* [Internet]. 2019; 9: 1-8. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2768>. Acesso em 19 fev 2019.
29. Berardinelli LMM, Guedes NAC, Ramos JP, Nascimento MG. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas [Educational technology as a strategy for the empowerment of people with chronic illnesses]. *Revista Enfermagem UERJ* [Internet]. 2014; 22(5): 603-9. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a04.pdf>. Acesso em: 28 fev 2019.
30. Cordeiro LI, Lopes TDO, Lira LEDA, Feitoza SMDS, Bessa MEP, Pereira MLD et al. Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2017; 70(4): 775-82. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000400775&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400775&lng=en&tlng=en). Acesso em: 23 mar 2019.
31. Camacho ACLF, Abreu LTA, Leite BS, Mata ACO, Louredo DS, Silva RP. Validação de cartilha informativa sobre idoso demenciado pelos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem: estudo observacional-transversal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2014; 6(1): 8-16. Disponível em: [https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5057/5057506203\\_210](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5057/5057506203_210). Acesso em: 23 mar 2019.
32. Arruda LM, Avansi TA. Analfabetismo na terceira idade: pesquisa do analfabetismo em Sinop-MT. *Eventos Pedagógicos* [Internet]. 2014; 5(2): 435-42. Disponível em: <http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/eventos/article/view/1425>. Acesso em: 06 mai 2019.
33. Santos LTM, Bastos MG. Desenvolvimento de material educacional sobre doença renal crônica utilizando as melhores práticas em letramento em saúde. *Brazilian Journal of Nephrology* [Internet]. 2017; 39(1): 55-58. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002017000100055&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002017000100055&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 23 mar 2019.
34. Cruz FOAM, Ferreira EB, Vasques CI, Mata LRF, Reis PED. Validação de manual educativo para pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016; 24: 1-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02706.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02706.pdf). Acesso em: 28 fev 2019.
35. Chinihorn P, Glaser M, Tucker WD, Diehl JC. Exploration of deaf people's health information sources and techniques for information delivery in Cape Town: a qualitative study for the design and development of a mobile health app. *JMIR human factors* [Internet]. 2016; 3(2): e28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27836819>. Acesso em: 08 abr 2019.
36. Módolo CM. Infográficos: características, conceitos e princípios básicos. In: *Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação da Região Sudeste* [Internet]. 2007; 12:1-15. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sudeste2007/resumos/r0586-1.pdf>. Acesso em: 06 mai 2019.

# PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: FERRAMENTA DE SUPERAÇÃO DO GAP TERAPÊUTICO EM SAÚDE MENTAL

Francisco João de Carvalho Neto<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-2011-5900>

Maria da Glória Sobreiro Ramos<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7847-7077>

Mayla Rosa Guimarães<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6501-7853>

Aline Raquel de Sousa Ibiapina<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1373-3564>

Ana Paula Cardoso Costa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1550-3685>

Rávida da Rocha Lima Silva<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9738-7077>

Lany Leide de Castro Rocha Campelo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1686-9312>

Girzia Sammya Tajra Rocha<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1624-3838>

**Objetivo:** Relatar a experiência acadêmico-assistencial de estudantes de Enfermagem durante a construção conjunta de um projeto terapêutico singular com as equipes de atenção à saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a elaboração de um projeto terapêutico singular, a partir das experiências vividas por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí no segundo semestre de 2019 ao acompanhar uma paciente com transtorno mental. **Resultados:** Como resultado do seguimento das etapas diagnóstico situacional, definição de metas, divisão de responsabilidades e avaliação e reavaliação, bem como do engajamento dos acadêmicos e profissionais e da paciente e sua família em cada fase do projeto terapêutico singular, foi possível identificar os aspectos orgânicos, psicológicos e sociais desencadeadores dos problemas e riscos à saúde e planejar e implementar intervenções voltadas ao suprimento das demandas da paciente e família, consequentemente melhorando sua qualidade de vida. **Conclusões:** O projeto terapêutico singular demonstrou ser uma ferramenta importante para a superação do distanciamento terapêutico existente entre paciente, família e equipe, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos, uma melhor resolutividade das demandas do paciente e família e a produção de sua autonomia quanto ao seu autocuidado.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Planejamento em Saúde; Saúde Mental.

## SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT: TOOL FOR OVERCOMING THERAPEUTIC GAP IN MENTAL HEALTH

**Objective:** To report the experience of academic care of nursing students during the joint construction of a singular therapeutic project with the family health care teams in a Basic Health Unit. **Methodology:** A descriptive study of the type of experience report on the elaboration of a singular therapeutic project, based on the experiences lived by Nursing students of the Federal University of Piauí in the second semester of 2019 when they followed up on a patient with mental disorder was carried out. **Results:** As a result of following the stages of situational diagnosis, goal setting, division of responsibilities, and evaluation and reevaluation, as well as the link between academics and professionals with the patient and her family in each phase of the singular therapeutic project, it was possible to identify the organic, psychological and social aspects that trigger health problems and risks to plan and implement interventions aimed at satisfying the demands of the patient and their family, consequently improving their quality of life. **Conclusions:** The singular therapeutic project proved to be an important tool to overcome the existing therapeutic gap between patient, family and health team, contributing to the strengthening of ties, a better resolution of the demands of the patient, the family and the production of autonomy and personal care.

**Descriptors:** Primary Health Care; Health Planning; Mental Health.

## PROYECTO TERAPEUTICO SINGULAR: HERRAMIENTA PARA SUPERAR EL DISTANCIAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA SALUD MENTAL

**Objetivo:** Relatar la experiencia de atención académica de estudiantes de Enfermería durante la construcción conjunta de un proyecto terapéutico singular con los equipos de atención a la salud familiar en una Unidad Básica de Salud. **Metodología:** Estudio descriptivo del tipo relato de experiencia sobre la elaboración de un proyecto terapéutico singular, a partir de las experiencias vividas por estudiantes de Enfermería de la Universidad Federal de Piauí en el segundo semestre de 2019 cuando realizaban seguimiento a una paciente con trastorno mental. **Resultados:** Como resultado de seguir las etapas de diagnóstico situacional, establecimiento de objetivos, división de responsabilidades y evaluación y reevaluación, así como la vinculación de académicos y profesionales con la paciente y su familia en cada fase del proyecto terapéutico singular, fue posible identificar los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales que desencadenan problemas y riesgos a la salud para planificar e implementar intervenciones dirigidas a satisfacer las demandas del paciente y su familia, mejorando como consecuencia su calidad de vida. **Conclusiones:** El proyecto terapéutico singular demostró ser una herramienta importante para superar el distanciamento terapéutico existente entre paciente, familia y equipo de salud, contribuyendo al fortalecimiento de los vínculos, una mejor resolución de las demandas del paciente, la familia y la producción de su autonomía con respecto a sus cuidados personales.

**Descriptores:** Atención Primaria de Salud; Planificación en Salud; Salud Mental.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí, PI, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil.

Autor correspondente: Ana Paula Cardoso Costa - Email: anapaulaccardoso@hotmail.com

Recebido: 28/03/2020 - Aceito: 18/08/2020

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que reflete em todos os âmbitos da sociedade. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, foi estabelecida com o intuito de humanizar as condições de tratamento e cuidado às pessoas que sofrem com transtornos mentais, rompendo com o modelo hegemônico até então vigente<sup>1</sup>.

Resultado desse movimento foi a promulgação da Lei nº 10.2016/2001, na qual foi oficializado o atendimento psiquiátrico humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias<sup>2</sup>.

Apesar dos avanços relacionados à assistência, as práticas de cuidado em saúde mental no Brasil seguem pautadas em ações realizadas no próprio serviço, sem articulação com o território e com enfoque no tratamento medicamentoso dos sintomas do transtorno mental. Observa-se ainda, a ausência de um olhar para as especificidades e singularidades da pessoa que sofre e a reprodução de um cuidado intramuros característico do modelo asilar, divergindo do que propõe a Reforma Psiquiátrica<sup>3</sup>.

Um dos modelos de assistência para romper com a conjuntura asilar são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se constituem pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar no atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas<sup>4,5</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é porta de entrada para o atendimento de pessoas com transtornos mentais no sistema de saúde. Sua finalidade é promover ações de saúde para o indivíduo e coletividade, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, oferecendo uma atenção integral a seus usuários<sup>6</sup>.

Nesse cenário, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) se constituem como serviços que ampliam a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB), bem como sua resolutividade. Devem atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, responsabilizando-se e compartilhando suas ações com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) buscando contribuir para a integralidade do cuidado prestado<sup>7</sup>.

Algumas estratégias têm potencial de reduzir substancial-

mente o distanciamento terapêutico de pessoas em sofrimento psíquico e a APS e, conseqüentemente, a carga de doença produzida pelos transtornos mentais: a integração da atenção à saúde mental aos serviços de APS; o compartilhamento e delegação de tarefas; e a incorporação de inovações tecnológicas aos modelos de ofertas de serviços existentes de saúde mental<sup>8</sup>.

Uma ferramenta para efetivar a superação desse gap terapêutico em saúde mental, ou seja, a lacuna existente entre pessoas com transtornos mentais e APS, é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), definido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial<sup>9</sup>. Nesse contexto, o PTS se configura como um movimento de coprodução e cogestão do processo terapêutico que promove integração entre as equipes de saúde<sup>10</sup>.

Frente ao exposto, o presente estudo tem por objetivo relatar a experiência acadêmico-assistencial de estudantes de Enfermagem durante a construção conjunta de um PTS com as equipes ESF e NASF em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a elaboração de um PTS por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

### Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma UBS situada no município de Picos, Piauí, Brasil, durante visitas domiciliares a uma paciente assistida por uma das ESF da unidade entre os meses de agosto e outubro de 2019.

### Sujeitos envolvidos na experiência

A experiência contou com participação de acadêmicos de enfermagem e docentes preceptores da UFPI, profissionais da ESF, NASF e CAPS, e paciente para o qual foi elaborado e implementado o PTS relatado.

### Aspectos éticos

Por tratar-se de um relato de experiência dos autores em atividade acadêmica realizada em um estágio curricular, não houve necessidade de submissão à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Ressalta-se, no entanto, que se mantiveram os princípios éticos durante toda a execução do plano terapêutico e descrição da atividade neste artigo.

### Objetivos da Experiência

A experiência teve como objetivos construir e imple-

mentar um PTS para uma paciente com transtorno mental assistida na APS.

### Descrição da experiência

Durante o período do estágio foi possível conhecer a rotina do serviço e as demandas da população atendida. A partir de então pôde-se identificar uma situação complexa envolvendo uma paciente portadora de transtorno mental sem acompanhamento especializado e em situação de extrema vulnerabilidade.

Em cumprimento das etapas diagnóstico situacional, definição de metas, divisão de responsabilidades, avaliação e reavaliação, a elaboração do PTS teve início com o diagnóstico situacional da paciente e família.

Devido a situação de saúde e a vulnerabilidade socioeconômica da paciente, foram realizadas visitas domiciliares juntamente com os profissionais do NASF, nas quais foram coletados os dados necessários à elaboração do plano terapêutico<sup>7</sup>.

Procurou-se conhecer a usuária, sua família, bem como o contexto social em que estavam inseridos para que se pudesse estabelecer uma relação de vínculo entre estes e a UBS, ferramenta importante na adesão ao plano terapêutico, bem como para o êxito no seu seguimento, tendo em vista que o vínculo se faz imprescindível na construção de relações de afetividade e confiança entre usuário e profissional, alicerce para o aprofundamento no processo de corresponsabilização<sup>6</sup>.

Ainda na ocasião da primeira visita, os acadêmicos apresentaram à família a proposta de realização do PTS, e somente após o aceite deu-se início à intervenção com a continuidade das visitas e etapas subsequentes. É válido ressaltar que durante a execução do PTS todos apresentaram-se receptivos e colaborativos e que a inclusão da família foi fundamental, uma vez que a usuária era dependente da irmã para deslocar-se quando necessário.

Para desempenhar as metas propostas foram realizadas um total de cinco visitas domiciliares com a equipe multiprofissional, cujos objetivos foram esclarecidos. Nestas visitas, executaram-se atividades variadas conforme as necessidades da paciente/família, sempre buscando o fortalecimento dos vínculos<sup>11</sup>, principalmente devido a dificuldade de locomoção da paciente, e seu quadro de humor deprimido, fatores que poderiam dificultar a sua ida ao serviço de saúde, devido à falta de estímulo para busca de assistência<sup>12</sup>.

Diante disso, foi possível realizar o diagnóstico situacional e, assim, elencar os principais problemas existentes: vínculo deficiente com a equipe de saúde da UBS, tratamento psiquiátrico inadequado, falta de vínculo com o CAPS, isolamento social, nutrição inadequada, falta de cuidados com a saúde bucal. Foram identificados, também, riscos para desenvolvimento de outros problemas de saúde, tais como depressão e comporta-

mento suicida. Observou-se ainda, déficit no autocuidado devido à falta de conhecimento e à condição de saúde mental e renda insuficiente, sugerindo outros riscos à saúde.

Após essa etapa, buscou-se na literatura informações referentes à doença, tratamentos, formas de reintegração social e articulação entre os serviços de apoio dentro da Rede de Atenção à Saúde do próprio município. Com as informações necessárias e equipe multidisciplinar disponível, foram elaboradas metas, responsabilidades e prazos a serem alcançados junto à paciente e família, assim como demonstrado no Quadro 1.

### Principais resultados alcançados

**Quadro 1** - Plano terapêutico elaborado por acadêmicos de Enfermagem, docentes preceptores, equipe ESF e NASF. Picos - PI, Brasil. 2019.

Diagnóstico	Metas	Responsáveis	Tempo
Paciente de 39 anos, sexo feminino, parda, ensino fundamental incompleto, reside com sua irmã e dois sobrinhos adolescentes. Renda familiar oriunda de benefício da paciente (Loas). Há alguns anos, principalmente devido ao seu comportamento agressivo, e compulsão sexual, a família buscou tratamento no CAPS, onde foi diagnosticado também um retardo mental moderado (CID F71.1). Devido à falta de informação, baixo nível socioeconômico da família, e dificuldade de acesso ao serviço, a paciente não deu continuidade ao acompanhamento psiquiátrico, mantendo a prescrição inicial ("Diazepan") sem nenhuma reavaliação, mesmo sem a melhora do quadro. Ao exame físico, constatou-se dentição prejudicada relacionada à barreira ao autocuidado e conhecimento insuficiente. Isolamento social, interação social prejudicada, risco de solidão. Em sua residência, a paciente é mantida pela família em cárcere privado, em quarto escuro, com grades e sem ventilação.	Visita domiciliar para consulta de acolhimento e cadastramento, objetivando melhorar o vínculo com a UBS.	Enfermeira, acadêmicos e docentes preceptores.	Imediato
	Encaminhamento ao CAPS, para retomada do acompanhamento psiquiátrico.	Enfermeira Psiquiatra, psicólogo e equipe multiprofissional	Imediato
	Encaminhamento à assistência social, para avaliação da situação socioeconômica familiar.	Assistente social	Primeiro mês
	Elaboração de um plano alimentar e acompanhamento nutricional.	Nutricionista	Primeiro mês
	Assistência médica para avaliação geral do estado de saúde.	Médico	Primeira semana / contínuo
	Acompanhamento com fisioterapeuta, visto que paciente se apresentava em situação de mobilidade dificultada devido isolamento em um quarto.	Fisioterapeuta	Mensal
	Visitas domiciliares mais frequentes para o desenvolvimento de vínculo paciente/equipe e acompanhamento da situação de saúde.	Agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico e assistente social.	Contínuo
	Avaliação da saúde bucal.	Dentista	Mensal

Fonte: Autores.

A etapa subsequente do projeto se constituiu na avaliação de alcance das metas estabelecidas conjuntamente entre equipes ESF e NASF, conforme demonstrada no Quadro 2.

**Quadro 2** - Avaliação das metas estabelecidas no PTS por acadêmicos de Enfermagem, docentes preceptores, equipe eSF e NASF. Picos – PI, 2019.

Profissionais Responsáveis	Metas Alcançadas
	Melhor vínculo com a equipe da UBS, NASF e CAPS.
Enfermeira	Paciente encaminhado ao CAPS II para realização de consulta com psiquiatra, realizado diagnóstico e sugerido tratamento na modalidade não intensiva, de frequência mensal ou conforme necessidade. A partir da consulta com o psiquiatra, passou a fazer uso das seguintes medicações: Neozine® 25 mg, Zargus® 2 mg e Fenergan® 25mg
Assistente social	Realizado cadastro único
Nutricionista	Plano alimentar elaborado conforme condição econômica
Psicóloga	Acompanhamento quanto às demandas psíquicas
Médica	Prestada assistência médica durante o tratamento e acompanhamento para reavaliação e renovação de receitas
ACS	Maior frequência de visitas ao domicílio
Fisioterapeuta	Acompanhamento com fisioterapeuta devido situação de mobilidade prejudicada
Dentista	Avaliação da saúde bucal realizada e tratadas as demandas

Evidenciou-se que a integração entre ESF, NASF e acadêmicos de enfermagem foi imprescindível para que as metas propostas fossem alcançadas com êxito. Além disso, a criação de vínculos permitiu aproximação entre os envolvidos no plano terapêutico, otimizando o ato de cuidar<sup>13</sup>.

Ademais, notou-se que a incorporação do cuidado em saúde mental na APS pode exercer papel fundamental na diminuição do estigma<sup>14</sup>. O matriciamento, compartilhamento e delegação de tarefas podem reduzir os custos e a quantidade de profissionais de saúde necessários para suprir as demandas no nível da APS. Inovações tecnológicas têm capacidade para expandir o alcance dos serviços, cortar custos e, também, reduzir o estigma. Dessa forma, estratégias como o PTS mostram-se eficazes e precisam ser exploradas pelos mais diversos profissionais da saúde<sup>15</sup>.

### Limitações da experiência

Como limitação da experiência, aponta-se àquela relacionada ao não acompanhamento subsequente do paciente pelos acadêmicos de Enfermagem e docentes preceptores,

em virtude do encerramento do período de estágio, para, assim, observar a continuidade da implementação do PTS.

### Contribuições para a prática

A elaboração e implementação do PTS possibilitou a transformação do estado de saúde da paciente, viabilizou um maior conhecimento sobre o sofrimento mental, proporcionando a quebra de paradigmas e estigmas presentes em diversos contextos, e contribuiu para a articulação do cuidado biopsicossocial.

Acredita-se que o relato desta experiência possa contribuir para a ampliação de ações voltadas para a promoção da saúde mental no contexto da AB e para que o PTS seja implementado e executado nesse contexto, visando à superação da lacuna terapêutica existente entre APS e pacientes com transtornos mentais, bem como otimizando à integralidade do cuidado.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do PTS demonstrou ser uma ferramenta com potencial para superação do distanciamento terapêutico entre paciente, família e equipe de saúde, contribuindo para uma melhor integração destes e sendo eficaz na resolutividade de problemas. A experiência foi exitosa não só para os acadêmicos, mas também para os profissionais atuantes na UBS, que puderam visualizar o contexto da usuária em sua integralidade e os benefícios advindos após execução do PTS.

Durante as visitas domiciliares, verificou-se o quanto é necessária a ligação entre profissional de saúde e usuário. Alguns indivíduos podem encontrar-se impossibilitados de frequentar o serviço de saúde, assim, a visita domiciliar supera essa dificuldade na mobilidade, e, para além disso, possibilita visualizar problemas encontrados no âmbito familiar.

### Contribuições dos autores:

FJC: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. MGRS: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. MRG: concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. ARSI, APCC, RRLS, LLCRC, GSTR: redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ramos DKR, Paiva IKS, Guimarães J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazeres. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019; 24(3):839-852. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>
- 2 Souza SAN, Santos MWL, Santos EGM. A Reforma Psiquiátrica na concepção e prática de uma equipe transdisciplinar de profissionais da saúde em um centro de convivência. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos* [Internet]. 2020; 3(6):28-35. Available from: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/107>
- 3 Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab educ saúde* [Internet]. 2020; 18(1):1-18. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>
- 4 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 [Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS]. Brasília-DF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2011. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html) [Acesso em: 12 out 2019].
- 5 Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [acesso em 06 fev 2020]. 2017. Available from: <https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps> [Acesso em: 30 out 2019].
- 6 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS]. Brasília-DF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2017. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) [Acesso em: 15 out 2019].
- 7 Ministério da Saúde (BR). Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf) [Acesso em: 24 nov 2019].
- 8 Rebello TJI, Marques A, Gureje O, Pike KM. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2014; 27(4):308-14. Available from: <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000068>
- 9 Ministério da Saúde (BR). Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf) [Acesso em: 25 nov 2019].
- 10 Ministério da Saúde (BR). Caderno Humaniza SUS – Volume 1 – Formação e Intervenção. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf) [Acesso em: 24 nov 2019].
- 11 Kayama M, Setoya N, Doyle C. Expanding use of nurse home visiting for community psychiatric care in Japan. *Psychiatr O* [Internet]. 2020; 24. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09721-w>
- 12 Neves R, Dimenstein M, Paulon S, Nardi H, Bravo O, Galvão VABM, et al. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana* [Internet]. 2012; 30(2):356-368. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a11.pdf>
- 13 Catanni AN, Siqueira DF, Carmo DRP, Terra MG, Pillon SC. Percepção de profissionais de Enfermagem no cuidado as pessoas internadas em Unidade de Atenção Psicossocial. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020; 9(1):e82911676. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1676>
- 14 Garcia GDV, Zanoti-Jeronymo DV, Zambenedetti G, Cervo MR, Cavalcante MDMA. Healthcare professionals perception of mental health in primary care. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020; 73(1):e20180201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0201>
- 15 Baptista JA, Camatta MW, Filippin PG, Schneider JF. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020; 73(2):e20180508. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>

# PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA SOBRE A LEI MARIA DA PENHA

Brenda Dantas Ferraz<sup>1</sup>

Selma Aparecida Silva<sup>1</sup>

Ivandira Anselmo Ribeiro Simões<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-4921-0343>

<https://orcid.org/0000-0002-5466-9055>

<https://orcid.org/0000-0003-3793-9399>

**Objetivo:** conhecer a percepção das mulheres de uma cidade sul mineira a respeito do que elas sabem sobre a Lei Maria da Penha. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, baseado no método Discurso do Sujeito Coletivo. Os participantes do estudo foram 20 mulheres com idade entre 18 a 60 anos. **Resultados:** Quanto às características das entrevistadas estão idade, profissão, estado civil, escolaridade, número de filhos e conhecimento da lei Maria da Penha. Dentro dos aspectos houve predomínio de 55% com idade de 20 a 29 anos, 60% são estudantes, 75% são mulheres solteiras, 75% têm ensino médio completo, 55% não têm filhos, e todas as participantes disseram conhecer a Lei Maria da Penha. Quanto à percepção sobre o que as mulheres sabem sobre a Lei Maria da Penha encontrou-se as seguintes ideias centrais: "Protege contra qualquer tipo de violência"; "Proteger de violência"; "Não sei"; "Defende os direitos das mulheres"; "Defende a dignidade"; "Proteção legal às mulheres". **Conclusão:** As participantes do estudo sabem do que se trata a Lei Maria da Penha, mas não de forma aprofundada, sendo importante criar novas estratégias de divulgação da informação para atingir um maior número da população. **Descritores:** Violência Doméstica; Violência de Gênero; Feminismo.

## PERCEPTION OF THE FEMALE POPULATION ABOUT THE MARIA DA PENHA LAW

**Objective:** to know the perception of women in of a southern city in Minas Gerais regarding what they know of Maria da Penha Law. **Method:** this is a qualitative, exploratory study, based on the Collective Subject Discourse method. The study participants were 20 women aged 18 to 60 years. **Results:** About the characteristics of the interviewees are age, profession, marital status, education, number of children and knowledge about the Maria da Penha law. Within the aspects there was a predominance of 55% aged 20 to 29 years, 60% are students, 75% are single women, 75% have completed high school, 55% have no children, and all participants said they know the Maria da Lei Penha. About the perception of what women know about the Maria da Penha Law, the following central ideas were found: "Protects against any type of violence"; "Protect from violence"; "Do not know"; "Defends the rights of women"; "Defends dignity"; "Legal protection for women". **Conclusion:** The study participants know what the Maria da Penha Law is about, but not in depth, and it is important to create new strategies for disseminating information to reach a greater number of the population. **Descriptors:** Domestic Violence; Gender violence; Feminism.

## PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA SOBRE LA LEY MARIA DA PENHA

**Objetivo:** conocer la percepción de las mujeres en una ciudad del sur de Minas Gerais sobre lo que saben sobre la Ley Maria da Penha. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio, basado en el método del Discurso del Sujeto Colectivo. Los participantes del estudio fueron 20 mujeres de 18 a 60 años. **Resultados:** las características de los entrevistados incluyen edad, profesión, estado civil, educación, número de hijos y conocimiento de la ley Maria da Penha. Dentro de los aspectos tenemos un predominio del 55% de 20 a 29 años, 60% son estudiantes, 75% son mujeres solteras, 75% han completado la escuela secundaria, 55% no tienen hijos, y todos los participantes dijeron que conocen la Ley Maria da Penha. Con respecto a la percepción de lo que las mujeres conocen sobre la Ley Maria da Penha, se encontraron las siguientes ideas centrales: "Protege contra cualquier tipo de violencia"; "Proteger de la violencia"; "No sé"; "Defiende los derechos de la mujer"; "Defiende la dignidad"; "Protección legal para las mujeres". **Conclusión** Los participantes en el estudio saben de qué se trata la Ley Maria da Penha, pero no en profundidad, y es importante crear nuevas estrategias para difundir información para llegar a un mayor número de la población. **Descritores:** La Violencia Doméstica; La Violencia de Género; Feminismo.

<sup>1</sup>Faculdade Wenceslau Braz, Itajubá, MG, Brasil.

Autor correspondente: Brenda Dantas Ferraz - Email: [brenddaferraz@gmail.com](mailto:brenddaferraz@gmail.com)

Recebido: 07/03/2020 - Aceito: 08/10/2020

## INTRODUÇÃO

Atualmente a violência é identificada não só como uma questão de saúde pública como também um problema social<sup>1</sup>, sabe-se que a violência é um evento que persiste desde a antiguidade. A pessoa que convive com atos violentos diariamente poderá vir a ter severas consequências físicas e psicológicas em sua saúde. Acredita-se que atualmente a violência seja uma das maiores causas de óbitos em pessoas com idade entre 15 e 44 anos em todo o planeta<sup>2</sup>.

O termo violência doméstica retrata exclusivamente as agressões sofridas por mulheres, sendo que, em grande parte dos casos, é praticada por pessoas próximas e de relacionamento íntimo da vítima<sup>3</sup>.

A violência contra as mulheres representa um fenômeno mundial e é um desafio para a saúde pública, pois é observado que ela acomete todas as classes sociais, faixas etárias, raças e países. É considerada uma das manifestações mais extremas e arcaicas da desigualdade de gênero<sup>4</sup>.

O feminicídio é a fase extrema da violência contra mulheres, onde ocorre o assassinato destas por razões baseadas nas desigualdades de poder entre os gêneros. Trata-se da violência exercida pelos homens contra as mulheres devido a um desejo de obter poder, dominação ou controle. Estima-se que, no mundo, 38% de todos os assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos<sup>4</sup>.

A violência de gênero resulta em altos custos econômicos para o país além de ocasionar graves consequências para a saúde mental e reprodutiva da mulher, assim como afeta também diretamente o ambiente familiar que circunda a mulher<sup>5</sup>.

Cerca de 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual, sendo que na maioria das vezes o fato vem do próprio parceiro da vítima<sup>4</sup>.

Ao longo dos anos de 2017 e 2018 no Brasil, a estatística de mulheres que sofreram violência sexual e psicológica foi de 28,6% e 27,4% respectivamente. Isso significa dizer que 16 milhões de mulheres brasileiras com 16 anos ou mais sofreram algum tipo de violência durante o ano de 2018. A maior parte das mulheres (representando 42%) continua sendo vítima de violência dentro de sua própria casa, e somente 10% delas relatam ter buscado uma delegacia da mulher após o episódio de violência sofrida e cerca de 52% dessas mulheres alegam não ter feito nada<sup>6</sup>.

A mortalidade de mulheres por agressões é elevada no Brasil e atinge mulheres de todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade. As principais vítimas foram adolescentes e jovens (45% na faixa etária de 10 a 29 anos), negras (64%), residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. O período dos óbitos, com elevada ocorrência nos

domicílios (28,1%), em mais de um dia da semana (35,7%), sugere relação com situações de violência doméstica e familiar contra a mulher<sup>7</sup>.

O Brasil apresentou um índice de mais de 90 mil óbitos de mulheres vítimas de feminicídio. O país ocupa a 5ª posição no ranking mundial de homicídios de mulheres, ficando atrás apenas de El Salvador, Colômbia, Guatemala e Rússia. Por meio desse dado pode-se perceber que mesmo com a Lei Maria da Penha permitindo recursos para a vítima e mecanismos para punir o agressor, esta ainda não é capaz de prevenir ou ao menos inibir o agressor a praticar violência<sup>3</sup>.

O presente estudo possui relevância científica, pois fornece dados sobre a população feminina a respeito do que sabem sobre a Lei Maria da Penha, incentivando pesquisas futuras que levarão a um aprofundamento no conhecimento sobre o tema, não somente para a área da enfermagem, como também para os demais profissionais da área da saúde, além de ser fonte de consulta para novas pesquisas, servirá para auxiliar os profissionais da área da saúde para se atentarem junto à população vulnerável.

Esse trabalho tem também relevância para a sociedade, que nem sempre sabe que pode ser protegida pela lei, pois a partir da atuação dos profissionais de enfermagem, as mulheres e a sociedade se beneficiarão com uma maior assistência. Com os dados advindos da pesquisa, pode-se despertar nos profissionais de enfermagem uma melhor conscientização para atuarem na prevenção, denúncia e acolhimento dessa população que às vezes é exposta à agressão, sendo possível planejar e executar estratégias mais apuradas e eficazes à situação de cada mulher, assim como aprofundar seus conhecimentos, refletindo em uma assistência de melhor qualidade.

Visa também trazer conhecimento aos professores, acadêmicos de enfermagem e profissionais de enfermagem acerca da percepção das mulheres sobre a lei, dando ênfase nos assuntos relacionados aos direitos assegurados pela lei.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo "conhecer a percepção das mulheres de uma cidade sul mineira a respeito do que sabem sobre a Lei Maria da Penha".

## METODO

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, com método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Destaca-se que esta abordagem é mais flexível para o entrevistado e o pesquisador, tendo em vista que as informações são subjetivas e mais amplas proporcionando uma melhor compreensão dos fatos<sup>8</sup>.

### Participantes da pesquisa

Os participantes do estudo foram 20 mulheres com idade entre 18 a 60 anos. A amostragem foi do tipo proposital (intencional ou racional).

Para participar do estudo respeitou-se os seguintes critérios de inclusão: residir em Itajubá; ter idade maior que 18 anos; aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes que não se enquadraram no perfil citado foram excluídos da amostra do estudo.

### Local de estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Itajubá, localizada no sul do estado de Minas Gerais, Brasil.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em 2019, no período de agosto a setembro, após o parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. Foi utilizada como estratégia para coleta de dados uma entrevista semiestruturada com a seguinte pergunta: "Se um amigo lhe perguntasse o que você sabe sobre a lei Maria da Penha, o que responderia?". E para as características pessoais e profissionais foi usado um questionário com perguntas fechadas, abordando a idade, profissão, estado civil, escolaridade, número de filhos e conhecimento sobre a lei Maria da Penha.

### Procedimentos de análise dos dados

Para interpretação dos achados da pesquisa utilizou-se do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). De acordo com Lefèvre<sup>9</sup> o DSC se reproduz nas seguintes etapas: Expressões-Chave (E-Ch), Ideias Centrais (ICs), Ancoragem (ACs), e o DSC propriamente dito. Sendo que a primeira etapa refere-se à obtenção dos depoimentos a partir da pergunta e consiste em copiar o conteúdo de todas as respostas referentes às questões (ECH). Na segunda etapa verifica-se a análise individual dos depoimentos, captando seu conteúdo essencial. Esse extrato significativo é a figura metodológica denominada ECH e irão compor o conteúdo do DSC. Quanto à terceira etapa busca-se o(s) sentido(s) atribuído pelo depoente à questão que lhe foi proposta. A figura metodológica correspondente é a Ideia Central (IC). Existe um tipo de IC chamada de Ancoragem, que consiste no mecanismo em que o sujeito se apoia num conhecimento preexistente para dar sentido a um evento ou situação que a ele se apresenta, mas não foi utilizado neste trabalho. Por fim, a quarta etapa denominada: categorização, que consiste na identificação de depoimentos que apresentam Ideias

Centrais ou Ancoragem de sentido iguais ou semelhantes, que serão agrupadas para formar o DSC juntamente com as expressões-chaves ECH.

As ideias centrais semelhantes foram agrupadas às falas para construir os discursos.

### Procedimentos éticos

O estudo respeitou os preceitos da resolução 466/2012, do Ministério da Saúde<sup>10</sup>. A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CAAE: 06529119500005099.

### RESULTADOS

Quanto às características estão idade, profissão, estado civil, escolaridade, número de filhos e conhecimento da lei Maria da Penha. Dentro dos aspectos, houve predomínio de 55% com idade de 20 a 29 anos, 60% são estudantes, 75% são mulheres solteiras, 75% têm ensino médio completo, 55% não têm filhos, e todas as participantes disseram conhecer a Lei Maria da Penha representando 100% delas.

Do tema estudado sobre "a percepção acerca da Lei Maria da Penha" foram elencados seis ideias centrais, a saber:

#### 1ª IC: "Protege contra qualquer tipo de violência"

Verificamos no discurso

*"A lei protege a mulher contra qualquer tipo de violência que ela sofra do seu parceiro, ou de qualquer pessoa independente do grau de parentesco [...]".*

#### 2ª IC: "Proteção de violência"

O qual foi descrito no discurso:

*"Na maioria das vezes ela não é tão válida como ela deveria ser, algumas mulheres até conseguem mas, outras por falta de conhecimento têm medo da própria lei".*

#### 3ª IC: "Não sei"

Pode ser confirmada no seguinte trecho do discurso:

*"Eu não sei se tá certo, que protegia contra agressão física vinda de todo mundo, mas parece que é mais parente, eu não sei, eu fiquei confusa nessa área, eu achava que era de marido e mulher, mas parece que família entra, e se não for da família não entra e que a lei foi criada por uma mulher, mas eu não lembro o nome dela [...]".*

#### 4ª IC: "Defender os direitos das mulheres"

Esta ideia central fundamenta-se neste discurso:

*"[...] Foi criada para defender os direitos da mulher, e também para mulheres terem direito a acesso de ser protegida respaldando-a sobre seus direitos perante a lei e grandes medidas preventivas e de proteção [...]".*

**5ª IC: “Defender a dignidade das mulheres”**

O qual verificamos no discurso:

“É uma lei que defende a dignidade da mulher perante as agressões que ela pode sofrer”.

**6ª IC: “Proteção legal às mulheres”**

Como discorre o discurso:

“A Lei Maria da Penha protege legalmente, judicialmente as mulheres que sofrem algum tipo de abuso em casa, violência doméstica que brigam com o marido ou com o namorado e querem buscar alguma ajuda [...]”.

**DISCUSSÃO**

Quanto a IC “proteção contra qualquer tipo de violência”, sabe-se que existem várias formas de violência contra mulher, porém a violência física é a que mais acontece. Desde o ano de 2009, a forma de violência doméstica mais prevalente foram violência física seguidas da psicológica, que em 2013, foram relatadas por 39% e 38% das vítimas, respectivamente<sup>11</sup>.

A lei prevê que a mulher em situação de qualquer tipo de violência, deve ser encaminhada a programas e serviço de proteção social, incluindo atendimento psicológico e inserção em programas assistenciais do governo federal, quando necessário, especialmente pelo sofrimento gerado pelas agressões e a existência de vulnerabilidades diversas vivenciadas pelas famílias<sup>12</sup>.

Em relação a IC “não sei”, verificou-se que além da falta de conhecimento, outras razões existem para uma mulher não romper com seu parceiro violento e procurar por proteção e direitos, é o receio da mesma do próprio rompimento gerar mais agressão e mais problemas, sentimento de vergonha e medo de denunciar o próprio parceiro, esperança de mudança de comportamento, distância de uma rede de apoio, despreparo da sociedade para o assunto e dependência financeira.

Há um grande número de denúncias de mulheres que sofreram violência, que só fizeram a denúncia para algum órgão público, quando se sentiram ameaçadas por arma de fogo, ou foram deixados marcas, fraturas, cortes ou ainda diante de ameaças de espancamento contra si mesmas e contra os filhos. Observa-se que o número de denúncias é reduzido quando a causa é devido à violência limitada em xingamentos, tapas, empurrões, quebradeira, relações sexuais forçadas e assédio sexual, significando um baixo percentual nas delegacias<sup>13</sup>. A segunda IC “Proteger de violência” que corrobora com o que o autor diz.

É importante para mulher conhecer e identificar como são as fases daquele processo de violência, ou seja, como funciona o ciclo daquele conflito, fazendo com que não se

reproduza novamente. De acordo com estudos, tem-se visto que a violência doméstica costuma seguir um ciclo composto por três fases com tempos de duração indefinidas: 1ª fase: construção da tensão no relacionamento, caracterizado por agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças. 2ª fase: ocorre a explosão da violência, descontrolo e destruição, nessa etapa ocorre a agressão. 3ª fase: vem a lua-de-mel, devido ao arrependimento do(a) agressor(a), definida pelo remorso do agressor e medo da relação terminar. O agressor pode vir a fazer promessas, pedidos de perdão, investe em presentes, e promete que não irá ocorrer a agressão novamente<sup>13</sup>.

Ainda existe uma grande quantidade de mulheres que desconhecem os preceitos da lei que lhes garante direitos e proteção, como também ainda se está distante da aplicabilidade integral da mesma, a ponto da mulher não fazer uso de todos os recursos disponíveis para ela<sup>14</sup>.

Quanto a questão em não saber ao certo se protege apenas da violência física, sabe-se que o sujeito passivo da violência doméstica objeto da Lei Maria da Penha é a mulher, já o sujeito ativo pode ser tanto o homem quanto a mulher, desde que caracterizado o vínculo de relação doméstica, familiar ou de afetividade, além da convivência, com ou sem coabitação<sup>15</sup>.

A Lei Maria da Penha atribuiu às uniões homoafetivas o caráter de entidade familiar, ao prever, no seu artigo 5º, parágrafo único, que as relações pessoais mencionadas naquele dispositivo independem de orientação sexual. A violência doméstica abrange qualquer relação íntima de afeto, dispensada a coabitação<sup>15</sup>.

A quarta IC foi “Defender os direitos das mulheres.” É bom recordar que Maria da Penha Maia Fernandes foi escolhida para nomear a referida lei, depois de travar uma longa batalha judicial contra o ex-marido ao qual tentou, em mais de vinte anos de casamento, matá-la duas vezes sendo que em uma das tentativas a deixou paraplégica<sup>15</sup>.

Nos casos de violência doméstica a mulher tem direito de ser acolhida com ouvidoria qualificada de todos os profissionais da rede de atendimento; medidas protetivas para proibição de aproximação do agressor; prioridade em serviços sociais de moradia, de emprego e renda afastamento do trabalho até seis meses; escolta policial para retirar bens da residência; atendimento hospitalar, psicossocial especializado e continuado; boletim de ocorrência com registro detalhado do relato, em qualquer órgão público; notificação formal da violência sofrida ao Ministério da Saúde, para obter dados estatísticos e políticas públicas; atendimento judiciário na região de seu domicílio, no domicílio do agressor, ou em outro lugar onde aconteceu a agressão; assistência judiciária da Defensoria Pública, independentemente de seu nível de renda, acesso

à casa abrigo e outros serviços de acolhimento especializado (DEAM, Defensoria Pública, centros de referência etc.) e informações sobre direitos e todos os serviços disponíveis<sup>16</sup>.

As mulheres lésbicas e trans vítimas de violência também têm direito ao atendimento nas Casas da Mulher Brasileira. A Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT), acompanha os casos de violência contra a população LGBT e promove medidas de prevenção, enfrentamento psicológico e diminuição dos elevados índices, junto aos Poderes Judiciário, Legislativo e Executivo, Ministério Público e Defensoria Pública, além de organizações da sociedade civil. Em qualquer tipo de ato de violência causado por discriminação ou desigualdade étnica é considerado crime sujeito à pena de multa, até três anos de prisão, inafiançável e imprescritível. Nessa situação essa tem direito a receber assistência física, psíquica, social e jurídica<sup>16</sup>.

Quanto a IC *"Defender a dignidade das mulheres"*, sabe-se que a dignidade é um valor moral a qual pertence a cada ser humano, sendo consagrado como um direito fundamental na Constituição Cidadã de 1988. O princípio da dignidade possui dois julgamentos: primeiro como um direito protetivo, seja frente ao Estado, seja frente às demais pessoas, e em segundo como uma visão igualitária em relação a todos os indivíduos<sup>17</sup>.

No âmbito familiar, o empoderamento passa a ser uma divisão justa de responsabilidades, seja ela financeira ou doméstica com o cônjuge. Já no plano relacional esse empoderamento da mulher passa pela responsabilização de ambos sobre a anticoncepção, pelo respeito à integridade e à dignidade da mulher enquanto ser humano (impedindo assim a violência). Já no plano individual, o empoderamento envolve uma reconstrução da identidade da mulher, a qual é importante conhecer a si própria, sendo digna de reconhecimento e valorização<sup>18</sup>.

Sómente com a Lei Maria da Penha que a violência contra a mulher foi tipificada. Demonstrando o atraso do país em relação à proteção feminina<sup>18</sup>.

A Lei Maria da Penha foi definida como: a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências<sup>19</sup>. Confirmando a IC: *"Proteção legal às mulheres"*,

No ano de 2015, a Lei Maria da Penha passou por uma alteração em seu artigo 121 do Decreto-Lei nº 2.848, composto por: Com a mudança na lei, fica caracterizado em homicídio qualificado a morte de mulher por razões de sexo feminino com pena de 12 a 30 anos. Foi sancionada em 13 de maio de 2019, a Lei nº 13.827, que altera a Lei Maria da Penha, de forma benéfica às vítimas<sup>20</sup>.

Dentro desse contexto, vale ressaltar que os pontos que precisam ser corrigidos sobre a Delegacia Especializada de Proteção à Mulher (DEAM), são a falta de infraestrutura e precarização dos serviços e falhas no sistema jurídico. Observa-se também a grande incidência de casos que ocorrem a reconciliação, enquanto se seguia o processo da Polícia Civil no sistema de segurança pública<sup>21</sup>.

### Limitação do estudo

O presente estudo com abordagem qualitativa abarca conhecer os aspectos do comportamento humano, como: percepção, sentimentos e significados, sendo essa a forma dos participantes demonstrarem as suas experiências. Algumas respostas não ficaram claras para análise. Foi necessário repetir a pergunta para uma melhor compreensão dos discursos. Também obteve-se número reduzido de participantes.

Contribuição para a prática clínica

A contribuição deste estudo é fundamental para melhorar as políticas públicas de ajuda e proteção às mulheres que sofrem violência. Criando novos laços entre as Estratégias de Saúde da Família, hospitais e as delegacias especializadas de forma que o atendimento seja rápido, ágil e o problema da vítima solucionado.

### CONCLUSÃO

Como conclusão desta pesquisa sobre a percepção das mulheres quanto ao que sabem a respeito da Lei Maria da Penha foi encontrada ideias centrais bem homogêneas em que se pode notar que as mulheres sabem do que se trata a Lei Maria da Penha, mas não de forma aprofundada.

Encontraram-se seis ideias centrais conforme descritas a seguir por ordem decrescente: "Protege contra qualquer tipo de violência"; "Proteger de violência"; "Não sei"; "Defende os direitos das mulheres"; "Defende a dignidade"; "Proteção legal às mulheres".

Destaca-se também o fato de ainda existirem mulheres que não conhecem a Lei, vindo confirmar que quanto mais estudos forem realizados e divulgados para a população, mais seus direitos serão respeitados e muitas mulheres, leigas no assunto, poderão obter mais informações para respaldarem-se legalmente.

Sabe-se que a Lei criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar e ainda protege contra qualquer tipo de violência não limitando-se em proteger apenas da violência física. As mulheres lésbicas e trans vítimas de violência também são protegidas pela Lei o que não foi citado pelas entrevistadas.

Contudo, sugere-se que os profissionais de saúde possam criar estratégias para que cada vez mais a informação chegue até as mulheres. Que as delegacias especializadas de Proteção à Mulher tenham condições de atender a demanda com infraestrutura e sistema jurídico cada vez mais capacitado.

É de grande valia a realização de mais pesquisas e estudos relacionados ao assunto “Lei Maria da Penha”, considerando a limitação do estudo devido à amostra, que embora significativa, teve um número reduzido de entrevistadas.

#### Contribuições dos autores:

BDF: concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão final. SAS: concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados. IARS: concepção e desenho do estudo, revisão crítica e final do artigo.

#### REFERÊNCIAS

- Dalbem GG, Unicovsky MAR. A natureza das lesões traumáticas ocasionadas pela violência física em pacientes atendidos em serviço de emergência de um hospital público. *Enferm Foco* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 22];2(2):81-7. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/260/148>
- Passos AIM, Gomes DAY, Gonçalves CDL. Perfil do atendimento de vítimas de violência sexual em Campinas. *Rev Bioetica* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 11];26(1): 67-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n1/1983-8042-bioet-26-01-0067.pdf>
- Pereira NS. Violência doméstica contra a mulher: do medo à conscientização [Internet]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2017 [cited 2020 Jan 27]. Available from: <http://www.ufjf.br/bach/files/2016/10/NEUSA-DE-SOUZA-PEREIRA.pdf>
- Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMAS, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 10];22(9):2929-38. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>
- Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2016 [cited 2020 Fev. 15];25(3):451-4. Available from: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n3/2237-9622-ess-25-03-00451.pdf>
- Bueno S, Lima RS, Sobral CNI, Pinheiro DM, Scarance V, Zapater M, et al. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. 2. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019.
- Sampaio AA, Chalouhi MR, Azevedo RM, Santos TC, Adib NS, Souza ARG. Violência contra a mulher e os dispositivos legais de proteção. *Rev Curso Dir Univers Braz Cubas* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 16]; 1(1):1-8. Available from: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/revdubc/article/view/251/403>
- Ribeiro KV, Soares MCS, Gonçalves CC, Medeiros IRN, Silva G. Eutanásia em paciente terminal: concepções de médicos e enfermeiros intensivistas. *Enferm Foco* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jan 19];2(1):28-32. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/70/57>
- Lefèvre, F. Discurso do Sujeito Coletivo: novos modos de pensar nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli; 2017.
- Ministério da Saúde (BR). Resolução n. 466 de 2012. Trata do respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União; 2013 Jun 13 [cited 2018 Fev 26]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. Organização das Nações Unidas. Cartilha direitos da mulher: prevenção à violência e ao HIV/AIDS; 2013.
- Souza TMC, Xavier CV, Sá SF, Mendonça ND. Lei Maria da Penha: percepções de mulheres em contexto de violência intrafamiliar. *Refacs* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 27];6(4):724-34. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3287/3136>
- Soares BM. Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários(as). Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2005.
- Cameiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *ServSocSoc* [Internet]. 2012 [cited 2020 Fev 10];1(110):369-97. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01016628201200020000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016628201200020000)
- Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Formas de violência contra a mulher [Internet]. Brasília (DF): CNJ; 2019 [cited 2020 Fev 11]. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiO4KDyxqHmAhWCJ7kGHUx8B9EOfjABegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.cnj.jus.br%2Fprogramas-e-acoas%2Fviolencia-contra-a-mulher%2Fformas-de-violencia-contra-a-mulher%2F&usq=AOvVaw2M84Tc8EhOo-84xI6kZT2v>
- Instituto Patrícia Galvão. Direitos, responsabilidades e serviços para enfrentar a violência [Internet]. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão; 2019 [cited 2020 Jan 18]. Available from: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/violencias/acoas-direitos-e-servicos-para-enfrentar-a-violencia/>
- Siqueira DP, Sampaio AJF. Os direitos da mulheres no mercado de trabalho: da discriminação de gênero à luta pela igualdade. *Rev Direito Debate* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 18];26(48):287-325. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/7233>
- Ferrari R. O empoderamento da mulher [Internet]. Santa Catarina: FAP; 2013. Available from: <http://www.fap.sc.gov.br/noticias/empoderamento.pdf>
- Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para cobrir a violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Diário Oficial da União; 2006 Ago 8 [cited 2020 Fev 11]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm)
- Brasil. Lei nº 13.827, de 13 de maio de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) para autorizar, nas hipóteses que especifica, a aplicação de medida protetiva [Internet]. Diário Oficial da União; 2019 Maio 14 [cited 2020 Jan 29]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13827.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13827.htm)
- Marciano SM, Filho MM, Pereira MC, Filha FSC, Santos GC. Femicídio: uma análise aplicada sob a Lei Maria da Penha. *Rev Processus Estud Gest Jur Fin* [Internet]. 2019;10(39):105-21. Available from: <http://periodicos.processus.com.br/index.php/egjf/article/view/9>

# (DES) CONSTRUÇÕES DE CONHECIMENTOS NA SAÚDE MENTAL POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM

Débora Gomes da Rocha<sup>1</sup>

Émilly Giacomelli Bragé<sup>1</sup>

Lahanna da Silva Ribeiro<sup>1</sup>

Domênica Bossardi Ramos<sup>1</sup>

Lauren Ruas Vrech<sup>2</sup>

Annie Jeannine Bisso Lacchini<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2990-3567>

<https://orcid.org/0000-0001-6970-8320>

<https://orcid.org/0000-0003-0219-7348>

<https://orcid.org/0000-0002-8734-5399>

<https://orcid.org/0000-0001-6529-125>

<https://orcid.org/0000-0002-3938-1256>

**Objetivo:** Relatar as ações de educação permanente realizadas pelo Projeto de Extensão "Educação Permanente de Enfermagem em Saúde Mental" da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. **Método:** Relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas pelo Projeto de Extensão na Internação Psiquiátrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. As ações de educação permanente foram ofertadas para os profissionais de enfermagem em encontros mensais de maio a dezembro de 2019. As atividades foram ministradas e planejadas pelas acadêmicas de enfermagem, sob supervisão da professora coordenadora. **Resultados:** Obteve-se a participação em média de 5 profissionais de enfermagem por encontro. A média geral de acertos no pré-teste foi de 53,38% enquanto no pós-teste 81,27%, representando um aumento de 27,89% nos acertos. Os participantes engajaram-se nas atividades e fortaleceram um espaço fértil para trocas de saberes. **Conclusões:** Os encontros possibilitaram a busca pelo embasamento científico para a prática, viabilizando uma assistência sob a perspectiva psicossocial. A educação permanente engloba as vivências profissionais e as especificidades do ambiente de trabalho, estimulando o raciocínio crítico do profissional.

**Descritores:** Educação Continuada; Enfermagem; Saúde Mental.

**Objective:** To report the permanent education actions carried out by the Extension Project "Permanent Nursing Education in Mental Health" at the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre. **Method:** Experience report on the activities developed by the Extension Project on Psychiatric Internment at Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Permanent education actions were offered to nursing professionals in monthly meetings from May to December 2019. The activities were taught and planned by nursing students, under the supervision of the coordinating professor. **Results:** An average participation of 5 nursing professionals per meeting was obtained. The general average of correct answers in the pre-test was 53.38% while in the post-test 81.27%, representing an increase of 27.89% in the correct answers. Participants engaged in activities and strengthened a fertile space for exchanging knowledge. **Conclusions:** The meetings enabled the search for a scientific basis for the practice, enabling assistance from a psychosocial perspective. Permanent education encompasses professional experiences and the specifics of the work environment, stimulating the professional's critical thinking.

**Objetivo:** Informar sobre las acciones de educación continua realizadas por el Proyecto de Extensión "Educación Permanente en Enfermería en Salud Mental" en la Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre. **Método:** Informe de experiencia sobre las actividades desarrolladas por el Proyecto de Extensión sobre Internación Psiquiátrica en el Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas. Se ofrecieron acciones de educación permanente a profesionales de enfermería en reuniones mensuales de mayo a diciembre de 2019. Las actividades fueron impartidas y planificadas por estudiantes de enfermería, bajo la supervisión del profesor coordinador. **Resultados:** se obtuvo una participación promedio de 5 profesionales de enfermería por reunión. El promedio general de respuestas correctas en la prueba previa fue del 53.38% mientras que en la prueba posterior el 81.27%, lo que representa un aumento del 27.89% en las respuestas correctas. Los participantes participaron en actividades y fortalecieron un espacio fértil para el intercambio de conocimientos. **Conclusiones:** Las reuniones permitieron la búsqueda de una base científica para la práctica, lo que permitió la asistencia desde una perspectiva psicossocial. La educación permanente abarca las experiencias profesionales y las características específicas del entorno laboral, estimulando el pensamiento crítico del profesional.

**Descriptorios:** Educación Continua; Enfermería; Salud Mental.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente: Débora Gomes da Rocha - Email: [deboragrocha1993@gmail.com](mailto:deboragrocha1993@gmail.com)

Recebido: 01/04/2020 - Aceito: 08/10/2020

## INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira instaura no país, a partir da década de 70, um processo de transformação na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde mental. Até então, o modelo de atenção era baseado em diretrizes manicomial, com predomínio da exclusão social, violência e institucionalização dos indivíduos<sup>1</sup>.

A partir dos movimentos emergentes, propõe-se a ruptura de paradigmas e a implementação de um modelo de atenção psicossocial. Esse modelo visa a reinserção social, a desinstitucionalização, a manutenção de vínculos familiares dos usuários e a criação de serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial, Hospital-dia, Serviços de Saúde Mental nos hospitais gerais, e residenciais terapêuticos<sup>1</sup>. Concomitantemente à essa mudança assistencial, políticas públicas surgem com o intuito de promover a formação dos profissionais da saúde, inclusive dos trabalhadores no âmbito da saúde mental.

Dessa forma, em 2004, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a qual tem como objetivo potencializar os processos educacionais que fomentem reflexões sobre os processos de trabalho, as mudanças institucionais e as práticas assistenciais. Por meio das ações de educação permanente possibilita-se a qualificação da assistência e o fortalecimento de políticas de humanização alinhadas com diretrizes do Sistema Único de Saúde. Além disso, a PNEPS promove a integração entre ensino e serviço, permitindo que construa-se uma aprendizagem coletiva realizada a partir da problematização das situações vivenciadas no dia a dia dos serviços<sup>2, 3</sup> e busque-se soluções para as adversidades encontradas no sistema de saúde<sup>4</sup>.

No que se refere à saúde mental, a educação permanente é um espaço indispensável para o compartilhamento de conhecimento e viabiliza a reflexão sobre as práticas técnicas, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada pelos profissionais<sup>5</sup>. Diante da história da saúde mental no Brasil e da transição dos modelos assistenciais, a educação permanente caracteriza-se como uma estratégia para desconstruir estigmas e reformular o cuidado prestado aos usuários<sup>6</sup>, a fim de garantir que a assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico baseie-se nas diretrizes do modelo psicossocial<sup>7</sup>.

Ao planejar e executar as atividades de educação permanente, deve-se considerar os fatores que impedem a participação efetiva dos profissionais, que podem estar relacionados com a sobrecarga de trabalho, os horários das atividades, a cultura institucional e o empenho dos profis-

sionais<sup>8</sup>. A realização de rodízios de escalas de turnos noturnos e diurnos, duplas ou triplas jornadas de trabalho e, ainda, o envolvimento emocional com o sofrimento psíquico que a atuação na saúde mental traz, também são dificultadores no que se refere à disponibilidade dos profissionais para as atividades de educação permanente<sup>9</sup>.

Justifica-se este estudo em função da necessidade de mudanças no âmbito da formação e da prática em saúde mental. Nesse sentido, a educação permanente é um meio de transformar as práticas educativas da formação profissional, da atenção, da gestão, de formação de políticas, de participação popular e de controle social no setor de saúde<sup>2</sup>. Além disso, é indispensável desenvolver ferramentas associadas à capacitação do trabalho dos profissionais de enfermagem, ao considerarmos que a enfermagem frequentemente tem papel central na melhoria assistência prestada pelos serviços de saúde<sup>10</sup>.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades desenvolvidas pelo Projeto de Extensão "Educação Permanente de Enfermagem em Saúde Mental" da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

### Cenário do estudo

O Projeto de Extensão atuou na Internação Psiquiátrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, localizado em Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul.

### Período de realização da experiência

Os encontros de educação permanente ocorreram mensalmente de maio a dezembro de 2019, com duração de 1 hora.

### Sujeitos envolvidos na experiência

As ações de educação permanente foram ofertadas para os profissionais de enfermagem (técnicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiros) dos três turnos (manhã, tarde e noite). As atividades foram ministradas e planejadas pelas acadêmicas de enfermagem, sob supervisão da professora coordenadora do projeto, contou-se, ainda, com a parceria da Chefia de Enfermagem da Unidade.

### Aspectos éticos

Os aspectos éticos deste relato foram considerados a fim de garantir o anonimato dos participantes. Por ser um relato de experiência, o estudo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

## OBJETIVO DA EXPERIÊNCIA

Relatar as ações de educação permanente realizadas pelo Projeto de Extensão “Educação Permanente de Enfermagem em Saúde Mental” da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O planejamento das ações desenvolvidas foi definido previamente com a equipe do projeto e a partir da identificação de demandas de trabalho da população-alvo. A fim de identificar as necessidades do ambiente de trabalho, as bolsistas participaram dos *rounds* multidisciplinares que ocorrem semanalmente na Unidade Psiquiátrica, com duração de 2 horas. Além disso, confeccionou-se uma caixa de sugestões para temas e dúvidas, a qual foi mantida no posto de enfermagem. Dessa forma, promoveu-se o acolhimento das dúvidas e das demandas dos profissionais. A escolha do horário dos encontros buscou contemplar diferentes turnos de trabalho e períodos de maior disponibilidade dos profissionais, evitando-se horários de troca de turno.

No início de cada encontro foi aplicado o questionário pré-teste, posteriormente, discutiu-se a temática do encontro a partir de recursos audiovisuais aliados a técnicas de dinâmica de grupo e rodas de conversa. Por fim, aplicou-se o questionário pós-teste. Mensalmente, foram realizadas reuniões com os alunos com o objetivo de planejar as atividades, avaliar o andamento das ações e discutir temas do projeto.

Totalizaram-se oito encontros sobre as seguintes temáticas: mitos e verdades sobre o suicídio, transtornos mentais na gestação, transtornos mentais no puerpério, síndrome de burnout, transtornos de personalidade, marcos históricos da saúde mental, cuidados aos bebês de gestantes com transtorno por uso de substâncias (TUS) e transtornos mentais comuns (TMC), descritos no quadro abaixo (Quadro 1).

**Quadro 1** - Descrição das atividades desenvolvidas nos encontros.

Temática do encontro	Proposta	Recursos utilizados
<b>Mitos e verdades sobre suicídio</b>	Apresentar dados sobre o tema e propor uma discussão em grupo se estes são verdadeiros ou falsos.	Placas de papel com as palavras “mito” e “verdade” para serem utilizadas após leitura de afirmações sobre a temática.

### Transtornos mentais na gestação

Exibição do conteúdo seguida de discussão sobre o tema a partir de dúvidas do grupo e estudos de caso.

Apresentação multimídia com tópicos como etiologia, prevalência e tratamentos preconizados.

### Transtornos mentais no puerpério

Apresentar afirmativas sobre o tema - sintomas, prevalência, tratamento - a serem conectadas ao transtorno mental correspondente.

Elaboração de mural com os títulos *baby blues*, depressão pós-parto e psicose. As afirmativas eram fixadas abaixo dos títulos pelos participantes, criando um resumo do tema.

### Síndrome de Burnout

Propiciar momento de reflexão sobre os sintomas, agravos e mecanismos de enfrentamento da Síndrome.

Criação de mapa mental a partir da perspectiva dos profissionais sobre o assunto, utilizando folhas coloridas em que eles podiam escrever e desenhar aquilo que os remetesse à Síndrome.

### Transtornos de personalidade

Apresentar e exemplificar a classificação dos transtornos de personalidade e seus subtipos, ressaltando sinais, sintomas e tratamento.

Por meio de apresentação multimídia, apresentou-se dados sobre os transtornos e casos clínicos a serem solucionados pelos profissionais.

### Marcos históricos da saúde mental

Narrar o processo da reforma psiquiátrica por meio dos acontecimentos da saúde mental brasileira desde a década de 1970.

Construção de linha do tempo com os acontecimentos e as datas referentes a eles.

### Cuidados aos bebês de gestantes com TUS

Estimular a reflexão dos profissionais sobre casos já vivenciados na unidade, assim como apresentar os dados epidemiológicos, as repercussões do uso de substâncias nos bebês e os cuidados necessários com essa população.

Criou-se um jogo de palavras-cruzadas sobre a temática do encontro a ser respondido pelos participantes do encontro.

### Transtornos mentais comuns

Esclarecer a definição dos tipos de TMC, com enfoque nas diferenças de sintomas e nos tratamentos preconizados em cada um deles.

Dividiu-se os profissionais em 4 grupos e definiu-se um TMC a fim de que eles descrevessem seus conhecimentos sobre o transtorno referente.

## PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Obteve-se a participação de, em média, 5 profissionais de enfermagem por encontro, conforme a Tabela 1. Cabe ressaltar que a média de profissionais de enfermagem por turno é 5,25. A média geral de acertos no pré-teste foi de 53,38% enquanto no pós-teste 81,27%,

portanto, houve um aumento de 27,89% nos acertos. Percebeu-se que, ao longo dos encontros, os participantes engajaram-se nas atividades e, juntamente com as acadêmicas, fortaleceram um espaço fértil para trocas de saberes, construção de conhecimento e iniciativas para impulsionar a melhoria de práticas assistenciais e mudanças organizacionais.

**Tabela 1** - Número de participantes e porcentagem de acertos nos questionários pré e pós-teste em cada encontro de educação permanente.

Temática do encontro	Participantes	% acertos no pré-teste	% acertos no pós-teste
Mitos e verdades sobre suicídio	6	56,7%	93,3%
Transtornos mentais na gestação	8	60%	77,5%
Transtornos mentais no puerpério	5	60%	92%
Síndrome de Burnout	6	63,3%	93,3%
Transtornos de personalidade	4	60%	85%
Marcos históricos da saúde mental	5	32%	64%
Cuidados aos bebês de gestantes com TUS	2	60%	80%
Transtornos mentais comuns	4	35%	65%
<b>Média</b>	<b>5</b>	<b>53,38%</b>	<b>81,27%</b>

### Limitações da experiência

As limitações do estudo relacionaram-se com a organização e o funcionamento do grupo, como a dificuldade de conciliar os horários dos encontros com os turnos de trabalho dos profissionais a fim de que um maior número de participantes estivesse presente nas atividades. Além disso, teve-se dificuldade em relação à construção de vínculo entre os participantes e a equipe do projeto, pois a cada encontro o grupo se modificava, influenciando diretamente no engajamento dos participantes.

### Contribuições para a prática

Por meio da educação permanente, que é uma das ações de responsabilidade do profissional enfermeiro, pode-se transformar o cenário assistencial e garantir a elevação da qualidade do cuidado que os pacientes recebem durante o período crítico do sofrimento psíquico na internação hospitalar. Ainda há muitos preconceitos sobre o cuidado em saúde mental, uma vez que a referência da população em geral é o modelo manicomial. Além disso, os profissionais ainda são, em muitos ambientes, aqueles que atuavam antes do início do surgimento do modelo psicossocial. Nesse sentido, as ações de educação permanente baseiam-se em evidências científicas e na reflexão crítica, logo, propiciam a ruptura dos estigmas sobre a assistência em saúde mental, no intuito de superar as práticas profissionais desatualizadas.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros possibilitaram aos profissionais a busca pelo embasamento científico para a prática, o que garante a descontinuação de conceitos ultrapassados sobre o tratamento para pacientes em sofrimento psíquico. Observou-se que a educação permanente engloba as vivências profissionais e as especificidades do ambiente de trabalho, estimulando o raciocínio crítico do profissional.

A partir dos resultados obtidos pelo projeto de extensão, pode-se notar a relevância desse tipo de ação, a qual viabiliza que uma assistência sob a perspectiva psicossocial seja prestada aos indivíduos. Além disso, foi proporcionada uma reflexão longitudinal dos assuntos discutidos, possibilitando a discussão de assuntos fragmentados pela banalização da prática. Estes aspectos qualificam o trabalho dos profissionais, além de aprimorar o desempenho em grupo pelo compartilhamento de experiências.

### Contribuições dos autores:

EGB, DGR, DBR, LSR contribuíram para a concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica. AJBL e LRV participaram da revisão final.

### Agradecimentos:

Agradecemos à equipe da Unidade Psiquiátrica do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e às bolsistas que contribuíram para o desenvolvimento desse projeto.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [Internet]. 2005 [cited 2020 Mar 20]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
2. Amaro MOF, Mendonça ET, Carvalho CA, Nakada KN, Siman AG, Ferreira NCS. Concepções e práticas dos enfermeiros sobre educação permanente no ambiente hospitalar. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 20]; 22 (2): 87-94. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6337>.
3. Moletta HPF, Almeida MJ, Ribeiro ER. A eficácia da educação permanente na percepção da equipe de enfermagem de um hospital filantrópico do Paraná. *Rev Espaço para a Saúde*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 20]; 19(1):65-75. Available from: <http://espacoparasauade.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/589>
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde. [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 20]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)
5. Leite LS, Rocha KB. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Psicol Estud*. 2017 [cited 2020 Mar 20]; 22(2): 203-213. Available from: [http://pep-](http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009)
6. Tavares CM, Mesquita LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. [Internet]. *Enferm. Foco*. 2019 [cited 2020 Mar 20]; 121-126. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2810>
7. Costa TD, Gonçalves LC, Manhães LSP, Tavares CMM. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. [Internet]. *POBS*. 2017 [cited 2020 Mar 20]; 23(7): 9-15. Available from: [https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas\\_e\\_saude/article/view/647](https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/647)
8. Tibola TSA, Cordeiro ALPC, Stacciarini TSG, Engel RH, Costa DG, et al. Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. [Internet]. *Enferm. Foco*. 2019 [cited 2020 Mar 20]; 10: 125-129. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2044>
9. Santos MAS, Silva ALA, Souza AC. Educação permanente: práticas e processos da enfermagem em saúde mental. *RPESM*. [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 20]; 9-16. Available from: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1647-21602016000400002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602016000400002&lng=pt&nrm=iso)
10. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2006 [cited 2020 Mar 20]; 15: 287-295. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200013](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200013)

# SIGNIFICADO DE VIDA NO TRÂNSITO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MEMBROS DA REDE VIDA NO TRÂNSITO

Mirela Schmidt Virgílio<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-5101-8938>

Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-6372-9059>

Patrícia Madalena Vieira Hermida<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-7969-357X>

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-9695-640X>

Keyla Cristine do Nascimento<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-4157-2809>

José Luis Guedes dos Santos<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-3186-8286>

**Objetivo:** compreender o significado de vida no trânsito na perspectiva de membros da Rede Vida no Trânsito. **Metodologia:** estudo exploratório descritivo, qualitativo, orientado pelo referencial teórico das representações sociais. A coleta de dados ocorreu de junho a agosto de 2016, por meio de entrevistas com 30 participantes. Utilizou-se a técnica do discurso do sujeito coletivo para análise de dados. **Resultados:** emergiram dos dados representações retratadas na Ancoragem (promoção de vida no trânsito) e na Ideia Central (preservação da vida pela redução dos acidentes). A promoção da vida no trânsito é representada por educação; respeito; tolerância; investimento e segurança. A preservação da vida refere-se à diminuição de óbitos no trânsito e transporte com segurança. **Conclusão:** a vida no trânsito representa condições ideais de trânsito e mobilidade com segurança. Porém, a realidade cotidiana sinaliza a necessidade de melhorias a fim de garantir vida no trânsito com segurança.

**Descritores:** Acidentes de Trânsito; Política Pública; Colaboração Intersectorial; Segurança; Enfermagem em Emergência.

## MEANING OF LIFE IN TRAFFIC: SOCIAL REPRESENTATIONS OF MEMBERS OF THE TRAFFIC LIFE NETWORK

**Objective:** to understand the meaning of life in traffic from the perspective of members of the Life in Traffic Network. **Method:** a descriptive, qualitative exploratory study, guided by the theoretical framework of social representations. Data collection took place from June to August 2016, through interviews with 30 participants. The collective subject discourse technique was used for data analysis. **Results:** emerged from the data representations portrayed in Anchorage (life promotion in traffic) and Central Idea (preservation of life by reducing accidents). The promotion of life in traffic is represented by education; respect; tolerance; investment and security. The preservation of life refers to the reduction of deaths in traffic and transport safely. **Conclusion:** life in traffic represents ideal traffic conditions and safe mobility. However, everyday reality signals the need for improvements to ensure life in traffic safely.

**Descriptors:** Traffic Accidents; Public Policy; Intersectoral Collaboration; Safety; Emergency Nursing.

## SIGNIFICADO DE LA VIDA EN EL TRÁFICO: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS MIEMBROS DE LA RED DE VIDA DEL TRÁFICO

**Objetivo:** comprender el significado de la vida en el tráfico desde la perspectiva de los miembros de la Red de Vida en el Tráfico. **Método:** estudio exploratorio descriptivo, cualitativo, guiado por el marco teórico de las representaciones sociales. La recopilación de datos tuvo lugar de junio a agosto de 2016, a través de entrevistas con 30 participantes. La técnica del discurso del sujeto colectivo se utilizó para el análisis de datos. **Resultados:** surgieron de las representaciones de datos retratadas en Anclaje (promoción de la vida en el tráfico) e Idea central (preservación de la vida mediante la reducción de accidentes). La promoción de la vida en el tráfico está representada por la educación; respeto tolerancia inversión y seguridad. La preservación de la vida se refiere a la reducción de muertes en el tráfico y el transporte de manera segura. **Conclusión:** la vida en el tráfico representa condiciones ideales de tráfico y movilidad segura. Sin embargo, la realidad cotidiana señala la necesidad de mejoras para garantizar la vida en el tráfico de manera segura.

**Descritores:** Accidentes de Tránsito; Política Pública; Colaboración Intersectorial; Seguridad; Enfermería de Urgencia.

<sup>1</sup>Hospital Regional Dr Homero de Miranda Gomes de Santa Catarina, SC, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil.

Autor Correspondente: José Luis Guedes dos Santos: [joseenfermagem@gmail.com](mailto:joseenfermagem@gmail.com)

Recebido: 09/04/2020 – Aceito: 28/10/2020

## INTRODUÇÃO

Os acidentes de trânsito estão entre as principais causas de morte e traumas em todo o mundo, sendo que as lesões e sequelas por este agravo impõem um pesado ônus às nações, impactando serviços de segurança, de infraestrutura, de seguridade social e de saúde e na qualidade de vida<sup>1</sup>. No Brasil, as lesões por acidentes no trânsito ocupam a segunda causa de morte entre todos os óbitos por motivos externos<sup>2</sup>, sendo o país convidado a participar do projeto *Road Safety in Ten Countries* (RS 10), que tem como objetivo promover intervenções efetivas de segurança no trânsito com redução de mortes e ferimentos graves, tornando o período de 2011-2020 a década de ações para a segurança no trânsito<sup>3</sup>.

No Brasil, o Projeto iniciou em 2010 com o Programa Vida no Trânsito (PVT), coordenado pelo Ministério da Saúde com a cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cujas diretrizes consistem no planejamento participativo, na descentralização administrativa e na intersetorialidade. Foi implantando inicialmente em cinco capitais brasileiras, uma em cada região do país (Palmas, Teresina, Belo Horizonte, Curitiba, e Campo Grande), escolhidas de acordo com critérios como a taxa de mortalidade por acidente de trânsito, capacidade de intervenção e adesão dos prefeitos. A partir de 2012, o PVT expandiu-se para as demais metrópoles<sup>4</sup>.

O desempenho do PVT se revelou positivo na maioria das capitais, com destaque para as intervenções intersetoriais pautadas na parceria entre os setores de Trânsito, Segurança Pública e Saúde<sup>5</sup>. Para fortalecer o PVT, foi criada em Florianópolis, em julho de 2014, a Rede Vida no Trânsito (RVT), que reúne organizações governamentais, sociais e empresariais, aberta à participação de indivíduos ou organizações. A Rede tem como missão garantir o Direito à Vida no Trânsito. Para isso, definiu como visão fazer de Florianópolis, até 2020, capital referência em educação, respeito, gentileza e paz no trânsito, reduzindo o número de mortes e feridos graves<sup>1</sup>.

Uma vez que os estudos sobre os acidentes de trânsito destacam principalmente aspectos clínicos e epidemiológicos<sup>6-12</sup>, realizou-se este estudo sobre os significados de vida no trânsito entre membros da Rede Vida no Trânsito visando à ampliação da abordagem do tema. Assim, recorre-se às representações sociais como suporte teórico deste estudo, no intuito de compreender as razões sociológicas de quem almeja conquistar mudanças no trânsito. A Representação Social é o reflexo das relações complexas, reais e imaginárias, objetivas e simbólicas que o sujeito mantém com o objeto ou tema. Essas relações fazem da

representação um sistema organizado e estruturado, cuja função primordial é a apreensão e o controle da realidade, permitindo sua compreensão e interpretação<sup>13</sup>. Nesse sentido, entende-se que a apreensão da realidade do trânsito em Florianópolis pelos membros da RVT poderá subsidiar as diversas instâncias governamentais, não governamentais e a sociedade civil para as mudanças e melhorias necessárias.

Este estudo teve como objetivo compreender o significado de vida no trânsito na perspectiva de membros da Rede Vida no Trânsito.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Pesquisa descritiva exploratória, qualitativa, baseada na referencial da Teoria das Representações Sociais (TRS)<sup>13</sup>.

### Local do estudo

O cenário do estudo foi a Rede Vida no Trânsito (RVT), em Florianópolis, Santa Catarina.

### Participantes do estudo

A seleção dos participantes foi intencional e seguiu como critérios de inclusão: ser membro da Rede; ter idade mínima de 18 anos; e, participar de atividades da RVT por no mínimo seis meses, período considerado suficiente para expressar a vivência do significado de vida no trânsito. Excluíram-se os membros da Rede em licença saúde, férias ou atuando em outro município durante a coleta de dados. A atuação profissional em outro município foi considerada um critério de exclusão em função da distância geográfica e a limitação de deslocamento dos pesquisadores a outras localidades. O contato dos participantes foi fornecido pela Secretaria Executiva da RVT. Ao final, com base no critério da saturação dos dados, a amostra do estudo foi composta por 30 participantes.

### Coleta de dados

A coleta de dados, realizada de junho a agosto de 2016, por meio de entrevista individual semiestruturada, ocorreu em ambiente privativo das instituições que participam da RVT, após agendamento. O contato inicial para convidar os participantes do estudo se deu de modo presencial durante as reuniões da RVT. Quando isso não foi possível, o contato foi efetivado por via telefônica. No primeiro contato, o objetivo da pesquisa era esclarecido e a entrevista era agendada conforme disponibilidade do participante.

Participaram do estudo representantes de 14 instituições, sendo três da área da saúde (13 entrevistados), seis

instituições relacionadas ao trânsito (10 entrevistados) e cinco instituições do setor de segurança pública (sete entrevistados). As entrevistas tiveram tempo de duração de 10 a 32 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra por uma das pesquisadoras. As entrevistas foram guiadas pela pergunta disparadora: O que significa vida no trânsito para você?

### Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Para a organização e análise dos dados, utilizou-se o *Software Qualiquantisoft* do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), versão 1.3c. A técnica de análise de dados do DSC propõe quatro figuras metodológicas: Expressões-Chave (ECHs) – trechos ou transcrições literais do discurso que representam a essência do conteúdo da questão em análise; Ideia Central (IC) – expressão que revela e descreve o sentido de cada um dos discursos; Ancoragem (AC) – manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa e que está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica; e, Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito – reunião das ECHs presentes nos depoimentos, que têm IC ou AC de significado semelhante ou complementar; escrito na primeira pessoa do singular, representa o pensamento de uma coletividade<sup>13-14</sup>.

Desse modo, o primeiro passo na organização dos dados no *Software* foi o cadastramento da pesquisa, da pergunta e dos participantes. Na sequência, transferiu-se o conteúdo das respostas de cada questão por participante, conforme entrevistas transcritas no *Microsoft Word*®. O passo seguinte consistiu em identificar, em cada resposta, as ECHs e, posteriormente, identificar e nomear as ICs a partir daquelas. Em seguida, foram agrupadas e denominadas as ICs e AC com sentido equivalente ou complementar. O último passo foi à construção do DSC a partir das ECHs com a mesma IC ou AC. O *Software* possibilitou ainda identificar o quantitativo de agentes sociais (participantes do estudo) que aderiram cada uma das ICs e AC.

### Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n. 1.513.132 de 2016, CAAE: 54782616.0.0000.0121. Foram cumpridas as normas de pesquisa com seres humanos no Brasil, em consonância com a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato dos par-

ticipantes, utilizou-se a letra E (Entrevistado) seguida do número correspondente à sequência das entrevistas (E1, E2, E3...).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 30 membros da RVT, sendo metade do sexo feminino. A faixa etária variou de 25 e 63 anos, todos com formação de ensino superior nas áreas de Medicina, Ciências Sociais, Odontologia, Economia, Enfermagem, Gestão Ambiental, Naturologia, Gestão de Negócios, Direito, Pedagogia, Educação Física, Sociologia, Jornalismo, História, Engenharia de Produção Civil ou Mecânica. Quanto à maior titulação dos participantes, 12 possuíam especialização, 10 mestrado e dois doutorado.

O tempo de atuação na RVT variou de seis meses a dois anos, período correspondente à criação da Rede. Todos os integrantes participam da RVT de modo espontâneo ou por indicação do seu trabalho. A participação na Rede ocorre nas reuniões mensais ampliadas, nos Grupos de Trabalho, no Grupo de Informação ou na Secretaria Executiva. Há os que se envolvem concomitantemente em mais de uma dessas atividades, conforme disponibilidade pessoal e/ou do local de trabalho.

Da análise dos depoimentos, emergiram uma AC e uma IC com seus respectivos DSC sobre o significado de vida no trânsito para os membros da RVT. Embora tenham participado do estudo 30 membros da RVT, oito tiveram no seu discurso tanto AC como IC, o que justifica o total de 38 envolvidos nas duas figuras metodológicas (AC e IC) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Ancoragem e Ideia Central referente ao significado de vida no trânsito para os membros da Rede Vida no Trânsito- Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Ancoragem (AC) e Ideia Central (IC)	Participantes	
	n	%
AC: Promoção da vida no trânsito	27	71,1
IC: Preservação da vida pela redução dos acidentes	11	28,9
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

**fonte:** dados da pesquisa

O primeiro discurso (DSC1), que se refere à AC, teve maior representatividade. Neste, a Promoção da vida no trânsito se traduz em múltiplas perspectivas capazes de

produzir mudanças na busca por condições ideais de vida no trânsito para todos e com a participação coletiva. São elementos promotores da vida no trânsito: educação; respeito; tolerância; investimento; segurança, dentre outros.

### AC – Promoção da vida no trânsito

**DSC1** – *Vida no trânsito significa você ter, acima de tudo, uma cidade que permita às pessoas se deslocarem para seu trabalho, seu lazer, de qualquer forma, usarem a rua como parte das suas vidas e escolherem como querem se deslocar. Tem muito a ver com a paz no trânsito, é o direito à vida, é essa questão bem social de direito de andar onde você quer, de forma tranquila e passiva. É saber que o local por onde ando vai ter uma infraestrutura adequada, de que não vai haver nenhum risco para a vida em decorrência do trânsito. Também é uma questão de segurança porque às vezes você pode ser vítima de um assalto, de um sequestro, por falta de segurança no trânsito. Significa desconstruir uma cultura de violência e trazer esse conceito de saúde para o trânsito, de que a gente precisa se deslocar e isso faz parte da nossa vida. O deslocamento não pode trazer outra coisa que não seja benefício para a nossa vida, que sempre a prioridade é a pessoa, é a vida humana, que o automóvel é apenas uma ferramenta. É ter harmonia no trânsito, boa convivência, melhores condições de estar nesse espaço compartilhado de uma forma mais sustentável, mais solidária e com foco na saúde. Significa tentar humanizar a cidade e que as pessoas tenham menos pressa, mais paciência. É a gente conseguir conviver com todos os parceiros que utilizam o trânsito para se locomover. Significa educação, respeito, investimento e tolerância. É retomar esse significado de relacionamento, entender que a gente tem vida e não disputa, é ressignificar esse relacionamento no trânsito, repensar o que estou fazendo no trânsito. Ser consciente, bom condutor, conhecer as regras de trânsito, andar dentro da legalidade (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E28, E29, E30).*

O segundo discurso (DSC2), relacionado à IC, retrata que, para 11 participantes do estudo, o significado de vida no trânsito está relacionado à preservação da vida pela redução dos acidentes que culminam em óbitos, evidenciando um problema a ser resolvido.

### IC – Preservação da vida pela redução dos acidentes

**DSC2** – *O trânsito não pode matar porque ele tira quantidade de vida e tem que ser exatamente o inverso do que temos hoje, diante dos óbitos ocorridos no trânsito (...) estamos perdendo vidas todos os dias, o que não pode acontecer (...) vida no trânsito significa a diminuição de óbitos no trânsito e poder ter um transporte com segurança, com preservação da vida, sem se acidentar, poder se locomover para qualquer lugar e ter a liberdade de ir e vir sem correr risco. Não só ficar contabilizando óbitos, e sim, buscar formas de poder viver realmente com o trânsito. Significa ainda um problema que a gente tem para resolver, é uma preocupação. Então, vida no trânsito é a gente evitar mortes (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E11, E15, E23, E27).*

## DISCUSSÃO

Ambos os discursos revelam que os membros da RVT têm uma representação social positiva acerca do significado de vida no trânsito, pois se ancora na promoção ou preservação da vida nesse cenário, o que é fundamental para o alcance dos objetivos da RVT. Diferentemente, a literatura<sup>15-16</sup> aponta que, de modo geral entre os profissionais da saúde e condutores de motocicleta, as concepções de trânsito estão ligadas aos desastres, congestionamentos, estresse, entre outros agravantes à vida.

As representações sociais estão relacionadas às expectativas e à visão de mundo de um determinado grupo de pessoas e permitem desvelar os significados elaborados e compartilhados nas interações sociais em um mundo concreto e particular<sup>13-14</sup>, o que pode justificar diferentes representações sobre a vida no trânsito. Nesse sentido, os participantes da pesquisa, por fazerem parte da RVT, compartilham experiências e conhecimentos e aderem aos objetivos e missão da Rede, construindo representações sociais próprias deste grupo e favoráveis à vida. Assim, constata-se coerência entre significados expressos pelos participantes e os objetivos da RVT.

No tocante à promoção da vida no trânsito (AC), evidenciada no DSC 1, esta se traduz em um grande desafio, haja vista as circunstâncias de insegurança presentes no trânsito, a necessidade de se desconstruir a cultura de violência, de ressignificar o relacionamento das pessoas nesse cenário, dentre outros.

No universo de ressignificação do trânsito, entende-se a participação e o controle social como elementos fundamentais. Assim, quando os participantes destacam a importância da harmonia no trânsito, boa convivência e uma postura solidária no trânsito fica implícito nos discursos que é essencial o envolvimento da comunidade na promoção da vida no trânsito em relação à tomada de consciência de si, do outro e do meio ambiente em que se vive, tendo a RVT a sua parcela de contribuição nesse sentido. Pela participação e pelo controle social, os indivíduos e as comunidades podem ampliar suas possibilidades de atuação sobre os fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida<sup>17</sup>, a exemplo das condições desfavoráveis do trânsito.

Em consonância com a participação e o controle social para promover a vida no trânsito, ressalta-se a paz no trânsito, que movimenta a vida a favor de melhorias individuais e coletivas, buscando beneficiar a todos. O desejo de construir uma cultura de paz no trânsito, revelada no primeiro discurso, perpassa a modificação de crenças, valores, comportamentos, interações e relações entre as pessoas. Implica, ainda, em criar objetivos e estratégias, transformar estruturas ineficientes e abandonar zonas de comodismo<sup>18-19</sup> que refletem o individualismo no trânsito, expresso pela culpabilização do outro e banalização de diferentes problemas que tornam esse espaço coletivo violento e inseguro.

Nessa lógica, a segurança no trânsito necessita de um processo educativo com foco no desenvolvimento de pessoas, para que estas compreendam suas ações e revejam sua participação nesse cenário. Isso é possível a partir do desenvolvimento de funções sociais, o que depende de uma maior consciência individual e do incentivo à participação das pessoas no espaço público<sup>20</sup>, aspectos que constituem um desafio para a RVT.

Estudo aponta a humanização do trânsito como uma aliada na busca da resolutividade dos problemas por ele produzidos<sup>16</sup>. Essa humanização, que no discurso dos membros da RVT (DSC1) está relacionada ao respeito pelas pessoas, à boa convivência e à tolerância no trânsito, pode ser entendida como um requisito à garantia do direito de ir e vir das pessoas, de se deslocar com se-

gurança e harmonia em um ambiente mais agradável e sustentável.

Contudo, a mobilização da população em torno de posturas seguras e solidárias no trânsito, mediante ações que coibam a vitimização das pessoas no exercício do direito elementar de ir e vir, é um desafio. Os veículos automotores representam posição social mais elevada e poder, incluindo percepções de prestígio, liberdade e prazer na sociedade contemporânea<sup>21-22</sup>.

Nesse sentido, destaca-se a relevância de mobilização da "cultura do automóvel", como mencionado pelos participantes. Para tanto, é necessário repensar as adaptações realizadas nas cidades, as quais violam a natureza para favorecer o uso dos automotores, contribuindo para a poluição do meio ambiente e danos à qualidade de vida das pessoas, que têm os espaços coletivos, como praças e áreas de lazer, cedidos à abertura de novas vias<sup>16,21</sup>, aspectos que desfavorecem a criação e manutenção de ambientes seguros e saudáveis de vida nas cidades.

Assim, uma abordagem integrada no planejamento e desenho de áreas urbanas é indispensável no contexto atual da urbanização, das imposições relacionadas à escassez de recursos ambientais e da promoção da inclusão social, como parte dos esforços globais para se atingir padrões de vida e cuidados à saúde adequados para o alcance do desenvolvimento sustentável<sup>23-24</sup>. Acredita-se que a RVT poderá contribuir nesse sentido, tendo em vista a sua constituição, organização e dinâmica de trabalho, caracterizada por um grupo de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, os quais atuam em ações distintas, voltadas à vida no trânsito.

Dentre os profissionais que constituem a RVT, destacam-se os enfermeiros, médicos e odontólogos, pois o setor saúde assume progressivamente um papel protagonista em iniciativas tradicionalmente restritas aos setores de segurança pública, engenharias e direito. Além disso, ressalta-se a ênfase na abordagem intersetorial do problema da segurança no trânsito e as contribuições com os preceitos mais modernos de epidemiologia e a visão de promoção da saúde, primando, nesta, antes pela integridade e qualidade de vida<sup>25-26</sup>, também apontadas pelos participantes em ambos os discursos desta pesquisa.

No que se refere à preservação da vida pela redução dos acidentes (IC), os participantes revelaram no DSC 2 uma realidade que não é aceita por eles – a dos acidentes que culminam em óbitos, porém a que se obrigam a conviver, o que gera insatisfação profissional e pessoal. Julga-se que essa representação se fundamenta nas

estatísticas produzidas pela própria Rede, mas também naquelas divulgadas cotidianamente nos mais diversos veículos de comunicação, bem como em publicações científicas sobre a temática que retratam a mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil<sup>8,21,27</sup> e no mundo<sup>9-12,28</sup>. Assim, as representações dos membros da RVT são concebidas como uma rede de conceitos e imagens interativas, que evoluem continuamente conforme o tempo e o espaço, diretamente proporcional à complexidade e velocidade das comunicações<sup>16</sup>.

A proximidade com as informações negativas acerca dos acidentes, geradas na Rede, e com as ações desenvolvidas na mesma, “alimenta” nos participantes do estudo o desejo de mudança e de preservar a vida no trânsito, identificando neles a função de orientação atribuída às representações sociais, as quais são responsáveis pela elaboração de condutas, comportamentos e práticas. Nesse sentido, a representação funciona como um sistema de pré-modificação da realidade, por determinar um conjunto de antecipações e expectativas sobre a mesma<sup>16</sup>.

Os participantes significam a vida no trânsito com a prevenção dos acidentes e consequentes mortes, um problema a ser resolvido. Embora as taxas de mortalidade no trânsito reforcem esta representação, os resultados de uma avaliação do Projeto Vida no Trânsito, desenvolvida no país, mostraram uma redução no número de mortes por acidentes em três das cinco capitais investigadas. Destacou-se no desempenho positivo do Projeto a intensificação das intervenções integradas e intersetoriais, decorrentes da parceria entre os setores do Trânsito, da Segurança Pública e da Saúde<sup>6</sup>, o que pode estimular a atuação dos participantes como membros da RVT.

Comparativamente, a avaliação do ‘*Global Road Safety Program*’ na Turquia revelou que o Programa contribuiu para algumas melhorias no trânsito, todavia, é difícil concluir que o mesmo teve algum impacto quantitativo nos acidentes e taxas de mortalidade, nas duas cidades onde o estudo foi desenvolvido, sendo uma delas a capital do país<sup>29</sup>. A avaliação do Programa também foi realizada em duas regiões da Rússia e evidenciou diminuição no número de mortes no trânsito em uma delas<sup>30</sup>.

Desse modo, ao passo em que os resultados dos esforços globais de segurança no trânsito ainda são incipientes, já é possível a identificação de avanços para o alcance da meta da Década de Ações para a Segurança no Trânsito 2011 – 2020. Além disso, essas evidências podem motivar outras iniciativas capazes de produzir impacto positivo à preservação e promoção da vida no

trânsito pela garantia de direitos como, por exemplo, segurança.

### Limitações do Estudo

O número de participantes e a pouca representatividade da sociedade civil no estudo, que ocorreu pelo fato da mesma ainda não ser parte atuante na RVT, podem ter limitado a interpretação dos resultados sob a perspectiva da coletividade e de compartilhamento de opiniões, conforme preconiza o referencial teórico da representação social. Porém, teve-se o cuidado de convidar todos os membros atuantes na Rede durante o período de coleta de dados, respeitados os critérios de inclusão do estudo, sendo contemplados na sua totalidade.

### Contribuições para a Prática

O estudo confere visibilidade à participação do enfermeiro na “Rede Vida no Trânsito”, que ainda pode ser desconhecida para os profissionais da área. Salienta-se que ao participar da Rede o enfermeiro pode contribuir com o desenvolvimento de estratégias voltadas para diferentes públicos com foco na preservação e promoção da vida no trânsito.

### CONCLUSÕES

A representação dos participantes no que se refere à vida no trânsito está voltada para a promoção da vida neste cenário, relacionada às condições ideais de trânsito e mobilidade com segurança. Para os participantes, vida no trânsito também significa a preservação da vida pela redução dos acidentes, mediante mudanças na infraestrutura, adoção de políticas públicas legítimas e sustentáveis, bem como compreensão e participação de toda a sociedade, que deve buscar paz, respeito e educação no trânsito. Desse modo, a realidade cotidiana das pessoas nesse cenário sinaliza a necessidade de melhorias a fim de garantir vida e com qualidade.

Recomendam-se outros estudos que abordem a vida no trânsito e não somente os agravos ocorridos neste ambiente. Estatísticas também são necessárias, mas devem ser principalmente instrumentos para gerar mudanças, conscientizar e sensibilizar toda a sociedade que deve ser ativa na promoção diária de vida no trânsito. Muito mais do que indicadores e dados, consideram-se, aqui, vidas diariamente perdidas e condições insustentáveis que prejudicam a sociedade e isso precisa mudar.

## REFERÊNCIAS

1. Rede Vida no Trânsito. Boletim da Rede Vida no Trânsito [Internet]. Florianópolis; 2016 [cited 2017 Aug 25]. Available from: <https://revedidanotransito.files.wordpress.com/2017/08/boletim-rvt-desastres-set16.pdf>
2. Mascarenhas MDM, Souto RMCV, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Montenegro MMS. Characteristics of motorcyclists involved in road traffic accidents attended at public urgent and emergency services. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 11]; 21(12):3661-3671. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n12/3661-3671/en>
3. World Health Organization (WHO). Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention. Road safety mass media campaigns: a toolkit [Internet]. Geneva: 2016. [cited 2016 Mar 7]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254281/1/9789241511797-eng.pdf?ua=1>
4. Ministério da Saúde (BR). Guia Vida no Trânsito. Brasília: Universidade Federal de Goiás [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 13]. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-38888>
5. Moraes Neto OL, Silva MMA, Lima CM, Malta DC, Silva Junior JB. Life in Traffic Project: evaluation of the implementation in five Brazilian state capitals, 2011-2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 1]; 22(3):373-82. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a02.pdf>
6. Santos GM, Nery AA, Constâncio TOS, Oliveira JS, Carmo EA, Silva VAC, et al. Atendimentos do componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. *Rev Cuid* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 11]; 10(3):e779. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/779/1353>
7. Aguilera SLVU, Sripad P, Lunnen JC, Moyses ST, Chandran A, Moyses SJ. Alcohol consumption among drivers in Curitiba, Brazil. *Traffic Inj Prev* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 11]; 16(3):219-24. Doi: 10.1080/15389588.2014.935939
8. Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Mortality and potential years of life lost by road traffic injuries in Brazil, 2013. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 12]; 50:59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006465.pdf>
9. Otzen T, Sanhueza A, Manterola C, Hetz M, Melnik T. Transport accident mortality in Chile: trends from 2000 to 2012. *Cien Saude Colet* [internet]. 2016 [cited 2017 Jul 24]; 21(12):3711-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/1413-8123-csc-21-12-3711.pdf>
10. Gopaul CD, Singh-Gopaul A, Sutherland JM, Ros-tant L, Ebi KL, Chadee DD. The epidemiology of fatal road traffic collisions in Trinidad and Tobago, West Indies (2000-2011). *Glob Health Action* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 28]; 9:32518. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5105321/pdf/GHA-9-32518.pdf>
11. Sadeghi-Bazargani H, Ayubi E, Azami-Aghdash S, Abedi L, Zemestani A, Amanati L, et al. Epidemiological patterns of road traffic crashes during the last two decades in Iran: a review of the literature from 1996 to 2014. *Arch Trauma Res* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 11]; 5(3):e32985. Available from: <http://eprints.kaums.ac.ir/1175/1/atr-05-03-32985%282%29.pdf>
12. Cardona AMS, Arango DC, Fernández DYB, Martínez AA. Mortalidad por accidente de tránsito en el adulto mayor en Colombia. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 22]; 51:21. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006405.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/es_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006405.pdf)
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2 ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012. 224 p.
14. Morera JAC. Social representations and social cognition: contributions to nursing and health research. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 11]; 26(4):e1500017. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en\\_0104-0707-tce-26-04-e1500017.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/en_0104-0707-tce-26-04-e1500017.pdf)
15. Souza HNF, Drumond EF, Malta DC, Costa TAH, Freitas MIF. Perspective of motorcyclists accidented about risk and transit accidents. *Rev Min Enferm* [Internet] 2018 [cited 2020 Oct 11]; 22:e-1088. Available from: [https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en\\_e1088.pdf](https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1088.pdf)

16. Lira L, Gomes ARF, Farias MSJA, Rocha MNT, Rodrigues MS, Taveira MGMM. Knowledge of traffic humanization by health professionals. *Revista Portal: Saúde e Sociedade* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 13]; 1(3):205-16. Available from: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/2683/2157>
17. World Health Organization (WHO). The Ottawa charter for health promotion [Internet]. Ottawa; 1986 [cited 2016 Jul 10]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
18. Moreira LS, Branco AMCUA. Processo de socialização e promoção da cultura de paz na perspectiva de policiais militares. *Estud Psicol (Campinas)* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 25]; 33(3):553-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n3/0103-166X-estpsi-33-03-00553.pdf>
19. De Lira FB, Ulle CMS, De Mattos M. Acidentes motociclisticos e ações educativas no trânsito em município do estado de Mato Grosso. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 25]; 10(3):141-146. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2013/567>
20. Barbosa BCV. Empreendendo o I Núcleo interdisciplinar universitário de trânsito de Pernambuco - Niut, como proposta para um trânsito sustentável. *Interfaces - Revista de Extensão da UFMG* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 25]; 2(3):119-32. Available from: <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/38/pdf>
21. Van Belleghem G, Van Deynse H, Devos S, Huysmans E, Hubloue I, Lauwaert D, et al. Health care utilization after hospitalization following a road traffic accident. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 11]; 42(11):1599-1606. Doi: 10.1080/09638288.2018.1531152
22. Paixão LMMM, Gontijo ED, Mingoti SA, Costa DAS, Friche AAL, Caiaffa WT. Urban road traffic deaths: data linkage and identification of high-risk population sub-groups. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 2]; 31(1 Suppl):92-106. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31s1/0102-311X-csp-31-s1-0092.pdf>
23. Marins KRCC. Análise comparativa multicriterial de estratégias em sustentabilidade urbana aplicada aos bairros de Cidade Pedra Branca (Palhoça, SC) e Vauban (Freiburg, Alemanha). *Ambiente Construído* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 25]; 17(1):393-408. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ac/v17n1/1678-8621-ac-17-01-0393.pdf>
24. Macedo VLM, Vieira LF, Neves RS, Leandro SS. Avaliação da estratégia saúde da família em São Sebastião - Distrito Federal. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 25]; 10(2):15-21. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2330/540>
25. Pavarino Filho RV. The Moscow and Brasilia Declarations on road safety - a parallel between two moments in health. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 24]; 21(12):3649-60. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/en\\_1413-8123-csc-21-12-3649.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/en_1413-8123-csc-21-12-3649.pdf)
26. Moll MF, Boff NN, Silva PS, Siqueira TV, Ventura CAA. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 25]; 10(3):134-140. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2001/570>
27. Mandacaru PMP, Andrade AL, Rocha MS, Aguiar FP, Nogueira MSM, Girodo AM, et al. Qualifying information on deaths and serious injuries caused by road traffic in five Brazilian capitals using record linkage. *Accid Anal Prev* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 28]; 106:392-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.06.018>
28. Hasanzadeh J, Moradinazar M, Najafi F, Ahmadijouybari T. Trends of mortality of road traffic accidents in Fars Province, Southern Iran, 2004-2010. *Iranian J Publ Health* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jul 24]; 43(9):1259-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500428/pdf/IJPH-43-1259.pdf>
29. Gupta S, Hoe C, Özkan T, Lajunen TJ, Vursavas F, Sener S, et al. Evaluation of a five-year Bloomberg Global Road Safety Program in Turkey. *Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 26]; 144(Suppl):S45-S56. Available from: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(17\)30013-6/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(17)30013-6/pdf)
30. Gupta S, Paichadze N, Gritsenko E, Klyavin V, Yurasova E, Hyder AA. Evaluation of the five-year Bloomberg Philanthropies Global Road Safety Program in the Russian Federation. *Public Health* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 26]; 144(Suppl):S5-S14. Available from: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(16\)30451-6/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(16)30451-6/pdf)

# AVALIAÇÃO DOS RISCOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

João Carlos Pereira Angeli<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-7739-9118>

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7905-9990>

Isabel Cristina Kowal Olm Cunha<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-6374-5665>

**Objetivo:** Identificar o conhecimento dos trabalhadores de Enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário acerca dos riscos laborais a que estão submetidos. **Método:** Estudo exploratório sob a abordagem quantitativa, onde aplicou-se um questionário para 137 profissionais de Enfermagem (48 enfermeiros, 37 técnicos de enfermagem e 52 auxiliares de enfermagem) do Pronto Socorro de um Hospital Universitário. **Resultados:** Os sujeitos do estudo são predominantemente do sexo feminino (70,8%), na faixa etária de 26 a 35 anos (43,1%), com até cinco anos de trabalho no pronto socorro (81,6%) e atuando no turno noturno (41,6%). Dos riscos, os mais apontados foram os biológicos como bactérias, vírus, sangue, e secreções, pelas três categorias profissionais. Seguiram-se os riscos físicos com material perfuro cortante, manutenção precária e ruídos; os químicos medicamentos, poeira e desinfetantes; e os ergonômicos levantar e sustentar pacientes e andar muito pelo setor. **Conclusão:** Os profissionais reconhecem o principal risco envolvido em sua prática assistencial como sendo biológico. Esses resultados são importantes para nortear ações na gestão que visem ações preventivas.

**Descritores:** Riscos Ocupacionais; Serviço Hospitalar de Engenharia e Manutenção; Serviços Médicos de Emergência; Hospitais Universitários.

## EVALUATION OF HEALTH RISKS FOR NURSING WORKERS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** To identify the health risks of nursing workers in the emergency department of a university hospital. **Method:** Exploratory study with quantitative approach, using a questionnaire applied in 137 nursing workers (48 nurses, 37 nursing technicians and 52 nursing assistants) from the Emergency Room of an university hospital center. **Results:** The sample consisted of predominantly female (70.8%), ages 26 to 35 years old (43.1%), with up to five years of work in the emergency room (81.6%) and working in the night shift (41.6%). The main risk cited by all professionals was Biological, exemplified by bacteria, viruses, blood, and secretions. Others risks were also remembered, such as the Physical ones: use of sharp-perforating material, poor maintenance of the environment and noise; Chemical risks described as contact with medical drugs, dust and disinfectants; and the Ergonomic ones, like to raise and to support patients and walk around the sector a lot. **Conclusion:** Nursing Professionals recognize the main risk involved in their daily practice as being biological. These results are important to guide further preventive actions.

**Descriptors:** Occupational Risks; Maintenance and Engineering, Hospital; Emergency Medical Services; Hospitals, University.

## EVALUACIÓN DE RIESGOS DE SALUD DE TRABAJADORES DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

**Objetivo:** identificar los riesgos para la salud de los trabajadores de enfermería en el departamento de emergencias de un hospital universitario. **Método:** estudio exploratorio con enfoque cuantitativo, desarrollado a partir de un cuestionario para 137 profesionales de enfermería (48 enfermeras, 37 técnicas de enfermería y 52 auxiliares de enfermería) de la sala de emergencias de uno hospital universitario. **Resultados:** Los sujetos del estudio son predominantemente mujeres (70.8%), de 26 a 35 años (43.1%), con hasta cinco años de trabajo en la sala de emergencias (81.6%) y trabajando en el turno nocturno (41.6%). De los riesgos, los más destacados fueron los Biológicos, como bacterias, virus, sangre y secreciones, por las tres categorías profesionales. A seguir fueron los riesgos Físicos con lo material perforante, mala conservación del área física y ruido; los Químicos con las drogas químicas, polvo y desinfetantes; y los Ergonómicos con la movilización y apoyo a los pacientes y se muever mucho por el sector. **Conclusión:** Los profesionales reconocen que el principal riesgo involucrado en su práctica de cuidado es biológico. Estos resultados son importantes para guiar las acciones de gestión dirigidas a acciones preventivas

**Descriptores:** Riesgos Laborales; Servicio de Mantenimiento e Ingeniería en Hospital; Servicios Médicos de Urgencia; Hospitales Universitarios.

<sup>1</sup>Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração em Saúde e Gerenciamento de Enfermagem - GEPAG da Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

Autor correspondente: Isabel Cristina Kowal Olm Cunha - Email: [isabel.cunha@cofen.gov.br](mailto:isabel.cunha@cofen.gov.br)

Recebido: 17/05/2020 - Aceito: 02/11/2020

## INTRODUÇÃO

O setor saúde, produtor de serviços de diversas especialidades, a exemplo da urgência e emergência, possui especificidades na atuação dos profissionais que nele trabalham, quer pela multiplicidade do escopo de práticas ou pelos riscos constantes a que estão expostos. O hospital como ambiente laboral reconhecidamente insalubre, expõe os trabalhadores a diversos riscos, agravos e doenças<sup>1-2</sup>.

Os profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) constituem a maior força de trabalho, estando em contato direto na linha de frente com a clientela, expondo-os a diversos riscos e vulnerabilizando-os a contrair doenças durante o processo de cuidado<sup>2-4</sup>.

Na área hospitalar a equipe de Enfermagem representa 56,5% de um coletivo de mais de dois milhões de profissionais. Nos hospitais universitários esse percentual chega a 10,3%<sup>5</sup>. Por ser o maior contingente de profissionais do macro Setor Saúde, os trabalhadores da Enfermagem estão mais expostos a determinados fatores ou agentes de riscos químicos, físicos, biológicos, psicológicos, ergonômicos e organizacionais, sobretudo quando atuam em ambiente sem as condições adequadas de trabalho, bastante insalubres e sem a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)<sup>2</sup>. Os riscos à saúde dos trabalhadores se processam na realização de cada atividade durante o labor, a partir da sua exposição a atividades perigosas e insalubres<sup>6</sup>.

As substâncias químicas tóxicas, as poeiras, os ruídos, a vibração, o calor ou o frio excessivo, a tensão, as radiações, os microrganismos, as posturas viciosas, os movimentos repetitivos, a sobrecarga, a exigência excessiva e a monotonia que acontece em decorrência das condições de trabalho, são importantes fatores de riscos que podem ocasionar lesão, doença, inaptidão ou afetar o bem estar e a saúde mental<sup>5</sup>.

A exposição às diferentes tipologias de risco pode ocorrer em qualquer setor do hospital, sendo ampliado no pronto socorro, onde são assistidos casos de urgência e emergência, estando o profissional muitas vezes atuando no limítrofe entre salvar vidas e vivenciar o findo desta, expondo-se a diversos tipos de matérias orgânicas, quase sempre em espaços que foram mal projetados, em construções adaptadas, sem conservação ou operados sem a devida técnica.

Com isso, surgiu a seguinte indagação: Quais são os riscos a que os profissionais da equipe de Enfermagem estão submetidos num pronto socorro de um hospital universitário? Desta maneira, este estudo buscou identificar os ris-

cos à saúde dos trabalhadores de Enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário e descrever suas características sociodemográficas.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Estudo exploratório, sob a abordagem quantitativa.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Pronto Socorro de um Hospital Universitário na cidade de São Paulo. Trata-se de um hospital privado gerenciado por universidade pública, com 748 leitos, que possui um pronto socorro de atendimento terciário, referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para toda a cidade de São Paulo, realizando perto de 1.000 atendimentos/dia. O pronto socorro tem o setor de adulto e infantil.

A estrutura física deste pronto socorro é bastante antiga apesar de ter passado por várias reformas ao longo dos anos. Possui 28 salas de atendimento peculiares (emergência, pequenas cirurgias, curativos) além das necessárias para a equipe de trabalho (farmácia, postos de enfermagem, área administrativa, depósitos de materiais de limpeza, consultórios), e os leitos para repouso divididos em áreas masculina e feminina que atendem à regulamentação estabelecida.

Por ser um hospital universitário atuam neste setor além do seu corpo de servidores públicos e celetistas, professores e estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina, Biomedicina, Fonoaudiologia, entre outros, tanto em nível de graduação quanto da pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*.

### Participantes do estudo

Para o estudo foram convidados a participar todos os 194 profissionais da equipe de Enfermagem (48 enfermeiros, 38 técnicos de enfermagem e 108 auxiliares de enfermagem) dos diferentes turnos de atendimento. Como critério de inclusão o profissional deveria trabalhar há mais de seis meses. Foram excluídos do estudo, os profissionais que estivessem de licença durante a coleta dos dados.

Participaram da pesquisa uma amostra de 48 enfermeiros, 37 técnicos de enfermagem e 52 auxiliares de enfermagem, totalizando 137 respondentes.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2014 a agosto de 2015, utilizando um questionário, envolvendo variáveis contendo características sociodemográficas e referentes a turno e tempo de trabalho, além dos riscos

relacionados ao trabalho (biológicos, físicos, químicos e ergonômicos). O questionário continha questões fechadas (com itens de múltipla escolha) e abertas, com a possibilidade de apresentar outros riscos que não foram relacionados.

### Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Os dados dos questionários foram transpostos para planilha Excel® 2010 e analisados estatisticamente. A análise descritiva dos dados incluiu o cálculo de frequências absolutas e percentuais. Para as existências de associações entre duas variáveis categóricas utilizou-se o teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas o teste exato de Fisher. O software estatístico utilizado para a análise foi o SPSS 20.0.

Os riscos foram avaliados levando em conta a probabilidade de este causar danos aos trabalhadores e o nível de gravidade da lesão que possa ocorrer<sup>7</sup>. Os riscos foram categorizados conforme a Norma Regulamentadora nº 9 sobre “Riscos Ambientais e dá outras providências” de 29 de dezembro de 1994<sup>8</sup>, que são:

- Riscos Físicos: ruídos, vibrações, radiações ionizantes, radiações não ionizantes, frio, calor, pressões anormais, umidade etc.;
- Riscos Químicos: poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases vapores, substâncias, compostas ou produtos químicos em geral etc.;
- Riscos Biológicos: vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas, bacilos etc.;
- Riscos de Ergonômicos: esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de postura inadequada, controle rígido de produtividade, imposição de ritmos excessivos, trabalho em turno e noturno, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade e outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico.

### Aspectos éticos

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos e legais das pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos dos participantes da pesquisa<sup>9</sup>, sendo que seu protocolo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) institucional e aprovado sob nº CAAE 31475114.1.0000.5505 e ParecerNo.680.388. Foi autorizado ainda pela Diretoria da Enfermagem e Científica do referido Hospital Universitário. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Dos 137 profissionais de Enfermagem do estudo, 35% são enfermeiros, 27% técnicos de enfermagem e 38% auxiliares de enfermagem. A Tabela 1 apresenta um breve perfil da Equipe de Enfermagem do pronto socorro estudado.

**Tabela 1** Distribuição dos profissionais de Enfermagem segundo características sociodemográficas e de trabalho.

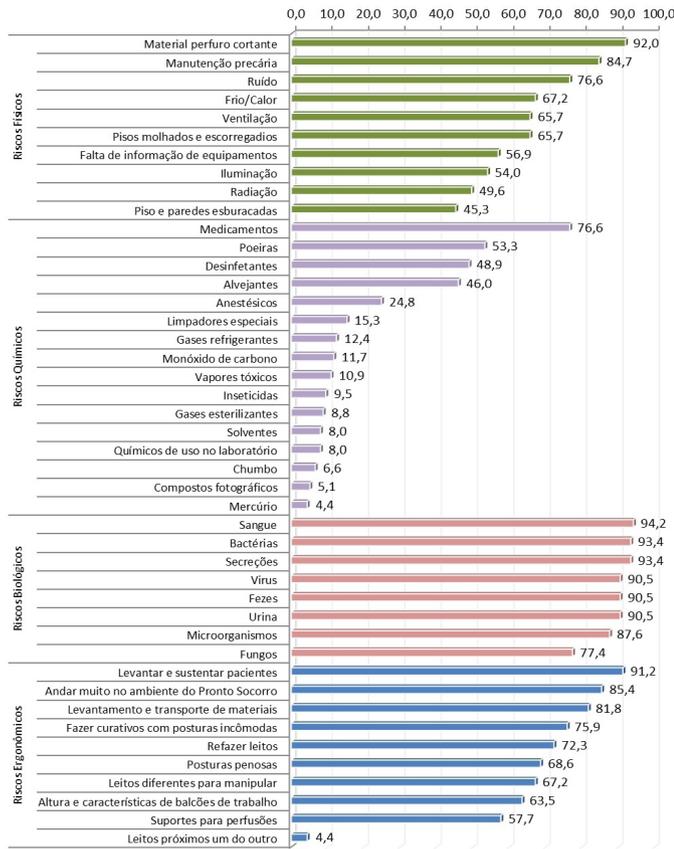
Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	40	29,2
Feminino	97	70,8
Total	137	100,0
<b>Faixa Etária (anos)</b>		
22 a 25	13	9,5
26 a 30	29	21,2
31 a 35	30	21,9
36 a 40	24	17,5
41 a 45	10	7,3
46 a 50	11	8,0
51 a 55	4	2,9
56 a 60	11	8,0
Sem informação	5	3,7
Total	137	100,0
<b>Tempo de Trabalho no Pronto Socorro (anos)</b>		
Menos de 2 anos	50	36,5
2 a 5 anos	48	35,1
6 a 10 anos	14	10,2
11 a 15 anos	14	10,2
Acima de 15 anos	11	8,0
Total	137	100,0
<b>Turno de Trabalho</b>		
Manhã	35	25,5
Tarde	30	21,9
Manhã/Tarde	15	11,0
Noturno	57	41,6
Total	137	100,0

O estudo mostra na Tabela 1 a predominância de profissionais do sexo feminino (70,8%), na faixa etária de 26 a 35 anos (43,1%), com até cinco anos de trabalho no pronto socorro (81,6%) e atuando no turno noturno (41,6%).

A Figura 1 apresenta os principais riscos identificados por categoria e tipo.

**Figura 1** Tipos de riscos percebidos pelos profissionais de Enfermagem no pronto socorro.

A Figura 1 mostra os riscos que predominaram neste estudo foram: físico - material perfuro cortante (92%); químico - medicamentos (76,6%); biológico - sangue 94,3%; e ergonômicos - levantar e sustentar pacientes (91,2%).



mico - medicamentos (76,6%); biológico - sangue 94,3%; e ergonômicos - levantar e sustentar pacientes (91,2%).

A Tabela 2 apresenta a estratificação dos riscos por categoria profissional da Enfermagem.

**Tabela 2** Riscos referidos por categoria profissional da Enfermagem.

Variáveis por Categoria de Risco e Tipo	Categoria						Total		p*
	Enfermeiro		Técnico		Auxiliar				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Riscos Físicos</b>									
Material perfuro cortante	45	93,8	32	86,5	49	94,2	126	92,0	0,413 <sup>a</sup>
Manutenção precária	38	79,2	33	89,2	45	86,5	116	84,7	0,398
Ruído	41	85,4	27	73,0	37	71,2	105	76,6	0,200
Frio/Calor	33	68,8	22	59,5	37	71,2	92	67,2	0,490

Ventilação	31	64,6	23	62,2	36	69,2	90	65,7	0,771
Pisos molhados e escorregadios	29	60,4	26	70,3	35	67,3	90	65,7	0,607
Falta de informação de equipamentos	30	62,5	20	54,1	28	53,8	78	56,9	0,627
Iluminação	26	54,2	19	51,4	29	55,8	74	54,0	0,918
Radiação	30	62,5	21	56,8	17	32,7	68	49,6	0,007
Piso e paredes esburacadas	23	47,9	17	45,9	22	42,3	62	45,3	0,849

**Riscos Químicos**

Medicamentos	37	77,1	29	78,4	39	75,0	105	76,6	0,930
Poeiras	27	56,2	21	56,8	25	48,1	73	53,3	0,633
Desinfetantes	26	54,2	17	45,9	24	46,2	67	48,9	0,664
Alvejantes	21	43,8	15	40,5	27	51,9	63	46,0	0,528
Anestésicos	15	31,2	10	27,0	9	17,3	34	24,8	0,255
Limpadores especiais	10	20,8	4	10,8	7	13,5	21	15,3	0,398

Gases refrigerantes	8	16,7	4	10,8	5	9,6	17	12,4	0,532
Monóxido de carbono	6	12,5	6	16,2	4	7,7	16	11,7	0,456
Vapores tóxicos	6	12,5	6	16,2	3	5,8	15	10,9	0,272
Gases esterilizantes	6	12,5	4	10,8	2	3,8	12	8,8	0,246 <sup>a</sup>
Solventes	6	12,5	3	8,1	2	3,8	11	8,0	0,276 <sup>a</sup>

**Riscos Biológicos**

Sangue	44	91,7	35	94,6	50	96,2	129	94,2	0,601 <sup>a</sup>
Bactérias	46	95,8	34	91,9	48	92,3	128	93,4	0,750 <sup>a</sup>
Secreções	44	91,7	35	94,6	49	94,2	128	93,4	0,828 <sup>a</sup>
Vírus	46	95,8	31	83,8	47	90,4	124	90,5	0,170 <sup>a</sup>
Fezes	44	91,7	33	89,2	47	90,4	124	90,5	0,935 <sup>a</sup>
Urina	44	91,7	33	89,2	47	90,4	124	90,5	0,935 <sup>a</sup>
Microorganismos	44	91,7	31	83,8	45	86,5	120	87,6	0,527
Fungos	43	89,6	25	67,6	38	73,1	106	77,4	0,036

**Riscos Ergonômicos**

Levantar e sustentar pacientes	42	87,5	32	86,5	51	98,1	125	91,2	0,066 <sup>a</sup>
Andar muito no ambiente do Pronto Socorro	42	87,5	32	86,5	43	82,7	117	85,4	0,775
Levantamento e transporte de materiais	40	83,3	28	75,7	44	84,6	112	81,8	0,527
Fazer curativos com posturas incômodas	35	72,9	30	81,1	39	75,0	104	75,9	0,670
Refazer leitos	32	66,7	29	78,4	38	73,1	99	72,3	0,482

Posturas penosas	33	68,8	24	64,9	37	71,2	94	68,6	0,820
Leitos diferentes para manipular	32	66,7	25	67,6	35	67,3	92	67,2	0,996
Altura e características de balcões de trabalho	32	66,7	23	62,2	32	61,5	87	63,5	0,851
Suportes para perfusões	24	50,0	26	70,3	29	55,8	79	57,7	0,162
Leitos próximos um do outro	3	6,2	2	5,4	1	1,9	6	4,4	0,576 <sup>a</sup>

\*p – nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

### - Perfil da Equipe de Enfermagem

No Brasil, segundo dados da Pesquisa do Perfil da Enfermagem no Brasil (PPEB) 7,7% dos profissionais atuam em pronto socorro<sup>10</sup>. Este estudo mostra a predominância de 70,8% dos profissionais do sexo feminino. Historicamente, as Equipes de Enfermagem são formadas por mulheres, o que também se confirma nesta pesquisa. Estudos apontam que mais de 90% dos profissionais de Enfermagem das unidades de Pronto Socorro são do sexo feminino<sup>11-12</sup>. A PPEB aponta que o feminino na Enfermagem é uma tradição histórica e cultural<sup>10</sup>.

A partir do construto da sociologia das profissões, Machado et al.<sup>5,10</sup> estabelecem uma categorização de fases da vida profissional, que leva em conta a idade, o tempo de formado até a entrada do trabalhador no mercado de trabalho, sendo: 1ª Fase, denominada de “Início da vida profissional”, refere-se aqueles com até 25 anos de idade; 2ª Fase, chamada de “Formação Profissional”, 26 a 35 anos de idade; 3ª Fase, denominada de “Maturidade profissional”, encontram-se os sujeitos com idade entre 36 e 50 anos; 4ª Fase, definida como “Desaceleração profissional”, de 51 a 60 anos; e a 5ª Fase, da “Aposentadoria”, estão aqueles com idade acima de 61 anos. Nesta pesquisa, predomina uma equipe de Enfermagem na fase de “formação profissional”, 43,1%; seguida da fase de “maturidade profissional”, 32,8%. Na PPEB assim como esta, predominaram as fases de maturidade profissional (40%) e de formação profissional (38%), o que caracteriza ser a Enfermagem uma profissão em pleno rejuvenescimento<sup>10,5,13</sup>. Este estudo aponta ainda, que 70,1% dos profissionais são adultos jovens, entre 20 e 40 anos.

Quanto ao tempo de atuação no pronto socorro, 71,6% atuam até 10 anos. Estudo desenvolvido nas Unidades de

Pronto Atendimento de um município do interior do Estado de São Paulo, com 128 profissionais de Enfermagem, apontou que 49% atuavam no setor entre seis meses e oito anos<sup>11</sup>.

Os profissionais que já estão na ativa há certo tempo apresentam uma maior expertise e destreza manual, para o desenvolvimento do processo de cuidar, sobretudo para a realização de procedimentos que exijam técnicas com mais acurácia, tanto para a segurança do paciente, quanto para a biossegurança de ambos. O conhecimento aliado a uma boa prática clínica reduz os riscos e o nível de insalubridade para os trabalhadores da Enfermagem. O que refletirá na qualidade do atendimento da clientela, favorecendo o melhor desenvolvimento das competências profissionais. Ao mesmo tempo, pode contribuir com que o profissional se sinta mais confiante e relaxe o cuidado, pondo em riscos ambos – trabalhador-cliente.

Observa-se que 41,6% dos respondentes, trabalham no período noturno. Estudos desenvolvidos no mesmo setor, um no interior de São Paulo (40%)<sup>11</sup> apontou dado semelhante, e em Maringá – PR, 31,6%<sup>12</sup>. O trabalho noturno permite que as instituições de saúde ofertem serviços, sobretudo de urgência e emergência de modo ininterrupto, a semana toda, para atender demandas específicas, a exemplo dos agravos por causas externas e episódios agudos de diferentes doenças.

O plantão noturno tem algumas peculiaridades diferentes dos demais, exigindo dos profissionais de Enfermagem maior estado de alerta e atenção, além de ser um potencializador nas repercussões físicas e psíquicas, trazendo implicações na saúde geral e alterações nas funções orgânicas destes profissionais<sup>14-15</sup>. Segundo autores, “turnos de trabalho mais longos e em horários contrários ao ciclo circadiano implica em um menor tempo de descanso, fadiga excessiva e questões que refletem diretamente na qualidade do serviço prestado, envolvendo o ambiente de trabalho”<sup>14</sup>.

A redução das horas de sono diárias e a impossibilidade de recuperá-las após a jornada de trabalho noturna são importantes fatores de desgaste dos trabalhadores<sup>15</sup>, que associados com o excesso de demanda do plantão, a sobrecarga de trabalho, múltiplos empregos/jornadas de trabalho e o estresse, podem contribuir para vulnerabilizar o trabalhador ainda mais aos riscos laborais e a amplitude e a magnitude dos acidentes de trabalho.

### - Riscos que a Equipe de Enfermagem está exposta

Independentemente do local e da atividade laboral exercida, o trabalho expõe os trabalhadores a diversos ris-

cos, que são potencializados a depender da ambiência onde este se desenvolve, as condições de trabalho a que estão submetidos, e se estes têm acesso e sabem utilizar os EPI.

Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT)<sup>7</sup>, os riscos incidem sobre a possibilidade ou a probabilidade de um trabalhador ficar ferido ou sofrer alguns eventos adversos a sua saúde, quando expostos ao perigo. Todavia, para detecção e avaliação dos riscos, deve ser identificado o que pode afetar os trabalhadores e o ambiente laboral, como forma de desenvolver medidas para prevenção e proteção de acidentes de trabalho.

Para tal, o “reconhecimento dos riscos ambientais é uma etapa fundamental do processo que servirá de base para a tomada de decisões quanto às ações de prevenção, eliminação ou controle” destes<sup>16</sup>. No entanto, “... os fatores de risco presentes nos locais de trabalho não devem ser compreendidos de forma isolada e estanque. Ao contrário, é necessário apreender a forma como eles acontecem na dinâmica global e cotidiana do processo de trabalho”<sup>17</sup>.

Pois, segundo o Ministério da Saúde<sup>18</sup> “os locais de trabalho, pela própria natureza da atividade desenvolvida e pelas características de organização, relações interpessoais, manipulação ou exposição a agentes físicos, químicos, biológicos, situações de deficiência ergonômica ou riscos de acidentes, podem comprometer a saúde e a segurança do trabalhador em curto, médio e longo prazo, provocando lesões imediatas, doenças ou a morte”.

Neste estudo foram identificados diversos tipos de riscos associados a quatro categorias básicas (físicos, químicos, biológicos e ergonômicos). Verifica-se que para os riscos físicos, ressalta-se que as maiores porcentagens foram para material perfuro cortante (92,0%), manutenção precária da unidade (84,7%), ruído (76,6%), frio/calor (67,2%), ventilação (65,7%) e pisos molhados e escorregadios (65,7%). Estudos mostram que os principais riscos físicos no ambiente de trabalho estão associados a materiais perfuro cortantes<sup>19-21</sup>. Com exceção das radiações ionizantes, os riscos de natureza física são geralmente fáceis de reconhecer, pois atuam diretamente sobre os sentidos, voltados para algum tipo de energia<sup>18</sup>.

Um estudo identificou 60% dos profissionais apontaram a ventilação/climatização e a temperatura como inadequadas nos locais de trabalho, dados semelhantes a este, em que 67,2% dos profissionais de enfermagem apontaram o frio/calor e 65,7% de ventilação<sup>22</sup>. Estudo que apontou os riscos físicos percebidos pelos trabalhadores da enfermagem de Hospital Universitário do Rio de Janeiro, 66,9% apontam a exposição à radiação, 59,3% a exposição ao ruído, 41,6% a exposição a temperatura inadequada, e 37,6%

aos perfuro cortantes<sup>23</sup>.

O profissional da saúde que possui uma ambiência de trabalho agradável, sem muito estresse e muitas cobranças, com estrutura física satisfatória, iluminação e ventilação adequada, espaço para repouso, manuseio adequado dos perfuro cortantes, com uso correto de EPI e destino dos Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (RSSS) com descarte adequado, reduz os riscos físicos e, consequentemente, os acidentes de trabalho, seja por agente físico, biológico ou de outra categoria; ampliando assim a segurança no trabalho.

Corroboramos com a Política Nacional de Humanização, a HUMANIZASUS, ao definir que a ambiência de um serviço de saúde “compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana”, com a organização de espaços saudáveis a partir dos seguintes eixos principais: “1. O espaço que visa a confortabilidade; 2. O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e 3. A ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos”<sup>24</sup>, envolvendo clientela-profissionais-trabalho-cuidado em torno de um projeto terapêutico que garanta segurança para ambos.

Para os riscos químicos o maior percentual respondido foi para medicamentos (76,6%), poeiras (53,3%), desinfetantes (48,9%) e alvejantes (46,0%). Trabalhadores hospitalares em outro estudo reconheceram sua exposição aos medicamentos (41%) e aos desinfetantes (23,5%)<sup>19</sup>. Noutra pesquisa, 22% dos trabalhadores de Enfermagem de uma UTI admitiram que estivessem expostos a produtos químicos como antibióticos, quimioterápicos e antissépticos<sup>20</sup>. Em outro predominou o contato com substância química (34,1%) e a exposição a gases, vapores ou aerossóis (31,7%)<sup>23</sup>.

Os riscos químicos se apresentam, sobretudo, nas formas líquida, gasosa ou de partículas e de poeiras minerais e vegetais. Para que um agente tóxico possa causar algum tipo de dano à saúde do trabalhador, necessita de condições adequadas para alcançar o(s) órgão(s) crítico(s) que ele pode danificar<sup>18</sup>.

Os riscos biológicos foram os mais citados, e dentre estes, o sangue (94,2%), seguido pelas bactérias e secreções com 93,4% cada, vírus, fezes e urina com 90,5%, cada. Em pesquisa os entrevistados mencionaram a exposição a sangue, a fluídos corpóreos, excretas e a secreções (72%), como principal risco<sup>21</sup>. Em outra pesquisa com a Equipe de Enfermagem em hospital de Bauru, São Paulo, 55,2% dos profissionais afirmaram ter sofrido exposição ocupacional a material biológico no decorrer de sua experiência profissional na instituição ou fora dela<sup>25</sup>.

Os riscos biológicos compreendem as exposições dos trabalhadores aos agentes biológicos que correspondem a “microrganismos, geneticamente modificados ou não; as culturas de células; os parasitas; as toxinas e os príons”<sup>16</sup>. O ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho complexo, insalubre e com maior risco de exposição a agentes biológicos<sup>25</sup>.

Os acidentes por material biológicos são mais incidentes no setor saúde, sobretudo com profissionais de Enfermagem, por meio do contato com mucosas, vias cutâneas e percutâneas, ou em decorrência do acidente com material perfuro cortante, o que os expõe a diversos patógenos, entre eles podemos destacar o Vírus da Hepatite B (HBV), Vírus da Hepatite C (HCV) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Quanto aos riscos ergonômicos foram citados em sua maioria, tendo como levantar e sustentar pacientes (91,2%), andar muito no ambiente do pronto socorro (85,4%), levantamento/transporte de materiais (81,8%), fazer curativos com posturas incômodas, (75,9%) e refazer leitos (72,3%). Quanto aos riscos físicos pesquisas apontam 46% para o esforço físico<sup>21</sup>, 63,3% a manipulação de carga inadequada e 53,3% necessidade de adoção de posturas adequadas do corpo<sup>22</sup>. Os riscos ergonômicos foram percebidos de forma expressiva, por 61,6% para posturas forçadas para realização de alguma tarefa, esforço físico que produz fadiga com 60,0%, desconforto pela postura adotada por muito tempo (59,2%)<sup>23</sup>. O trabalho manual, sobretudo de repetição pode causar inúmeros riscos e agravos à saúde do trabalhador<sup>26</sup>.

O modelo de como estão organizados os serviços de saúde, por conta da repetição de tarefas, levantamento de peso, sobrecarga de trabalho e estresse decorrente do processo de trabalho, pode levar ao adoecimento dos profissionais, sobretudo a Equipe de Enfermagem, que estão suscetíveis ao desenvolvimento de Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), que na atualidade, representam um grave problema de saúde pública.

Os estudos sobre os riscos relacionados ao trabalho apontam que, quando eles não são submetidos a controle, levam ao aparecimento de acidentes e doenças profissionais e do trabalho<sup>15</sup>. Diversas “situações em que as exigências do trabalho não se ajustam às necessidades, expectativas ou capacidades do trabalhador, resultam em estresse como fator de risco potencial à saúde do trabalhador”<sup>9</sup>, que pode potencializar os riscos e o surgimento de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

Os riscos à saúde do trabalhador se processam na realização de cada atividade durante o labor, a partir da sua

exposição a atividades perigosas e insalubres. Os riscos possuem relação direta com as condições de trabalho, métodos utilizados e agentes de risco a que estão expostos, sujeitando-os a possíveis efeitos adversos à sua saúde<sup>27</sup>.

Num contexto histórico de determinação ou dominação social, o processo saúde-doença-cuidado-trabalho apresenta relação estreita com as condições (estrutura e ferramentas) de como se dá o labor, com o processo de subjetivação e o nível de autonomia do trabalhador, a flexibilização da organização do trabalho e o sistema político e econômico a que este está inserido/submetido<sup>28</sup>.

Tal situação, segundo Dejours<sup>29</sup>, quando associada à monotonia do trabalho repetitivo e à falta de espaço para o exercício da criatividade pelo trabalhador, leva-os a desenvolverem mecanismos de defesa, dentre estes a auto aceleração, que os faz cessar o pensamento e, consequentemente, a consciência do desconforto, aumentando o ritmo, acarretando sofrimento patogênico e, em longo prazo, trazendo complicações para sua saúde.

Os processos produtivos a depender da estrutura, ambiência, condições e equipamentos que os trabalhadores dispõem pode expô-los e/ou vulnerabilizá-los a riscos e/ou acidentes de trabalho, influenciando diretamente no seu processo saúde-doença-cuidado-trabalho.

No processo de trabalho da Equipe de Enfermagem, os riscos à saúde dos trabalhadores podem estar relacionados também, com a divisão de social e técnica do trabalho, diferindo em qual atividade/ação a ser desempenhada. Mesmo sabedores que há a utilização de diferentes tecnologias (leves, leves-duras e duras) com forte utilização do componente relacional, da subjetividade, aliado ao conhecimento técnico-científico, a Enfermagem ainda produz um importante labor manual, que vai desde a utilização de técnicas instrumentais, a exemplo do manuseio do cliente no leito, administração de medicação, dentre outros procedimentos.

### Limitações do estudo

Aspecto limitante do estudo é ter sido feito em apenas um pronto socorro hospital de hospital universitário, o que reduz a possibilidade de generalizar os dados. Todavia serve de alerta e possibilita novos estudos.

### Contribuições para a prática

Identificar os riscos a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem auxilia a gestão a direcionar ações e recursos para a melhoria das condições de trabalho, evitando o adoecimento e contribuindo para uma assistência de qualidade aos pacientes.

## CONCLUSÕES

Os profissionais de Enfermagem do estudo eram predominantemente do sexo feminino, na faixa etária de 26 a 35 anos, com até cinco anos de trabalho no pronto socorro e atuando no turno noturno. Todas as categorias profissionais mencionaram riscos e os mais citados foram: biológico – bactérias, vírus, sangue e secreções; físico – material perfuro cortante, manutenção precária e ruídos; ergonômicos – levantar e sustentar pacientes e andar muito pelo setor; e químico – medicamentos, poeira e desinfetantes.

Os resultados encontrados devem ser expostos aos trabalhadores da equipe de Enfermagem e aos dirigen-

tes do Hospital Universitário, para que juntos encontrem soluções possíveis de serem implementadas, e permitir a correção das áreas que estão com inconformidades, resultando num processo laboral com menos riscos e melhor qualidade na assistência prestada.

## Contribuições dos autores:

JCP Angeli e ICKO Cunha participaram da concepção e delineamento do estudo, redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito. FRG Ximenes Neto participou da redação e revisão do conteúdo intelectual até a versão final do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Mendonça KM, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira MS, Rapparini C. Acid entes com material biológico em serviços de urgência e emergência. *Ciencia y Enfermeria*. [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 6]; XX (2):65-71. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441816007>.
- Garbaccio JL, Regis WCB, Silva RMC, Estevão WG. Occupational accidents with the nursing team involved in hospital care. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2015 jan/mar [cited 2019 Nov 6]; 20(1):145-51 145. Available from: [www.saude.ufrpr.br/portal/revistacogitare/v-20-n-1-2015](http://www.saude.ufrpr.br/portal/revistacogitare/v-20-n-1-2015).
- Lima S, Oliveira GG, Rodrigues ARG, Sousa MNA. Acidentes ocupacionais com perfurocortantes: estudo com profissionais de enfermagem. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*. [Internet]. 2015 Jan/Mar [cited 2019 Nov 7]; 2(1):26-43. Available from: [https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\\_3/Trabalho\\_03.pdf](https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_3/Trabalho_03.pdf).
- Cruz SP, Abellán MV. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2015 Maio/Jun [cited 2019 Nov 7]; 23(3):543-52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0104-116920150003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-116920150003&lng=pt&nrm=iso)
- Machado M, Oliveira E, Lemos W, Lacerda W, Filho W, Wermelinger M, Vieira M, Santos M, Junior P, Justino E, Barbosa C. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 6]; 7(ed. espe.):35-53. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691>.
- Ximenes Neto FRG, Crispim FSP. Riscos à saúde de trabalhadores rurais no extrativismo da palha de carnaúba. *Enferm Foco*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 8]; 10(2)17-23. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2281>.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). Programa de Actividades Sectoriales. Repertorio de recomendaciones prácticas sobre seguridad y salud em la agricultura. Ginebra (CH): Oficina Internacional del Trabajo; 2010. [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 8]; Available from: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---afework/documents/normativeinstrument/wcms\\_112442.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---afework/documents/normativeinstrument/wcms_112442.pdf).
- Ministério do Trabalho (BR). Portaria N.º 25, de 29 de dezembro de 1994 – Aprova a Norma Regulamentadora nº 9 - Riscos Ambientais, e dá outras providências. DOU de 30/12/1994, Seção 1, páginas 21.280 a 21.282. [Internet]. 1994 [cited 2019 Nov 6]. Available from: [https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-25-1994\\_180705.html](https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-25-1994_180705.html).
- Ministério da Saúde (BR). Resolução Nº 466/2012, de 13 de junho de 2013 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 2012. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Características gerais da Enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm Foco* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dez 3]; 7(ed. espe.):9-14. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>.
- Trettene AS, Ferreira JAF, Mutro MEG, Tabaquim MLM, Razer APR. Estresse em profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de Pronto Atendimento. *Bol. - Acad. Paul. Psicol*. [Internet]. 2016 Jul. [cited 2020 May 6]; 36(91):243-261. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X20160002000028&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X20160002000028&lng=pt&nrm=iso).
- Jorge VC, Barreto MS, Ferrer ALM, Santos EAO, Rickli HC,

- Marcon SS. Equipe de enfermagem e detecção de indicadores de agravamento em pacientes de pronto-socorro. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 May 06]; 16(4):767-774. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400018&lng=en).
13. Machado MH. [Coordenadora]. Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017. [citado 2019 Ago 10]. Available from: [www.ensp.fiocruz.br/observahr/](http://www.ensp.fiocruz.br/observahr/).
14. Silva AP, Carvalho ES, Cardim A. Trabalho noturno na vida dos enfermeiros. Revista Enfermagem Contemporânea. [Internet]. 2017 [cited 2020 May 5]; 6(2):177-185. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1292/1078>.
15. Silveira M, Camponogara S, Beck CLC. As produções científicas sobre o trabalho noturno na enfermagem: uma revisão da literatura. J. res.: fundam. Care. Online. 2016;8(1):3679-90. doi:10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3679-3690.
16. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Riscos biológicos - guia técnico: os riscos biológicos no âmbito da NR 32. Brasília (DF): MTE; 2008. [Internet]. 2008 [cited 2020 May 6]. Available from: [https://www.unifesp.br/reitoria/dga/images/legislacao/biosseg/guia\\_tecnico\\_cs3.pdf](https://www.unifesp.br/reitoria/dga/images/legislacao/biosseg/guia_tecnico_cs3.pdf).
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Saúde do trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 63p. : il. - (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5). [Internet]. 2001 [cited 2020 May 6]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_trabalhador\\_cab5\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf).
18. Ministério da Saúde (BR). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [internet] 2020 [cited 2020 May 6]. Available from: <https://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2323-saude-e-seguranca-no-trabalho>
19. Ruas EFG, Santos LS, Barbosa LA, Belasco AGS, Bettencourt ARC. Acidentes Ocupacionais com Materiais Perfurocortantes em Hospitais de Montes Claros-MG. REME - Rev. Min. Enferm. [internet] 2012. [cited 2020 Apr 12]; 16(3): 437-443. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/547>.
20. Sulzbacher E, Fontana RT. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2013 Feb [cited 2020 May 06]; 66(1):25-30. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100004&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100004>.
21. Nishide VM, Benatti MCC. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Rev. esc. enferm. USP. [Internet]. 2004 Dec [cited 2020 May 06]; 38(4):406-414. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342004000400006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000400006>.
22. Duarte NS, Mauro MYC. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2010 June [cited 2020 May 06]; 35(121):157-167. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100017&lng=en).
23. Monterio Jr AT. Riscos Ocupacionais e problemas de saúde associados às condições de trabalho de enfermagem em unidades intensivas hospitalares. Dissertação de Mestrado - Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - 2010. [Internet]. 2010 [cited 2020 May 5]. Available from: [http://www.bdt.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2700](http://www.bdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2700).
24. Ministério da Saúde (BR). Ambiência. [internet] 2020 [cited 2020 May 6]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170\\_ambiencia.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html).
25. Barbosa ASAA, Diogo GA, Salotti SRA, Silva SMUR. Subnotificação de acidente ocupacional em profissionais de Enfermagem. Rev Bras Med Trab. [Internet]. 2017 [cited 2020 May 6]; 15(1):12-7. Available from: <http://www.rbmt.org.br/details/209/pt-BR/subnotificacao-de-acidente-ocupacional-com-materiais-biologicos-entre-profissionais-de-enfermagem-em-um-hospital-publico>.
26. Moita MP, Ximenes Neto FRG, Silva RLB, Prado JÁ, Viana TB, Borges GD. Research, Society and Development. [Internet]. 2020 [cited 2020 May 6]; 9(5):e167953259. Available from: <https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/3259>.
27. Rodrigues BC, Moreira CCC, Triana TA, Rabelo JF, Higarashi IH. Limitações e consequências na vida do trabalhador ocasionadas por doenças relacionadas ao trabalho. Rev Rene. [Internet]. 2013 [cited 2020 May 6]; 14(2):448-457. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027986021>.
28. Ximenes Neto FRG, Braga FRR, Marques JPC, Moreira KB, Oliveira AVPG, Cunha MC et al. Epidemiology of RSI / WRMD in Northwest Ceará, 2009 to 2016. International Journal Of Development Research. [Internet]. 2018 [cited 2020 May 6]; 8(8):22492-22499. Available from: <https://www.ijdr.com/epidemiology-rsi-wrmd-northwest-cear%C3%A1-2009-2016>.
29. Dejours C. *O fator humano*. 5. ed. 13ª reimp. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas; 2013.

# QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Patrícia Firmino<sup>1</sup>

Andréa Carvalho Araújo Moreira<sup>2</sup>

Francisco Wellington Dourado Júnior<sup>2</sup>

Francisca Alanny Rocha Aguiar<sup>3</sup>

Danielle Rocha do Val<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-0113-1005>

<https://orcid.org/0000-0001-9855-1449>

<https://orcid.org/0000-0002-3326-338X>

<https://orcid.org/0000-0002-6281-4523>

<https://orcid.org/0000-0002-0503-9575>

**Objetivo:** Descrever a qualidade de vida de idosos com doenças crônicas, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo descritivo e transversal, realizado com 90 idosos acompanhados pelas equipes de saúde da família de um município do Ceará, Brasil, entre outubro e novembro de 2017. Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos utilizando um questionário do perfil social e saúde e instrumentos validados sobre qualidade de vida de idosos, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Para análise dos dados empregou-se estatística descritiva. **Resultados:** A autoavaliação da qualidade de vida obteve média de 48,75. Verificou-se maior escore para a qualidade de vida de idosos nos domínios das relações sociais (57,98) e intimidade (53,04). Houve menor escore para o domínio "atividades passadas", presentes e futuras (37,23) e para o domínio meio ambiente (45,45), onde as facetas de maiores prejuízos foram recursos financeiros (35,00) e recreação e lazer (26,07). **Conclusão:** Idosos com doenças crônicas alcançam níveis medianos de qualidade de vida, sendo as relações sociais e intimidade os domínios que se apresentam com níveis mais satisfatórios, necessitando melhorar aspectos relacionados à assistência social e de saúde mental e física dos idosos.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Idosos; Doenças Crônicas.

## QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES MONITORED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY

**Objective:** To describe the quality of life of elderly people with chronic diseases monitored by the Family Health Strategy. **Methods:** A descriptive and cross-sectional study, carried out with 90 elderly people monitored by health teams in the city of Ceará, Brazil, between October and November 2017. Data were collected in the homes of the elderly using a questionnaire of social and health profile and validated instruments on quality of life of the elderly, WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. For data analysis, descriptive statistics is used. **Results:** An average self-assessment of quality of life of 48.75. There was a higher score in the domain of social relations (57.98) and a lower score in the domain of the environment (45.45) where the facets that point the most damage to the quality of life of the elderly were financial resources (35.00) and recreation and leisure (26.07). The intimacy domain used the highest score (53.04) and the past, present and future activities lowest score (37.23) domain by WHOQOL-OLD. **Conclusion:** Elderly people with chronic diseases reached average levels of quality of life, with social relationships and domains of intimacy presenting more satisfactory levels, needing to improve aspects related to health care and usage practices

**Descriptors:** Quality of Life; Elderly; Chronic Disease.

## CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS MONITOREADAS POR LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

**Objetivo:** Describir la calidad de vida de las personas mayores con enfermedades crónicas monitoreadas por la Estrategia de Salud Familiar. **Método:** Estudio descriptivo y transversal, realizado con 90 personas mayores monitoreadas por equipos de salud en la ciudad de Ceará, Brasil, entre octubre y noviembre de 2017. Los datos fueron recolectados en los hogares de ancianos utilizando un cuestionario de perfil social y de salud e instrumentos validados en calidad de vida de los ancianos, WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Para el análisis de datos, se utiliza estadística descriptiva. **Resultados:** Una autoevaluación promedio de calidad de vida de 48.75. Hubo un puntaje más alto en el dominio de las relaciones sociales (57.98) y un puntaje más bajo en el dominio del medio ambiente (45.45) donde las facetas que señalaron el mayor daño a la calidad de vida de los ancianos fueron los recursos financieros (35.00) y recreación y ocio (26.07). El dominio de la intimidad utilizó el puntaje más alto (53.04) y el dominio del puntaje más bajo de las actividades pasadas, presentes y futuras (37.23) por WHOQOL-OLD. **Conclusión:** Las personas mayores con enfermedades crónicas alcanzaron niveles promedio de calidad de vida, con relaciones sociales y dominios de intimidad que presentan niveles más satisfactorios, que necesitan mejorar aspectos relacionados con la atención médica y las prácticas de uso.

**Descriptorios:** Calidad de Vida; Anciano; Enfermedad Crónica.

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde, Santana do Acaraú, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Centro Universitário UNINTA, Sobral, CE, Brasil.

Autor correspondente: Francisco Wellington Dourado Júnior - Email: wjunior0599@gmail.com

Recebido: 06/08/2020 - Aceito: 03/11/2020

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é entendido como individual, irreversível, biológico, diversificado e variável entre os indivíduos de uma espécie, constituindo-se como um grande desafio para a saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, onde a pobreza, a desigualdade social e a desorganização do planejamento público são marcantes<sup>1</sup>.

Neste contexto, alguns indicadores de saúde têm sofrido mudanças, o que tem justificado a necessidade de reorganização dos serviços de saúde em vista ao atendimento integral da pessoa idosa<sup>2</sup>. Assim, como reflexo do crescimento do número de idosos no Brasil, observa-se uma mudança no perfil de saúde dessa população marcado principalmente pela predominância de doenças crônicas e suas complicações. Isso se deve ao fato da própria velhice trazer riscos para um potencial desenvolvimento de comorbidades, além do estilo de vida adotado pelo indivíduo que influencia diretamente nesse processo de adoecimento<sup>3</sup>.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) que abrangem as doenças circulatórias, câncer, diabetes e obesidade caracterizam-se como multifatoriais e podem se desenvolver no decorrer da vida, causando forte impacto no âmbito da saúde pública, tendo em vista que há uma projeção de um considerável aumento de indivíduos diagnosticados com DCNT<sup>4</sup>. Desta forma, essas vêm se destacando pela morbimortalidade que acarretam, pelo alto grau de limitação das pessoas nas atividades diárias, ocasionando perda da qualidade de vida e comprometendo a capacidade funcional, em especial dos idosos<sup>5</sup>.

Dentre as condições crônicas que mais acometem a população geriátrica, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes *mellitus* (DM) se configuram como um grande desafio para os sistemas de saúde, por afetar a vida de milhões de pessoas, e resultar em grande impacto econômico e alto custo social<sup>6-7</sup>.

No que concerne aos impactos causados pelas DCNT em idosos, a dimensão da qualidade de vida é a mais prejudicada<sup>5</sup>. Vale dizer que o conceito de Qualidade de Vida (QV) depende da condição sociocultural e das pretensões pessoais de cada um, além de estar relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal, os quais dependem de aspectos de ordem funcionais, psicossociais, econômicos e de saúde<sup>8</sup>.

Acrescenta-se ainda que a QV na terceira idade pode ser compreendida como um construto multidimensional e depende da inter-relação de múltiplos fatores como saúde, atividade, autonomia, independência funcional e recursos

socioeconômicos<sup>9</sup>. Para os idosos com doenças crônicas a QV se torna algo ainda mais complexo, pois viver com uma condição crônica torna mais difícil a manutenção da funcionalidade global do organismo<sup>10</sup>.

No cotidiano dos serviços de saúde é importante mensurar a qualidade de vida dos idosos com doenças crônicas, pois a partir desses resultados as decisões e condutas terapêuticas dos profissionais terão um subsídio para possibilitar um cuidado direcionado a integralidade da saúde do idoso, identificando as necessidades reais e potenciais por meio de uma avaliação multidimensional<sup>11</sup>.

A atuação do enfermeiro em gerontologia requer conhecimento do processo de envelhecimento, desenvolvendo atividades por meio de um processo de cuidar para atender todas as necessidades multidimensionais do idoso, sob um olhar holístico e humanizado a fim de promover a sua qualidade de vida, em especial sua autonomia e independência funcional<sup>12</sup>.

Logo, considera-se que este estudo seja significativo para profissionais da saúde, gestores e sociedade, com o intuito de ampliar pesquisas sobre o tema, sobretudo associado a doenças que implicam em limitações nos idosos, a fim de se obter melhores resultados para a prática clínica diária e promoção da saúde, com foco na melhoria da qualidade de vida dessa população.

Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi descrever a qualidade de vida de idosos com doenças crônicas, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa.

### Local do Estudo

Estudo realizado na cidade de Morrinhos-Ceará. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o referido município é situado na região norte do estado do Ceará, a 208 Km de Fortaleza, com população estimada, para 2019, de 22.534 pessoas<sup>13</sup>. Morrinhos possui, em sua zona urbana, 90 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, com diagnóstico simultâneo de HAS e DM.

### Participantes do Estudo

A amostra foi constituída por 70 idosos com doenças crônicas, acompanhados e cadastrados nos territórios adscritos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos

os sexos e diagnosticados simultaneamente com HAS e DM. Foram excluídos do estudo 20 idosos, considerando os seguintes critérios: não tiveram seus endereços encontrados durante a visita domiciliar ou por incapacidade cognitiva autodeclarada para responder ao instrumento de coleta de dados ou que foram a óbito durante o período da pesquisa.

### Coleta de dados

A coleta ocorreu entre outubro e novembro do ano de 2017. O protocolo do estudo envolveu primeiramente o contato com a coordenação da Atenção Básica (AB) para apresentação da pesquisa e levantamento do quantitativo de participantes potencialmente elegíveis. Em seguida, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi realizado o levantamento dos endereços dos participantes e programado a realização de visitas domiciliares, para aplicação dos instrumentos da coleta de dados. Os participantes foram previamente contatados pelo seu ACS, para agendamento das visitas domiciliares. Nessa ocasião foram esclarecidos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a garantia do sigilo e anonimato das respostas, o direito de participar ou não voluntariamente da pesquisa, sem qualquer prejuízo.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário de perfil social e de saúde, elaborado pelos autores, para levantar informações acerca das variáveis relacionadas a sexo, idade, estado civil, anos de estudo, situação ocupacional, situação de moradia, arranjo familiar, atividade física, tabagismo, etilismo, uso de açúcar, uso de medicamentos e presença de complicações.

Para a mensuração da QV foram aplicados dois instrumentos elaborados pela Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-OLD e WHOQOL-BREF, ambos validados no Brasil. A versão em português do instrumento WHOQOL-BREF apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste<sup>14</sup>. Assim como a versão brasileira do WHOQOL-OLD, que também apontou em sua validação consistência interna, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach em cada faceta, bem como no conjunto de itens<sup>15</sup>.

O WHOQOL-BREF, instrumento genérico, está constituído por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Já o WHOQOL-OLD, específico para idosos, possui seis facetas: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Esses instrumentos foram utilizados em outros estudos e apre-

sentaram propriedades psicométricas satisfatórias na mensuração da QV em idosos<sup>16,17</sup>.

A interpretação dos resultados dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD foi realizada através de uma escala de Likert (de um a cinco) e, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Porém, no instrumento WHOQOL-BREF foi necessário recodificar os valores das questões 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)<sup>15</sup>. No WHOQOL-OLD foram recodificados os valores das questões 01, 02, 06, 07, 08, 09 e 10 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). A conversão das questões é utilizada com o objetivo de padronizar todas as respostas do instrumento, de forma que a resposta mais positiva seja cinco e a mais negativa seja um<sup>18</sup>. Quanto às variáveis relacionadas à qualidade de vida, os escores dos domínios do WHOQOL-BREF foram calculados através da soma dos escores da média de "n" questões que compõem cada domínio. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de quatro a 20. Em seguida, os escores dos domínios são convertidos para uma escala de zero a 100, quanto mais perto de 100 melhor a QV. Ressalta-se que, no WHOQOL-BREF cada faceta é representada por uma única questão, e, por esse motivo, os escores das facetas não são calculados, são calculados somente os domínios<sup>19</sup>.

Quanto às variáveis do WHOQOL-OLD, os escores das facetas foram calculados de três maneiras diferentes. O escore bruto foi calculado a partir da soma de todas as questões pertencentes a cada uma das facetas, retornando um resultado variante entre quatro e 20. O escore padronizado por meio da divisão do escore bruto da faceta pelo número de questões da faceta (quatro), retornando um resultado variante entre um e cinco. Em seguida, o escore foi calculado a partir da conversão do escore bruto para uma escala de zero a 100<sup>20</sup>.

### Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Os dados obtidos foram tabulados em planilhas do programa Excel, Microsoft, versão 2013, e analisados de maneira descritiva. Para as variáveis relacionadas ao perfil social e de saúde dos participantes foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

### Aspectos éticos

A pesquisa respeitou os preceitos bioéticos constantes na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário INTA (UNINTA), sob Parecer nº 2.338.396.

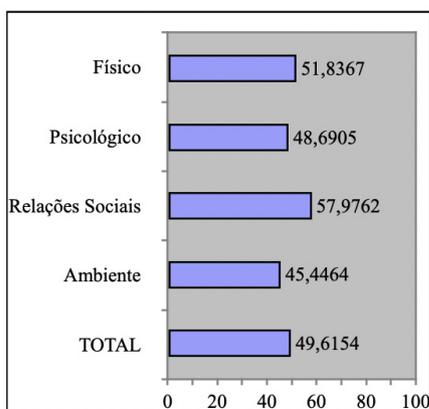
**RESULTADOS**

Quanto às características sociodemográficas dos participantes do estudo, verificou-se idade média de 75,5 anos, com predominância do sexo feminino (74,2%), sendo estes casados (50%) e viúvos (37,1%). A maioria (58,5%) não tinha nenhum ano de estudo, eram aposentados (77,1%), residindo em casa própria (91%), em convívio com seu cônjuge (39%) e filhos (20%).

Sobre as principais condições de saúde dos idosos, observou-se predomínio de idosos que não realizavam atividades físicas (86%) e que não eram tabagistas, nem etilistas (83%). A maioria dos idosos consome adoçante (46%) ao invés de açúcar (43%), além de tomarem quatro ou mais medicamentos diariamente (66%). Ainda, 73% não referiram nenhuma complicação e 14% tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

Com relação aos domínios que abrangem a QV, a Figura 1 retrata as médias do WHOQOL-BREF. Os resultados demonstraram o maior escore médio para o domínio “Relações sociais” (57,98) e o menor escore médio para o domínio “Meio ambiente” (45,45), sendo que, o valor total do escore foi 49,62.

**Figura 1** Descrição da qualidade de vida segundo domínios do WHOQOL-BREF.



A Figura 2 exibe uma descrição da qualidade de vida segundo facetas do WHOQOL-BREF. Quanto ao domínio físico, evidenciou-se maior média para a faceta dependência de medicação ou de tratamentos (83,93). Com relação à faceta mobilidade, a média foi 54,29; na faceta sono e repouso, a média foi de 53,21; na faceta dor e desconforto, ainda avaliada pelo domínio físico, a média foi 50,00.

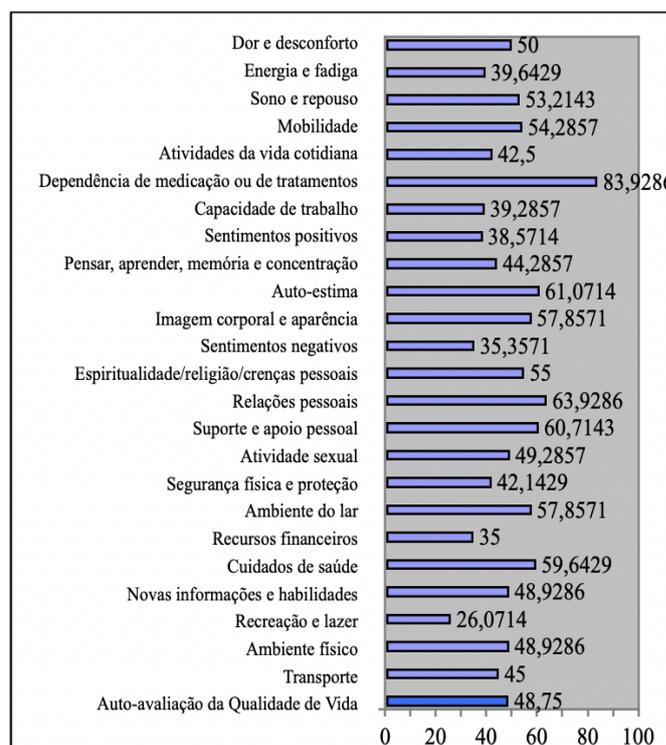
No que se refere ao domínio psicológico, a faceta auto-estima obteve melhor média (61,07), seguida da faceta imagem corporal e aparência (57,86).

Com relação à faceta relações pessoais, avaliada pelo domínio relações sociais, a média dos participantes foi (63,93) e, quanto à faceta suporte e apoio pessoal, os idosos obtiveram média 60,71. A menor média avaliada foi na faceta atividade sexual (49,29).

Na faceta cuidados de saúde, que é avaliada pelo domínio meio ambiente, a média foi 59,64 e para a faceta ambiente do lar, a média foi 57,86. Os menores índices deste domínio foram identificados nas facetas recursos financeiros (35,00) e recreação e lazer (26,07).

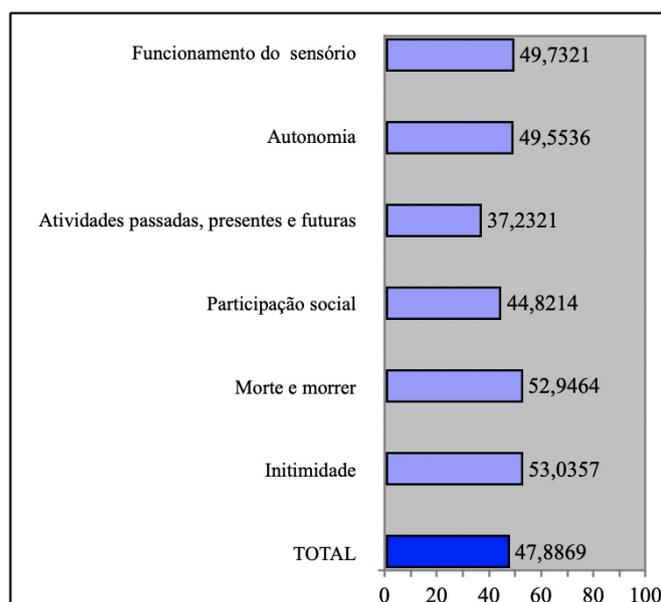
Em relação à avaliação da qualidade de vida, a auto avaliação dos idosos sobre a qualidade de vida e a satisfação com a saúde obteve uma média de (48,75).

**Figura 2** Descrição da qualidade de vida segundo as facetas do WHOQOL-BREF.



No que se refere aos dados do WHOQOL-OLD (Figura 3), o maior escore médio foi obtido na faceta “Intimidade” (53,04), que avaliava os sentimentos de companheirismo, amor, oportunidades para amar e oportunidades para ser amado dos idosos. O menor escore médio obtido foi na faceta “Atividades passadas, presentes e futuras” (37,23), que avaliava a satisfação dos idosos para continuar alcançando outras realizações na vida, o quanto receberam o reconhecimento que mereciam, a satisfação com o que alcançaram e o quão feliz estavam com as coisas que podiam esperar dali para frente. O valor total do escore foi (47,89), conforme mostra a Figura 3.

**Figura 3** Descrição da qualidade de vida segundo facetas do WHOQOL-OLD.



## DISCUSSÃO

Participaram do estudo idosos com doenças crônicas, sendo predominantemente mulheres, assim como resultados de outros estudos<sup>21-22</sup>. As demais características socio-demográficas dos participantes, em sua maioria, casados, aposentados, com idade superior a 70 anos e analfabetos funcionais, assemelham-se aos achados de outra pesquisa realizada com um grupo de idosos de um município do Rio Grande do Sul<sup>23</sup>.

O estado civil casado pode influenciar na prevalência da satisfação na dimensão da intimidade medida pelo WHOQOL-OLD, conforme observado nos participantes desse estudo. A importância dessa variável encontra-se na solidez dos relacionamentos duradouros mantidos pelos idosos, geralmente com início na juventude e perdurando por toda transformação da vida até a velhice, além de frequentemente tornarem-se cuidadores uns dos outros, visto a saída dos filhos de casa, as mudanças biopsicossociais e o aparecimento de doenças<sup>24</sup>.

Além disso, verificou-se uma satisfação dos participantes quanto à faceta do suporte social e apoio pessoal, que pode estar associado ao fato de a maioria dos idosos morarem com o cônjuge, que geralmente é outro idoso. No entanto, isso fragiliza o autocuidado com a saúde, pois no Brasil existe a tendência do aumento do número de idosos cuidadores de outros idosos<sup>24</sup>.

Os idosos da presente pesquisa auto relataram, em sua maioria, não realizar atividade física, fato que se observa também em resultados de outro estudo<sup>25</sup>. O sedentarismo

pode trazer consequência como dor e desconforto, faceta que foi avaliada pelo instrumento WOQOL-BREF com média baixa. Além disso, os idosos apresentaram déficit na faceta locomoção, o que pode estar relacionado também ao sedentarismo, visto que uma pesquisa realizada em Fortaleza que avaliou a mobilidade de idosos por meio do teste Timed Up & Go (TUG), concluiu que a prática de atividade física regular pode estar relacionada à melhor mobilidade funcional<sup>26</sup>.

No que se refere à qualidade de vida dos idosos com doenças crônicas, de acordo com o WHOQOL-BREF, o maior escore médio foi identificado no domínio "relações sociais", isso significa que, para esses idosos, a participação em atividades do cotidiano na comunidade, a tomada de decisão preservada e a atividade sexual tiveram maior impacto na qualidade de vida. Essa realidade pode estar relacionada às atividades realizadas pelos enfermeiros das unidades de saúde que realizam acompanhamento contínuo aos idosos com HAS e DM, articulam grupos de promoção da saúde, organizam atividades de lazer, momentos de interação social, a fim de promover a participação dos idosos em grupos sociais e apoiá-los na busca da QV na velhice<sup>20</sup>.

Nesse estudo, o menor escore médio obtido no WHOQOL-BREF foi identificado no domínio "meio ambiente", que conglomerava fatores relacionados a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais. Tais fatores inserem-se no contexto multidimensional da velhice, que exige um planejamento financeiro por parte dos indivíduos para esse momento da vida, tendo em vista os riscos presentes de condições desfavoráveis à QV, dificuldades no acesso a medicações, propensão à ocorrência de quedas ou até mesmo a possibilidade do abandono familiar. Ademais, faz-se necessário também o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para assistirem as necessidades das populações em vulnerabilidade social<sup>27</sup>.

Essa realidade condiz com outro estudo realizado em Minas Gerais, que encontrou baixo nível no mesmo domínio, fato este que pode estar relacionado às dificuldades dos idosos na adaptação ao local que vivem, com renda inferior a três salários mínimos, isolamento social e diminuição do grau de autonomia desse grupo populacional<sup>28</sup>.

A análise da dor em idosos é fundamental para averiguar a influência no modo de vida desse público, visto os prejuízos causados e a limitação física desencadeada pela dor. Neste estudo, os idosos apresentaram limitação física por queixas dolorosas, o que desperta preocupação e exige uma atenção especial. Pesquisadores defendem que a dor interfere na percepção que cada pessoa tem de sua vida,

portanto, requer ações adequadas visando o bem-estar e controle para redução das queixas a fim de melhorar a capacidade funcional e sua QV<sup>29</sup>.

Outro aspecto importante, o sono e repouso, foi avaliado negativamente, mostrando que o descanso ruim pode influenciar na QV desses indivíduos, pois uma qualidade do sono ruim acarreta em um aumento de cochilos durante o dia, dificuldade de concentração, supressão do sistema imunológico, diminuição da capacidade funcional que torna o idoso mais propenso a quedas e pode colaborar até mesmo para um gradativo declínio cognitivo<sup>30</sup>.

Além disso, mais da metade dos participantes da pesquisa consideram-se insatisfeitos quanto às suas condições de saúde. Um estudo realizado em Montes Claros (MG), que objetivou identificar como idosos atendidos em um centro ambulatorial de referência se auto avaliavam em relação à saúde, também encontrou em seus resultados uma insatisfação por parte dos idosos em relação à saúde, utilizando como justificativa fatores como aparecimento de incapacidades físicas causadas pelas DCNT, a perda da autonomia na realização de suas atividades e queixas frequentes de dor, que geram não só desconfortos físicos, mas prejuízos emocionais e psicológicos que interferem negativamente na QV dessa população<sup>31</sup>.

Quanto à avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-OLD, o maior escore médio identificado foi na faceta "intimidade", que corrobora com outro estudo realizado com idosos diabéticos acompanhados por uma Unidade Básica de Saúde de Brasília, que obteve também melhor média na mesma faceta. Este achado pode estar relacionado ao fato da maioria dos participantes serem casados, o que facilita os relacionamentos desses idosos<sup>32</sup>.

No WHOQOL-OLD, o menor escore médio avaliado foi na faceta "atividades passadas, presentes e futuras", corroborando com dados semelhantes de outro estudo, que atribuiu maior impacto ao grande percentual de idosos com diversas comorbidades associadas, que podem levar o indivíduo a diminuir suas perspectivas em relação ao futuro<sup>33</sup>. Nessa faceta os baixos escores identificaram comprometimento na qualidade de vida dos idosos, onde itens como satisfação dos idosos com as conquistas no decorrer da vida e as perspectivas futuras foram avaliadas, sendo que as expectativas das pessoas variam de acordo com o seu nível sócio-econômico-cultural, o acesso aos serviços de saúde, os anseios da família e da comunidade, o nível de dependência, custo e financiamento do tratamento, entre outros<sup>34</sup>.

Diante disso, o idoso passa a enfrentar um desafio não apenas psicológico e emocional, mas existencial, que se re-

laciona ao fator da temporalidade, da relação do indivíduo com suas experiências passadas, com as adaptações exigidas pelas mudanças do presente e com a forma de olhar para o futuro, como um caminho repleto de novas possibilidades. Em meio a esse conflito interno, alguns idosos tendem à um constante declínio na sua QV e podem entrar em um processo de depressão<sup>12</sup>.

É nesse contexto que novas práticas de promoção da saúde do idoso são tão necessárias para esse público, como é o caso, por exemplo, da abordagem espiritual trabalhada principalmente em grupos coordenados por enfermeiros. O profissional de enfermagem assume papel fundamental ao considerar a religiosidade e a espiritualidade como prática inovadora do cuidado ao idoso com DCNT, de modo a assegurar um cuidado humanístico, que atenda não somente aos aspectos biológicos, mas no qual a dimensão espiritual também seja respeitada e valorizada, como estratégia de enfrentamento de estressores e meio de resignificação da velhice<sup>31</sup>.

#### **Limitações do estudo**

Algumas limitações foram encontradas na realização da pesquisa, como: o número reduzido da amostra; o delineamento transversal, que impossibilita a análise da relação de causa e efeito de aspectos que determinam a qualidade de vida dos idosos.

#### **Contribuições para prática**

Esta pesquisa propicia subsídios aos enfermeiros, para uma prática integral do idoso com doenças crônicas, a fim de contribuir com o desenvolvimento de intervenções que visem a melhoria da QV dessa população, além de favorecer reflexões importantes acerca das necessidades geriátricas, bem como fatores que devem ser considerados na avaliação multidimensional da velhice. Os achados desta investigação podem nortear estratégias de cuidado, a nível macro e micropolítico, na assistência aos idosos de uma comunidade, com perfil similar da população estudada.

#### **CONCLUSÃO**

Os idosos com doença crônica acompanhados pela atenção primária de um município cearense alcança níveis medianos de auto percepção sobre sua qualidade de vida. Observou-se níveis maiores de qualidade de vida nos domínios relações sociais e intimidade. Por outro lado, houve pior percepção no domínio ambiente e na faceta Atividades passadas, presentes e futuras, que revela a desmotivação de perspectivas futuras na velhice.

Assim sendo, os resultados desta pesquisa trazem discussões importantes sobre preditores que podem influenciar na qualidade de vida de idosos com DCNT e suscitam reflexões acerca da importância da assistência multidi-

mensional direcionada à população geriátrica, tendo em vista as particularidades biológicas, sociais e psicológicas do processo de envelhecimento.

Sugere-se que mais estudos procurem avaliar a qualidade de vida na velhice, sendo ampliada a capacidade de analisar, de forma mais aprofundada e robusta, os aspectos que determinam e se relacionam aos domínios da qualidade de vida.

### Contribuições dos autores:

APF contribuiu na realização da coleta, análise e interpretação dos dados; ACAM na concepção e desenho do estudo, bem como na aprovação da versão final a ser publicada; FWDJ na redação e revisão crítica do manuscrito; FARA na revisão crítica do manuscrito e DRV também na revisão crítica do manuscrito.

### REFERÊNCIAS

01. Confortin SCSIJC, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP, Borges LJ, Krug R de R, D'Ors E. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. [Internet] 2017 [cited 2020 Apr 19];26(2):1-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000200305](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200305).
02. Sousa NFS, Medina LPB, Bastos TF, Monteiro CN, Lima MG, Barros MBA. Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. [Internet] 2019 [cited 2020 Apr 19];22(2):1-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2019000300400&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2019000300400&script=sci_arttext&lng=pt).
03. Machado WD, Gomes DF, Freitas CASL, Brito M da CC, Moreira ACA. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *Revista Ciência & Saberes-Facema*. [Internet] 2017 [cited 2020 Apr 19];3(2):445-451. Available from: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>.
04. Diaz LR, Cruz D de ALM da. ADAPTATION MODEL IN A CONTROLLED CLINICAL TRIAL INVOLVING FAMILY CAREGIVERS OF CHRONIC PATIENTS. *Texto contexto - enferm*. [Internet] 2017 [cited 2020 Apr 19];26(4):e0970017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072017000400609&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072017000400609&lng=pt).
05. Becker RM, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. *Texto contexto - enferm*. [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 19];29:e20180250. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072020000100502&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072020000100502&lng=pt).
06. Maruthur NM, Tseng E, Hutfless S, Wilson LM, Suarez-Cuervo C, Berger Z, Chu Y, Iyoha E, Segal JB, Bolen S. Diabetes medications as monotherapy or metformin-based combination therapy for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*. [Internet] 2016 [cited 2020 Apr 19];164(11):740-51. Available from: <http://ojclinico.net/sitio/wp-content/uploads/2016/05/Maruthur-NM-Diabetes-Medications-Ann-Int-Med-2016.pdf>.
07. Yusufali AM, Khatib R, Islam S, Alhabib KF, Bahonar A, Swidan HM, Khammash U, Alshamiri MQ, Rangarajan S, Yusuf S. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in four Middle East countries. *Journal of Hypertension*. [Internet] 2017 [cited 2020 Apr 19];35(7):1457-1464. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28486270>.
08. Santos L dos. Qualidade de vida em idosos de uma estratégia de saúde da família em um município do norte gaúcho. Rio Grande do Sul. Trabalho de Conclusão de Residência: Universidade Federal da Fronteira Sul. [Internet] 2019 [cited 2020 abr 26]. Available from: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/3600>.
09. Molina NPFM, Tavares DM dos S, Haas VJ, Rodrigues LR. Religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida de idosos segundo a modelagem de equação estrutural. *Texto contexto - enferm*. [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 19];29:e20180468. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072020000100323&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072020000100323&lng=en).
10. Lima BM, Araujo FA, Scattolin FAA. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. [Internet] 2020 [cited 2020 Apr 19];41(3):168-175. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/907>.
11. Borges CL, Freitas MC, Guedes MVC, Silva MJ, Leite SFP. Prática clínica do enfermeiro no cuidado ao idoso fragilizado: estudo de reflexão. *Revista de Enfermagem UFPE*. [Internet] 2016 [cited 2020 Apr 19];10(2):914-918. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/299305005\\_NURSING\\_CLINICAL\\_PRACTICE\\_IN\\_THE\\_FRAIL\\_ELDERLY\\_CARE\\_REFLECTION\\_STUDY\\_PRATICA\\_CLINICA\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_NO\\_CUIDADO\\_AO\\_IDOSO\\_FRAGILIZADO\\_ESTUDO\\_DE\\_REFLEXAO\\_PRACTICA\\_CLINICA\\_DEL\\_ENFERMERO\\_EN\\_EL\\_CUIDADO\\_AL\\_AN](https://www.researchgate.net/publication/299305005_NURSING_CLINICAL_PRACTICE_IN_THE_FRAIL_ELDERLY_CARE_REFLECTION_STUDY_PRATICA_CLINICA_DO_ENFERMEIRO_NO_CUIDADO_AO_IDOSO_FRAGILIZADO_ESTUDO_DE_REFLEXAO_PRACTICA_CLINICA_DEL_ENFERMERO_EN_EL_CUIDADO_AL_AN)
12. Ferreira WFS, Silva CMJ, Oliveira EM. A judicialização da saúde e suas dimensões na gerontologia: uma contribuição da enfermagem. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. [Internet] 2017 [cited 2020 Apr 19];11(9):1-18. Available from: <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/792/487>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conheça cidades e estados do Brasil. [Internet]. 2020 [cited 2020 abr 26]; Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/morrinhos/panorama>.
14. Fleck MP de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2000 [cited 2020 abr 26];5(1):33-38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232000000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100004&lng=en).
15. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev. Saúde Pública*. [Internet] 2006 [cited 2020 abr 26];40(5):785-791.

Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102006000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000600007&lng=en).

16. Manso MEG, Maresti LTP, Oliveira HSB de. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet] 2019 [cited 2020 abr 26];22(4):e190013. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232019000400201&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232019000400201&lng=pt).

17. Grechi MS, Baptista A, Magalhães D. Mobile Application for Assessing Quality of Life in the Elderly. *EasyChair Preprint.* [Internet] 2020 [cited 2020 abr 26];1:1-10. Available from: [https://easychair.org/publications/preprint\\_open/dKRw](https://easychair.org/publications/preprint_open/dKRw).

18. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* [Internet] 2003 [cited 2020 abr 26];37(6):793-799. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016&lng=en).

19. Pedroso B, Pilatti LA, Reis DR. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida.* [Internet] 2009 [cited 2020 abr 26];1(1):23-32. Available from: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/366>

20. Pedroso B, Pilatti LA, Gutierrez GL, Santos CB, Picinin CT. Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL. *Conexões Educação Física, Esporte e Saúde.* [Internet] 2011 [cited 2020 abr 26];9(1):130-156. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/conexoes/article/view/8637717/5408>.

21. Lins IL, Andrade LVR. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. *Mediações-Revista de Ciências Sociais.* [Internet] 2018 [cited 2020 abr 26];23(3):436-465. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/34289>.

22. Miyamoto AY, Cabrera EMS, Esteves M, Lourenção LG. Qualidade de vida de idosos em uma instituição de longa permanência. *Arq. Ciênc. Saúde.* [Internet] 2016 [cited 2020 abr 26];23(2):36-40. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/292/192/>.

23. Trennepohl C, AlvesKB, SilveiraNA, Brunelli AV, ThumC, Costa DH. Condições físicas e qualidade de vida de idosos participantes de oficinas de dança da universidade aberta à terceira idade-UNATI.CATAVENTOS-Revista de Extensão da Universidade de Cruz Alta. [Internet] 2020 [cited 2020 abr 26]; 22(1): e180136. Available from: <http://200.19.0.178/index.php/cataventos/article/view/48/137>.

24. Reis RD, Dias EN, Batista MA, Silva JV da. Cuidar de idosos com doença de parkison: sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar. *Enferm. Foco.* [Internet] 2019 [cited 2020 abr 26];10(5):155-160. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2294/683>.

25. Brito KOD, Menezes TN de, Olinda RA de. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet] 2016 [cited 2020 abr 26]; 69(5):825-832. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0825.pdf>.

26. Moraes MPL, Sousa IAFC, Vasconcelos TB. Relação entre a capacidade funcional e mobilidade com a prática de atividade física em idosos participantes de uma associação. *Ciências & Saúde.* 2017;9(2):90-95.

27. Oliveira MA, Ribeiro HF, Costa NP. Qualidade de vida de idosos amazônicos que participam de um grupo de convivência. *Enferm. Foco.* [Internet] 2019 [cited 2020 abr 26];10(5):26-31. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2381/629>.

28. Paiva MHP, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos AS. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* [Internet] 2016 [cited 2020 abr 26];21(11):3347-3356. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001103347&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103347&lng=en).

29. Hlubocky FJ, Muffly LS, Gomez JX, Breitenbach K, Cella D, McNeer JL. Death anxiety, psychological distress, and quality of life (QOL) in adolescent and young adult (AYA) cancer patients with hematologic malignancies in early survivorship. *J Clin Oncol.* [Internet] 2016 [cited 2020 abr 26];34(14 Suppl):10073-10078. Available from: [https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2016.34.15\\_suppl.10073](https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2016.34.15_suppl.10073).

30. Moreno CR de C, Santos JLF, Lebrão ML, Ulhôa MA, Duarte YA de O. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet] 2018 [cited 2020 abr 26];21(Suppl 2):e180018. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2018000300415&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2018000300415&lng=en).

31. Pereira KG, Silva PLN, Oliveira MKS, Gamba MA, Alves ECS, Martins AG. Autoavaliação da saúde por idosos atendidos em um centro ambulatorial de referência. *Ensino, serviços e avaliação da Atenção Básica à Saúde.* [Internet] 2018 [cited 2020 abr 26];9(5):1-29. Available from: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/434/721>.

32. Lima LR, Funghetto SS, Volpe CRG, Santos WS, Funez MI, Stival MM. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Aug 04];21(2):176-185. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000200176&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200176&lng=en).

33. Gato JM, Zenevics LT, Madureira VSF, Silva TG, Celich KLS, Souza SS, Léo MMF. Saúde mental e qualidade de vida de pessoas idosas. *Avances en Enfermería.* [Internet] 2018 [cited 2020 abr 26];36(3):302-310. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n3/0121-4500-aven-36-03-302.pdf>.

34. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet] 2018 [cited 2020 abr 26];21(5):616-627. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500616&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500616&lng=en).

# EVENTOS ADVERSOS E FATORES RELACIONADOS NO DIA DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTIICAS

Addressa Gomes Melo<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0003-2645-1937>

Juliana Bastoni da Silva<sup>2</sup> <http://orcid.org/0000-0002-6642-8910>

**Objetivo:** Investigar os eventos adversos, classificá-los conforme a gravidade e identificar seus fatores relacionados no dia da infusão de células-tronco hematopoéticas. **Método:** Estudo transversal prospectivo, com 85 pacientes do transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) de um hospital do Estado de São Paulo, Brasil. Os eventos adversos (EA) foram identificados e classificados pelo *Common Terminology Criteria for Adverse Events*. Para análise dos dados foram construídos modelos de regressão, considerando o nível de significância de 95% ( $p \leq 0,05$ ). **Resultados:** Cerca de 51% dos pacientes eram do sexo feminino, 41,2% apresentaram índice de comorbidade de risco intermediário/alto, 52,9% eram do grupo alogênico aparentado. Pelo modelo de regressão multinomial, foram considerados fatores associados à gravidade dos EA: maior viabilidade celular ( $p=0,0352$ ) e o índice de comorbidade pré-TCTH de risco intermediário/alto ( $p=0,0040$ ). No modelo de regressão linear generalizado, foram considerados fatores associados ao número de EA: maior viabilidade celular ( $p < 0,0001$ ), maior volume total de bolsas infundidas ( $p=0,0011$ ), TCTH alogênico ( $p=0,0093$ ), diagnóstico de Linfoma ( $p=0,0001$ ) e Mieloma Múltiplo ( $p=0,0136$ ), índice de comorbidade pré-TCTH de intermediário/alto risco ( $p=0,0010$ ) e criopreservação ( $p=0,0023$ ). **Conclusão:** Pacientes de TCTH são suscetíveis a diversos fatores que os predispõe a eventos adversos, o que representa um desafio para o enfermeiro e equipe multidisciplinar.

**Descritores:** Transplante de células-tronco hematopoéticas; Enfermagem; Enfermagem oncológica; Toxicidade; Eventos adversos.

## ADVERSE EVENTS AND RELATED FACTORS AT THE DAY OF HEMATOPOETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

**Objective:** Investigate adverse events, classify them according to severity and identify their related factors on the day of hematopoietic stem cell infusion. **Method:** Prospective cross-sectional study with 85 patients of the hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) in a hospital in the state of São Paulo, Brazil. Adverse events (AE) have been identified and classified by the *Common Terminology Criteria for Adverse Events*. For data analysis, regression models were built; significance level of 95% ( $p \leq 0,05$ ). **Results:** About 51% of the patients were female, 41.2% had an intermediate/high risk comorbidity index, 52.9% were allogeneic group. The multinomial regression model considered factors associated with severity of AE: greater cell viability ( $p = 0.0352$ ) and the intermediate/high risk pre-HSCT comorbidity index ( $p = 0.0040$ ). In the generalized linear regression model, factors associated with the number of AE were considered: greater cell viability ( $p < 0.0001$ ), greater infused volume ( $p = 0.0011$ ), allogeneic HSCT ( $p = 0.0093$ ), diagnosis Lymphoma ( $p = 0.0001$ ) and Multiple Myeloma ( $p = 0.0136$ ), intermediate/ high risk pre-HSCT comorbidity index ( $p = 0.0010$ ) and cryopreservation ( $p = 0.0023$ ). **Conclusion:** These patients are susceptible to several factors that predispose them to AE, which represents a challenge for nurses and multidisciplinary team.

**Descriptors:** Hematopoietic stem cell transplantation; Nursing; Oncology Nursing; Toxicity; Adverse events.

## EVENTOS ADVERSOS Y FACTORES RELACIONADOS EN EL DÍA DEL TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOÉTIICAS

**Objetivo:** Investigar eventos adversos, clasificarlos según su gravedad e identificar sus factores relacionados el día de la infusión de células madre hematopoyéticas. **Método:** Estudio prospectivo y transversal con 85 pacientes em el trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH), en un hospital en el estado de São Paulo, Brasil. Los eventos adversos (EA) han sido clasificados por los criterios de terminología común para eventos adversos. Se construyeron modelos de regresión; el nivel de significancia del 95% ( $p \leq 0,05$ ). **Resultados:** 51% eran mujeres y 52,9% pertenecía al grupo alogénico relacionado. El modelo de regresión multinomial consideró factores asociados con la gravedad de la EA: una mayor viabilidad celular ( $p = 0,0352$ ) y el índice de comorbilidad pre-HSCT de riesgo intermedio/alto ( $p = 0,0040$ ). En el modelo de regresión lineal generalizado, se consideraron factores asociados con número de EA: mayor viabilidad celular ( $p < 0,0001$ ), mayor volumen infundido ( $p = 0,0011$ ), TCMH alogénico ( $p = 0,0093$ ), diagnóstico linfoma ( $p = 0,0001$ ) y mieloma múltiple ( $p = 0,0136$ ), índice de comorbilidad pre-HSCT de riesgo intermedio/alto ( $p = 0,0010$ ) y criopreservación ( $p = 0,0023$ ). **Conclusión:** Estos pacientes son susceptibles a varios factores que los predisponen a EA, un desafío para las enfermeras y el equipo multidisciplinario.

**Descritores:** Trasplante de células madre hematopoyéticas; Enfermería; Enfermería Oncológica; Toxicidad; Eventos adversos.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Tocantins, TO, Brasil.

Autor correspondente: Juliana Bastoni da Silva - Email: juliana.bastoni@uft.edu.br

Recebido: 08/04/20 - Aceito: 06/11/20

## INTRODUÇÃO

O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é um tratamento com potencial de cura, para pacientes com doenças hematológicas malignas e benignas, tumores sólidos e doenças autoimunes<sup>(1)</sup>, pois pode proporcionar a reconstituição hematológica e imunológica, após exposição a altas doses de quimioterapia, associada ou não à radioterapia<sup>(2)</sup>.

Cerca de 50.000 pacientes recebem TCTH no mundo anualmente, dos quais 50% são realizados na Europa e 28% nas Américas<sup>(3)</sup>. Em 2019, o Registro Brasileiro de Transplantes computou 3805 TCTH no país, sendo 62,5% autólogos e 37,5% alogênicos<sup>(4)</sup>.

Os transplantes podem ser qualificados em alogênico aparentado ou não, idêntico ou não, autólogo (uso de células do próprio paciente) e singênico (gêmeos idênticos)<sup>(5-6)</sup>. O haploidêntico foi integrado como modalidade alternativa de transplante, devido à necessidade de ampliar a possibilidade de doadores compatíveis<sup>(7)</sup>. No haploidêntico, considera-se que algum membro da família de primeiro grau tenha características de histocompatibilidade com o receptor, em torno de 50%<sup>(8)</sup>.

Os pacientes de TCTH podem apresentar eventos adversos (EA) durante todo o período de internação, sobretudo no dia da infusão de células-tronco hematopoéticas (CTH). Esses EA estão relacionados a causas prováveis, descritas na literatura<sup>(5,9-10)</sup>, no entanto, ainda não totalmente elucidadas. Considera-se EA qualquer sintoma, sinal ou doença desfavorável, inclusive alterações laboratoriais, temporalmente associados, mas, não necessariamente relacionados ao uso de um tratamento ou procedimento<sup>(11)</sup>.

Os EA são descritos como mais comuns nos receptores de CTH criopreservadas, mas, outros fatores podem estar presentes como o número de hematócrito e de granulócitos, a contaminação das CTH que serão infundidas, idade do receptor, comorbidades, método e tempo de infusão, assim como, a incompatibilidade ABO nos alogênicos<sup>(9-10)</sup>. A avaliação prévia das comorbidades do paciente é importante para que ele seja classificado quanto ao seu risco em realizar o TCTH, o que é feito por meio de um índice específico<sup>(12)</sup>.

O enfermeiro tem atuação no TCTH e uma resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 0511/2016, regulamenta as atividades da equipe de enfermagem, neste contexto e descreve o enfermeiro como profissional imprescindível na equipe multidisciplinar<sup>(13)</sup>.

Além disso, a portaria do Ministério da Saúde, nº 931 de 02 de maio de 2006, aponta o enfermeiro como profissional obrigatório para o funcionamento da unidade de TCTH, tendo

em vista seu conhecimento técnico e científico para o cuidado ao paciente grave, ao doador e à família<sup>(14)</sup>. Deste modo, em diversos centros de TCTH, é de responsabilidade do enfermeiro a infusão das CTH, assim como, grande parte de toda a assistência prestada no período pré e pós transplante<sup>(15)</sup>.

Considerando a suscetibilidade de pacientes de TCTH para o desenvolvimento de EA potencialmente graves, a possibilidade de intervenções precoces e a consequente redução de complicações para estes pacientes, os objetivos do presente estudo foram: Investigar os eventos adversos, classificá-los conforme a gravidade e identificar seus fatores relacionados no dia da infusão de células-tronco hematopoéticas.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Estudo transversal, com coleta prospectiva.

### Local do estudo

O campo deste estudo foi uma unidade de TCTH do Estado de São Paulo, Brasil, que possui nove leitos. Estudo anterior apontou que, nesta unidade, os pacientes submetidos ao TCTH autólogo e alogênico ficaram hospitalizados, em média, por 34,7 dias (DP 19,5) e 34,3 dias (DP 14,1), respectivamente. Esta unidade de transplante apresenta média de 33 transplantes por ano (DP 7,0)<sup>(16)</sup>.

### Participantes do estudo

Considerando-se as particularidades anteriormente apresentadas sobre o local de estudo, optou-se pela avaliação de todos os transplantados no período da coleta de dados, ou seja, pela não realização do cálculo amostral.

Os pacientes elegíveis para o estudo foram aqueles com doenças onco-hematológicas submetidos ao TCTH autólogo ou alogênico. Como critério de exclusão considerou-se, aqueles pacientes cujos prontuários apresentavam dados incompletos, segundo as variáveis selecionadas no estudo.

A amostra foi consecutiva, por conveniência e inicialmente composta por 94 pacientes, o que correspondia ao total de pacientes transplantados na unidade, durante o período da coleta de dados. Entretanto, nove pacientes foram excluídos da pesquisa por dados incompletos, o que resultou em amostra final de 85 participantes.

### Coleta de dados

Foi realizada por um período de 25 meses com término em janeiro de 2018, por meio de observação direta da pesquisadora, que é enfermeira assistencial da unidade de TCTH. Para isso, a pesquisadora utilizou um instrumento empregado

mundialmente e nomeado 'Common Terminology Criteria for Adverse Events' (CTCAE)<sup>(11)</sup>. No período em que a pesquisadora não foi a responsável direta pela infusão de CTH, ela acompanhou o procedimento realizado por outros enfermeiros da unidade. Além da observação no momento da infusão de CTH, todos os registros da equipe multiprofissional foram utilizados, a fim de identificar e classificar os EA no momento da infusão e em até 24 horas após o procedimento.

Os dados foram validados por outra enfermeira da unidade previamente treinada para a utilização do instrumento, com larga experiência em TCTH, o que garantiu a fidedignidade da pesquisa. Quando houve discordância, um terceiro profissional, que era médico da unidade de TCTH realizou a avaliação e validação dos EA juntamente com a pesquisadora. A coleta de dados tinha início durante o TCTH propriamente dito e as informações, de até 24 horas após o transplante, eram coletadas assim que este intervalo de tempo findava.

Os EA (número e gravidade) foram considerados variáveis dependentes e as variáveis demográfico-clínicas foram analisadas como independentes (sexo, idade, índice do comorbidade para TCTH, diagnóstico, tipo de TCTH, fonte de CTH, tipo de condicionamento, tempo de infusão, volume da bolsa de CTH, número de células nucleadas, número de células CD34+, viabilidade celular, compatibilidade ABO, criopreservação e número de medicamentos utilizados em D zero), as quais foram escolhidas a partir da literatura científica e da prática clínica da pesquisadora. Para avaliação do índice de comorbidade no TCTH foi utilizado instrumento validado<sup>(12)</sup>, que era preenchido previamente à internação do paciente, pela equipe médica e anexado ao seu prontuário.

### Procedimentos de análise e tratamento dos dados

Para a avaliação dos EA, foi utilizado o CTCAE<sup>(11)</sup>, como mencionado anteriormente. Os EA são distribuídos por sistemas ou segmentos anatômicos e classificados conforme a gravidade, que varia de 1 até 5, para a maioria dos EA. Para calcular a frequência e realizar as análises estatísticas referentes aos EA, foi necessário agrupá-los por sistemas orgânicos, conforme similaridade.

Os dados foram processados pelo programa *Statistical Analysis System* (SAS), versão 9.4. Para as associações utilizou-se o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher, para as comparações o teste de Mann-Whitney e para as correlações entre as variáveis, o coeficiente de correlação de Spearman. Na avaliação da relação entre o conjunto de variáveis independentes e a variável dependente gravidade dos EA, foi construído um modelo de regressão logística multinomial. Quando a variável dependente foi o número

dos EA, foi construído um modelo de regressão múltipla (modelos lineares generalizados); considerou-se o nível de significância de 5%<sup>(17)</sup>.

### Aspectos éticos

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 653118175.0000.5404). As normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foram cumpridas e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

### RESULTADOS

Cerca de 51% dos participantes era do sexo feminino, a média de idade foi de 50,9 anos (DP 12,5), 58,8% apresentava índice de comorbidade classificado como de baixo risco, 52,9% submetido ao TCTH alogênico aparentado e as doenças mais frequentes, que indicaram o TCTH, foram as leucemias (31,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características demográfico-clínicas dos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas. Campinas, SP, 2018.

Variáveis demográfico-clínicas	n	(%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	43	50,6
Masculino	42	49,4
<b>Idade em anos</b>		
Média (DP)	50,9 (12,5)	-
Mediana (min-máx)	53 (21-73)	-
<b>Diagnóstico</b>		
Leucemias	27	31,8
Linfomas	25	29,4
Mieloma Múltiplo	23	27,0
Outros*	10	11,8
<b>Tipo de TCTH</b>		
<b>Alogênico aparentado</b>		
Idêntico	45	52,9
Não Idêntico	01	1,2
<b>Alogênico não-aparentado</b>		
Autólogo	38	44,7
<b>Índice de Comorbidade</b>		
Baixo Risco	50	58,8
Risco Intermediário/Alto	35	41,2

**Fonte:** elaboração própria. \*Outros= anemia aplástica; mielodisplasia; mielofibrose; amiloidose; síndrome de poems.

Em relação às variáveis relacionadas ao TCTH, 90,6% (n=77) dos participantes receberam CTH provenientes de sangue periférico pelo método de aférese, 50,6% (n=43) foram de células criopreservadas e o crioprotetor mais utilizado foi o Dimethyl Sulfoxido (DMSO) a 10% (34,1%, n=29), seguido pelo DMSO a 10% com Hidroxitilamido (HES) a 20% (16,5%, n=14). A média do número de células CD34<sup>+</sup> foi de 5,75x10<sup>6</sup> por quilo de peso do paciente (DP 5,24) e a de células nucleadas foi de 5,50x10<sup>8</sup> por quilo de peso do paciente (DP 2,34). Quanto às CTH infundidas, a viabilidade celular média encontrada foi de 96,64% (DP 5,80), o número de bolsas infundidas, variou de uma a seis unidades, com volume total médio de 374,44 ml (DP 280,77) e a média de tempo utilizado para cada procedimento de infusão foi de 52 minutos (DP 23,92). Para os pacientes submetidos ao TCTH alogênico aparentado ou não, a incompatibilidade ABO esteve presente em 29,8% deles (n=14/47).

Além disso, foram identificados 93 medicamentos diferentes nas prescrições médicas e o número médio de medicamentos utilizados pelos pacientes submetidos ao TCTH no dia da infusão de CTH foi de 13,11 (DP 3,12).

Quanto aos regimes de condicionamento prevaleceu, o mieloablativo (68,2%, n=58), seguido do condicionamento de reduzida intensidade (22,3%, n=19) e dos não mieloablativos (9,5%, n=8). Os quimioterápicos mais utilizados foram o Bussulfano (47%, n=40) nas apresentações oral (n=19) e endovenoso (n=21), Melfalano (37,6%, n=32), Ciclofosfamida (36,4%, n=31) e Fludarabina (29,4%, n=25).

A Tabela 2 aponta a distribuição dos pacientes segundo as variáveis demográfico-clínicas e gravidade dos EA. De um modo geral, independentemente do tipo de TCTH, os pacientes com índice de comorbidade intermediário/alto risco, apresentaram EA de maior gravidade (4 ou 5; p=0,0019). Além disso, nos pacientes em que o DMSO foi utilizado como crioprotetor houve predomínio dos EA de média e alta complexidade (p=0,0104).

**Tabela 2** – Distribuição dos pacientes de TCTH segundo variáveis demográfico-clínicas e gravidade dos eventos adversos. Campinas, SP, 2018.

Variáveis	Gravidade eventos						p-valor
	1 ou 2 (Leve)		3 (Moderado)		4 ou 5 (Grave)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							0,5552*
Masculino	13	30,95	17	40,48	12	28,57	
Feminino	9	20,93	21	48,84	13	30,23	

<b>Tipo de TCTH</b>							0,2721*
Autólogo	10	26,32	20	52,63	8	21,05	
Alogênico	12	25,53	18	38,30	17	36,17	
<b>Diagnóstico que indica o TCTH</b>							0,0733**
Leucemia	7	25,93	10	37,04	10	37,04	
Linfoma	8	32,00	10	40,00	7	28,00	
Mieloma múltiplo	6	26,09	15	65,22	2	8,70	
Outros	1	10,00	3	30,00	6	60,00	
<b>Tipo de condicionamento</b>							0,2577*
Não Mieloablativo/RIC	9	37,50	8	33,33	7	29,17	
Mieloablativo	13	21,31	30	49,18	18	29,51	
<b>Índice de Comorbidade</b>							0,0019*
Baixo	18	36,00	24	48,00	8	16,00	
Intermediário/Alto	4	11,43	14	40,00	17	48,57	
<b>Incompatibilidade ABO</b>							0,1306**
Compatível	11	33,33	10	30,30	12	36,36	
Não compatível	1	7,14	8	57,14	5	35,71	
Autólogo	10	26,32	20	52,63	8	21,05	
<b>Criopreservação</b>							0,2399*
Não	12	28,57	15	35,71	15	35,71	
Sim	10	23,26	23	53,49	10	23,26	
<b>Crioprotetor</b>							0,0104**
DMSO	4	13,79	15	51,72	10	34,48	
DMSO+HES	6	42,86	8	57,14	0	0,00	
<b>Fonte de células</b>							0,2465**
Óssea	1	12,50	6	75,00	1	12,50	
CPP	21	27,27	32	41,56	24	31,17	

**Fonte:** elaboração própria. \*p-valor obtido pelo teste Qui-quadrado; \*\*teste exato de Fisher.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das médias de ocorrência dos EA segundo tipo de TCTH e sistemas orgânicos, conforme divisão do CTCAE; não houve diferença estatística significativa entre os grupos comparados em relação à média de ocorrência dos EA.

**Tabela 3** – Distribuição das médias de ocorrência dos eventos adversos segundo tipo de transplante de células-tronco hematopoéticas e sistemas orgânicos. Campinas, SP, 2018.

Dia da Infusão (D Zero)					
Sistemas Orgânicos	Autólogo		Alogênico		p-valor
	Média EA	DP	Média EA	DP	
Grupo 1	1,21	0,47	1,15	0,75	0,3186*
Grupo 2	5,24	2,49	6,02	2,46	0,2217*
Grupo 3	0,29	0,57	0,30	0,66	0,8361*
Grupo 4	1,29	1,14	1,13	0,95	0,6247*
Grupo 5	0,66	0,75	0,74	0,87	0,7797*
Grupo 6	0,50	0,76	0,45	0,95	0,2873*

**Fonte:** elaboração própria. \*p-valor obtido pelo teste de Mann-Whitney. **1**=alterações cardíacas e vasculares; **2**=alterações do sistema sanguíneo e linfático, do metabolismo e nutrição, investigações laboratoriais, alterações do sistema imunológico; **3**=alterações do sistema nervoso e psiquiátricas; **4**=alterações gastrointestinais; **5**=alterações gerais e condições do sítio de administração; **6**= alterações respiratória, torácica e mediastinal.

A frequência das alterações renais e urinárias (hemoglobinúria), nos grupos autólogo e alogênico, classificadas como grau 1, foi de 52,6% (n=20) nos autólogos e de 10,6% (n=5) nos alogênicos com CTH criopreservadas (p<0,0001). As lesões, intoxicações e complicações de procedimentos, bem como, as infecções e infestações estiveram presentes em 7,89% (n=3) dos autólogos e em 21,28% (n=10) dos alogênicos (p=0,0883); nas alterações de pele, olhos e metrorragia, estes EA estiveram presentes em 10,53% (n=4) dos autólogos e em 21,28% (n=10) dos alogênicos (p=0,1840).

A Tabela 4 apresenta a relação entre a maior viabilidade celular (p=0,035) e o índice de comorbidade específico para o TCTH (p=0,004) com a gravidade dos EA apresentados pelos pacientes no dia da infusão de CTH.

**Tabela 4** – Variáveis independentes que constituíram a análise de regressão logística multinomial em que se considerou a gravidade dos eventos adversos. Campinas, SP, 2018.

Variável dependente	Variáveis independentes	OR**	IC (95%)***		p-valor
	Idade	1,032	0,993	1,074	0,1117
	Nº células CD34*/Kg/peso receptor	1,004	0,914	1,102	0,9408
	Nº células nucleadas/Kg/peso receptor	1,083	0,893	1,312	0,4185
Gravidade eventos*	Viabilidade celular	1,092	1,006	1,185	<b>0,0352</b>
	Volume total bolsas infundidas (ml)	1,000	0,998	1,002	0,8550
	Nº medicamentos	1,119	0,955	1,310	0,1634
	Sexo (Feminino)	1,294	0,503	3,329	0,5923
	Tipo de TCTH (Alogênico)	3,244	0,398	26,443	0,2717
	Tipo de condicionamento (Mieloablativo)	2,296	0,669	7,875	0,1864
	<b>Índice de Comorbidade (Intermediário/Alto)</b>	4,205	1,581	11,182	<b>0,0040</b>
	Criopreservação (Sim)	1,899	0,254	14,178	0,5320

**Fonte:** elaboração própria. \* Estimada a chance de apresentar níveis mais elevados de gravidade (variável dependente) \*\*OR= (Odds Ratio). \*\*\* IC 95% OR= intervalo de 95 % de confiança para a razão de chance.

A Tabela 5 mostra que houve relação estatística significativa entre o número de EA e o maior volume total de bolsas infundidas (p=0,0011), tipo de TCTH - alogênico (p=0,0093), o diagnóstico que indica o TCTH (linfoma - p=0,0001 e mieloma múltiplo - p=0,0136), maiores índices de comorbidade específico para o TCTH (p=0,0010), a criopreservação (p=0,0023) e a maior viabilidade celular (p<0,0001).

**Tabela 5** – Variáveis independentes que constituíram a análise de regressão múltipla em que se considerou o número de eventos adversos. Campinas, SP, 2018.

Variável dependente	Variáveis independentes	*	IC (95%)**		p-valor
	Idade	-0,012	-0,080	0,057	0,7415
	Nº células CD34 <sup>+</sup> /Kg/peso	-0,043	-0,195	0,109	0,5812
	Nº células nucleadas/Kg/peso	0,203	-0,136	0,541	0,2407
Número de eventos	Viabilidade celular	0,294	0,150	0,438	<b>&lt;0,0001</b>
	Volume total de bolsas infundidas	0,006	0,003	0,010	<b>0,0011</b>
	Nº medicamentos	0,176	-0,096	0,447	0,2047
	Sexo (Feminino)	0,279	-1,300	1,858	0,7295
	Tipo de TCTH (Alogênico)	4,990	1,228	8,752	<b>0,0093</b>
	Diagnóstico que indica o TCTH (Linfoma)	5,151	2,524	7,779	<b>0,0001</b>
	Diagnóstico que indica o TCTH (Mieloma Múltiplo)	3,481	0,718	6,245	<b>0,0136</b>
	Diagnóstico que indica o TCTH (Outros)	-0,287	-2,953	2,378	0,8327
	Tipo de condicionamento (Meloablatoivo)	1,776	-0,550	4,101	0,1344
	<b>Índice de Comorbidade (Intermediário/Alto)</b>	2,786	1,127	4,445	<b>0,0010</b>
	Criopreservação (Sim)	5,398	1,934	8,862	<b>0,0023</b>

**Fonte:** elaboração própria. \* =coeficiente de regressão.

\*\*IC= intervalo de 95 % de confiança.

## DISCUSSÃO

Referente aos dados demográfico-clínicos dos participantes, foi observado que o TCTH prevalente no centro pesquisado foi o alogênico (55,3%; n=47). De um modo geral, nota-se um predomínio do TCTH autólogo, o que pode ser justificado devido às suas indicações para diversas doenças, como tumores sólidos, diabetes e doenças autoimunes<sup>(18)</sup>.

Quanto ao diagnóstico que indica o TCTH, foi observado a prevalência do diagnóstico de leucemia (31,8%; n=27), realidade presente em estudos semelhantes, nos quais as leucemias são a principal indicação para o TCTH alogênico<sup>(9)</sup>. No mundo, este tipo de câncer ocupa o 11º lugar e no Brasil ocupa a 9ª posição<sup>(19)</sup>.

Estudos apontam que os EA apresentados pelos pacientes submetidos ao TCTH, como alterações laboratoriais, bem como relativas ao sistema sanguíneo e linfático são inerentes aos regimes de condicionamento, principalmente quando altas doses de quimioterápicos são utilizadas. Alterações metabólicas e gastrointestinais, são decorrentes de diversos medicamentos administrados neste período<sup>(20)</sup>. Alguns antineoplásicos como Ciclofosfamida, Melfalano, Bussulfano, causam toxicidade gastrointestinal, como náuseas e vômitos. A irradiação corporal total (ICT) e outros medicamentos como antibióticos, antifúngicos e imunossupressores também podem contribuir para o aparecimento ou intensificação destes EA<sup>(20-21)</sup>.

Quanto às alterações renais e urinárias (hemoglobinúria), os pacientes de TCTH autólogo apresentaram maior frequência destes EA (p<0,0001), fato que pode ser atribuído à criopreservação das CTH, especialmente, quando realizada com o DMSO. No período de descongelamento das CTH, pode ocorrer lise celular das células vermelhas do sangue e presença de hemoglobina livre, o que resulta em hemoglobinúria<sup>(7)</sup>.

No que diz respeito ao tipo de TCTH, o alogênico contribuiu para um aumento de 4,99 no número de EA, em média, em comparação com o autólogo (p=0,0093). No TCTH alogênico, usa-se imunossupressores devido às reações aloimunes e para prevenção da doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), que podem contribuir para o maior número de EA, ou para potencializá-los, no dia da infusão de CTH<sup>(22)</sup>.

Neste estudo, foi observado que pacientes, no momento do TCTH, com índice de comorbidade considerado intermediário ou de alto risco, apresentaram maior ocorrência de EA (p=0,0010) e EA de maior gravidade (4 ou 5; p=0,0040). A chance do paciente, que apresenta o índice de comorbidade de intermediário a alto risco, no momento do TCTH, é igual a 4,21 vezes a chance do paciente de baixo risco de apresentar EA de maior gravidade. Do mesmo modo, foi observado que o paciente submetido ao TCTH que apresenta o índice de comorbidade entre intermediário a alto risco tem um aumento médio de 2,78 no número de EA, comparado ao paciente que apresenta baixo risco.

Outros estudos associaram a presença de comorbidades com pior prognóstico de pacientes oncológicos<sup>(12,23)</sup>. Desta forma, a avaliação clínica rigorosa do paciente, que inclua a realização de um índice de comorbidade, pode estimar os riscos de morbimortalidade.

Os pacientes que tiveram as CTH criopreservadas, apresentaram maior número de EA (p=0,0023). Observou-se maior número e gravidade dos EA, com o uso de DMSO,

comparados àqueles que utilizaram DMSO associado ao HES ( $p=0,0205$ ). Deste modo, os pacientes que receberam enxerto criopreservado apresentaram aumento médio de 5,39 no número de EA, comparado aos pacientes que receberam CTH a fresco. Este achado é corroborado por estudos semelhantes, que citam a possível toxicidade do crioprotetor DMSO, que provoca a liberação de histaminas no paciente. A associação do uso do HES ao DMSO tem o objetivo de reduzir EA nos pacientes submetidos ao TCTH, pois propicia a formação de uma camada protetora nas células progenitoras, o que reduz o dano celular e, consequentemente, EA<sup>(24)</sup>.

O volume total de bolsas infundidas no dia da infusão de CTH apresentou relação com o número de EA ( $p=0,0011$ ). Pacientes que receberam maior volume de bolsas no momento do TCTH tem um aumento médio de 0,006 no número de EA. Tal fato pode ser atribuído à maior quantidade de detritos de granulócitos, hemoglobina livre nos autólogos, assim como, à incompatibilidade celular no grupo alogênico<sup>(25-26)</sup>.

A maior média de viabilidade celular apresentou relação com o número e a gravidade dos EA ( $p<0,0001$ ;  $p=0,0352$ ), respectivamente. O paciente que apresentou a maior viabilidade celular das CTH coletadas, apresentou uma maior chance de apresentar EA de maior gravidade, no momento da infusão de CTH – 1,09 vezes a chance do grupo com menor viabilidade celular, bem como, apresentou um aumento de 0,29 no número de EA. Na literatura é demonstrado que no processo de criopreservação, a viabilidade das células CD34<sup>+</sup> pode estar comprometida, bem como a redução de células viáveis para a infusão. A viabilidade celular difere entre os períodos pré e pós congelamento, estando relacionado com a baixa temperatura, a formação de cristais de gelo ou o uso do DMSO<sup>(6)</sup>.

A utilização de estratégias, que proporcionem ao enfermeiro e aos demais membros da equipe multiprofissional, o

reconhecimento precoce das condições que levam o paciente de TCTH a apresentar EA, facilita o planejamento da assistência e controle desses EA no dia da infusão das CTH<sup>(27-29)</sup>.

### Limitações do estudo

Variáveis que não puderam ser analisadas estatisticamente devido à baixa frequência, como o controle microbiológico, método de infusão e valor de hematócrito, que podem ser possíveis causas ou potencializadores dos EA na infusão das CTH.

### Contribuições para a prática

Os resultados incentivam a busca de novos conhecimentos sobre o cuidado de Enfermagem no TCTH. A utilização de instrumentos, como o CTCAE e o do índice de comorbidade pré-transplante, é importante, pois, contribui para a identificação e resolução precoce de EA, o que pode contribuir para uma assistência de saúde mais segura.

### CONCLUSÃO

Neste estudo, os fatores relacionados à ocorrência de EA no dia da infusão de CTH foram viabilidade celular, índice de comorbidade pré-TCTH (intermediário a alto), maior volume de bolsas de CTH infundidas, transplante alogênico, diagnósticos de linfoma e mieloma múltiplo e criopreservação.

### Contribuições dos autores:

Concepção e/ou desenho do estudo – Andressa Gomes Melo e Juliana Bastoni da Silva. Coleta, análise e interpretação dos dados – Andressa Gomes Melo. Redação e/ou revisão crítica do manuscrito – Andressa Gomes Melo e Juliana Bastoni da Silva. Aprovação da versão final a ser publicada – Juliana Bastoni da Silva.

### REFERÊNCIAS

1. Voltarelli JC. História do Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas no Brasil e no Mundo. In: Thomas ED, Voltarelli JC, Ferreira E, Pasquini R. Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 03-42.
2. Antin JH, Raley DY. Types of transplantation. In: Antin JH, Raley DY. Manual of stem cell and bone marrow transplantation. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. p. 3-5.
3. Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation [internet]. Switzerland; 2006-2013. Disponível em: [www.wbmt.org](http://www.wbmt.org)
4. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado. Ano XXV nº 4. (2012-2019). Disponível em: [www.abto.org.br](http://www.abto.org.br)
5. Mulay SB, Greiner CW, Mohr A, Bryant SC, Lingineni RK, Padley D, et al. Infusion technique of hematopoietic progenitor cells and related adverse events. *Transfusion*. 2014; 54(8):1997-2003.
6. Shu Z, Heimfeld S, Gao D. Hematopoietic SCT with cryopreserved grafts: adverse reactions after transplantation and cryo-

protectant removal before infusion. *Bone Marrow Transplant.* 2014; 49(4):469-76.

7. Bear AS, Hanley PJ, Bosque DM, Cruz CR, Kaur I, Liu H, et al. Low rate of infusional toxicity after expanded cord blood transplantation. *Cytotherapy.* 2014; 16(8):1153-7.

8. Hamerschlak N. Haploidentical transplantation of hematopoietic stem cells. *Rev Assoc Med Bras.* 2016; 62 (Suppl 1): 29-33.

9. Canaani J, Savani BN, Labopin M, Huang XJ, Ciceri F, Arcese W, et al. Donor age determines outcome in acute leukemia patients over 40 undergoing haploidentical hematopoietic cell transplantation. *Am J Hematol.* 2018; 93(2):246-53.

10. Vidula N, Villa M, Helenowski IB, Merchant M, Jovanovic BD, Meagher R, et al. Adverse Events During Hematopoietic Stem Cell Infusion: Analysis of the Infusion Product. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk.* 2015; 15(11):157-62.

11. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events . 2010; 4(3):1-80. Disponível em: <https://www.eortc.be/services/doc/ctc>

12. Sorror ML, Logan BR, Zhu X, Rizzo JD, Cooke KR, McCarthy PL, et al. Prospective Validation of the Predictive Power of the Hematopoietic Cell Transplantation Comorbidity Index: A Center for International Blood and Marrow Transplant Research Study. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2015; 21(8):1479-87.

13. Conselho Federal de Enfermagem(Cofen). Resolução nº 0511/2016. Aprova a norma técnica que dispõe sobre a atuação de enfermeiros e técnicos de enfermagem em hemoterapia. *Diário Oficial da União.* 4 abr 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05112016\\_39095.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05112016_39095.html)

14. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 931 de 02 de maio de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico para transplante de células-tronco hematopoéticas. *Diário Oficial da União.* 2006. Disponível em: [http://www.redsang.ial.sp.gov.br/site/docs\\_leis/ps/ps4.pdf](http://www.redsang.ial.sp.gov.br/site/docs_leis/ps/ps4.pdf)

15. Lima K, Bernardino E. Nursing care in a hematopoietic stem cells transplantation unit. *Text Context Nursing.* 2014; 23(4):845-853.

16. Silva JB, Póvoa VC, Lima MH, Oliveira HC, Padilha KG, Secoli SR. Nursing workload in hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49 (Esp):92-98

17. Pagano M, Gauvreau K. *Princípios de Bioestatística.* 2ª ed. São Paulo: Thomson; 2004.

18. Kanate AS, Majhail NS, Savani BN, Bredeson C, Champlin RE, Crawford S, et al. Indications for Hematopoietic Cell Transplanta-

tion and Immune Effector Cell Therapy: Guidelines from the American Society for Transplantation and Cellular Therapy: Guidelines for Hematopoietic Transplantation and Cellular Therapy. *Biol Blood Marrow Transplant.* 2020; 26(7):1247-56.

19. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Estimativa 2018 [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>

20. Fischer-Carlidge EA. Assessment and management of gastrointestinal toxicities and lab abnormalities related to targeted therapy. *Semin Oncol Nurs.* 2014; 30(3):183-9.

21. Antin JH, Raley DY. Transplant-related complications. In: Antin JH, Raley DY. *Manual of stem cell and bone marrow transplantation.* Cambridge: Cambridge University Press; 2013. p. 47.

22. Truong TH, Moorjani R, Dewey D, Guilcher GM, Prokopishyn NL, Lewis VA. Adverse reactions during stem cell infusion in children treated with autologous and allogeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplant.* 2016; 51(5):680-6.

23. Keller JW, Andreadis C, Damon LE, Kaplan LD, Martin TG, Wolf JL, et al. Hematopoietic cell transplantation comorbidity index (HCT-CI) is predictive of adverse events and overall survival in older allogeneic transplant recipients. *J Geriatr Oncol.* 2014; 5(3):238-44.

24. Zhu F, Heditke S, Kurtzberg J, Waters-Pick B, Hari P, Margolis DA, et al. Hydroxyethyl starch as a substitute for dextran 40 for thawing peripheral blood progenitor cell products. *Cytotherapy.* 2015; 17(12):1813-9.

25. Tekgündüz SA, Özbek N. ABO blood group mismatched hematopoietic stem cell transplantation. *Transfus Apher Sci.* 2016; 54(1):24-9.

26. Forster F, Câmara AL, Moraes CLK, Honório MT, Mattia D, Lazzari DD. Percepção dos enfermeiros quanto à assistência de Enfermagem no processo transfusional. *Enferm. Foco.* 2018; 9(3):71-5.

27. Marques ACB, Proença SFFS, Machado CAM, Guimarães PRB, Maftum MA, Kalinke LP. Quality of life in the first six months post-hematopoietic stem cell transplantation. *Text Context Nursing.* 2017; 26(3):1-11.

28. Timurağaoğlu A. The role of the nurses and technicians for stem cell mobilisation and collection. *Transfus Apher Sci.* 2015;53(1):30-3.

29. Ikeda K, Ohto H, Okuyama Y, Yamada-Fujiwara M, Kanamori H, Fujiwara SI, et al. Adverse Events Associated With Infusion of Hematopoietic Stem Cell Products: A Prospective and Multicenter Surveillance Study. *Transfus Med Rev.* 2018; 32:186-94.

# CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM: VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO REESTRUTURADO

Amparito del Rocío Vintimilla Castro<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-7581-6915>

Ana Paula Almeida<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-5234-4508>

**Objetivo:** Validar um conteúdo reestruturado de instrumento de classificação de pacientes internados pediátricos para classificá-los segundo a complexidade. **Métodos:** Estudo metodológico, convergente assistencial, realizado em um hospital escola. Foram utilizadas a técnica Delphi e a escala Likert, e o consenso foi  $\geq 0,70$ . Dez juízes analisaram 15 indicadores de cuidado. Dois juízes avaliaram a confiabilidade em cem pacientes. **Resultados:** No terceiro ciclo Delphi, dez juízes validaram o conteúdo do instrumento reestruturado com 16 indicadores, com consenso geral de 95,8%. A confiabilidade de dois juízes apresentou intervalo de confiança geral de 0,96, Kappa de Cohen geral de 0,88 e *Gwet's agreement coefficient* 1 equivalente a 0,96. A classificação como alta dependência se deu em 39,5%, semi-intensivo em 29,9%, intensivo em 16%, intermediário em 14,4% e cuidado mínimo em 0,2%. **Conclusão:** O instrumento reestruturado para classificar pacientes pediátricos internados de alta complexidade foi validado após a terceira fase Delphi.

**Descritores:** Classificação; Estudo de Validação; Enfermagem Pediátrica

## CLASSIFICATION OF PEDIATRIC PATIENTS FOR NURSING CARE: RESTRUCTURED INSTRUMENT VALIDATION

**Objective:** To validate the restructured content of a hospitalized pediatric patient classification instrument to classify them according to their complexity. **Methods:** Methodological study, convergent care in a teaching hospital. Delphi technique was used, as well as a Likert scale, with consensus of  $\geq 0.70$ . Ten judges analyzed 15 indicators of care. Two judges evaluated reliability in on hundred patients. **Results:** In the third Delphi cycle, ten judges validated the content of the restructured instrument with 16 indicators, with overall consensus of 95.8%. The interobserver reliability of two judges showed a general confidence interval of 0.96, general Cohen Kappa of 0.88 and *Gwet's agreement coefficient* 1 equivalent to 0.96. Classification as highly dependent occurred in 39.5%, as semi-intensive in 29.9%, intensive in 16%, intermediate in 14.4% and minimum care in 0.2%. **Conclusion:** The restructured instrument to classify hospitalized pediatrics patients of high complexity was validated after the third Delphi phase.

**Keywords:** Classification; Validation Study; Pediatric Nursing

## CLASIFICACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS PARA EL CUIDADO DE ENFERMERÍA: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO REESTRUTURADO

**Objetivo:** Validar el contenido reestructurado de instrumento de clasificación de pacientes pediátricos hospitalizados para clasificarlos según la complejidad. **Métodos:** Estudio metodológico, convergente asistencial en hospital escuela. Fueron utilizadas la técnica Delphi y la escala de Likert y el consenso fue  $\geq 0,70$ . Diez jueces analizaron 15 indicadores de cuidado, dois evaluaron la confiabilidad en cien pacientes. **Resultados:** Dez jueces validaron el contenido del instrumento con 16 indicadores, con un consenso general del 95,8%. La confiabilidad interobservadores de dos jueces presentó intervalo de confianza general de 0,96; Kappa del Cohen general de 0,88 y *Gwet's agreement coefficient* 1 equivalente a 0,96. La clasificación como alta dependencia fue 39,5%, como semi-intensivo en 29,9%, intensivo en 16%, intermediario en 14,4% y cuidado mínimo en 0,2%. **Conclusión:** El instrumento reestructurado para clasificar pacientes pediátricos hospitalizados de alta complejidad fue validado después de la tercera fase Delphi.

**Descritores:** Clasificación; Estudio de Validación; Enfermería Pediátrica.

<sup>1</sup>Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente: Amparito Amparito Vintimilla Castro - Email: amparito.castro@hc.fm.usp.br

Recebido: 27/01/20 - Aceito: 17/08/20

## INTRODUÇÃO

O cuidado pediátrico envolve conhecimentos técnico-científicos e éticos, relação de confiança, solidariedade, respeito e humanização, associados a recursos humanos e materiais, condições asseguradas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>(1,2)</sup>. As crianças hospitalizadas tem o direito à preservação da integridade física, psíquica e moral, protegendo-as contra qualquer forma de negligência<sup>(3)</sup>.

A classificação de pacientes segundo o grau de dependência de enfermagem permite uma assistência individualizada<sup>(4-6)</sup> e facilita o cuidado alocando os pacientes mais graves perto do posto de enfermagem<sup>(7)</sup>. No Brasil, o Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (ICPP), proposto por Diní<sup>(8)</sup>. Quaisquer instrumentos podem ser reestruturados segundo a realidade das necessidades de cuidado, as características específicas dos pacientes e as questões operacionais<sup>(9)</sup>.

A pergunta norteadora deste estudo foi: O conteúdo do ICPP pode ser validado para classificar os pacientes pediátricos de alta complexidade segundo as necessidades de cuidado de enfermagem?

O objetivo deste estudo foi validar o instrumento reestruturado de classificação de pacientes pediátricos internados de nível terciário para classificá-los segundo o grau de dependência de enfermagem.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Estudo metodológico e convergente assistencial.

### Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em hospital-escola pediátrico de nível terciário na cidade de São Paulo (SP) com 270 enfermeiros, sendo 45 gestores e 125 assistenciais e 180 leitos ativos. As unidades de internação participantes foram: Enfermaria da Cirurgia Infantil (ECI), Centro de Terapia Intensiva pediátrica (CTIp), Especialidades 1 (ESP1), Centro de Terapia Intensiva de Oncologia (CTIO), Enfermaria de OncoHematologia (EOH), Enfermaria de Especialidades 2 (ESP2) e Centro de Transplante de Células-Tronco e Hematopoiéticas (CTCTH).

### Participantes do estudo

A população do estudo foi formada por enfermeiros denominados juizes que aceitaram participar da pesquisa e pacientes pediátricos internados. Os critérios de inclusão dos enfermeiros foram: experiência assistencial mínima de 2 anos em pediatria e vínculo empregatício nesta instituição. Os critérios de exclusão foram: afastamentos, férias,

licenças e desvio de função. Para os pacientes, o critério de inclusão foi estar internado durante o período de coleta de dados por cinco dias consecutivos e excluídos os transferidos para outras unidades.

### Coleta de dados

Utilizada a técnica Delphi para validação do conteúdo<sup>(10)</sup> reestruturado do ICPP, em oficinas, a partir de um já existente<sup>(8)</sup>. O consenso dos critérios adotado neste estudo foi  $\geq 70\%$ . Utilizada a escala Likert<sup>(11)</sup> com cinco escores para avaliação do conteúdo do ICPP. Os escores desta escala são: 5 para completamente adequado, 4 para adequado, 3 para parcialmente adequado, 2 para inadequado e 1 para completamente inadequado.

### Procedimentos de análise e tratamento dos dados

O processamento dos dados foi realizado pelo programa STATA 15. Os dados numéricos das fases Delphi foram processados e analisados pela estatística descritiva e inferencial. A confiabilidade entre os dois juizes foi calculada pelo coeficiente Kappa de Cohen para verificação dos itens categóricos, com excelente associação para valores  $\geq 0,75$ , satisfatório ou bom de 0,40 a 0,74 e pobre ou fraca confiabilidade se  $\leq 0,40$ <sup>(12)</sup>. Foi calculado o nível de concordância corrigido pelo coeficiente de confiabilidade interavaliadores *Gwet's Agreement Coefficient* (Gwet AC1)<sup>(13-14)</sup>.

### Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas, sob o parecer 1.289.488. Todos os aspectos éticos que regulamentam a pesquisa com seres humanos foram seguidos.

## RESULTADOS

Para validação do conteúdo do ICPP reestruturado, participaram dez juizes, de março de 2017 a novembro de 2018, em três fases Delphi. Foram 80% do sexo feminino, 70% tinham entre 35 e 40 anos, 20% de 45 a 50 anos e 10% de 50 e 55 anos; com experiência em pediatria, sendo 20% de 2 a 4 anos, 40% de 5 a 10 anos, 20% de 11 a 15 anos e 20% de 16 a 20 anos. Da amostra, 90% eram especialistas e 10% tinham graduação, mas com experiência de 16 a 20 anos na pediatria.

### Primeira fase Delphi

Após 6 meses de avaliação, o conteúdo do instrumento reestruturado teve concordância  $\leq 70\%$  com média geral de 56,2% dos indicadores, exceto para administração de medicamentos/ soluções/ sangue/ hemocom-

ponentes, que atingiu 74%, e mobilidade e deambulação, com 70%. O baixo consenso é indicativo para a segunda fase Delphi.

Os 15 indicadores de assistência de enfermagem com a porcentagem de consenso e os escores de avaliação se encontram na Tabela 1:

**Tabela 1.** Indicadores de assistência de enfermagem, consenso e escores de avaliação da primeira fase Delphi. São Paulo (SP), 2020.

Indicador	Consenso %	Escore de avaliação
Atividade	34	1 ponto: executa atividades compatíveis com a faixa etária. 2 pontos: alguma dificuldade para atividades compatíveis com a faixa etária. 3 pontos: déficit para atividades compatíveis com a faixa etária. 4 pontos: limitação completa para atividades compatíveis com a faixa etária/ restrito no leito/ sedação/ coma vigil/ inconsciente.
Aferição de sinais vitais	66	1 ponto: a cada 8 ou 12 horas. 2 pontos: a cada 4 ou 6 horas. 3 pontos: a cada 3 horas. 4 pontos: menos que 3 horas mantém monitorização contínua.
Oxigenação	63	1 ponto: respiração espontânea. 2 pontos: desobstrução de vias aéreas superiores/ inalação. 3 pontos: oxigenoterapia/ ventilação não invasiva. 4 pontos: ventilação invasiva por traqueia ou traqueostomia/ alta frequência/ óxido nítrico.
Administração de medicamentos/ soluções/ sangue/ hemo-componentes	74	1 ponto: nenhum medicamento ou se necessário. 2 pontos: tópico/ ocular/ oral/ nasal/ otológico/ retal 3 pontos: enteral/ inalatório. 4 pontos: endovenoso/ intramuscular/ subcutâneo/ intradérmico/ intratecal/ intraósseo/ intrapleurítico/ uso de bomba de infusão.
Alimentação e hidratação	54	1 ponto: oral/ amamentação eficaz/ jejum. 2 pontos: oral com auxílio ou supervisão/ amamentação ineficaz. 3 pontos: gastrostomia. 4 pontos: por cateter oro ou nasogástrico/ nutrição parenteral.
Integridade cutâneo-mucosa	67	1 ponto: totalmente íntegra. 2 pontos: pele seca em pequena extensão/ equimose/ pápula/ pústula/ hiperemia. 3 pontos: infiltração e flebite graus I e II/ incisões cirúrgicas de pequeno porte/ um estoma/ pele seca em grande extensão/ icterícia leve. 4 pontos: infiltração e flebite graus III e IV/ incisões cirúrgicas de médio e grande porte/ abscesso/ hematoma/ queimadura/ úlceras/ bolhas/ fissuras/ dois ou mais estomas/ icterícia moderada ou intensa.

Eliminações	59	1 ponto: vaso sanitário sem auxílio. 2 pontos: vaso sanitário com auxílio. 3 pontos: uso de fraldas/ peso de fraldas/ incontinência/ uso de comadre/ papagaio/ controle hídrico. 4 pontos: cateter vesical de demora ou de alívio/ ostomias.
Participação do acompanhante	66	1 ponto: envolvido/ atende às necessidades físicas e emocionais da criança. 2 pontos: demonstra pouco envolvimento. 3 pontos: ansioso/ inseguro/ retraído/ fala outro idioma/ não participa. 4 pontos: ausente/ agressivo/ nenhuma participação/ em desacordo com a terapêutica.
Higiene corporal	60	1 ponto: banho de aspersão sem auxílio. 2 pontos: banho de aspersão com auxílio. 3 pontos: banho de imersão por um profissional. 4 pontos: banho de leito/ banho de imersão por dois profissionais com total dependência.
Mobilidade e deambulação	70	1 ponto: sem auxílio. 2 pontos: repouso no leito. 3 pontos: com auxílio/ de colo. 4 pontos: restrito ao leito.
Exames laboratoriais	29	1 ponto: nenhum. 2 pontos: coleta de urina espontânea/ fezes exsudato/ coleta de sangue venoso periférico uma vez ao dia/ escarro. 3 pontos: duas ou mais coletas por dia de sangue venoso periférico. 4 pontos: coleta de sangue arterial ou venoso central/ coleta de urina de 24 horas/ líquido peritoneal/ coleta de urina por cateter vesical/ coleta seriada/ coleta através de drenos.
Educação em saúde	54	1 ponto: orientação da rotina hospitalar. 2 pontos: orientação dos cuidados básicos. 3 pontos: orientação dos procedimentos de enfermagem/ duplas checagens. 4 pontos: orientação dos cuidados domiciliares/ preparo para alta.
Exames específicos	37	1 ponto: nenhum. 2 pontos: raio X/ ultrassom/ ecocardiograma. 3 pontos: ultrassom/ eletrocardiograma/ eletroencefalograma. 4 pontos: ressonância magnética/ radioterapia/ tomografia.
Procedimentos específicos	50	1 ponto: nenhum. 2 pontos: troca de fixação de cateter enteral/ vesical/ fixação de pontos/ cateterismo retal/ glicemia capilar. 3 pontos: cateterismo vesical/ cateterismo enteral/ punção de veia periférica/ coleta de liquor/ curativo de um cateter central e/ ou uma incisão cirúrgica de pequeno porte/ troca de selo da água/ punção de cateter totalmente implantado com reservatório/ troca de fixação de cânula endotraqueal e de traqueostomia/ curativo de ferida de pequeno porte. 4 pontos: diálise peritoneal/ hemodiálise clássica/ homofiltração/ passagem de cateter central/ de urgência e emergência/ punção intraóssea/ curativo de dois ou mais cateteres venosos centrais/ curativo de incisões cirúrgicas de médio e grande porte/ controle de débitos de drenos hepático e/ ou frênico/ biópsias/ mielograma/ curativo de estomas/ curativo de feridas de médio e grande porte.
Precauções	63	1 ponto: padrão. 2 pontos: góticulas. 3 pontos: aerossóis. 4 pontos: contato/protetor.

Nessa primeira fase, foram feitas sugestões e a adição do indicador Dor que foram incluídas na segunda fase Delphi. Os escores de classificação na área pediátrica foram de 15 a 60 pontos, divididos nas classificações: intensivo, semi-intensivo, alta dependência, intermediários e cuidados mínimos.

### Segunda fase Delphi

Apesar da concordância geral de 78,8% dos 10 juízes, após 8 meses de avaliação, decidiu-se realizar a terceira fase Delphi pelas sugestões relevantes.

Os 16 indicadores de assistência de enfermagem, a porcentagem de consenso e os escores de avaliação se encontram na Tabela 2:

**Tabela 2.** Indicadores de assistência de enfermagem, consenso e escores de avaliação da segunda fase Delphi. São Paulo (SP), 2020.

Indicador	Consenso %	Escore de avaliação
Atividade	81,8%	1 ponto: executa atividades compatíveis com a faixa etária/ necessita de supervisão indireta 2 pontos: alguma dificuldade física/ ambiental para atividades compatíveis com a faixa etária/ necessita de supervisão direta esporádica. 3 pontos: déficit para atividades compatíveis com a faixa etária/ necessita de supervisão direta frequente. 4 pontos: limitação completa para atividades compatíveis com a faixa etária/ restrito no leito/ sedação/ coma vigil/ inconsciente/necessita de supervisão permanente.
Aferição de sinais vitais	81,8	1 ponto: a cada 12 ou 8 horas. 2 pontos: a cada 6 horas. 3 pontos: a cada 4 ou 3 horas. 4 pontos: menos que 3 horas/ mantém monitorização contínua.
Oxigenação	81,8	1 ponto: em ar ambiente. 2 pontos: desobstrução de vias aéreas superiores/ inalação/ instilação de soro fisiológico 0,9% 3 pontos: oxigenoterapia/ ventilação não invasiva. 4 pontos: ventilação invasiva.
Administração de medicamentos/ soros/ soluções/ imunológicos/ sangue/ hemocomponentes	81,8	1 ponto: nenhum medicamento ou se necessário. 2 pontos: tóxico/ ocular/ oral/ nasal/ otológico/ retal. 3 pontos: enteral/ inalatório. 4 pontos: endovenoso/ intramuscular/ subcutâneo/ intradérmico/ intratecal/ intraósseo/ intraperitoneal/ uso de bomba de infusão.
Nutrição e hidratação	81,8	1 ponto: oral/ amamentação eficaz/ em pausa. 2 pontos: jejum. 3 pontos: oral com auxílio ou supervisão/ amamentação ineficaz. 4 pontos: gastrostomia/ cateter oro ou nasogástrico/ nutrição parenteral.

Integridade cutâneo-mucosa	72,7	1 ponto: totalmente íntegros. 2 pontos: pele seca em pequena extensão/ equimose/ pápula/ pústula/ hiperemia em pequena extensão corporal/ perfuração por um dispositivo intravenoso periférico. 3 pontos: infiltração e flebite graus I e II/ escoriação/ incisões cirúrgicas de pequeno porte/ estoma/ pele seca média extensão corporal/ perfurações por dois ou mais dispositivos intravenosos periféricos/ perfuração por cateter peridural. 4 pontos: infiltração e flebite graus III e IV/ extravasamento/ incisão cirúrgica de médio e grande porte/ incisão para cateter peritoneal/ abscesso/ pele seca em grande extensão/ hematoma/ queimadura/ úlcera/ bolhas/ fissuras/ escoriação/ pápula ou pústula em grande extensão/ dois ou mais estomas/ hiperemia de média a grande extensão corporal/ perfuração por cateter venoso central ou cateter venoso central de inserção periférica.
Eliminações	81,8	1 ponto: vaso sanitário sem auxílio. 2 pontos: vaso sanitário com auxílio. 3 pontos: uso de fraldas/ comadre/ papagaio/ controle hidrico/ incontinência. 4 pontos: cateter vesical de demora/ cateter vesical de alívio/ ostomia/ enema.
Participação do acompanhante	70	1 ponto: envolvido/ atende às necessidades físicas e emocionais da criança nas 24 horas. 2 pontos: envolvido/ atende às necessidades físicas e emocionais da criança menos que 24 horas. 3 pontos: ansioso/ inseguro/ retraído/ fala outro idioma/ demonstra pouco envolvimento/ ausência esporádica. 4 pontos: ausência total/ agressivo/ nenhuma participação pela condição de gravidade da criança/ em desacordo com a terapêutica.
Higiene corporal	81,8	1 ponto: banho de aspersão sem auxílio. 2 pontos: banho de aspersão com auxílio. 3 pontos: banho de imersão. 4 pontos: banho de leito/ banho de imersão em banheira de adolescente.
Mobilidade e deambulação	72,7	1 ponto: sem auxílio. 2 pontos: repouso no leito. 3 pontos: com auxílio/ de colo. 4 pontos: restrito ao leito.
Exames laboratoriais	81,8	1 ponto: nenhum. 2 pontos: coleta de urina espontânea/ fezes/ exsudato/ coleta de sangue venoso periférico uma vez por dia/ escarro. 3 pontos: duas ou mais coletas por dia de sangue venoso periférico. 4 pontos: coleta de sangue arterial ou venoso central/ coleta de urina de 24 horas/ líquido peritoneal/ coleta de urina por cateter vesical/ coleta seriada/ coleta através de drenos/ cultura de ponta de cateter.
Educação em saúde	72,7	1 ponto: orientação da admissão hospitalar. 2 pontos: orientação dos cuidados básicos de higiene e alimentação. 3 pontos: orientação dos procedimentos. 4 pontos: orientação dos cuidados domiciliares/ treinamento para procedimentos domiciliares/ preparo para transferência.

Exames específicos	81,8	<p>1 ponto: nenhum.</p> <p>2 pontos: raio X/ ultrassom/ ecocardiograma/ eletrocardiograma sem transporte ou sem encaminhamento/ interconsulta no leito.</p> <p>3 pontos: raio X/ ultrassom/ ecocardiograma/ eletroencefalograma/ eletrocardiograma/ colonoscopia/ prova de suor/ polissonografia/ prova de função pulmonar/ cirurgia externa/ interconsulta por encaminhamento ou transporte.</p> <p>4 pontos: ressonância magnética/ radioterapia/ tomografia/ dessensibilização à lactose/ colangiografia.</p>
--------------------	------	--

Procedimentos específicos	81,8	<p>1 ponto: nenhum.</p> <p>2 pontos: troca de fixação de cateter enteral vesical/ fixação de pontos/ cateterismo retal/ glicemia capilar/ troca de fixação de acesso periférico/ verificação de hematúria/ pH urinário/ peso de fraldas.</p> <p>3 pontos: cateterismo vesical/ cateterismo enteral/ punção de veia periférica/ coleta de liquor/ curativo de um cateter central/ curativo de óstio peritoneal/ curativo de uma incisão cirúrgica de pequeno porte/ punção de cateter totalmente implantado com reservatório/ troca de fixação de cânula endotraqueal ou traquesostomia/ curativo de ferida de pequeno porte controle de tubos de drenagem/ aspiração de vias aéreas superiores/ curativo de cateter central de inserção periférica/ curativo de cateter para diálise.</p> <p>4 pontos: diálise peritoneal/ hemodiálise clássica/ homofiltração/ passagem ou retirada de cateter central ou periférico central/ urgência e emergência/ punção intraóssea/ curativo de dois ou mais cateteres venosos centrais/ curativo de incisões cirúrgicas de médio e grande porte/ biópsias/ mielograma/ curativo de estomas/ curativo de feridas de médio e grande porte/ lock de medicamento em cateter venoso central/ passagem de cateter central de inserção periférica/ aspiração de vias aéreas inferiores/ procedimentos pré-transplantes/ paracentese/ infusão ou coleta de células.</p>
---------------------------	------	---

Precauções	72,7	<p>1 ponto: padrão.</p> <p>2 pontos: gotículas.</p> <p>3 pontos: aerossóis.</p> <p>4 pontos: contato/ protetor.</p>
------------	------	---

Dor	72,7	<p>1 ponto: ausente.</p> <p>2 pontos: alívio com medidas não farmacológicas.</p> <p>3 pontos: alívio com medidas farmacológicas.</p> <p>4 pontos: alívio com medidas farmacológicas e não farmacológicas.</p>
-----	------	---

Apesar de o consenso geral ter atingido um consenso geral de 78,2%, procedeu-se a terceira fase Delphi pelas várias sugestões dos juízes.

### Terceira fase Delphi

O instrumento reestruturado nesta fase teve um consenso geral de 95,8% pelos dez juízes, superando os valores das fases Delphi anteriores. Os percentuais de consenso dos indicadores foram: atividade 98%; aferição de sinais vitais 97%; oxigenação, 94%; administração de medicamentos/ soros/ soluções/ imunobiológicos/ sangue e hemocomponentes, 95%; alimentação/ hidratação, 92%; integridade cutâneo-mucosa, 95%; eliminações, 95%; participação do acompanhante, 98%; higiene corporal, 97%; mobilidade/ deambulação, 97%; exames laboratoriais, 95%; educação em saúde, 96%; exames específicos/ intercorrências/ interconsultas, 94%; procedimentos específicos, 95%; precauções, 99% e dor, 96%. Assim, a média geral de concordância dos 16 indicadores foi de 95,8%.

No ICCP reestruturado, a classificação de pacientes pediátricos foi constituída e distribuída com a seguinte pontuação:

-16 a 24 pontos - mínimo: estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente autossuficiente, dependendo da faixa etária realiza atividades de alimentação, higiene e conforto sob supervisão de acompanhante/enfermagem.

-25 a 34 pontos - intermediário: estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas de alimentação, higiene e conforto.

-35 a 44 pontos - alta dependência: estável sob o ponto de vista clínico, dependente da enfermagem para atendimento de suas necessidades físicas, emocionais e sociais, de alimentação, higiene e conforto.

-45 a 54 pontos - semi-intensivo: instável sob o ponto de vista clínico, sem risco iminente de morte, que necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

-55 a 64 pontos - intensivo: grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Os autores condensaram as informações do instrumento validado, nesta terceira fase Delphi, em versão impressa, conforme apresentado na Figura 1.

**Figura 1.** Instrumento validado de classificação de pacientes pediátricos internados do Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo (SP), Brasil, 2020.

Diagnóstico Médico:	Data de Internação				Data
	1	2	3	4	
<b>1-Atividade</b>	Executa atividades compatíveis com a faixa etária	Alguns dificuldades físicas/ambiental para atividades compatíveis com a faixa etária	Déficit para atividades compatíveis com a faixa etária	Limitação completa para atividades compatíveis com a faixa etária/ restrito no leito/ sedado/ coma vigil/ inconsciente necessita de supervisão permanente	
<b>2-Aferição de sinais vitais</b>	12/12 ou 8/8h	6/6h	4/4h ou 3/3h	< 3 horas/mantém monitorização contínua	
<b>3-Oxigenação</b>	Em ar ambiente	Desobstrução de vias aéreas superiores/ inalração/ instilação de soro fisiológico 0,9%	Oxigenoterapia/ ventilação não invasiva	Ventilação invasiva	
<b>4-Administração de medicamentos/ soros/ soluções imunobiológicos/ sangue/ hemocomponentes</b>	Nenhum medicamento ou se necessário	Tópico/ ocular/ oral/nasal/ otológico/ inalatório	Cateter enteral/Gastrostomia/retal	Endovenoso/ intramuscular/ subcutâneo/ intradérmico/ intratecal/ intraósseo/ intraperitoneal/ uso de bomba de infusão	
<b>5-Alimentação/ hidratação</b>	Oral/ amamentação eficaz/ em pausa	Jejum	Oral com auxílio ou supervisão/ amamentação ineficaz	Gastrostomia/ cateter oro ou nasogástrico/ nutrição parenteral	
<b>6-Integridade cutâneo-mucosa</b>	Totalmente íntegros	Pele seca em pequena extensão/ equimose/ pápula/ pústula/ hiperemia em pequena extensão corporal/ perfuração por um dispositivo intravenoso periférico	Infiltração e flebite graus I e II/ escoriação/ incisões cirúrgicas de pequeno porte/ estoma/ pele seca em média extensão corporal/perfurações por dois ou mais dispositivos intravenosos periféricos/ perfuração por cateter peridural	Infiltração e flebite graus III e IV/ extravasamento/ incisões: cirúrgica média e grande porte/cateter peritoneal/abscesso/ pele seca grande extensão/ hematoma, queimadura, úlcera, bolha, fissura, escoriação, pápula ou pústula grande extensão/ dois ou mais estomas/ hiperemia média a grande extensão corporal/ perfurações: cateter venoso central ou cateter venoso central de inserção periférica/dreno torácico/derivação ventricular externa/cateter de diálise peritoneal	
<b>7-Eliminações</b>	Vaso sanitário sem auxílio	Vaso sanitário com auxílio	Uso de fraldas/comadre/ papagaio/ controle hídrico/incontinência/peso de fraldas	Cateter vesical de demora/cateter vesical de alívio/ostomia/enema	
<b>8-Participação do acompanhante</b>	Envolvido/ atende as necessidades físicas e emocionais da criança nas 24h	Envolvido/ atende as necessidades físicas e emocionais da criança menos que 24h	Ansioso/ inseguro/ retraído/ fala outro idioma/ demonstra pouco envolvimento/ ausência esporádica	Ausência total/ agressivo/ nenhuma participação pela condição de gravidade da criança/ em desacordo com a terapêutica	
<b>9-Higiene corporal</b>	Banho de aspersão sem auxílio	Banho de aspersão com auxílio	Banho de imersão	Banho de leito/ banho de imersão em banheira de adolescente	

10-Mobilidade/ deambulação	Sem auxílio	Repouso no leito	Com auxílio/de colo	Restrito no leito
11-Exames laboratoriais	Nenhum	Coleta de urina espontânea/ escarro/ fezes/ exsudatos/ coleta de sangue venoso periférico uma vez por dia	Duas ou mais coletas por dia de sangue venoso periférico	Coleta de sangue arterial ou venoso central/ coleta de urina de 24h/ líquido peritoneal/ coleta de urina por cateter vesical/ coleta seriada/ coleta através de drenos/ cultura de ponta de cateter
12-Educação em Saúde	Orientação da admissão	Orientação dos cuidados básicos de higiene e alimentação/vínculo mãe-filho	Orientação dos procedimentos	Orientação de cuidados domiciliares/ treinamento para procedimento e tratamento domiciliares/ preparo para transferência
13-Exames específicos/ encaminhamentos/ interconsultas	Nenhum	Raio X / ultrassom/ ecocardiograma/ eletroencefalograma/ eletroencefalograma/ eletrocardiograma sem transporte ou sem encaminhamento/ interconsulta no leito.	Raio X/ ultrassom/ ecocardiograma/ eletroencefalograma/ eletrocardiograma/ colonoscopia/ prova de suor/ polissonografia/ prova de função pulmonar/ cirurgia externa/ interconsulta por encaminhamento ou transporte.	Ressonância magnética/ radioterapia/ dessensibilização à lactose/ tomografia/ colangiografia
14-Procedimentos específicos	Nenhum	Troca de fixação de cateter enteral/ cateterismo retal/ fixação de pontos/ glicemia capilar/ troca de fixação de acesso periférico/ verificação de hematúria/ pH urinário/ peso de fraldas	Cateterismo vesical/ cateterismo enteral/ punção de veia periférica/ coleta de líquido/ curativo de um cateter central/ curativo de ostio peritoneal/ curativo de uma incisão cirúrgica de pequeno porte/ punção de cateter totalmente implantado com reservatório/ troca de fixação de cânula endotraqueal ou traqueostomia/ curativo de ferida de pequeno porte/ controle de tubos de drenagem/ aspiração de vias aéreas superiores/ curativo de cateter central de inserção periférica/ curativo cateter de diálise	Diálise peritoneal/hemodiálise(urgência)/emergência/ punção intraóssea/curativos:dois ou mais cateteres venosos centrais, incisões cirúrgicas de médio e grande porte, estomas, feridas de médio e grande porte/biópsias/mielograma/lock de medicamento em CVC/passagem ou retirada de PICC/aspiração de vias aéreas inferiores/procedimentos pré-transplantes/ paracetense/infusão ou coleta de células/troca de cânula de traqueostomia
15-Precauções	Padrão	Gotículas	Aerosóis	Contato/protetor
16-Dor	Ausente	Alívio com medidas não farmacológicas	Alívio com medidas farmacológicas	Alívio com medidas não farmacológicas e com medidas farmacológicas/Sedação
Escores	<b>Classificação</b>			
16-24	Mínimo: estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente autossuficiente, dependendo da faixa etária realiza atividades de alimentação, higiene e conforto sob supervisão de acompanhante/enfermagem.			
25-34	Intermediário: estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas de alimentação, higiene e conforto.			
35-44	Alta dependência: estável sob o ponto de vista clínico, dependente da enfermagem para atendimento de suas necessidades físicas, emocionais e sociais, de alimentação, higiene e conforto.			
45-54	Semi-intensivo: instável sob o ponto de vista clínico, sem risco iminente de morte, que necessita de assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.			
55-64	Intensivo: grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.			
	<b>Nome Completo/CREN</b>			

Para verificar a confiabilidade do instrumento validado, foram convidados dois juízes com experiência em pediatria (20 a 25 anos): um pesquisador com titulação de Doutor e um enfermeiro especialista. Aplicou-se o ICCP validado nos cem pacientes pediátricos internados durante 5 dias úteis nas sete unidades de internação, sendo 65% deles do sexo masculino, distribuídos na ECI (33%), CTIp (24%), ESP1 (17%), CTIO (8%), EOH (8%), ESP2 (6%) e CTCTH (4%). Na amostra de pacientes, 15% eram lactentes, 46% pré-escolares, 22% escolares e 17% adolescentes. O motivo da internação durante o período de aplicação do instrumento foi: 28% causas gástricas, 26% respiratórias, 15% neurológicas, 14% genéticas, 14% onco-hematológicas, 2% nefrológicas e 1% imunológicas.

A pontuação de cada indicador, entre os dois juízes, foi analisada pelo coeficiente Kappa de Cohen para interpretar as respostas interobservadores e compará-las para medir a confiabilidade das respostas. Constataram-se excelentes valores gerais, com Kappa de 0,91; *Gwet's Agreement Coefficient* (Gwet AC1) de 0,95 e Intervalo de Confiança (IC) de 0,97, como destacado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Confiabilidade dos indicadores de cuidado pediátrico verificado pelo coeficiente Kappa, *Gwet's Agreement Coefficient* e intervalo de confiança. São Paulo (SP), Brasil, 2020.

Indicadores de cuidado	Kappa	Gwet AC1	IC
Atividade	0,94	0,98	0,99
Aferição de sinais vitais	0,93	0,96	0,98
Oxigenação	0,90	0,92	0,97
Administração de medicamentos/soros/ soluções/ imunobiológicos/ sangue e hemocomponentes	0,92	0,95	0,99
Nutrição e hidratação	0,75	0,93	0,95
Integridade cutâneo-mucosa	0,87	0,93	0,95
Eliminações	0,78	0,96	0,92
Participação do acompanhante	0,97	0,98	0,99
Higiene corporal	0,94	0,97	1,0
Mobilidade e deambulação	0,93	0,97	1,0
Exames laboratoriais	0,92	0,91	0,96
Educação em saúde	0,72	0,97	0,89
Exames específicos/ encaminhamentos e interconsultas	0,83	0,93	0,93
Procedimentos específicos	0,87	0,92	0,96
Precauções	0,99	0,99	1,0
Dor	0,92	0,97	0,92

Gwet AC1: *Gwet's Agreement Coeficiente*; IC: Intervalo de Confiança.

O ICCP validado (Figura 1) classificou os pacientes pediátricos internados de alta complexidade, segundo grau de dependência de enfermagem em: alta dependência (39,5%), semi-intensivos (29,9%), intensivos (16%), cuidados intermediários (14,4%) e cuidados mínimos (0,2%).

## DISCUSSÃO

Um sistema de classificação de pacientes (SCP) pode ser adaptado em cada instituição, de acordo com as características do serviço<sup>(9)</sup>, inclusive validado, como se verifica neste estudo para pacientes pediátricos internados de alta complexidade.

A validação do conteúdo reestruturado ICCP teve três fases ou ciclos da técnica Delphi. Este método estruturado de julgamento de informações é uma excelente ferramenta e amplamente utilizada em várias áreas do conhecimento<sup>(15)</sup>. A utilização desta técnica, no presente estudo, reforça a importância da sua aplicação nas variadas áreas da enfermagem, como no cuidado, na auditoria, na educação e na gestão.

Permite solicitar, coletar, tabular e avaliar dados por meio do consenso de um grupo de profissionais denominados especialistas ou juízes, engajados em determinada área ou assunto. Esta técnica exige que os profissionais emitam opiniões de forma individual, sem compartilhá-los<sup>(15)</sup>.

Após a avaliação e a determinação da pontuação para cada indicador, os valores somados permitem obter o grau de dependência do paciente pediátrico em cuidados mínimos, intermediários, de alta dependência, semi-intensivos e intensivos, como preconiza o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP)<sup>(16)</sup>.

Os SCP também viabilizam a mensuração da carga de trabalho e o dimensionamento da equipe, como reafirma estudo realizado em clínica médica de hospital universitário<sup>(17)</sup>. Dessa forma, os SCP são indispensáveis para uma assistência de qualidade, como norteia o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)<sup>(18)</sup>.

Ressalta-se a necessidade de treinamentos, esclarecimento de dúvidas e constante comunicação com os enfermeiros que utilizam esses SCP com o intuito de padronizar a linguagem e os critérios de avaliação, para evitar subjetividade, subsidiando a reflexão do profissional para o planejamento do cuidado seguro<sup>(19)</sup>. Indubitavelmente, a inserção dos SCP constitui ferramenta de gestão, interligada e indissociável, complementando-se com o processo do cuidado<sup>(20)</sup>.

## Limitações do estudo

A pouca disponibilidade dos juízes para participarem em tempo hábil da pesquisa estendeu o período do estudo.

## Contribuição para a prática

Quaisquer unidades pediátricas de internação podem

utilizar o presente instrumento de classificação de pacientes pediátricos e classificá-los de acordo com as características de dependência dos cuidados de enfermagem. Esta ferramenta validada respalda a gestão do cuidado, visando à distribuição da equipe de enfermagem, segundo categoria e número de profissionais disponíveis em cada turno.

## CONCLUSÃO

O conteúdo do instrumento reestruturado de classificação de pacientes pediátricos internados em hospital de nível terciário foi validado para classificar esta clientela segundo o grau de dependência de enfermagem. A verificação da confiabilidade, após aplicação deste ins-

trumento em pacientes pediátricos internados, constatou excelentes valores gerais, permitindo classificá-los em quatro níveis de complexidade: intensivos, semi-intensivos, alta dependência, cuidados intermediários e mínimos. Este estudo estimula as instituições de saúde pediátricas e de outras especialidades a reestruturar e validar, internamente, instrumentos de classificação, segundo a realidade da clientela. Além disso, a classificação de paciente auxilia no dimensionamento da equipe de enfermagem.

**Contribuições dos autores:** Todos os autores participaram em todas as etapas do estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: política nacional de humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2020 Aug 6]. Série B. Textos Básicos de Saúde. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizasus_2004.pdf).
2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990 [cited 2020 Aug 6]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm).
3. Eler K, Albuquerque A. Direito à participação da criança nos cuidados em saúde sob a perspectiva dos Direitos Humanos dos Pacientes. RIB [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 6];9:1-15. Available from: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica- revista-iberoamericana/article/view/9205>.
4. Silva LC, Oliveira DA, Santos AB, Barbosa LM, Araújo LG, Barboza MT, et al. [Personel dimensioning and its interference in the quality of care]. Rev. Enferm. UFPE. 2019;13(1):491-8. Portuguese.
5. Perroca MG. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 6];19(1):58-66. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100009&lng=en).
6. Pontes JA, Bohomol E. Estudo de dois sistemas de classificação de pacientes cirúrgicos pediátricos. Enferm. Foco [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 6];10(4):28-34. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2174>.
7. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. Ribeirão Preto: Cortez; 1989.
8. Dini AP, Guirardello EB. Construção e validação de um instrumento de classificação de pacientes pediátricos. Acta Paul. Enferm. [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 6];26(2):144-149. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000200007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200007&lng=en).
9. Williams MA. When you don't develop your own: validation methods for patients classification systems. Nurs. Manag. 1988;19(3):91-6.
10. Revorêdo LS, Maia RS, Torres GV, Maia EM. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. Arq. Ciênc. Saúde. [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 6];22(2):17-21. Available from: <http://www.cienciasdaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/136>.
11. Likert R. A technique for the measurement of attitudes [Internet]. New York: Arquivos de Psychology; 1932 [cited 2020 Aug 6]. Available from: [https://legacy.voteview.com/pdf/Likert\\_1932.pdf](https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf).
12. Cohen J. Weighed Kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. Psychological Bulletin [Internet]. 1968 [cited 2020 Aug 6];70 (4):213-220. Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1969-00069-001.pdf>.
13. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wadding D, Gwet K. A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples. BMC Med Research Methodology [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 6];13(61):2-7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/13/61>.
14. Souza AC, Alexandre NM, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 6];26(3):649-59. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en).
15. Marques JBV, Freitas D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. Pro-Posições [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 12]; 29(2): 389-415. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=en&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072018000200389&lng=en&nr=iso)>.
16. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren-SP). Dimensionamento de pessoal [Internet]. São Paulo: Coren-SP; 2010 [cited 2020 Aug 6]. Available from: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Dimensionamento/livreto de dimensionamento.pdf>
17. Siqueira LD, Santos MC, Calmon IT, Siqueira Júnior PC. Dimensionamento de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário. Enferm. Foco. [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 6];10(4):34-9. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2179/602>.
18. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução Nº 543/2017 [Internet]. Brasília, DF: Coren; 2017 [cited 2020 Aug 6]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html).
19. Macedo AB, Riboldi AO, Silva KS, Gergena T, Echerb MI, Souza SB. Validation of parameters to fill in the Perroca's patient classification system. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 6];39:e20170241. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100464&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100464&lng=pt).
20. Vasconcelos RO, Bohrer CD, Rigo DF, Marques LG, Oliveira JL, Tonini N, et al. Means for nursing management used in critical hospital units. Enferm. Foco. [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 6];7(3/4):56-60. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/944/354>.

# AVALIAÇÃO DO DEBRIEFING NA SIMULAÇÃO CLÍNICA NO ENSINO EM ENFERMAGEM

Maria Ercília Chagas Rosa<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-4130-7610>

Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-1060-6754>

Fernanda Garcia Bezerra Góes<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-3894-3998>

Giovanna Martins de Salvo<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8859-4621>

Roberto Carlos Lyra da Silva<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-4327-6272>

Verónica Rita Dias Coutinho<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8073-4562>

**Objetivo:** avaliar o debriefing na prática simulada de graduandos de enfermagem. **Método:** estudo quantitativo em duas etapas: Etapa 1 - Realização de cenário de simulação clínica. Etapa 2 - Aplicação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EaDaS). Todos os aspectos éticos foram atendidos.

**Resultados:** participaram do estudo 36 (100,0%) graduandos de enfermagem. Desses, 27 (75,0%) relatou nunca ter participado de simulação. Na avaliação do debriefing associado à simulação, o escore geral obtido foi de 4,41 (DP=0,25), correspondendo ao percentual de 85,4% de impacto positivo. A maioria dos graduandos 25 (69,4%) confirmou que o debriefing auxiliou no desenvolvimento da capacidade para a tomada de decisões acertadas. **Conclusão:** a avaliação do debriefing foi positiva na simulação clínica, possibilitando melhorias no desempenho e aprendizado dos acadêmicos.

**Descritores:** Ensino; Simulação; Educação em enfermagem; Treinamento por simulação; Estudantes de enfermagem.

## NURSING EDUCATION: EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF DEBRIEFING IN CLINICAL SIMULATION

**Objective:** To evaluate the debriefing in the simulated practice of nursing undergraduates. **Method:** Quantitative study in two steps: Step 1 - Realization of the clinical simulation scenario. Step 2 - Application of the Simulation Debriefing Assessment Scale (EaDaS). All ethical aspects were met. **Results:** 36 (100.0%) nursing undergraduates participated in the study. Of these, 27 (75.0%) reported never having participated in the simulation beforehand. In the evaluation of debriefing associated with the simulation, the overall score obtained was 4.41 (SD = 0.25), corresponding to a percentage of 85.4% of positive impact. Most undergraduates 25 (69.4%) confirmed that debriefing assisted in developing the ability to make the right decisions. **Conclusion:** The evaluation of debriefing was positive in the clinical simulation, allowing improvements in the performance and learning of the students.

**Descriptors:** Teaching; Simulation; Nursing education; Simulation training; Nursing students.

## EVALUACIÓN DEBRIEFING EN LA SIMULACIÓN CLÍNICA EN LA EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

**Objetivo:** Evaluar la información en la práctica simulada de estudiantes de pregrado en enfermería. **Método:** estudio cuantitativo en dos pasos: Paso 1 - Realización de escenario de simulación clínica. Paso 2: aplicación de la escala de evaluación de simulación de informes (EaDaS). Todos los aspectos éticos se cumplieron. **Resultados:** 36 (100.0%) estudiantes universitarios de enfermería participaron en el estudio. De estos, 27 (75.0%) informaron nunca haber participado en la simulación. En la evaluación de los informes asociados con la simulación, el puntaje general obtenido fue 4.41 (DE = 0.25), correspondiente a un porcentaje de 85.4% de impacto positivo. La mayoría de los estudiantes universitarios 25 (69.4%) confirmaron que la reunión de información ayudó a desarrollar la capacidad de tomar las decisiones correctas. **Conclusión:** La evaluación del informe fue positiva en la simulación clínica, permitiendo mejoras en el rendimiento y el aprendizaje de los estudiantes.

**Descriptor:** Enseñanza; Simulación; Educación en enfermería; Capacitación en simulación; Estudiantes de enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, RJ, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Autor Correspondente: Maria Ercília Chagas Rosa. E-mail: [ercilia.chagas@gmail.com](mailto:ercilia.chagas@gmail.com)

Recebido: 21/11/2019 - Aceito: 06/08/2020

## INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e as atuais transformações sociais traduzem a necessidade da adoção de práticas inovadoras no ensino em saúde, incluindo estratégias que favoreçam o pensamento crítico do profissional a fim de promover uma abordagem clínica individualizada e segura<sup>(1)</sup>.

No contexto educacional, a reflexão acerca da segurança do paciente é gerada a partir de dois aspectos, um relacionado à garantia de que os alunos irão desenvolver habilidades essenciais para atender as necessidades do paciente de forma segura e outro referente ao método de ensino empregado, com a finalidade de contribuir para a formação acadêmica, evitando a exposição dos pacientes a riscos reais. Deste modo, torna-se imprescindível que o aluno esteja capacitado para proceder de modo correto em situações mais complexas e limítrofes, identificadas no campo hospitalar<sup>(2,3)</sup>.

A elaboração de cenários realísticos tem sido empregada de maneira gradativa nos cursos de graduação em enfermagem e atualmente é considerado como um método diferenciado de ensino. Por meio desta técnica os alunos têm a possibilidade de obter conhecimentos de maneira prática, num ambiente seguro e facilitado por um professor<sup>(4)</sup>.

A simulação fornece, portanto, um cenário controlado de experiência prática para o processo de ensino aprendizagem, baseado no pensamento crítico e reflexivo individual e/ou coletivo. Logo, esta metodologia promove de maneira significativa o aprimoramento dos seus conhecimentos e habilidades. Por meio da simulação é possível dispor ao graduando a oportunidade de desenvolver segurança suficiente para realizar o manejo adequado do paciente no decorrer da assistência<sup>(3-4)</sup>.

Contudo, faz-se indispensável a realização de uma discussão reflexiva estruturada da experiência prática vivenciada na simulação clínica. Esse componente essencial e intencional da simulação, denominado *debriefing*, consiste em uma avaliação do aprendizado e do cuidado prestado ao paciente na sessão simulada, permitindo a associação do conteúdo teórico com a prática, a identificação das percepções e das atitudes dos participantes e o estabelecimento da sua autoconfiança<sup>(5)</sup>.

Recomenda-se que o *debriefing* ocorra durante ou após a simulação clínica viabilizando a análise da experiência vivenciada, por meio da utilização de instrumentos de pesquisa. Neste sentido, diversos autores têm construído e validado instrumentos para esta finalidade, como *Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning, Debriefing Experience Scale, Simulation Design Scale, Educational*

*Practices Questionnaire* e Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS)<sup>(5-8)</sup>.

A EADaS construída e validada no idioma português tem o objetivo de avaliar o efeito do *debriefing* estruturado associado à prática simulada em estudantes de enfermagem. Os resultados obtidos por meio de sua utilização são tidos como indicadores essenciais para futuras pesquisas, ademais favorecem consideravelmente a validação científica dos resultados e auxiliam os docentes para estruturação de um roteiro de simulações<sup>(5,9)</sup>.

Considerando que a importância do uso de instrumentos válidos e confiáveis para avaliar o valor atribuído ao *debriefing* e que a EADaS apresenta boas propriedades psicométricas, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto do *debriefing* na prática simulada de graduandos de enfermagem.

## MÉTODO

### Tipo e Local de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, realizado no Laboratório de Ensino de Enfermagem de uma universidade pública localizada na baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro no ano de 2018. O laboratório é equipado com manequins de baixa fidelidade, dispostos em camas hospitalares simulando um ambiente hospitalar. Apresenta divisórias entre os leitos, régua de gases, mobiliário hospitalar, materiais para exame clínico, peças anatômicas sintéticas e monitores.

### Participantes do estudo

A amostra do estudo foi composta por alunos do curso de enfermagem matriculados e regularmente inscritos no curso de enfermagem da universidade. Como critérios de inclusão foram considerados: discentes que haviam cursado a disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem; ter idade superior a 18 anos de idade.

Foi obtida uma lista nominal dos graduandos junto à coordenação de curso. No total, havia 100 alunos matriculados e regularmente ativos no terceiro, quarto e quinto ano. Desses, foram sorteados 40 graduandos, considerando-se a capacidade física do laboratório, os quais foram convidados por correio eletrônico. Após a confirmação individual de cada graduando, ocorreu uma reunião presencial para esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa bem como o método a ser desenvolvido.

Mediante o aceite e a presença de 36 graduandos, os alunos foram divididos em quatro grupos de forma aleatória, com média de 9 alunos por grupo, e as simulações, com cenários iguais, foram agendadas em datas e horários dis-

tintos para cada grupo e das atividades regulares do curso, e sem nenhuma interferência nas notas curriculares dos estudantes.

**Etapas do Estudo**

Primeira etapa: Realização de cenário de simulação clínica

Esta etapa compreendeu a execução de um cenário de simulação com avaliação clínica acerca dos sinais vitais de um paciente adulto. A cena foi estruturada utilizando simulador de baixa fidelidade posicionado no leito, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro e equipamentos de proteção individual, para a representação de uma unidade clínica hospitalar. Foi elaborado um caso clínico que possibilitou a reprodução de situações objetivas com a participação de atores, a saber, duas monitoras acadêmicas e duas professoras, participantes da pesquisa, que se reuniram previamente para elaborar o caso e treinar suas ações e falas na cena, bem como organizaram o espaço para a simulação nos horários previstos. O tempo total de execução de cada cenário por grupo foi em média de 30 minutos.

Segunda etapa: Aplicação do *Debriefing* associado à Simulação

A segunda etapa compreendeu ao *debriefing* e à aplicação da EADaS e do questionário com informações individuais (sexo, data nascimento, período do curso e se já participou de simulação clínica anteriormente), com duração média de 30 minutos.

A EADaS é composta por 34 itens alocados em três domínios, valor psicossocial, valor cognitivo e valor afetivo, com opções de respostas em escala tipo Likert em cinco pontos, sendo: discordo completamente (1); discordo (2); nem concordo nem discordo (3); concordo (4); e concordo completamente (5)<sup>(5)</sup>.

O domínio valor psicossocial contempla os itens 16, 17, 19,21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32 e 33; o domínio valor afetivo os itens 2, 5, 9, 11, 14, 15, 18, 20, 24, 29, 31e 34; e, o domínio valor cognitivo os itens 1, 3, 4,6, 7, 8, 10, 12 e 13. Foram desenvolvidos 13 itens em sentido inverso, ou seja, aspectos tidos como negativos. Sendo assim, quanto maior o escore nos níveis de concordância “discordo completamente” e “discordo”, melhor será o resultado no decorrer das análises.

**Análise de Dados**

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva, medidas de tendência central e de dispersão (média, moda, mediana, percentis, variância, desvio-padrão). O sorteio da amostra foi realizado por meio de números aleatórios gerados no IBM® SPSS® versão 22.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar a normalidade das variáveis.

Para avaliação do *debriefing*, foi utilizado um escore médio de acordo com as respostas obtidas. O teste t de student foi utilizado para comparar o escore médio do *debriefing* associado à simulação e às variáveis sexo, idade e participação anterior em cenário de simulação. Para a comparação entre os grupos de alunos de acordo com o período de graduação, utilizou-se a análise de variância (ANOVA).

A análise dos escores ocorreu a partir da somatória dos itens de cada valor de domínio dividido pelo total dos 34 itens que compõem a Escala de Aplicação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). Para a avaliação dos resultados obtidos, foi considerado o valor 1,0 como mínimo, indicando um resultado negativo e para uma boa média o valor máximo foi de 5,0. A análise estatística foi feita por meio do software IBM® SPSS® versão 22.0.

**Aspectos Éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, número do Parecer: 1.602.948, CAAE: 55262616.0.0000.5243). Todos os aspectos éticos foram contemplados segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram esclarecidos quanto ao seu anonimato, sua participação voluntária, uso de pseudônimos, nenhuma interferência nas notas curriculares dos estudantes e a possibilidade de risco mínimo baseado em possível desconforto em participar de uma atividade em grupo. Deste modo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as respostas obtidas foram tratadas de forma anônima e confidencial.

**RESULTADOS**

Participaram do estudo 36 (100,0%) graduandos de enfermagem com predomínio do sexo feminino 33 (91,7%), com idade maior ou igual a 21 anos 24 (66,7%). Dos 40 graduandos que confirmaram presença, 04 (11,1%) não compareceram. Do total de graduandos participantes, somente 09 (25,0%) relataram ter participado de cenários de simulação (tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis individuais dos graduandos de enfermagem (n=36). Rio das Ostras, RJ, 2018.

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	33	91,7
Masculino	03	8,3

Idade		
≤ 21 anos	12	33,3
>21 anos	24	66,7
Ano do curso		
2º ano	15	41,7
3º ano	9	25,0
4º e 5º ano	12	33,3
Já participou de cenário de simulação		
Não	27	75,0
Sim	9	25,0

De acordo com as respostas dos graduandos de enfermagem para os itens da Escala, no que se refere ao item “aprender mais”, 28 (77,8%) consideraram o *debriefing* associado à prática simulada como uma estratégia relevante para o processo de ensino aprendizagem. Para o item “estruturar meu pensamento” 21 (58,3%) concordaram totalmente (tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição das frequências das respostas dos graduandos de enfermagem (n=36) de acordo com os itens da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS), Rio das Ostras, RJ, 2018.

Itens	I n(%)	II n(%)	III n(%)	IV n(%)	V n(%)
1-Estruturar o meu pensamento	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	15(41,7)	21(58,3)
2-Me envergonhar frente aos colegas pelos meus erros	14(38,9)	15(41,7)	5(13,9)	2(5,6)	0(0,0)
3-Aprender mais	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(19,4)	28(77,8)
4-Me focar nos aspectos importantes da atuação	0(0,0)	1(2,8)	3(8,3)	11(30,6)	20(55,6)
5-Me deixar muito ansioso/estressado	8(22,2)	15(41,7)	6(16,7)	5(13,9)	2(5,6)
6-Refletir sobre as minhas competências	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	8(22,2)	28(77,8)
7-Identificar prioridades na atuação	0(0,0)	0(0,0)	3(8,3)	10(27,8)	23(63,9)
8-Melhor identificar os recursos a utilizar na atuação	0(0,0)	0(0,0)	3(8,3)	14(38,9)	19(52,8)
9-Me humilhar frente aos outros	27(75,0)	7(19,4)	1(2,8)	0(0,0)	1(2,8)

10-Aprofundar conhecimentos específicos relacionados com a atuação	0(0,0)	0(0,0)	1(2,8)	18(50,0)	17(47,2)
11-Me deixar em pânico só de pensar em ter de atuar de novo numa situação semelhante	20(55,6)	12(33,3)	3(8,3)	1(2,8)	0(0,0)
12-Identificar aspectos que devo melhorar em atuações futuras	0(0,0)	0(0,0)	1(2,8)	6(16,7)	29(80,6)
13-Desenvolver competências para a tomada de decisões acertadas	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	10(27,8)	25(69,4)
14-Criar conflitos no grupo	32(88,9)	3(8,3)	1(2,8)	0(0,0)	0(0,0)
15-Não querer participar em mais nenhuma simulação	34(94,4)	1(2,8)	1(2,8)	0(0,0)	0(0,0)
16-Aumentar a minha autoconfiança	1(2,8)	0(0,0)	4(11,1)	16(44,4)	15(41,7)
17-Desenvolver competências de liderança	1(2,8)	0(0,0)	4(11,1)	20(55,6)	11(30,6)
18-Eu me sentir incompreendido	21(58,3)	11(30,6)	3(8,3)	1(2,8)	0(0,0)
19-Aumentar o potencial de trabalho em equipe	0(0,0)	0(0,0)	1(2,8)	11(30,6)	24(66,7)
20-Eu me sentir desrespeitado	31(86,1)	5(13,9)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
21-Eu me sentir realizado	1(2,8)	0(0,0)	13(36,1)	20(55,6)	2(5,6)
22-Reforçar a minha iniciativa em situações futuras	0(0,0)	0(0,0)	1(2,8)	14(38,9)	21(58,3)
23-Desenvolver a relação de ajuda	0(0,0)	0(0,0)	2(5,6)	13(36,1)	21(58,3)
24-Eu sentir que foi uma perda de tempo	35(97,2)	1(2,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
25-Reforçar a minha autonomia para atuar como futuro enfermeiro	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	13(36,1)	23(63,9)
26-Identificar dificuldades na minha atuação	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	18(50,0)	18(50,0)
27-Promover a autoconsciência (conhecer as próprias emoções)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,8)	17(47,2)	18(50,0)

28-Eu me sentir no centro do processo formativo	0(0,0)	2(5,6)	9(25,0)	21(58,3)	4(11,1)
29-Eu ter medo de atuar no futuro em situações semelhantes	15(41,7)	10(27,8)	6(16,7)	5(13,9)	0(0,0)
30-Melhorar a minha capacidade de gerir emoções	0(0,0)	0(0,0)	1(2,8)	13(36,1)	22(61,1)
31-Bloquear o meu raciocínio	27(75,0)	5(13,9)	3(8,3)	1(2,8)	0(0,0)
32-Eu sentir orgulho por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente	0(0,0)	3(8,3)	8(22,2)	16(44,4)	9(25,0)
33-Eu sentir que o professor tem interesse genuíno no meu desenvolvimento profissional	1(2,8)	0(0,0)	1(2,8)	19(52,8)	15(41,7)
34-Baralhar as minhas ideias a respeito da atuação	11(30,6)	13(36,1)	4(11,1)	6(16,7)	2(5,6)

**\*Nota:** I – Discordo totalmente; II – Discordo; III – Nem concordo nem discordo; IV – Concordo; V – Concordo totalmente.

Em relação à questão acerca de “refletir sobre minhas competências”, 28 (77,8%) concordaram totalmente, afirmando que este método promove a reflexão acerca de suas habilidades. No que tange ao item “identificar aspectos que devo melhorar em atuações futuras”, 29 (80,6%) concordaram totalmente que o *debriefing* estruturado associado à prática simulada auxilia na identificação de aspectos que devem ser aprimorados para uma melhor atuação em futuras circunstâncias.

Para os itens com sentidos inversos, “Criar conflitos no grupo” 32 (88,9%) e “não ter interesse em participar de futuras simulações” 34 (94,4%), alunos discordaram totalmente dessas afirmações.

O item referente à autoconfiança apresentou resultado positivo, demonstrando que 31 (86,1%) dos alunos concordaram totalmente ou concordaram que *debriefing* estruturado contribui para o desenvolvimento da autoconfiança.

Do total de alunos, 24 (66,7%) atestaram de maneira positiva que o *debriefing* aumenta o potencial de trabalho em equipe. Com relação ao item “eu sentir que foi uma perda de tempo” 35 (97,2%) discordaram totalmente que essa prática pode promover este sentimento.

Ainda, 23 (63,9%) graduandos concordaram totalmente no tópico “reforçar a minha autonomia para atuar como futuro enfermeiro”. Logo, 18 (50,0%) participantes concordaram totalmente que houve contribuição para identificar as dificuldades na atuação.

Quanto ao item “Eu sentir orgulho por ser capaz de executar muitas intervenções corretamente”, 16 (44,4%) graduandos julgaram a simulação como um meio de executar os procedimentos inúmeras vezes até realizá-los de maneira correta, ocasionando desta forma na satisfação dos mesmos em dispor de competência considerável em poder atuar com convicção em situações reais.

Na avaliação da Escala o escore geral obtido foi de 4,41 (DP=0,25), correspondendo o percentual de 85,4% de impacto positivo do *debriefing* associado à simulação nos graduandos de enfermagem. Na comparação entre grupos, não houve diferença estatisticamente significativa (IC 95%) entre o sexo (p=0,096), idade (p=0,257), período do curso (p=0,183) e participação anterior em cenário de simulação (p=0,356) (tabela 3).

**Tabela 3** – Comparação dos escores do impacto do *debriefing* segundo variáveis individuais. Rio das Ostras, RJ, 2018

Variáveis	Escore (%)	Teste (valor de p IC 95%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	4,40 (85,2)	t=-1,71 (0,096)
Masculino	4,65 (91,4)	
<b>Idade</b>		
≤21 anos	4,50 (87,6)	t=-1,15 (0,257)
>21 anos	4,39 (84,9)	
<b>Período do curso</b>		
4 e 5	4,47 (86,9)	t=1,79 (0,183)
6 e 7	4,30 (82,5)	
8 ou mais	4,47 (86,5)	
<b>Já participou de cenário de simulação</b>		
Não	4,40 (85,1)	t=-0,93 (0,356)
Sim	4,49 (87,4)	

**Fonte:** Coleta de dados da pesquisa.

Foram obtidos os escores segundo os domínios cognitivo 4,61 (DP=0,37), afetivo 4,09 (DP=0,29) e psicossocial 4,29 (DP=0,36). Na comparação dos escores do domínio psicossocial entre os graduandos e participação em simulação houve diferença estatisticamente significante (t=-2,11; p=0,042), ou seja, os graduandos que relataram já ter

participado de simulação apresentaram um escore maior 4,50 (DP=0,04) para este domínio quando comparados aos que nunca haviam participado 4,22 (DP=0,31).

## DISCUSSÃO

Dentre as características da amostra estudada, observa-se que se trata de uma população jovem. Destaca-se que a inserção dos jovens com idade entre 18 a 24 anos nas universidades tem aumentado razoavelmente nos últimos anos devido à implementação de políticas de expansão e democratização do acesso, esse movimento resultou no aumento do quantitativo da oferta de novos cursos de graduação nas instituições públicas e privadas, possibilitando que mais jovens ingressem no ensino superior em diversas regiões do Brasil<sup>(10-12)</sup>, o que corrobora com o perfil dos graduandos do cenário da pesquisa, localizado no interior do estado do Rio de Janeiro.

A sociedade progressivamente tem exigido dos profissionais em saúde, melhorias referentes à qualificação e segurança na assistência em prol do bem-estar da população. Logo, a simulação clínica possibilita a execução e treinamento de procedimentos terapêuticos de forma segura, em prol do cuidado ético e responsável ao paciente, família e comunidade<sup>13-14</sup>. Ademais, outros autores confirmam que a simulação resulta em um efeito benéfico para o controle do nível de ansiedade comum entre estudantes<sup>(15,3)</sup>.

Estudos apontam ainda que a simulação na graduação é eficaz quando empregada como método educacional, resultando no aumento da autoconfiança e estimulação para a construção do pensamento crítico e clínico do aluno, bem como no compartilhamento de conhecimentos e experiências, contribuindo de maneira considerável para sua formação acadêmica<sup>(4,16,17)</sup>. Sendo assim, considera-se fundamental a utilização de estratégias educativas dessa natureza na aprendizagem, fundamentada em casos reais estimulando, desse modo, o crescimento e a autoconfiança dos graduandos, além da segurança dos pacientes.

Por outro lado, é essencial a existência de instrumentos que permitam a avaliação de forma objetiva dos resultados dessa metodologia de ensino. Nessa linha, o *debriefing* é uma estratégia que permite aos participantes explorarem, analisarem e sintetizarem pensamentos, processos, estados emocionais e outros aspectos numa experiência simulada, visando a melhorar o seu desempenho em situações reais<sup>(18)</sup>. Assim, os achados da presente pesquisa apontaram para o impacto positivo do *debriefing* associado à prática simulada de graduandos de enfermagem com a utilização de uma escala válida e confiável, a EADaS.

Por meio desse instrumento, evidenciou-se que os graduandos concordaram que o *debriefing* estruturado associado à prática simulada auxilia de modo considerável no aprendizado referente à prática profissional e ao trabalho em equipe. Corroborando com esses resultados, estudo desenvolvido na Escola de Enfermagem de Coimbra, Portugal, verificou que os alunos também consideraram o *debriefing* estruturado como um método interativo que permite consolidar e sistematizar seu conhecimento, refletir individual e coletivamente sobre as atividades e estruturar suas ideias<sup>(18)</sup> o que reforça a importância dessa prática e do uso de instrumentos válidos e confiáveis para avaliá-la de forma estruturada.

Nesse mesmo cenário, outra investigação constatou que o *debriefing* estruturado em associação com simulação tem maior impacto para os alunos em comparação com o *feedback* tradicional, com evidentes contribuições para a aprendizagem, pois o grupo experimental, que recebeu o *debriefing* estruturado, apresentou maiores médias em todos os dimensões e na EADaS global, bem como diferenças estatisticamente significativas do grupo controle, com *feedback* tradicional<sup>(19)</sup>.

O *debriefing* associado à simulação permitiu ainda que, os alunos se sentissem mais à vontade para fazer perguntas e estabelecer uma relação mais próxima com seus colegas, facilitando comunicação e melhorando suas habilidades<sup>(17)</sup>, o que corrobora com os achados atuais. Além disso, foi possível observar, por meio da EADaS, que os graduandos da presente pesquisa avaliaram o *debriefing* como uma possibilidade de aprender mais, refletir sobre suas competências para a tomada de decisões acertadas e identificar prioridades para sua futura atuação como profissional.

Quanto à possibilidade de participar de uma nova simulação, foi observado o desejo dos alunos em integrar-se novamente nessa experiência metodológica, além do mais afirmaram que o *debriefing* não consiste numa perda de tempo. Vale ressaltar que a realização dos cenários propicia a oportunidade de relacionar as habilidades clínicas, conhecimento científico, avaliação terapêutica de enfermagem, comunicação interdisciplinar e o pensamento crítico em tempo real, assim como o desenvolvimento da autoconfiança no cuidado ao paciente<sup>(14)</sup>.

Por intermédio da simulação é possível dispor de um ambiente realístico, favorecendo para o desenvolvimento de competências psicossociais, cognitivas e emocionais. Desta forma, auxilia na estruturação do pensamento crítico, no autocontrole, aprimoramento dos conhecimentos obtidos com a teoria e como trabalhar em equipe<sup>(20,3)</sup>, que pode ter seu efeito avaliado por meio da EADaS, conforme confirmado no achados do estudo.

Cada domínio da EADaS, utilizada nesta pesquisa, foi submetida a uma análise com a finalidade de avaliar os efeitos da aprendizagem ativa ocasionados por essa abordagem educacional associada à simulação clínica. O domínio cognitivo está relacionado ao desenvolvimento de competências intelectuais. Em contrapartida, o afetivo refere-se ao modo de enfrentar as situações emocionalmente, como euforia, medo, atitude, tristeza, motivação e valor. No que se refere às questões psicológicas e sociais na simulação, estão relacionadas ao domínio psicossocial da EADaS<sup>(18,19)</sup>. Pesquisa aponta que quando associado à prática simulada, o *debriefing* tem um impacto muito positivo no desenvolvimento de habilidades dos estudantes de enfermagem nas dimensões psicossocial, cognitiva e afetiva<sup>(19)</sup>.

No decorrer das análises constatou-se que a menor parte do grupo já havia tido experiências anteriores com a simulação, ainda assim, no domínio psicossocial que este grupo apresentou um escore maior comparado aos demais graduandos que nunca tiveram experiências com a simulação, comprovando que a participação prévia em simulações interfere no efeito do *debriefing* associado à prática simulada.

Estudo recente, realizado na Universidade Federal do Paraná, com 35 estudantes do curso de enfermagem, utilizou outra escala de avaliação do *debriefing* associado à simulação, nas dimensões psicossocial, cognitiva e afetiva. A média geral dos níveis de concordância da escala foi de 3,90, visto que o domínio cognitivo apresentou um escore maior, seguido pelo fator psicossocial. Os resultados dessa pesquisa reforçaram que a fase do *debriefing* promove um processo de aprendizagem reflexiva com a oportunidade de desenvolver habilidades distintas<sup>(21)</sup>, o que também corrobora com os achados referentes ao domínio cognitivo considerando seu maior escore entre os participantes do estudo.

### Limitações do estudo

Como limitação do estudo destaca-se a capacidade física do laboratório, impossibilitando que todos os graduandos participassem da simulação no mesmo dia, e o uso de simulador de baixa fidelidade. Para resultados mais precisos, salienta-se a realização de futuras pesquisas em um laboratório com espaço físico apropriado, de acordo com a quantidade de participantes.

### Contribuições para a prática

Os resultados do estudo corroboram para importância da utilização da simulação clínica no processo de ensino aprendizagem no ensino da enfermagem. A partir do momento que esse processo se coloca em prática, formam-se enfermeiros com maior capacidade de tomadas de deci-

sões gerenciais e assistenciais de qualidade, com habilidade aprimorada, uma vez que ele é um facilitador da prática e permite o desenvolvimento do pensamento crítico e construtivo.

### CONCLUSÃO

A avaliação do *debriefing* foi positiva na simulação clínica. A análise dos domínios psicossocial, afetivo e cognitivo possibilitou evidenciar os efeitos benéficos proporcionados pelo *debriefing* na simulação clínica, dentre eles, o aprimoramento das competências, desenvolvimento da autoconfiança e do trabalho em equipe.

A Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS) aplicada no presente estudo possibilitou identificar valores notáveis quanto aos escores das variáveis e dos domínios. No decorrer da avaliação constatou-se uma média maior referente ao fator cognitivo em relação aos demais domínios, contudo, dentre os escores do domínio psicossocial, evidenciou uma diferença considerável no que tange a habilidade dos graduandos que já haviam participado de simulação clínica durante o seu percurso acadêmico.

Ressalta-se que o desenvolvimento de competência clínica foi confirmado a partir dos resultados apontados pela EADaS. Acerca dos aspectos psicossociais, a análise revelou que o *debriefing* possibilita que o aluno desenvolva capacidades para tomada de decisões, comunicação, consolidação da autonomia para atuar futuramente, além de promover a autoconsciência e, conseqüentemente, melhores práticas no contexto clínico e mais ganhos na assistência em saúde.

### Contribuição dos autores:

Maria Ercília Chagas Rosa - desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila - concepção, desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. Fernanda Garcia Bezerra Góes - concepção, desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final. Giovanna Martins de Salvo - coleta de dados, análise e interpretação dos dados. Roberto Carlos Lyra da Silva - coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Verónica Rita Dias Coutinho - análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

### Agradecimento:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pela concessão da bolsa de iniciação científica.

## REFERÊNCIAS

- Domingues NA, Tibes CM, Dias JD, Westin UM, Zem-Mascarenhas SH, Fonseca LMM. Simulação virtual por computador no ensino de enfermagem: relato de experiência. *Rev Enferm UFPI*. 2017 [citado 25 Jan 2019]; 6(4): 70-74. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6174/pdf>
- Oliveira SN, Massaroli A, Martini JG, Rodrigues J. From theory to practice, operating the clinical simulation in Nursing teaching. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018 [citado 30 Out 2018]; 71 (Suppl 4): 1791-8. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt\\_0034-7167-reben-71-s4-1791.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1791.pdf).
- Mesquita HCT, Santana BS, Magro MCS. Efeito da simulação realística combinada à teoria na autoconfiança e satisfação de profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2019 [citado 25 Jan 2019]; 23(10). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt\\_1414-8145-ean-23-01-e20180270.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180270.pdf)
- Oliveira SN, Prado ML, Kempfer SS. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. *REME*. 2014 [citado 10 Dez 2018]; 18(2): 487-495. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/941>
- Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira MFCR. Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Rev Enf Ref [Internet]*. 2014 [citado 30 Set 2018]; 4(2): 41-50. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a05.pdf>
- Almeida RGS, Mazza A, Martins JCA, Coutinho VRD, Jorge BM, Mendes IAC. Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016 [citado 20 Abr 2019]; 69(4): 658-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0705.pdf>
- Unver V, Basakb T, Wattsc P, Gaiosoc V, Mosscc J, Tastand S, et al. The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. *Contemp Nurse [Internet]*. 2017 [citado 20 Jan 2019]; 53(1): 60-74. Disponível em: <https://toad.edam.com.br/sites/default/files/pdf/the-student-satisfaction-and-self-confidence-in-learning-scale-toad.pdf>
- Bergamasco EC, Murakami BM, da Cruz DALM. Uso da Escala de Satisfação dos Estudantes e Autoconfiança com a Aprendizagem (ESEAA) e da Escala do Design da Simulação (EDS) no ensino de enfermagem: relato de experiência. *Sci Med (Porto Alegre, Online)*. [Internet]. 2018 [citado 26 Feb 2019]; 28(3): ID31036. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/31036/17103>
- Mayara MMP, Fabíola LR, Luciana MM, Lara MMB, Manuela CM, Fabiana CVF, Geisa S. Avaliação do processo ensino-aprendizagem no ambiente de simulação realística na graduação em enfermagem. *Enferm foco [Internet]*. 2019 [citado 14 Jul 2019]; 10 (6): 118-124. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2782/660>
- Zluhan MR, Raitz TR. A educação em direitos humanos para amenizar os conflitos no cotidiano das escolas. *RBEP*. 2014 [citado 20 Jan 2019]; 95(239): 31-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S217666812014000100003&script=sci\\_abstract&tlng=t](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S217666812014000100003&script=sci_abstract&tlng=t)
- Trivilis JV, Nierotka RL. Os jovens das camadas populares na universidade pública: acesso e permanência. *Rev Katál [Internet]*. 2016 [citado 30 Jan 2019]; 19(1): 22-32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802016000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802016000100002&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Leticia KM, Rosa MR, Raphael KS, Solange FRC, Mateus SL. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil entre 2004 e 2017. *Enferm foco [Internet]*. 2019 [citado 14 Jul 2019]; 10 (6): 63-69. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2369/652>
- Quirós SM, Vargas MAO. Simulação clínica: uma estratégia que articula práticas de ensino e pesquisa em Enfermagem. *Texto & Contexto Enferm [Internet]*. 2014 [citado 30 Set 2018]; 23(4): 813-814. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-0400815.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-0400815.pdf)
- Valadares AFM, Magro MCS. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a simulação realística e o estágio curricular em cenário hospitalar. *Acta Paul Enferm (Online)* [Internet]. 2014 [citado 30 Set 2018]; 27(2): 138-143. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000200009&script=sci\\_abstract&tlng=ES](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002014000200009&script=sci_abstract&tlng=ES)
- Teixeira CRS, Pereira MCA, Kusumota L, Gaiosoc VP, Mello CL, Carvalho EC. Evaluation of nursing students about learning with clinical simulation. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2015 [citado 30 Jan 2019]; 68(2): 311-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0311.pdf>
- Kimhi E, Reishstein JL, Cohen M, Friger M, Hurvitz N, Avraham R. Impact of Simulation and Clinical Experience on Self-efficacy in Nursing Students: Intervention Study. *Nurse Educ [Internet]*. 2016 [citado em 10 Fev 2019]; 41(1):E1-4. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed/?mid=26218009>
- Cogo ALP, Lopes EFS, Perdomini FRI, Flores GE, Santos MRR. Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos. *Rev Gaúch Enferm [Internet]*. 2019 [citado em 25 Jan 2019]; 40(esp):e 20180175. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200801&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200801&lng=en)
- Coutinho V, Martins JA, Pereira F. Structured debriefing in Nursing simulation: students' perceptions. *J Nurs Educ Pract [Internet]*. 2016 [citado em 25 Jan 2019]; 6(9):127-134. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/journal/index.php/jnep/article/view/8878/5824>
- Coutinho V, Martins JA, Pereira F. Student's opinion about feedback VS debriefing: a randomized controlled trial. *IJND [Internet]*. 2017 [citado em 25 Jan 2019]; 7:63-68. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/320430492\\_Student's\\_opinion\\_about\\_feedback\\_Vs\\_structured\\_debriefing\\_a\\_randomized\\_controlled\\_trial](https://www.researchgate.net/publication/320430492_Student's_opinion_about_feedback_Vs_structured_debriefing_a_randomized_controlled_trial)
- Çelik Y, Ceylantekin Y, Kiliç I. The evaluation of simulation market in nursing education and the determination of learning style of students. *Int J Health Sci (Qassim)* [Internet]. 2017 [citado 25 Jan 2019]; 11(1): 16. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327665/>
- Major CB, Mantovani MF, Félix JVC, Boostel R, Silva ATM, Caravaca-Morera JA. Avaliação do debriefing na simulação clínica em enfermagem: um estudo transversal. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019 [citado 30 Abr 2019]; 72(3): 825-31. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672019000300788&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000300788&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

# VIVÊNCIAS DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Paula de Magalhães Barbosa<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5607-9008>

Fátima Helena do Espírito Santo<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-4611-5586>

Rodrigo Leite Hipólito<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2439-7626>

Isabelle Andrade Silveira<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5458-0456>

Rachel Cardoso da Silva<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5902-681X>

**Objetivo:** Analisar a visão dos profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 15 profissionais de saúde da UTI de um Hospital Universitário submetidos a entrevista semiestruturada. **Resultados:** Os profissionais veem esses pacientes como pessoas que necessitam de cuidados e medidas que tornem o processo de morte menos sofrido e mais digno, porém também demonstram insatisfação com a realidade do cenário atual dos cuidados paliativos na terapia intensiva. **Conclusão:** A implementação dos cuidados paliativos na UTI é um desafio para toda a equipe, visando o equilíbrio entre medidas paliativas e curativas. Portanto, alguns avanços precisam acontecer, principalmente em pesquisas na área bem como no campo da legislação.

**Descritores:** Cuidados Críticos; Equipe de Assistência ao Paciente; Cuidados Paliativos.

## EXPERIENCES OF THE INTENSIVE CENTER UNIT: MULTIPROFESSIONAL TEAM'S VIEW OF THE PATIENT IN PALLIATIVE CARE

**Objective:** To analyze the vision of the health professionals before the patient outside the therapeutic possibility in the Intensive Care Unit (ICU). **Method:** Descriptive study with a qualitative approach, performed with 15 health professionals from a University Hospital submitted to a semi-structured interview.

**Results:** The professionals see these patients as needing care and measures that make the death process less painful and more dignified, but also demonstrate dissatisfaction with the reality of the current scenario of palliative care in intensive care. **Conclusion:** Of palliative care in the ICU is a challenge for the whole team, aiming at balancing palliative and curative measures. Therefore, some advances need to happen, especially in research in the area as well as in the field of legislation.

**Descriptors:** Critical Care; Patient Care Team; Palliative Care.

## EXPERIENCIAS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: VISIÓN DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL DEL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS

**Objetivo:** Es analizar la visión de los profesionales de salud frente al paciente fuera de posibilidad terapéutica en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) **Método:** Estudio descriptivo con enfoque cualitativo, realizado con 15 profesionales de salud de la UTI de un Hospital Universitario sometidos a entrevista semiestruturada.

**Resultados:** Los profesionales ven a estos pacientes como personas que necesitan cuidados y medidas que hacen el proceso de muerte menos sufrido y más digno, pero también demuestran insatisfacción con la realidad del escenario actual de los cuidados paliativos en la terapia intensiva. **Conclusión:** Para los cuidados paliativos en la UTI es un desafío para todo el equipo, buscando el equilibrio entre medidas paliativas y curativas. Por lo tanto, se necesitan algunos avances, principalmente en la investigación en el área, así como en el campo de la legislación.

**Descritores:** Cuidados Críticos; Equipo de Asistencia al Paciente; Cuidados Paliativos.

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Ana Paula de Magalhães Barbosa - Email: p.magalbarbosa@yahoo.com.br

Recebido: 14/01/2020 - Aceito: 11/06/2020

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o serviço hospitalar destinado a usuários em situação grave ou de risco clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência ininterrupta e monitorização contínua, além de equipamentos técnicos e equipe multiprofissional especializada<sup>1-2</sup>.

É nessa unidade que encaramos com frequência as realidades humanas mais temidas: a dor, o sofrimento e a morte. De um lado podemos observar as expressões do avanço tecnológico e científico na área biológica. De outro, nos deparamos com o fato de que, no final da existência, o ser humano pode se tornar um prisioneiro de aparelhos técnicos que o mantém vivo, porém de forma sofrida<sup>3</sup>.

Nesse contexto, destacam-se os cuidados paliativos que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>4</sup>, são uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares quando enfrentam problemas inerentes a uma doença com risco de vida, prevenindo e aliviando o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação e tratamento correto da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais.

Tais cuidados têm como objetivos promover o alívio da dor e outros sintomas de angústia; afirmar a vida e considerar a morte como um processo natural; não apressar nem postergar a morte; integrar os aspectos espirituais e psicológicos no cuidado do paciente; oferecer um sistema de suporte que ajude o paciente a viver ativamente, tanto quanto possível, até sua morte; oferecer um sistema de suporte para ajudar no enfrentamento da família durante a doença do paciente e utilizar uma equipe profissional para identificar as necessidades dos pacientes e de suas famílias, incluindo a elaboração do luto, quando indicado<sup>4</sup>.

A condução de cuidados paliativos em UTI parece contraditória, porém, todo paciente que precisar dessa unidade, deve ter mantido seu direito de receber cuidados para conforto. Nesse caso, o objetivo principal não é o uso deliberado de medidas para sustentação da vida, mas o foco no alívio das dores, promoção de conforto e suporte aos familiares. Dentre as várias patologias que teriam indicação de Cuidados Paliativos, percebe-se como recorrente nas Unidades de Terapia Intensiva brasileiras a admissão de pacientes com quadros de câncer metastático, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças neurodegenerativas avançadas<sup>5-6</sup>.

Ante o exposto, esse estudo teve por objetivo analisar a visão dos profissionais de saúde, frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tendo como questão norteadora “Qual a visão dos

profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica, na Unidade de Terapia Intensiva?”.

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, uma vez que visa compreender um fenômeno, a partir da perspectiva do participante e sem intervenção do pesquisador<sup>7</sup>.

### Local do Estudo

O campo do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro.

### Participantes do Estudo

Contou com a participação de 15 profissionais de saúde da UTI. Como critérios de inclusão foram estabelecidos o tempo mínimo de seis meses de experiência no setor e a presença no plantão diurno, no momento da coleta. Foram excluídos do estudo aqueles que estavam de férias e/ou afastados do serviço durante o período de coleta.

### Coleta dos Dados

A produção dos dados compreendeu os meses de outubro a dezembro de 2018, através de entrevistas semiestruturadas com um roteiro elaborado, com questões abertas. As entrevistas tiveram duração média de seis a 10 minutos, foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas, com autorização prévia dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Procedimentos de Análise dos Dados

Após transcrição dos dados, os mesmos foram submetidos à análise temática nas seguintes fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>8</sup>.

Da análise dos dados foram elaboradas as seguintes categorias: (Vi)Vendo o Paciente Crítico na Unidade de Terapia Intensiva; (Re)Vendo Conceitos e Propondo Soluções. Para preservar a identidade dos participantes, as falas foram identificadas pela letra “P” (profissional) seguida de número.

### Aspectos Éticos

O estudo faz parte do projeto: “O paciente como protagonista do cuidado de enfermagem durante a hospitalização: subsídios para autonomia do autocuidado no processo de viver com DCNT”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF).

## RESULTADOS

### Caracterização dos Participantes

Participaram da pesquisa um total de 15 profissionais de saúde atuantes na UTI do referido hospital, sendo cinco enfermeiros, três técnicos de enfermagem, três fisioterapeutas, dois médicos, um farmacêutico e um nutricionista. O sexo predominante dos participantes foi o feminino, com nove (66,6%) profissionais; os profissionais de nível superior totalizaram 12 (80%), enquanto 3 (20%) eram profissionais de nível médio.

Predominaram participantes com idade entre 25 e 30 anos, com cinco (33,3%) participantes; seis (40%) participantes relataram ter entre 11 e 15 anos de experiência profissional. Sobre a qualificação profissional, predominaram participantes com título de pós-graduação na área de terapia intensiva, com sete (53,3%) participantes. Das falas dos participantes emergiram três categorias que serão apresentadas abaixo.

### (Vi)Vendo o Paciente Crítico na Unidade de Terapia Intensiva

Com relação ao olhar do profissional sobre o paciente em cuidados paliativos, destacaram-se falas sobre a finitude da vida humana e sobre o oferecimento de medidas de conforto e apoio ao paciente e sua família, a fim de proporcionar uma morte digna. Nota-se também o entendimento da morte como uma forma de libertação de uma vida de sofrimento e, portanto, um alívio não só para o paciente como para as demais pessoas envolvidas:

*Vejo como um ser humano que chegou ao final de uma batalha e o mínimo que eu posso ofertar é o máximo de conforto possível, porque já que não se tem muito o que fazer, terapêuticamente, mas questão de cuidados é o que vai ficar né? (P1)*

*Vejo como pacientes que tiveram uma história longa durante a vida, às vezes longa e às vezes curta também, e que chegaram a um parâmetro que o que seria melhor pra ele é, realmente, o fim da vida. (P2)*

Os participantes destacaram também a exacerbação do sofrimento do paciente e família ao longo do percurso da doença, principalmente na UTI, pelo empreendimento de recursos e esforços considerados desnecessários, ressaltando a necessidade de tornar esse momento mais humanizado:

*Na maioria dos setores críticos, eu não vejo como um momento de fim de vida digno. Eu acho que o paciente fica longe da família, porque é um setor que já é*

*isolado né, por não permitir acompanhantes. E eu vejo mortes muito frias e solitárias aqui. (P3)*

### (Re)Vendo Conceitos

Sobre a prática profissional frente ao paciente em cuidados paliativos na UTI, os profissionais se mostraram insatisfeitos com a realidade das condutas atuais e acreditam que há necessidade de mudanças e melhorias no cenário da prática, visando a promoção de conforto e bem-estar e minimização do sofrimento:

*Eu vejo que, mesmo pra pacientes em cuidados paliativos, são dispensados certos recursos que são, na verdade, um desperdício. Uso de antibióticos ou, até mesmo, eu já vi o absurdo de tentar reanimar o cara que tá lá no prontuário dele escrito: cuidados paliativos). (P3)*

*Eu sempre me sinto um pouco incomodada, principalmente aqui no nosso CTI, porque eu percebo que são feitos muitos investimentos, muitos cuidados inúteis, que não vão mais acrescentar nada pro paciente e, muitas vezes, alguns cuidados de bem estar, de conforto que poderiam estar sendo proporcionados, às vezes são colocados em segundo plano e acontece um investimento, meio que, sem sentido. (P4)*

Também foi mencionado o despreparo da equipe de saúde para assistir o paciente em cuidados paliativos na UTI. A equipe descreve a falta de estratégias bem definidas e queixa-se da ausência de rotinas:

*A equipe não é nem um pouco preparada, porque, como eu falei, não se fala sobre isso. É... falta de rotina mesmo, de manhã o paciente é pra investir, de tarde não é mais, então a equipe fica perdida e não é pra menos. (P3)*

*Você coloca em cuidado paliativo, mas na realidade as pessoas não sabem o que é se você me perguntar ao certo também, talvez nem eu sei direito, mas a gente acha que sabe. [...] a gente tem briga aqui dentro, que um médico rotina, ele quer que não invista e o outro quer que invista, nem eles mesmo se entendem. (P2)*

Há um consenso de que a família precisa estar ciente do real estado de saúde do paciente e também precisa ser foco da atenção dos profissionais, favorecendo o processo de aceitação da doença e, muitas vezes, do luto. A dificuldade na interação profissional-paciente-família também foi apontada como um problema recorrente:

*E a família também, um dia fica sabendo que não tem mais o que fazer e no outro o seu familiar está indo pra sala de cirurgia, isso acaba criando uma esperança que não existe, e ainda acabam achando que uma equipe está com má vontade com o seu familiar enquanto outra se importa mais. (P3)*

*Me mexe muito mais a questão da família, porque a família às vezes não tem ideia que o paciente já está, realmente, fora de possibilidade terapêutica. Ai, muitas vezes, por ir pro CTI e ver o investimento, às vezes, faz a família ter esperança também. (P4)*

### Propondo Soluções

Quando questionados sobre como melhorar o cenário atual dos cuidados paliativos, os participantes sugeriram a elaboração de treinamentos para a equipe, implementação de uma comissão multidisciplinar de cuidados paliativos, maior interação entre profissionais e família e necessidade de humanização do cuidado prestado:

*O que falta mesmo nas pessoas é saber o que é realmente um paciente fora de possibilidade terapêutica, é treinamento, é conscientização dessas pessoas. (P2)*

*Eu acho que tudo começa com uma comissão de cuidados paliativos que, aqui pelo menos, dizem que tem, mas a gente nunca viu, a gente não vê participação nenhuma. Eu acho que uma comissão ajudaria muito, até pra conversar os casos, pra decidir o que vai ser feito e o que não vai, pra todo mundo falar a mesma língua e pra não ter problema pra ninguém. (P2)*

*Eu acho que quando o paciente já está em cuidados paliativos, já está numa situação complicada, até pra família, eu acho que a família deveria ter o direito de ficar um pouco mais com ele na UTI. Talvez ficar mais com o seu familiar ali naquele momento vai dar esse suporte pra elas, da despedida que é tão difícil. (P5)*

*Eu acho que a gente tem que ter um pouco mais de humanidade. É isso, ser mais humanistas com eles, não achar que só porque é paliativo, que a gente tem que largar pra lá “ah, é paliativo, então a gente deixa”, ter um certo desdém. Não, se é paliativo ou não, a gente tem que tratar bem, tem que tentar se dedicar, como com todos os pacientes. (P7)*

### DISCUSSÃO

Observou-se que os participantes destacaram o sofrimento do paciente e da família que, muitas vezes, é exacerbado ao longo do percurso da doença, principalmente na UTI, pelo empreendimento de recursos e esforços considerados desnecessários.

Nesse sentido, em um estudo realizado, também foi evidenciado que o sofrimento tanto do paciente quanto da família tem sido muitas vezes prolongado, gerando angústia em todos<sup>9</sup>. Em contrapartida, outro estudo trouxe o paradigma do cuidado que, diferente do paradigma de cura da ciência médica, valoriza a qualidade de vida do paciente e, por isso, têm como princípio fundamental o cuidado integral e o respeito à autonomia do paciente em relação ao processo de morrer, aceitando o declínio, o envelhecimento e a morte como parte da condição humana<sup>3</sup>.

Cabe destacar que os participantes do presente estudo citaram os familiares, apesar de não terem sido questionados quanto a isso, demonstrando o entendimento de que a família é parte integrante de todo o processo e também necessita de cuidados. Podemos incluir que morrer dignamente envolve, entre outras coisas, estar acompanhado de uma pessoa de estima, em um ambiente que não exclua a presença de familiares<sup>10</sup>.

Ao mostrar preocupação no alívio dos sintomas e promoção de conforto ao paciente em cuidados paliativos, observa-se conformidade do discurso dos participantes com o primeiro objetivo dos cuidados paliativos, definidos pela OMS<sup>4</sup>, que é justamente a promoção do alívio da dor e de outros sintomas de angústia. No entanto, ainda há muito a ser alcançado na prática. Se faz necessário afirmar a morte como um processo natural, não a apressando ou postergando. Foi nesse sentido que alguns conceitos como distanásia, o cuidado fútil e obstinação terapêutica também emergiram no decorrer das entrevistas. Os profissionais se mostraram insatisfeitos com a realidade das condutas atuais, referindo sentimentos de angústia, insatisfação e indignação com os procedimentos considerados desnecessários aos pacientes em fim de vida.

Estudos abordam acerca dos conceitos de “obstinação terapêutica”, “medicina fútil”, “cuidado inútil” ou, simplesmente, distanásia, que consistem no uso continuado e persistente de medidas que sustentam a vida de pacientes com doenças avançadas, com prolongada manutenção dos sistemas vitais biológicos e retardo da morte, podendo, portanto, ser considerada uma forma de agressão à dignidade da pessoa e de sua família<sup>11,3</sup>.

Através de um estudo, pesquisadores identificaram que um dos desafios para a equipe multiprofissional fren-

te a pacientes em cuidados paliativos é a necessidade de qualificação da equipe para lidar com o processo de terminalidade<sup>12</sup>. A falta de preparo da equipe de saúde com relação aos cuidados paliativos dificulta o consenso nas ações da equipe multiprofissional quanto a realização de procedimentos que possivelmente não tragam benefício ao paciente.

Diante deste entendimento torna-se cada vez mais importante debater sobre o tema nas diversas áreas de atuação em saúde, bem como buscar a integração dos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva e, então, desenvolver estratégias que viabilizem a implantação, de fato, dos cuidados paliativos nessas unidades.

Visando encontrar meios para que os cuidados paliativos sejam uma realidade nas Unidades de Terapia Intensiva, os participantes discutiram acerca de propostas, tais como elaboração de treinamentos, implementação de uma comissão multidisciplinar de cuidados paliativos, maior interação entre profissionais e família, bem como necessidade de humanização do cuidado prestado, cientes de que esse é o melhor caminho para o cuidado integral.

Com relação a importância de treinamentos, um estudo evidenciou que os futuros profissionais da saúde são preparados para salvar vidas e esquecem que a morte também faz parte do ciclo vital<sup>9</sup>. A maioria dos profissionais da saúde está despreparada para enfrentar o processo do morrer e lidar com a dor e o sofrimento do outro. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde, incluindo os que atuam em unidades de cuidados intensivos, recebam treinamento para cumprirem esse papel, que é atual e fundamental. Uma estratégia é o investimento em programas de educação continuada, oferecendo informações de utilidade prática no dia-a-dia, fornecendo conhecimento técnico e atualizações, como forma de instrumentalizar o profissional para a prática.

Atualmente, a presença de um serviço de cuidados paliativos é um dos elementos adotados como necessários pelos órgãos internacionais de acreditação hospitalar. A troca de experiências profissionais e a reflexão compatibilizada com estudos aprofundados acerca do tema da morte e do morrer, em um âmbito interdisciplinar, contribui para a definição segura de papéis diferentes reservados a cada categoria profissional, dividindo tensões e responsabilidades e, com isso, criando um melhor enfrentamento a respeito da temática da morte e de todo contexto sociocultural inserido nela<sup>13,14</sup>.

Os Cuidados Paliativos preconizam humanizar a relação equipe de saúde-paciente-família e proporcionar uma resposta razoável para as pessoas portadoras de

doenças que ameaçam a continuidade da vida, desde o diagnóstico dessa doença até seus momentos finais. Um estudo destacou que ainda hoje, no Brasil, a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa<sup>14</sup>.

Outro estudo, ainda, apontou que há uma oferta reduzida de disciplinas que versam sobre a promoção dos Cuidados Paliativos ao binômio paciente e família em cursos de graduação em enfermagem, contribuindo assim para reflexão e discussão sobre a inclusão de conteúdos específicos acerca dessa temática na grade curricular, sensibilizando futuros profissionais da saúde sobre a visão humanística diante das necessidades dos pacientes sem possibilidades de cura<sup>15</sup>.

Dessa forma, urge a necessidade de um resgate da humanização da assistência prestada aos pacientes, focando nas angústias das dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais vivenciadas pelo indivíduo e não somente na doença. Contudo, para que isso aconteça, esse cuidado precisa ser realizado por uma equipe de profissionais e não apenas por uma profissão. O desafio para estes profissionais é cuidar com competência científica sem, no entanto, esquecer-se da valorização do ser humano. Para que essas necessidades sejam atendidas, e o cuidado seja integral, é primordial que a equipe de saúde tenha uma relação interpessoal empática, sendo fundamental ouvir e tornar-se sensível às necessidades dos pacientes, mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar<sup>12,16</sup>.

### Limitações do Estudo

As limitações desse estudo relacionam-se ao número de sujeitos e ao local do estudo, um único hospital, o que impede a generalização dos achados. Porém, estes resultados são considerados válidos, pois refletem condições semelhantes verificadas em pesquisas de maior abrangência, destacando-se a necessidade de estudos complementares que envolvam o tema. Ainda existe uma carência de estudos sobre a prática de cuidados paliativos nas instituições hospitalares, principalmente em UTI.

### Contribuições para a Prática

A terapia intensiva atual deve ser equilibrada entre medidas paliativas e curativas. Através dos resultados obtidos será possível traçar metas para avanços no campo prático em direção a uma assistência mais centrada no indivíduo e na sua autonomia, garantindo um fim de vida digno ao paciente.

## CONCLUSÃO

O estudo revelou muitas inquietações com relação à visão dos profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva, acerca dos pacientes com doença que ameaça a vida. Os dados revelam insatisfação com o cenário atual dos cuidados paliativos na terapia intensiva, evidenciando que a implantação de cuidados paliativos na UTI representa um desafio na atualidade.

Apesar de entenderem a morte como um processo natural e como parte da vida, ainda há dificuldades para aceitar e lidar da maneira mais adequada. Nota-se que os profissionais conhecem pouco sobre a temática dos cuidados paliativos, mas reconhecem sua importância para a qualidade da assistência à morte. Dessa forma, apontaram propostas de mudanças a curto, médio e longo prazo.

Espera-se contribuir para o entendimento sobre a necessidade de haver um equilíbrio entre cuidados paliativos e cuidados intensivos, sendo que um não deve excluir o outro, pelo contrário, integrar esses dois cuidados é fundamental para um atendimento de qualidade. Para tanto, é importante o envolvimento da alta gestão, das chefias da unidade, bem como de toda a equipe, garantindo um fim de vida digno ao paciente, um ambiente de harmonia profissional e familiares satisfeitos com a assistência prestada.

## Contribuição dos autores:

Barbosa APM: concepção, coleta de dados, análise e discussão; Santos FHE: redação do artigo; Silveira IA: revisão final; Hipólito RL: revisão crítica; Silva RC: coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 3432, 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo - UTI. Brasília; 1998 [cited 2018 Ago 20]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html).
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 895 de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017 [cited 2019 Fev 15]. Available from: [http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria\\_895\\_2017\\_UTI\\_UCO.pdf](http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf).
3. Dias CA, Brauer L, Vasconcelos CP, Nascimento RRB, Sartori MRA, Fonseca AS. Manual prático de terapia intensiva. São Paulo: Editora Martinari; 2017.
4. World Health Organization. Palliative Care. 2018 [cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. Coelho CBT, Yankaskas JR. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 23]; 29 (2): 222-230. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2017000200222&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000200222&lng=en).
6. Leles MBL. Cuidados Paliativos na UTI: atenção ao 'sofrimento total'. 2018 [cited 2019 Jan 23]. Available: <https://pubmed.com.br/cuidados-paliativos-na-uti-atencao-ao-sofrimento-total/>.
7. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. 1a ed. Porto Alegre: Penso Editora; 2016.
8. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Barbosa AMGC, Massaroni L. Convivendo com a morte e o morrer. Rev. enferm. UFPE online. 2016 [cited 2018 Dec 28]; 10 (2): 457-63. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10977/12315>.
10. Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 28]; 17(1): 7-16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100007&lng=en).
11. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Cien. Saúde Colet. [online]. 2008 [cited 2019 Jan 16]; 13 (Suppl 2): 2123-2132. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900017&lng=en).
12. Cardoso DH, Muniz RM, Schwartz E, Arriera ICDO. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 18]; 22 (4): 1134-1141. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072013000400032&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000400032&lng=en).
13. Macedo PCM. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. Rev. SBPH [Internet]. 2007 [cited 31 Dez 2019]; 10 (2): 33-41. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582007000200005&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582007000200005&lng=pt).
14. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 24]; 18 (9): 2577-2588. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013000900012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000900012&lng=en).
15. Ribeiro BS, Coelho TO, Boery RNSO, Vilela ABA, Yarid SD, Silva RS. Enferm. Foco [internet]. 2019 [cited 2020 Jun 10]; 10 (6): 131-136. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2786/662>.
16. Oliveira MC, Gelbcke FL, Rosa LM, Vargas MAO, Reis JBG. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. Enferm. Foco [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 26]; 7 (1): 28-32. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/661>.

# CARACTERIZAÇÃO DA RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTES EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE HOSPITAL GERAL

Karoliny Cavalheiro da Silva<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-1986-1017>

Marcio Roberto Paes<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0003-0305-1500>

Tatiana Brusamarello<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-8060-8723>

**Objetivos:** caracterizar a restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de um hospital geral. **Método:** pesquisa quantitativa, descritiva realizada em unidades de terapia intensiva de hospital geral em 2019. Foram observados 80 episódios de restrição física em 33 pacientes. Utilizou-se um instrumento estruturado para coletar os dados, que foram analisados por estatística simples. **Resultados:** todas as restrições mecânicas estavam aplicadas nos membros superiores com a utilização de pulseiras, das quais 77,5% eram de ataduras de crepe com compressa cirúrgicas; 86,3% dos casos tinham restrição parcial dos movimentos. Do total das restrições, 96,2% ocorreram em pacientes com sonda nasogástrica/enteral, 67,5% em pacientes sob ventilação mecânica; 53,9% dos casos os pacientes estavam sob sedação; 33,3% apresentavam agitação psicomotora. Houve somente 5,2% de registros de enfermeiros e 42,5% de técnicos de enfermagem no prontuário do paciente, contudo inexistia a prescrição médica ou de enfermagem do procedimento. **Conclusões:** identificou-se a falta de critérios definidos para o uso da restrição física dos pacientes. A inexistência de prescrição de enfermagem ou médica e baixa qualidade e quantidade de registros sobre o procedimento interferiu na compreensão da justificativa do emprego da restrição física.

**Descritores:** Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Restrição física; Unidades de terapia intensiva; Hospitais gerais.

## CHARACTERIZATION OF PHYSICAL RESTRICTION OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS IN A GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** to characterize the physical restriction of patients in intensive care units of a general hospital. **Method:** quantitative, descriptive research conducted in intensive care units of a general hospital in 2019. The researchers observed eighty episodes of physical restriction in 33 patients. A structured instrument was used to collect the data, which were analyzed using simple statistics. **Results:** all mechanical restrictions were applied to the upper limbs with the use of bracelets, of which 77.5% were made of crepe bandages with surgical compresses; 86.3% of the cases had partial movement restriction. Of the total restrictions, 96.2% occurred in patients with a nasogastric/enteral tube, 67.5% in patients on mechanical ventilation; 53.9% of the cases the patients were under sedation; 33.3% had psychomotor agitation. There were only 5.2% of nurses' records and 42.5% of nursing technicians in the patient's health charts, however there was no medical or nursing prescription for the procedure. **Conclusions:** it was identified the lack of defined criteria for the use of the physical restrictions. The lack of a nursing or medical prescription and low quality and quantity of records on the procedure interfered with the understanding of the justification for the use of physical restriction.

**Descriptors:** Nursing; Nursing care; Physical restriction; Intensive care units; General hospitals.

## CARACTERIZACIÓN DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL GENERAL

**Objetivos:** caracterizar la restricción física de pacientes en unidades de cuidados intensivos de un hospital general. Método: investigación cuantitativa y descriptiva realizada en unidades de cuidados intensivos de un hospital general en 2019. Se observaron 80 episodios de restricción física en 33 pacientes. Se utilizó un instrumento estructurado para recopilar los datos, que se analizaron mediante estadísticas simples. **Resultados:** todas las restricciones mecánicas se aplicaron a las extremidades superiores con pulseiras, de las cuales el 77,5% estaban hechas de vendas con compresas quirúrgicas; el 86,3% de los casos tenían restricción de movimiento parcial. Del total de restricciones, el 96,2% ocurrió en pacientes con sonda nasogástrica / enteral, el 67,5% en pacientes con ventilación mecánica; El 53,9% de los casos los pacientes estaban bajo sedación; El 33,3% tenía agitación psicomotora. Solo había 5,2% de los registros de las enfermeras y el 42,5% de los técnicos de enfermería en la historia clínica del paciente, sin embargo, no hubo prescripción médica o de enfermería para el procedimiento. **Conclusiones:** se identificó la falta de criterios definidos para el uso de las restricciones físicas de los pacientes. La falta de una receta médica o de enfermería y la baja calidad y cantidad de registros en el procedimiento interfirieron con la comprensión de la justificación para el uso de restricción física.

**Descriptorios:** Enfermería; Atención de enfermería; Restricción física; Unidades de cuidados intensivos; Hospitales generales.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, PR, Brasil.

Autor correspondente: Karoliny Cavalheiro da Silva - Email: karoliny.cavalheiro@yahoo.com.br

Recebido: 26/02/2020 - Aceito: 15/05/2020

## INTRODUÇÃO

Em ambiente hospitalar, a restrição física de pacientes é um procedimento comum e, geralmente, realizado pela equipe de enfermagem. Tal estratégia tem como objetivo, restringir os movimentos de pacientes que apresentam agitação psicomotora, desorientação ou confusão mental a fim de lhes oferecer maior segurança, assim como aos profissionais de saúde. Isto porquanto, esses quadros clínicos de alteração mental e/ou comportamental podem aumentar os riscos de quedas ou da remoção acidental de artefatos que garantem a continuidade do tratamento, causando danos graves aos pacientes como, por exemplo acesso venoso periférico ou central, acessos arteriais, tubo orotraqueal, cateter vesical de demora, cateteres enterais, dispositivos de monitorização invasivas e não-invasivas<sup>(1)</sup>.

A restrição física pode envolver inicialmente a abordagem verbal por meio de orientações da equipe de saúde, como estratégia de colaboração ou autocuidado do paciente. Todavia, dependendo da gravidade, do estado de saúde e dos mecanismos psíquicos alterados do paciente, tal intervenção pode não responder satisfatoriamente. A fim de promover a segurança da pessoa durante a internação, a equipe de enfermagem pode utilizar-se de ações físicas para segurar, imobilizar e mantê-la no leito por meio do uso de dispositivos mecânicos ou manuais que limitam suas ações<sup>(1-2)</sup>. Estudos descrevem alguns tipos de dispositivos que comumente são utilizados em serviços de saúde não psiquiátricos: pulseiras de retenção para punhos, ataduras com nós de punhos e tornozelos, cintas e coletes para tórax e abdômen<sup>(1-3)</sup>.

Apesar da restrição física ser um procedimento correlacionado à assistência de pessoas com transtornos mentais na psiquiatria, ela é comumente utilizada em outras áreas de cuidado: prontos-socorros, unidades de cuidados ao idoso, pediatria e também em unidades de terapia intensiva<sup>(1-6)</sup>.

Para tanto, o procedimento deve ser realizado com rigor técnico, guiado por protocolos institucionais, equipe treinada, utilização de dispositivos mecânicos apropriados, que ofereçam conforto e proteção ao paciente contido, além de monitorização e observação contínua da equipe de enfermagem<sup>(1-2,6)</sup>. Isto porque, a restrição física é um procedimento passível de ocorrência de lesões físicas, produção de danos secundários e complicações aos pacientes, tais como: edemas, broncoaspiração, obstrução de vias aéreas com asfixia, rabdomiólise, trombose venosa profunda, lesões por pressão, escoriações e/ou hematomas principalmente nas regiões de aplicação direta dos dispositivos de restrição, e inclusive a morte do paciente. Existe ainda o

risco de se produzir danos psicológicos e implicações médico-legais<sup>(2)</sup>.

O uso de restrição física em unidades de cuidados intensivos é comum, devido a sua conformação de cuidados aos pacientes gravemente enfermos. Isto porque, os pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são submetidos à inúmeros procedimentos invasivos, muitas vezes dolorosos, e ao desconforto devido a utilização de inúmeros dispositivos com tecnologia de ponta como tratamentos complexos. Estudos demonstram que pacientes nessas unidades têm risco aumentado de apresentar alterações de comportamento ou psíquicos, como confusão mental, *delirium*, desorientação e/ou agitação psicomotora, pela condição clínica ou como consequência do tempo de internação em ambiente, que na visão dos pacientes é hostil e com tamanha complexidade, como são as unidades de terapia intensivas<sup>(2,6-7)</sup>.

A complexidade do ambiente de cuidados intensivos, a dualidade entre os riscos e benefícios em se lançar mão do procedimento de restrição física em pacientes gravemente enfermos, a falta de evidências científicas da efetividade terapêutica deste artifício na assistência, a exigência de tomada de decisão rápida, precisa e objetiva dos enfermeiros diante da necessidade do uso dessa intervenção são alguns exemplos dos dilemas enfrentados pela equipe de enfermagem no cotidiano de cuidados intensivos. Essas situações podem produzir desconforto e tensão na equipe, gerando obstáculos no cuidado desses clientes, pois exige conhecimento técnico-científico, habilidades, ação em grupo e agilidade dos profissionais durante o atendimento. Para tanto, é imprescindível para os trabalhadores de enfermagem em UTI obter competência para o cuidado e conhecer o balizamento ético-legal que ampara sua atuação profissional<sup>(2,6-7)</sup>.

A identidade da Enfermagem brasileira, que se caracteriza a partir do papel desenvolvido por cada membro da equipe de enfermagem é desenhada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.40/1987, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Esses regramentos estabelecem as atribuições legais para atuação dos trabalhadores de enfermagem, e neles destacam-se as atribuições privativas do profissional enfermeiro, principalmente em cuidados aos pacientes graves e com risco de morte. No artigo 11, inciso I, alíneas "l" e "m" da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, estabelece-se que o enfermeiro é o profissional de enfermagem habilitado técnica e legalmente para a realização de cuidados de maior complexidade, que requeiram avaliação e tomada de decisão imediata<sup>(8-9)</sup>. Para tanto, entende-se que a decisão em realizar restrição

de pacientes deva ser do enfermeiro a partir de uma avaliação criteriosa, com olhar clínico e pensamento crítico, respeitando as fases do processo de cuidar. Para decidir sobre sua utilização o enfermeiro deve avaliar rigorosamente e de forma global e evitar focar somente no comportamento do paciente, levando em consideração fatores ambientais, recursos técnicos e humanos disponíveis. O enfermeiro deve identificar o motivo que desencadeou a agitação do paciente, a fim de intervir no ambiente na tentativa de reverter o comportamento agressivo do paciente evitando a contenção física<sup>(2)</sup>.

Em 2012, o Conselho Federal de Enfermagem, estabeleceu parâmetros técnicos-legais para o emprego de procedimento de contenção física pela equipe de enfermagem por meio da Resolução nº. 427, de 07 de maio de 2012. De modo geral, essa normatização sugere a criação de protocolos assistenciais e/ou institucionais com intuito de regular o uso da restrição física e o monitoramento permanente do paciente contido. Estabelece que o procedimento tenha o objetivo único de prevenir danos imediatos ou riscos iminentes ao paciente e proíbe a prática com propósito de disciplina, punição e coerção ou, ainda, por conveniência da instituição ou da equipe da saúde<sup>(10)</sup>.

Visto a complexidade do procedimento, se torna indispensável o registro do processo de enfermagem e do monitoramento permanente do paciente sob restrição física, conforme estabelece a Resolução nº358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem<sup>(11)</sup>. Os registros são imprescindíveis para a continuidade da assistência, fortalece princípios de qualidade e segurança do cuidado, bem como valoriza o potencial técnico-científico dos profissionais de enfermagem<sup>(12)</sup>.

Diante do exarado surgiu o seguinte problema de pesquisa: como são realizadas as restrições físicas de pacientes em unidades de terapia intensiva de um hospital geral? Para responder tal questão estabeleceu-se como objetivo para esse estudo caracterizar a restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de um hospital geral.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa.

### Participante da pesquisa

Participaram 33 pacientes internados em unidades

de terapia intensiva adulto, que estavam sob restrição física no leito por meio de instrumentos mecânicos. Foram recrutados pacientes que no momento da visita a UTI estavam sob restrição física. Os critérios de inclusão foram: pacientes em restrição física internados em leitos de UTI, cujo prontuário, a prescrição médica e a anotação de enfermagem estivessem disponíveis para consulta e coleta de dados.

Foram realizadas 80 observações e descrições de restrição física. O consentimento para inclusão dos pacientes no estudo foi realizado a partir da autorização dos responsáveis mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os responsáveis eram abordados pelos pesquisadores no próprio serviço de saúde. Para tanto, a coleta era preferencialmente realizada durante os três horários de visitas do dia.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada em três unidades de Terapia Intensiva (UTI) adultos de um hospital de ensino na cidade de Curitiba, Paraná, no período de agosto a dezembro de 2019. Essas UTI juntas contabilizam 30 leitos para pacientes cirúrgicos e clínicos, com quadro de pessoal de enfermagem dimensionado de modo satisfatório.

É importante ressaltar que há protocolo de restrição física institucional disponível na forma impressa nas unidades, e há a implementação da Sistematização de Enfermagem em todas as unidades de internação.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento estruturado, que continham itens de avaliação da técnica e artefatos utilizados para a restrição física e dos registros do procedimento pela equipe de saúde. Foram observados os participantes durante 60 dias consecutivos (de setembro a outubro de 2019), por uma hora em média respeitando sempre o mesmo horário de observação.

### Análise de dados

Os resultados foram agrupados em uma planilha criada a partir do Microsoft Excel® e analisados por estatística simples. Os resultados das variáveis numéricas são apresentados em medidas de tendência central e as variáveis nominais em frequências.

### Preceitos éticos

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº

15499019.1.0000.0096, aprovação através do Parecer Consubstanciado do CEP nº 3.509.150, em conformidades a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Nas UTI que serviram de locais para o estudo, foram internados 271 pacientes no período de coleta dos dados. Foram participantes 33 pacientes, o que resultou em prevalência de 12,2% de pacientes com necessidades de restrição física. A média de idade dos participantes foi de 54,1 anos (desvio padrão: 15,3), variando entre 23 e 81 anos. A distribuição entre os sexos evidenciou que 54,5% eram homens.

Foram realizadas 80 observações, uma vez que houve pacientes que foram observados mais de uma vez, devido a estarem contidos em mais de um dia. De modo geral, a média de dias em que os pacientes passaram por restrição foi de 2,42 dias (desvio padrão: 1,8). Evidenciou-se que 44,5% dos pacientes foram contidos em apenas uma ocasião, contudo foi identificado pacientes com até nove dias de contenção. A seguir o Quadro 1 demonstra a distribuição das quantidades de contenções conforme idade e sexo.

**Quadro 1.** Distribuição dos participantes segundo a média de dias de restrições físicas, classe de idade e o sexo dos participantes. Curitiba, Paraná, Brasil, 2020.

Idade (anos)	Sexo	
	Homem	Mulher
23 ---30	4,5	1,5
31 ---50	1	1,9
51 ---70	2	2
71 ---81	4	4

A seguir a Tabela 1, demonstra a distribuição das restrições físicas, segundo o material utilizado, local de aplicação da restrição pela equipe de enfermagem e tipo de técnica.

**Tabela 1.** Distribuição das restrições físicas, segundo o emprego do material, local de aplicação, técnica de contenção e limitação de movimentos. Curitiba, Paraná, Brasil, 2020

Distribuição das contenções físicas	n	%
<b>Material</b>		
Atadura de crepe + Compressa cirúrgica	62	77,5%

Atadura de crepe + Faixa de algodão ortopédico	14	17,5%
Atadura de crepe	03	3,7%
Lençol	1	1,3%
<b>Local de aplicação</b>		
Membros superiores	80	100%
<b>Técnica de contenção</b>		
Pulseira	80	100%
<b>Limitação da movimentação</b>		
Movimentação parcial	69	86,3%
Movimentação mínima	6	7,4%
Movimentação total	5	6,3%

A maior prevalência das contenções foi referente às fixadas no eixo médio do leito (86,3%), limitando parcialmente os movimentos do paciente, possibilitando que o mesmo movimentasse os membros superiores sobre a região abdominal e pélvica. Houve a ocorrência de fixação nas grades móveis do leito, possibilitando movimento amplo dos membros. E em menor número foi identificado a fixação em eixo inferior, apesar de esta ser a melhor forma de limitar os movimentos do paciente, pois possibilita movimento mínimo dos membros mantendo-os em extensão.

**Tabela 2.** Distribuição das restrições físicas, segundo os dispositivos assistenciais empregados nos cuidados intensivos dos participantes durante a observação da contenção. Curitiba, Paraná, Brasil, 2020.

Dispositivo assistencial	n	%
Monitorização multiparamétrica	80	100
Sonda nasogástrica/enteral	77	96,2
Cateter venoso periférico	74	92,5
Ventilação mecânica	54	67,5
Cateter vesical de demora	50	62,5
Tubo orotraqueal	50	62,5
Cateter venoso central	31	38,7
Traqueostomia	11	13,7
Pressão arterial média (cateter)	14	17,5
Cateter nasal tipo óculos	6	7,5
Névoa úmida	9	11,2

Algumas medicações do tipo sedativo/calmante podem ser utilizadas como contenção química para manejo da agitação psicomotora. A frequência em que estes tipos

de medicações foram administradas ou estavam em infusão contínua em pacientes contidos, foi de 53,9%. Sendo o propofol de maior prevalência durante as observações, estando presente em 26,3% das ocasiões, seguido do haloperidol, 11,3%, midazolam em 10% e risperidona em 6,3%.

Durante os dias de observação, 51,5% dos pacientes estavam com acompanhante (familiares) e 33,3% dos pacientes apresentavam agitação psicomotora.

Sobre os registros do procedimento em prontuário do paciente, somente 6,3% das contenções foram registradas, sendo n=1 (1,3%) em evolução médica e n=4 (5,2%) em evolução de enfermeiros. Foi verificado inexistência de prescrição médica ou prescrição de enfermagem nos casos de restrição física. Nas anotações de enfermagem, realizadas pelos técnicos de enfermagem em 42,5% dos casos havia registros do procedimento.

A falta de registros impossibilitou a verificação do tempo que cada paciente ficava contido, uma vez que a observação ocorria somente uma vez ao dia, não sendo possível avaliar quantas horas por dia as contenções eram mantidas.

## DISCUSSÃO

As unidades de terapia intensiva, de modo geral, se caracterizam pela internação de pacientes graves na condição aguda de diversas doenças, inclusive com intervenção cirúrgica. Deste modo, é comum encontrar nessas unidades pacientes com variação na amplitude das idades, o que justifica, a população do estudo com idades variando entre 23 e 81 anos<sup>(1,13)</sup>.

Os resultados revelaram que a prevalência do uso de contenção foi de 12,2% do total de pacientes internados naquelas unidades. Esses números são bem inferiores e diferem de um estudo realizado no Brasil, que estimou a prevalência de contenção mecânica em ambiente hospitalar de 51,4% dos pacientes. Quando apresentado os resultados por unidades de internação o estudo revelou que, a prevalência de contenção foi de 93,3% na Unidade de Terapia Intensiva, 50,9% na clínica médica e de 3,8% na clínica cirúrgica<sup>(13)</sup>.

Verificou-se pelos dados apresentados no Quadro 1, que os pacientes com maior média de dias de contenção foram os idosos acima de 71 anos. Estudos demonstram que a restrição física é utilizada de forma corriqueira em idosos, comparado a jovens e adultos, visto as alterações fisiopatológicas que acometem este grupo de indivíduos, podendo ser a causa de quadros de agitação e agressividade no qual a equipe, pode lançar mão do procedimento quando demais estratégias não surtirem efeito. Entretanto, vale ressaltar que o idoso sofre mais efeitos advindos das alterações que outras faixas etárias, o que pode gerar inse-

gurança na equipe de saúde em manter o paciente idoso sob efeito de medicação psicotrópica. Estudos descrevem uma tendência em evitar a restrição física em idosos, visto a correlação entre o procedimento, aumento das ocorrências de *delirium*, aumento da taxa de queda, lesões de pele, entre outras complicações<sup>(3-4,13)</sup>.

A Tabela 1 apresenta a frequência do material (dispositivo) usado para conter os pacientes. Verificou-se que 77,5% das restrições foram realizadas com atadura de crepe com compressa cirúrgica, coadunando com resultados de outros estudos que apresentam prevalências altas da utilização deste material, assim como o local de aplicação, os pulsos/membros superiores<sup>(13-14)</sup>. Este resultado é preocupante, haja vista que estudos apontam que a utilização desse material é inadequada. Se a restrição for realizada com nós muito firmes o risco de se provocar escoriações ou garroteamento dos membros é alto, e se a restrição ficar frouxa existe a possibilidade de o paciente se desprender facilmente<sup>(15)</sup>.

Outros estudos recomendam outros materiais mais seguros como: faixas compressivas, pulseiras de restrição, faixas imantadas nas restrições, mas mesmo assim, não há estudos clínicos que demonstrem a eficiência e evidência científica das técnicas ou do uso desses materiais<sup>(1-2,6)</sup>. Deste modo, percebe-se que a falta de base teórica influencia diretamente na prática profissional, originando, por vezes, condições adequadas para o planejamento de cuidados aos pacientes sob restrição física.

Outro resultado encontrado foi em relação ao ponto de fixação da contenção física, uma vez que se torna um dos fatores que influenciam a efetividade do procedimento, principalmente na limitação do movimento do paciente. Portanto, é fundamental que os movimentos do paciente permaneçam limitados sem causar danos, como garroteamento de membro, rabdomiólise, lesão por pressão, trombose venosa profunda, entre outros<sup>(2,15)</sup>.

A Tabela 2, identificou a frequência em que os dispositivos estavam presentes no momento da observação, como modo a justificar o uso da contenção física. O procedimento tem por indicação assegurar a integridade física do paciente que apresenta agitação, e a restrição é frequentemente utilizada a fim de prevenir a retirada acidental de dispositivos entre outras justificativas. Isto porque esta retirada acidental além de causar a descontinuidade da terapêutica, pode causar danos ao indivíduo, levar a lesões e infecções, aumentando o tempo de internação do paciente e conseqüentemente o aumento dos gastos para a instituição com novos dispositivos e antibioticoterapia, entre outros<sup>(1-2)</sup>.

Ainda a Tabela 2 demonstrou que 62,5% dos casos de contenção eram de pacientes com tubo orotraqueal e 67,5% sob ventilação mecânica. O risco de extubação acidental aumenta muito quando um paciente se apresenta confuso, agitado ou semiconsciente. Para tanto, a restrição de movimentos acaba sendo uma alternativa para a diminuição desses riscos. Outros estudos desenvolvidos no Brasil e na Europa têm demonstrado a alta prevalência de restrição física de pacientes em ventilação mecânica variando entre 50% a 100% com duração desta restrição de quatro dias em média<sup>(14-17)</sup>.

A permanência de ventilação mecânica e outros dispositivos invasivos foram associados ao risco aumentado de *delirium*, além da permanência prolongada em UTI. O *delirium*, é caracterizado por um distúrbio de cognição e estado patológico, é subdividido em três tipos, sendo o mais frequente o hiperativo, no qual o indivíduo pode apresentar agitação e/ou confusão mental, entretanto, suas causas são passíveis de mudança como, diminuição de ruídos, ajuste da iluminação do ambiente, presença de familiares, relógios e calendários à vista, orientação verbal, mobilização precoce, e inclusive, a retirada de dispositivos de forma planejada<sup>(4,7)</sup>. Um estudo verificou que 82,6% de pacientes que apresentaram quadro de *delirium* em UTI necessitaram de restrição física<sup>(4)</sup>.

No manejo da agitação/agressividade, a equipe pode fazer uso de sedativos, analgésicos ou calmante mediante prescrição médica. Entretanto, estas medicações possuem diversas indicações, assim como diferentes efeitos adversos. Em estudos anteriores, drogas com estas características foram associadas ao risco elevado do paciente novamente apresentar *delirium*. Para tanto, se faz necessária a avaliação da causa da agitação do paciente quando estes medicamentos já estão sendo administrados, e se utilizados como contenção química, avaliar a necessidade de permanência. Visto isto, foram observadas prescrições médicas com o objetivo de identificar a prescrição e administração de benzodiazepínicos, antipsicótico, anestésicos, entre outros. Em 62,5% das contenções observadas, os pacientes não estavam recebendo nenhum medicamento das classes citadas anteriormente<sup>(4,7)</sup>.

Segundo a literatura, os pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, apresentam maior tempo de internação em UTI e desmame tardio de dispositivos e tecnologias terapêuticas<sup>(4)</sup>. Dos pacientes observados poucos utilizavam benzodiazepínicos como o midazolam, e a maioria dos participantes recebiam a medicação propofol.

Em um estudo realizado no Reino Unido em 2017, sobre a experiência, atitudes e opiniões de 192 enfermeiros

de unidades de terapia intensiva de adulto sobre a restrição física, os participantes concordaram que, com o uso da restrição física, a sedação pode ser reduzida com maior segurança e também, referiram preferir usar a restrição e não aumentar a sedação para o manejo da agitação. A maioria discordou quanto ao uso desnecessário do procedimento ou quando a equipe assistencial estivesse incompleta<sup>(17)</sup>.

Dada a complexidade do procedimento, a necessidade da tomada de decisão assertiva para uso da restrição e o acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente, é imprescindível que a equipe assistencial, principalmente a de Enfermagem, tenha instrumentos de registros adequados. Diante das análises relacionadas ao registro e prescrição do procedimento neste estudo, verificou-se a existência de dificuldades, no momento desconhecidas, para que os registros sejam formalizados.

Os profissionais de enfermagem devem reconhecer que seus registros são elementos essenciais para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem e das evoluções do Processo de Enfermagem, conforme dispõe a Resolução do Cofen nº 358/2009. Tais registros fornecem informações sobre a assistência prestada ao paciente, favorece a comunicação entre os membros da equipe de saúde e contribui para a continuidade do cuidado, além de legitimar o trabalho de quem o executou. Ainda, são uma importante ferramenta de auxílio para tomada de decisão sobre o cuidado empregado pois fornece informações sobre as reações adversas e evolução da terapêutica empregada<sup>(11-12)</sup>.

### Limitações do estudo

Esta pesquisa traz como limitação proporcionada pela observação participante ocorrer em um período somente, o que pode ter influenciado a equipe assistencial a reduzir a aplicação da contenção física em pacientes com dispositivos invasivos, ou até diminuir a permanência do procedimento nos períodos de observação. Igualmente, por ter ocorrida em uma única instituição, uma vez que o procedimento pode variar entre hospitais, levando em consideração a disponibilidades de materiais, existência de protocolo institucional, implementação da SAE, especialidade atendida entre outras características.

### Contribuições do estudo para prática

Os resultados deste estudo despertam a reflexão sobre a imprescindível identificação de lacunas relacionadas ao déficit dos registros de enfermagem nos serviços de saúde. Tais registros subsidiam a escolha dos diagnósticos e prescrição de enfermagem, além de garantir a qualidade na continuidade da assistência, valorizando assim, o potencial técnico-cien-

tífico do enfermeiro e sua equipe. Percebe-se a importância de se construir protocolos/fluxos institucionais atualizados, objetivando otimizar o manejo do paciente em agitação psicomotora e desenvolver estudos randomizados que esclareçam a efetividade terapêutica do procedimento.

## CONCLUSÃO

Identificou-se maior frequência na utilização de alguns materiais para a aplicação do procedimento e a restrição de membros superiores foi predominante. Entretanto, de forma geral, o procedimento é aplicado de forma aleatória, não foi possível identificar critérios utilizados pela equipe de saúde para a realização da restrição física. A falta de

registros adequados dos profissionais, interferiu na identificação das justificativas do emprego da restrição física.

## Contribuição dos autores:

Karoliny Cavalheiro da Silva - Concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito. Marcio Roberto Paes - Concepção e desenho do estudo, revisão crítica durante a formulação do pré-projeto, revisão de literatura, tabulação e análise de dados, redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Tatiana Brusamarello - revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

- Andrade DC, Melo AGP, Santos MCS, Castro, MNS, Silva VRF. Pulseira de retenção: a limitação e a contenção ao leito de maneira humanizada. *Rev Interscientia* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 08]; 6(1):203-10. Available from: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/download/596/528/>
- Paes MR, Castro ARS, Kalinke LP, Maftum MA. Physical restraint of patients in the practice of nursing. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 Sept [cited 2020 Feb 01]; 7(esp):5677-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11843/14266>. DOI: 10.5205/reuol.4773-39313-1-SM.0709esp201306
- Backes C, Beuter M, Venturini L, Benetti ERR, Bruinsma JL, Girardon-Perlini NMO et al. The practice of containment in the elderly: an integrative review. *Acta paul enferm* [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 Feb 09]; 32(5):578-83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000500016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000500016&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900080>.
- Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 Feb 09]; 50(4): 587-593. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400587&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400587&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000500007>.
- Castro ARS, Maftum MA, Paes MR, Mantovani MF, Nimtz MA, Mariotti MC. Perceptions of nursing team about patients with agitated behavior and/or aggressive. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 Jul [cited 2020 Jan 30]; 8(7):1868-75. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9860/10082>. DOI: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201406
- Donato TAA, Pires LR, Silva LCP, Moura LVC, Santos AA, Souza LF. Restrição física em pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva: estudo exploratório-descritivo. *Online braz j nurs* [internet]. 2017 Mar [cited 2020 Feb 09]; 16 (1):83-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5562>
- Eberle CC, Santos AA, Macedo Junior LJ, Martins JB. Non-Pharmacological Management of Delirium From The Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2019 Oct/Dec [cited 2020 Feb 08]; 11(5):1242-1249. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7428/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7428/pdf_1). DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
- Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [Internet] 1986 [cited 2020 Jan 30]; Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>.
- Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. [Internet] 1987 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>.
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução no. 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. [Internet] 2012 [cited 2020 Jan 28]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html)
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet]. [cited em 2010 Jul 14]. Available from: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?>
- Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LGS. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 Jan 28]; 10(3):28-33. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2064/542>
- Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle R. Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2019 Jun [cited 2020 Feb 21]; 53: e03473. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342019000100437&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342019000100437&lng=en). DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>.
- Linch GFC, Paz AA, Caregnato RCA, Abreu AM, Souza EM. Ações coordenadas para implantação e consolidação da sistematização da assistência de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 Feb 16]; 10(4):82-88. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2342>.
- Maximo PA, Santos TS, Santos GS, Silva MAXM. The importance of mechanical content and the permanent evaluation of the nursing team. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2019 Mar-Apr [cited 2020 Feb 21]; 2(2):1172-212. Available from: <http://brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1324/1199>.
- Freeman S, Hallet C, McHugh G. Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Feb 18]; 21(2):78-87. Available from: [onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12197](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12197) DOI: 10.1111/nicc.12197b
- Burry L, Rose L, Ricou B. Physical restraint: time to let go. *Intensive Care Med*. 2017; 44:1296-8.

# ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: AÇÕES REALIZADAS E DESAFIOS PARA PRÁTICAS SEGURAS

Thaís dos Santos Pinheiro<sup>1</sup>

Érica Toledo de Mendonça<sup>1</sup>

Andréia Guerra Siman<sup>1</sup>

Camilo Amaro de Carvalho<sup>1</sup>

Fernando Pacheco Zanelli<sup>1</sup>

Marilane de Oliveira Fani Amaro<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-9566-973X>

<https://orcid.org/0000-0002-3014-1504>

<http://orcid.org/0000-0001-7990-9273>

<https://orcid.org/0000-0001-9539-8653>

<https://orcid.org/0000-0002-1215-4934>

<http://orcid.org/0000-0002-9495-0861>

**Objetivo:** analisar as ações realizadas e os desafios da equipe de enfermagem para a administração segura de medicamentos no serviço de emergência de um hospital de ensino. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada com 17 profissionais da equipe de enfermagem atuantes no serviço de emergência. A coleta de dados foi realizada através de entrevista com roteiro semiestruturado e os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo. **Resultados:** a primeira categoria revelou as atitudes dos entrevistados frente à administração segura dos medicamentos, tendo a maioria citado ações que contemplam os 9 certos da administração, mas de forma incompleta. A segunda categoria apresentou as dificuldades e desafios que a equipe enfrenta no cotidiano para administração segura dos medicamentos, como elevado número de pacientes atendidos e desconhecimento dos novos medicamentos. **Conclusão:** depreende-se que a equipe de enfermagem entrevistada atende parcialmente às normas de administração segura dos medicamentos, visto que atua em convergência com algumas ações recomendadas; no entanto, a falta de padronização para a administração dos medicamentos, o alto fluxo de pacientes, a sobrecarga de trabalho e o surgimento de novos medicamentos podem favorecer a ocorrência de eventos adversos. Faz-se necessário investimento em novas tecnologias e educação permanente da equipe no ambiente de trabalho.

**Descritores:** Enfermagem; Segurança do paciente; Erros de medicação.

## ADMINISTRATION OF MEDICINES IN AN EMERGENCY SERVICE: ACTIONS UNDERTAKEN AND CHALLENGES FOR SAFE PRACTICES

**Objective:** to analyze the actions taken and the challenges of the nursing team for the safe administration of medications in the emergency department of a teaching hospital. **Method:** Qualitative research conducted with 17 professionals from the nursing team working in the emergency service. Data collection was carried out through an interview with a semi-structured script and the data were submitted to Content Analysis. **Results:** the first category revealed the attitudes of the interviewees towards the safe administration of medications, with the majority citing actions that contemplate the 9 right ones from the administration, but in an incomplete way. The second category presented the difficulties and challenges that the team faces in the daily routine for safe administration of medications, such as the high number of patients seen and the lack of knowledge about new medications. **Conclusion:** it appears that the interviewed nursing team partially complies with the rules for safe administration of medications, since it acts in convergence with some recommended actions; however, the lack of standardization for the administration of medications, the high flow of patients, the work overload and the emergence of new medications can favor the occurrence of adverse events. Investment in new technologies and permanent education of the team in the work environment is necessary.

**Descriptors:** Nursing; Patient safety; Medication errors.

## ADMINISTRACIÓN DE DROGAS EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA: ACCIONES TOMADAS Y DESAFÍOS PARA PRÁCTICAS SEGURAS

**Objetivo:** analizar las acciones tomadas y los desafíos del equipo de enfermería para la administración segura de medicamentos en el departamento de emergencias de un hospital universitario. **Método:** Investigación cualitativa realizada con 17 profesionales del equipo de enfermería que trabajan en el servicio de emergencia. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista con un guión semiestruturado y los datos se enviaron a Content Analysis. **Resultados:** la primera categoría reveló las actitudes de los entrevistados hacia la administración segura de medicamentos, con la mayoría citando acciones que contemplan las 9 correctas de la administración, pero de manera incompleta. La segunda categoría presentó las dificultades y desafíos que enfrenta el equipo en la rutina diaria para la administración segura de medicamentos, como la gran cantidad de pacientes atendidos y la falta de conocimiento sobre nuevos medicamentos. **Conclusión:** parece que el equipo de enfermería entrevistado cumple parcialmente con las reglas para la administración segura de medicamentos, ya que actúa en convergencia con algunas acciones recomendadas; sin embargo, la falta de estandarización para la administración de medicamentos, el alto flujo de pacientes, la sobrecarga de trabajo y la aparición de nuevos medicamentos pueden favorecer la aparición de eventos adversos. Es necesaria la inversión en nuevas tecnologías y la educación permanente del equipo en el entorno laboral.

**Descriptoros:** Enfermería; Seguridad del paciente; Errores de medicación.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Viçosa, MG, Brasil.

Autor correspondente: Marilane de Oliveira Fani Amaro - Email: marilaneamaro@yahoo.com.br

Recebido: 13/02/2020 - Aceito: 19/05/2020

## INTRODUÇÃO

A qualidade dos serviços de saúde está intimamente relacionada à segurança do paciente, tema que tem sido discutido mundialmente nos últimos anos. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente com o objetivo de promover e desenvolver políticas e práticas referentes ao assunto em seus países-membros<sup>(1)</sup>.

No Brasil, a temática tomou grande magnitude após o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 529/2013<sup>(2)</sup>, do Ministério da Saúde (MS) e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) 36/2013<sup>(3)</sup>, cujas diretrizes culminaram na criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que corrobora com o propósito de redução de danos, instituindo ações para melhoria na qualidade da assistência prestada em todos os níveis de atenção à saúde<sup>(2-3)</sup>. A segurança do paciente é definida pela ANVISA como redução dos riscos de danos desnecessários, denominado evento adverso, a um mínimo aceitável<sup>(3)</sup>.

Nesse sentido, o erro de medicação constitui uma séria ameaça à saúde pública, é um desafio aos profissionais envolvidos, e pode ser definido como um evento evitável induzido pelo uso inapropriado do medicamento e com grande potencial para prejudicar a saúde do paciente<sup>(4-5)</sup>.

O processo de administrar medicamentos caracteriza-se por uma atividade dinâmica e complexa, que inclui a produção, a prescrição, a dispensação e a administração, que se inter-relacionam e podem influenciar positivamente na segurança ao paciente, podendo ocorrer em quaisquer desses processos<sup>(4)</sup>.

Desta forma, padroniza-se a realização das diversas etapas de modo a resultar em um desfecho favorável, conhecidos como os “9 certos da administração” sendo eles: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Os nove certos não garantem que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativamente parte desses eventos, resultando em segurança e qualidade da assistência prestada ao paciente<sup>(6)</sup>.

Pesquisas apontam outras ações de segurança na redução do erro, como a identificação de medicações de alto risco; utilização de soluções tecnológicas, como prontuário eletrônico; criação de manuais explicativos e mudanças no processo de trabalho. Além disso, antes de administrar o medicamento pode-se utilizar o método de checar os itens corretos por dois enfermeiros, o “check-double”<sup>(4,6,7)</sup>.

A partir dessas premissas, destacam-se as unidades de atendimento de urgência e emergência, como locais caracterizados pela superlotação e alta rotatividade de pacientes, que associados ao estresse, escassez de profissionais e falhas na comunicação da equipe, possuem grande vulnerabilidade aos eventos adversos<sup>(4,8)</sup>. Dentre os profissionais de saúde, a equipe de enfermagem está mais suscetível a cometer erros, seja pelos procedimentos invasivos que realiza ou pelo tempo de permanência junto ao paciente, e dessa forma assume papel fundamental para preveni-los<sup>(9)</sup>.

Nesse contexto, diante da relevância da correta administração de medicamentos no serviço de emergência, surgiu a seguinte pergunta norteadora: quais ações a equipe de enfermagem tem realizado para alcançar a administração segura de medicamentos em um serviço de emergência? Desta maneira, o presente estudo tem como objetivo analisar as ações realizadas e os desafios da equipe de enfermagem para a administração segura de medicamentos no serviço de emergência de um hospital de ensino.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A definição pela linha de pesquisa qualitativa ocorreu devido a sua característica de trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, e por ser um tipo de investigação interpretativo-formativa, que busca a compreensão do tema pesquisado, favorecendo o processo de descobrimento, por meio de análise, síntese de ideias e conceitos, com envolvimento de aspectos emocionais e contextuais<sup>(10)</sup>.

### Local de estudo

O cenário de estudo foi um serviço de emergência, constituído de 12 leitos e 2 consultórios para realização de pequenos procedimentos. A emergência é de uma instituição hospitalar filantrópica, de médio porte, vinculada como hospital de ensino, localizada no interior de Minas Gerais, Brasil. A instituição pertencia ao ProHosp (Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais), o que exigia a criação da comissão de gerenciamento de risco. Portanto, para a definição da instituição como cenário do presente estudo, considerou-se o fato de ser um hospital que possuía uma comissão de gerenciamento de riscos e que desenvolvia ações voltadas para a qualidade e segurança do paciente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem estava sendo implementada no setor.

### Participantes do estudo

Como critérios de inclusão dos participantes elegeram-se: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem do serviço de emergência, independentemente do tempo de exercício da função. Enfermeiros ou técnicos de enfermagem afastados do cargo por qualquer motivo foram excluídos da pesquisa. No período da coleta de dados, havia um técnico de enfermagem no período de férias. Portanto, os participantes da pesquisa foram 12 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros assistenciais e 1 enfermeiro coordenador.

### Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de novembro de 2016 a março de 2017, a partir de observação não participante com registro em diário de campo e entrevista com roteiro semiestruturado elaborado pelos autores do estudo<sup>(10-11)</sup>. As perguntas norteadoras discorreram sobre as ações realizadas pela equipe de enfermagem, a importância da correta administração de medicamentos e a ocorrência de eventos adversos na unidade. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

O registro das informações oriundas das observações foi realizado em um diário de campo, com o intuito de analisar quais ações eram realizadas pela enfermagem para a prática de administração de medicamentos. A carga horária total da observação não participante foi de 40 horas, e foi realizada por uma pesquisadora. A inserção no campo de investigação se deu durante o período de agendamento e realização das entrevistas. A pesquisadora permanecia no campo antes e após a realização das entrevistas, registrando aspectos referentes às ações realizadas durante o processo de administração de medicamentos, o comportamento dos sujeitos da organização e dinâmica do trabalho no setor.

### Análise dos dados

Após a organização das respostas iniciou-se a análise dos dados, que se deu por meio da técnica de Análise de Conteúdo, que tem como objetivo a categorização dos dados para melhor interpretação dos achados no estudo. A análise de conteúdo, segundo Bardin, pode ser compreendida nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(12)</sup>. Os dados registrados no diário de campo foram analisados pela mesma técnica e comparados com o conteúdo transcrito das entrevistas.

Para fins de preservação do anonimato, os técnicos de enfermagem e enfermeiros foram referidos pelas letras TE

e E, respectivamente, procedidos do número correspondente à ordem em que foram realizadas as entrevistas (TE1-TE12) e (E1-E4).

### Procedimentos éticos

O estudo foi conduzido segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da universidade pública federal proponente da pesquisa, sob parecer nº: 1.821.022.

As entrevistas ocorreram em ambiente reservado, garantindo a privacidade dos participantes. Antes do início de cada entrevista, foi apresentado e lido para cada entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias pelos participantes.

### RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 17 profissionais, entre técnicos de enfermagem e enfermeiros, com faixa etária variando entre 23 a 53 anos com média de 49,5 anos. A maioria do sexo feminino (11 participantes). O tempo de serviço na instituição variou entre um mês a nove anos e dois meses, e o período de formação entre um ano a 16 anos com média de oito anos e seis meses.

A partir da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: "Segurança na administração de medicamentos na emergência: ações realizadas" e "Administração segura de medicamentos: desafios vivenciados pela equipe de enfermagem".

#### Segurança na administração de medicamentos na emergência: ações realizadas

Esta categoria aponta as ações relatadas pela equipe de enfermagem para administração de medicamentos. Os entrevistados referiram seguir as seguintes etapas para uma prática segura:

*Pego o nome do paciente direito, carimbo a ETE [sinônimo utilizado para prescrição médica] dele. Coloco meu nome, assino e o horário que estou indo administrar, que é para o outro amigo não administrar não prepará-lo de novo. (TE1)*

*Olho qual a medicação, a dosagem, qual paciente, em qual via é. Tudo basicamente o que fiz é isso: identifica o paciente, a medicação, a via e a dose. (TE5)*

*Confirmação do nome do paciente, confirmação da via e da medicação. (E4)*

Identificou-se nas entrevistas que apenas dois enfermeiros citaram os “9 certos” da administração segura de medicamentos, porém não houve detalhamento dos passos a serem seguidos, deixando-os incompletos, conforme demonstrado abaixo:

*O que acontece, o paciente ele é abordado primeiramente pelo técnico acolhedor. Na recepção ele faz a ficha. Lá é aferido os sinais vitais, passa pela triagem, passa pelo médico...depois essa ficha vai para a enfermagem. Aí a gente prepara a medicação. Quando vai ser administrado, a dosagem certa...a gente tem lá os 9 certos né? Quando a gente prepara a medicação, confere o nome do paciente, qual medicação, chama o paciente pelo nome, a gente vai arrumar um local para acomodar esse paciente e administrar essa medicação. (E3)*

*Eu procuro ter certeza do paciente e seguir os 9 certos. Eu, às vezes não consigo fazer todos. Sempre quando está tranquilo eu vou seguir corretamente. Paciente certo, horário certo, via certa, medicação certa e por aí vai... (E5)*

Durante a observação no campo, foi possível constatar as ações realizadas rotineiramente pela equipe de enfermagem no serviço de emergência, e um fato que merece destaque e que denota práticas inseguras de administração de medicamentos foi observada na admissão, durante a qual os pacientes que chegavam não tinham suas medicações identificadas, sendo preparadas e dispostas nas bandejas sem nenhuma organização. Em casos de pacientes com mesmo nome e sobrenome, a diferenciação se dava através da data de nascimento e nome da mãe presentes no prontuário. Observou-se também que as prescrições médicas eram manuais, com validade de 24 horas e aprazadas pela equipe de enfermagem, que era responsável por separar as medicações diárias de cada paciente. Ressalta-se que não havia padronização no preparo das medicações, o que pode favorecer a ocorrência de eventos adversos. Os dados registrados no diário de campo corroboraram com o conteúdo das entrevistas.

Outra atividade importante que deve ser realizada pelos profissionais de saúde é a lavagem das mãos, que visa interromper a disseminação de microrganismos diminuindo o risco de infecções. No entanto, durante a observação de campo e nas entrevistas, constatou-se que esta era uma conduta frequentemente negligenciada pela equipe de en-

fermagem. Apenas alguns entrevistados relataram essa ação como uma etapa da administração segura de medicamentos:

*Lavar as mãos, hum... olhar o paciente, se é o paciente certo, via certa, hora certa é...medicação certa, hm...plantão certo (risos). (E2)*

*Ah! Eu lavo as mãos né? Eu...depois que eu lavo as mãos eu olho a medicação. (TE7)*

*Então, é... eu vou nos quartos pra ver os pacientes, me apresento pra eles, aí venho na prescrição, lavo as mãos antes de pegar o plantão, venho na prescrição e vejo o que tem pra fazer, se tem alguma prescrição pra aprazar, eu faço né? Aprazo a prescrição, se já está tudo aprazado eu separo tudo que for do meu plantão. (TE12)*

#### **Administração segura de medicamentos: desafios vivenciados pela equipe de enfermagem**

Esta categoria apresenta os desafios vivenciados pelos profissionais de enfermagem da emergência que possibilitam a ocorrência de erros. O trecho que segue demonstra o exposto:

*O que possa vir a me impedir, como eu falei algumas questões atrás é a quantidade de pacientes mesmo. A demanda, a grande demanda prejudica um pouco a sequência correta para a administração de medicamentos. (E5)*

Não se observou dificuldades técnicas no preparo dos medicamentos, porém o serviço de emergência se caracterizou por possuir alta demanda de pacientes, ou seja, a dinâmica do serviço de emergência associada ao alto fluxo de pacientes e a carga de trabalho no setor são situações vivenciadas pela equipe de enfermagem e atuam como barreiras no processo de administração segura de medicamentos. Ressalta-se que por ser um processo que abrange diversas etapas, os erros de medicação podem ser frequentes e consequentemente ocasionar eventos adversos:

*Era um medicamento que era para ser administrado na sonda. O comprimido tinha que ser dissolvido e foi feito no acesso central. (TE8)*

Embora a maioria dos profissionais entrevistados afirmasse não haver dificuldades no processo de administrar

medicações, alguns participantes relataram que novos fármacos ou aqueles que não são da rotina do setor atuam como aspectos dificultadores à assistência segura. Tal questão pode ser exemplificada a partir das falas a seguir:

*Até hoje não! A não ser que apareça alguma medicação nova, que a gente não conheça né, mas aí a gente é orientado pelo médico pra fazer isso, mas, no mais assim, não tenho dificuldade.* (TE2)

*Se for uma medicação que eu não conheça [...] a gente vai aprendendo na rotina do ambulatório. Vai conhecendo, mas sempre aparece novidade.* (E2)

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados na primeira categoria demonstraram que as ações relatadas pelos participantes do estudo eram realizadas parcialmente quando comparadas ao protocolo do PNSP sobre segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, tendo a maioria citado ações que contemplam os 9 certos da administração, mas de forma incompleta. Sabe-se que a administração é a última barreira possível para que se possam evitar erros de medicações e danos à saúde do paciente, sendo de extrema importância uniformizar todas as práticas profissionais que envolve o processo de administração de medicamentos<sup>(6)</sup>.

Neste contexto, ressalta-se a importância de padronizar a realização de todas as etapas conhecidas como os “9 certos da administração”, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para a prevenção de erros. Deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (*high alert medications*) que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Destaca-se que na instituição pesquisada não havia nenhum protocolo implementado relacionado à administração de medicamentos<sup>(6)</sup>.

Uma pesquisa realizada no Brasil, aponta a elaboração de protocolos e manuais como uma estratégia para minimizar os erros de medicação em unidades de emergência. Nessa lógica, os protocolos para armazenamento, prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos devem ser implementados, com o objetivo de diminuir a variabilidade na prática clínica e reduzir a incidência dos erros. Assim, torna-se essencial à cultura de segurança a identificação dos motivos pelos quais os protocolos não estão sendo implementados e/ou desenvolvidos adequadamente, para que equipe de enfermagem possa trabalhar de forma sistematizada<sup>(4)</sup>.

Considerando-se o propósito de administrar corretamente as medicações, outras práticas corroboram para que os erros sejam minimizados. A organização das bandejas é uma delas. É necessário que haja a identificação de cada medicação e seus respectivos pacientes, com no mínimo o nome completo e a data de nascimento. Além dessas informações o endereço deve constar na prescrição médica<sup>(6)</sup>. No entanto, durante a observação de campo verificou-se que essas ações não eram realizadas no setor pesquisado.

Perante o protocolo da ANVISA para identificação de pacientes, este deve utilizar a partir de sua admissão hospitalar, uma pulseira de cor branca com seus dados pessoais descritos, devendo o profissional de saúde confirmá-los na iminência da administração medicamentosa<sup>(13)</sup>. Tais práticas vão de encontro aos achados da pesquisa na instituição pesquisada, auxiliando a redução da ocorrência de incidentes.

A tecnologia é uma grande aliada para contribuir efetivamente para a segurança medicamentosa. Programas informatizados podem auxiliar na análise das prescrições medicamentosas, na redução de erro de medicação, tempo de internação e custos hospitalares<sup>(7)</sup>.

A segunda categoria apresentou as dificuldades e desafios que a equipe enfrenta no cotidiano para administração segura dos medicamentos. Pesquisas nacionais e internacionais, citam a escassez de profissionais e a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem como fatores que dificultam a administração segura de medicamentos<sup>(14-15)</sup>, e estes dados podem ser comparados à realidade desta pesquisa enfatizada pelas palavras “quantidade”, “demanda” e “prejudica” contidas nas falas. Os serviços de emergência destacam-se por possuírem tais características, pelo fato de atuar como alternativa de atendimento à população em diversas situações, fazendo com que o setor se torne suscetível à ocorrência de eventos adversos<sup>(15)</sup>.

No sul do Brasil foi realizado um estudo objetivando caracterizar os incidentes medicamentosos no serviço de emergência. A administração de medicamentos foi o processo relacionado à maioria dos incidentes ocorridos devido ao elevado nível de raciocínio, concentração e memória requerida nessa atividade. Além de mudanças estruturais, o dimensionamento de pessoal de enfermagem pode minimizar distrações contribuindo para a redução de incidentes<sup>(16)</sup>.

Pesquisa aponta que os fatores de risco para o erro de medicação podem ser relacionados à ausência de informações sobre o medicamento, dosagem, diluição e aprazamento. Esses dados corroboram com os achados dessa

pesquisa, pois alguns participantes relataram a dificuldade em administrar medicamentos que não eram do seu cotidiano assistencial, pois desconheciam informações essenciais para a administração segura<sup>(17)</sup>.

Para reduzir o erro é necessário que os hospitais busquem estratégias de intervenção, dentre elas destacam-se: estratégias educacionais (realização de campanhas, elaboração de manuais explicativos, criação de comissão multidisciplinar envolvida com a prevenção e redução dos eventos adversos aos medicamentos); estratégias organizacionais (reuniões, criação de protocolos e mudanças no processo de trabalho) e novas tecnologias (implementação de prescrição por sistema informatizado, implantação da dose unitária e do código de barras na administração de medicamentos). Assim, torna-se essencial a discussão de atividades de educação em saúde nos ambientes de trabalho<sup>(4)</sup>.

Diante das questões supracitadas e de outros problemas referentes à segurança do paciente, o MS, através da Portaria n.1996/2007, dispôs sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Uma das ações previstas por esta política é a consolidação da educação permanente (EP) nos serviços de saúde, partindo das necessidades encontradas pela equipe de saúde e usuários, visando a resolutividade e integralidade de ações por meio de estratégias/metodologias de trabalho participativas, dialógicas e contínuas<sup>(18)</sup>.

Há que se ressaltar que a EP constitui uma importante estratégia de formação coletiva, ao se constituir como espaço de revisão de conceitos, reflexões sobre a prática, diálogo interdisciplinar, sendo um potente recurso de formação em serviço<sup>(19)</sup>. Ademais, almeja, por meio da problematização da realidade, mudanças nas práticas dos trabalhadores, discutidas e pactuadas no grupo de EP, por meio da definição de competências mínimas a serem desenvolvidas. É relevante destacar que o compartilhamento de situações/desafios vivenciados no cotidiano dos serviços e a busca de caminhos para sua resolução dependem de um efetivo trabalho em equipe, transdisciplinar, que compartilhe as responsabilidades e se corresponsabilize pela reorganização dos processos de trabalho<sup>(19-20)</sup>.

Dessa maneira, além de processos que permitam incorporar tecnologias e referenciais necessários, é preciso implementar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano de trabalho e dos referenciais que orientam essas práticas, considerando que o cotidiano é um espaço sempre aberto à revisão permanente<sup>(21)</sup>.

O enfermeiro enquanto responsável por sua equipe tem um papel fundamental para garantia de uma assistência livre de danos, e deve ter a iniciativa de promover a EP para melho-

rar a assistência e prevenir a incidência de erros. Cabe à instituição incentivar a EP, permitindo uma reflexão crítica sobre a atuação ética frente aos erros de medicação, oferecendo recursos para tal, melhorando a qualidade técnico-científico dos profissionais e garantindo a qualidade na assistência prestada na instituição e a segurança do paciente<sup>(22)</sup>.

### Limitações da pesquisa

A presente pesquisa apresenta como limitação ter sido realizada em uma única instituição com cultura específica, não sendo cabível generalização.

### Contribuições para a prática

Esta pesquisa contribui para a temática ao demonstrar as dificuldades vivenciadas na administração segura de medicamentos na emergência o que pode resultar em eventos adversos nesse cenário de atenção à saúde. Almeja-se que este estudo proporcione elementos relevantes para subsidiar novos estudos e novas discussões voltadas para a prática segura na assistência à saúde.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da presente pesquisa sinalizam que a equipe de enfermagem entrevistada atende parcialmente às normas de administração segura dos medicamentos, visto que atua em convergência com algumas ações recomendadas pelo PNSP; no entanto, a falta de padronização para a administração dos medicamentos, o alto fluxo de pacientes, a sobrecarga de trabalho e o surgimento de novos medicamentos podem favorecer a ocorrência de eventos adversos.

Ademais, apesar do fomento para implantação da cultura de segurança do paciente nos serviços de saúde, a instituição pesquisada não apresentava nenhum protocolo sobre a administração de medicamentos, o que pode trazer prejuízos às práticas seguras, pela ausência de padronização para o dispensação, preparo e administração das medicações, favorecendo a ocorrência de eventos adversos.

Novas estratégias precisam ser implementadas no setor, como o investimento em novas tecnologias e a implementação da educação permanente, a fim de capacitar a equipe acerca da administração segura de medicamentos, e seu formato deve considerar questões trazidas da prática, de forma a buscar reflexões e possíveis alternativas para a complexidade dos problemas que emergem do cotidiano dos serviços.

### Contribuições dos autores:

Todos os autores contribuíram para o manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- 1- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: 2005-2006 [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [cited 2017 Aug 11]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43358/9241593733\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43358/9241593733_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 2- Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil; 2013. Mar 04. [cited 2018 Jan] Seção 1: 43-44 p. (col. 3). Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
- 3- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. ANVISA [Internet]. Brasília (DF), 26 jul 2013 [cited 2017 Apr 4]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
- 4- Míeiro DB, Oliveira EBC, Fonseca REP, Mininel VA, Zem-Mascarenhas SH, Machado RC. Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 Fev [cited 2019 Dec 03];72 (Suppl 1): 307-314. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000700307&lng=pt.%20%20http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700307&lng=pt.%20%20http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658)
- 5- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes/ ANVISA. Brasília [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 05]. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Como+posso+contribuir+para+aumentar+a+seguranca+do+paciente/52efbd76-b692-4b0e-8b70-6567e532a716>
- 6- Ministério da Saúde (BR). Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; Ministério da Saúde [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 06]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
- 7- Etelvino MAL, Santos ND, Aguiar BGC, Assis TG. Segurança do paciente: uma análise do aprazamento de medicamentos. Rev. Enfermagem em foco [Internet]. 2019 [cited 2020 May 6];10 (4): 87-92. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2251>
- 8- Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016 fev; [cited 2017 May 6];37(1). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rge/f/v37n1/0102-6933-rge/f-1983-144720160150178.pdf>
- 9- Azevedo KCC, Alves AMPM, Félix ZC. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em um serviço de saúde. Rev enferm UFPE [Internet]. 2016 [cited 2017 May 19]; 10(12). Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11540/13448>
- 10- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 11- Depresbiteris L, Tavares MR. Diversificar é preciso: instrumentos e técnicas de avaliação de aprendizagem. São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2009.
- 12- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- 13- Ministério da Saúde (BR). Protocolo de identificação do paciente; Ministério da Saúde/ANVISA/Fio Cruz [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 13]. Available from: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>
- 14- Lawton R, Carruthers S, Gardner P. Identifying the Latent Failures Underpinning Medication Administration Errors: An Exploratory Study. Health Serv Res. [Internet] 2012 fev; [cited 2017 set 13]; 47(4). Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2012.01390.x?abstractjsessionid=F1FAB5E91678189478F2C777442FC510.f04t04>
- 15- Pereira CDFD, Tourinho FSV, Santos VEP. Segurança do paciente: avaliação do sistema de medicação por enfermeiros utilizando análise fotográfica. Enferm. Foco [Internet]. 2016 [cited 2018 mar 19]; 7(1): 76-80. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enferma%20gem/article/view/672>
- 16- Valle MMF, Cruz EDA, Santos T. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 18]; 51: e03271. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100469&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100469&lng=en)
- 17- Souza AFR, Queiroz JC, Vieira AN, Solon LGS, Bezzerra ELSF. Os erros de medicação e os fatores de risco associados à sua prescrição. Rev. Enferm. Foco [Internet]. 2019 [cited 2020 May 06]; 10 (4): 12-16. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1900>
- 18- Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União [periódico internet], Brasília (DF). 20 ago 2007 [cited 2017 May 5]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)
- 19- Silva DLS, Knobloch FA. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2016 Apr./June [cited 2018 Jul 12]; 20(57): 325-335. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000200325](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200325)
- 20- França T, Medeiros KR, Belisario AS, Garcia AC, Pinto ICM, Castro JL, Pierantoni CR. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 [cited 2017 ago 08]; 22(6). Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1817.pdf>
- 21- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [Internet] 2005 set/fev; [cited 2017 out 20]; 9(16). Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/129275>
- 22- Mangilli DC, Assunção MT, Zanini MTB, Dagostin VS, Saratto MT. Atuação ética do enfermeiro frente aos erros de medicação. Enferm. Foco [Internet]. 2017; [cited 2018 fev 20]; 8(1): 62-66. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/878>

# AUTOCUIDADO DO PACIENTE RENAL COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-9015-211X>

Marina Martins Teixeira<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5051-6230>

Isabel Pires Barra<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-9178-356X>

Jéssica Mayara de Medeiros Tavares<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-5380-1117>

Natália Ramos Costa Pessoa<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-9206-1836>

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-5187-4766>

**Objetivo:** Avaliar atividades de autocuidado com a fistula arteriovenosa em renais crônicos. **Metodologia:** Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 60 pacientes em unidade de diálise no Nordeste Brasileiro, de setembro a outubro de 2018. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e analisados através de estatística descritiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Parecer nº 233.953/13). **Resultados:** Os cuidados realizados frequentemente foram: não permitir a verificação da pressão arterial (71,7%), administração de medicamentos e a coleta de sangue no membro da fistula (71,6%), realizar higiene do membro da fistula (68,4%) e evitar carregar peso (68,3%). Os cuidados menos referidos foram: colocar compressa morna no dia anterior à hemodiálise (30,0%) e fazer exercícios de prensão com bola de borracha (15%). **Conclusão:** O conhecimento dos pacientes quanto às atividades de autocuidado com a fistula arteriovenosa foi considerado insuficiente, ao evidenciar maior preocupação ante a possibilidade de procedimentos clínicos realizados no braço da fistula, seguidos da higiene e sobrecarga no membro. Estes dados reforçam a importância do planejamento das atividades educativas de forma criativa e permanente pelos profissionais de saúde direcionadas para este público e que poderão auxiliar o enfermeiro na priorização das ações.

**Descritores:** Autocuidado; Diálise Renal; Educação em Saúde; Cuidados de Enfermagem.

## SELF CARE OF THE RENAL PATIENT WITH THE ARTERIOVENOSA FISTULA

**Objective:** To evaluate self care activities with arteriovenous fistula in chronic renal patients. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 60 patients in a dialysis unit in Northeast Brazil, from September to October 2018. Data were collected through interviews and analyzed using descriptive statistics. The study was approved by the Ethics and Research Committee (Opinion nº 233.953/13). **Results:** The most frequent cares were: not allowing blood pressure verification (71.7%) and medication administration and blood collection in the fistula limb (71.6%), perform fistula limb hygiene with water and antiseptic soap (68.4%) and avoid carrying weight (68.3%). The least reported cares were: putting warm compress on the day before hemodialysis (30.0%) and do pressure exercise with rubber ball (15%). **Conclusion:** The knowledge of chronic renal patients regarding self care activities with arteriovenous fistula was insufficient, and the most and least known care among patients was identified. These data reinforce the importance of educational activities planned by health professionals aimed at this audience and can assist nurses in planning these actions.

**Descriptors:** Self Care; Renal Dialysis; Health Education; Nursing Care.

## AUTOCUIDADO DEL PACIENTE RENAL CON LA FÍSTULA DE ARTERIOVENOSA

**Objetivo:** Evaluar actividades de autocuidado con fistula arteriovenosa en renales crónicos. **Metodología:** Un estudio descriptivo, transversal con un enfoque cuantitativo, realizado con 60 pacientes en una unidad de diálisis en el noreste de Brasil, de septiembre a octubre de 2018. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas y analizados mediante estadística descriptiva. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación (Opinión nº 233.953/13). **Resultados:** Los cuidados más frecuentes fueron: no permitir la verificación de la presión arterial (71,7%), la administración de medicamentos y la recolección de sangre en la extremidad de la fistula (71,6%), realizar la higiene de la extremidad de la fistula (68,4%) y evitar cargar peso (68,3%). Los cuidados menos informados fueron: poner una compresa tibia el día anterior a la hemodiálisis (30,0%) y hacer ejercicios de agarre con pelota de goma (15%). **Conclusión:** El conocimiento de los pacientes renales crónicos con respecto a las actividades de auto cuidado con fistula arteriovenosa fue insuficiente, y se identificó la actividades más y menos conocida entre los pacientes. Estos datos refuerzan la importancia de las actividades educativas planificadas por profesionales de la salud dirigidas a este público y pueden ayudar a las enfermeras a planificar estas acciones.

**Descritores:** Autocuidado; Diálisis Renal; Educación en Salud; Atención de Enfermería.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco, PE, Brasil.

Autor Correspondente: Ana Elza Oliveira de Mendonça - Email: anaelfaufrn@gmail.com

Recebido: 20/01/2020 - Aceito: 07/04/2020

## INTRODUÇÃO

O cuidado aos pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) representa um desafio aos sistemas de saúde pela prevalência global da doença em adultos com mais de 20 anos, residentes em países de alta renda (8,6% para homens e 9,6% para mulheres). Nos países de baixa renda, essa taxa aumenta, chegando a 10,6% em homens e 12,5% nas mulheres<sup>1</sup>.

A modalidade de tratamento para pacientes com Lesão Renal Crônica (LRC), é determinada pela capacidade de funcionamento dos rins e pelo estágio de evolução da doença. Os métodos substitutivos disponíveis são o transplante e a diálise, que pode ser Diálise Peritoneal (DP) ou Hemodiálise (HD)<sup>2</sup>. No Brasil, a hemodiálise é o tratamento empregado para 93,1% dos pacientes submetidos à diálise renal<sup>3</sup>.

Para a realização dessa modalidade dialítica é necessário a presença de um acesso venoso, entre os quais a Fístula Arteriovenosa (FAV) é considerada a mais adequada, visto que apresenta menores riscos de infecção e taxas de mortalidade, quando comparada a próteses e cateteres temporários<sup>4</sup>.

Apesar do menor número de complicações, é imprescindível a disponibilidade de profissionais para o desenvolvimento de cuidados direcionados à FAV, tanto no momento da sessão da hemodiálise quanto antes e após a esta. Tais cuidados podem proporcionar, ao paciente, melhores condições de saúde, com máximo de conforto e segurança, viabilizando o tratamento de hemodiálise<sup>5</sup>.

Destaca-se que o autocuidado tem como propósito o desenvolvimento rotineiro de atividades simples, com vistas a contribuir para a integridade e o equilíbrio das funções orgânicas. Nesse sentido, o conhecimento acerca das atividades relacionadas a esse autocuidado é essencial, pois influencia a atitude e a prática adequada dos pacientes com a FAV<sup>6,7</sup>. Ademais, a não realização desses cuidados poderá acarretar baixo fluxo sanguíneo ou mesmo paralisação da FAV, demandando intervenções mais complexas como implante de cateter e/ou hospitalizações<sup>8</sup>.

Diante disso, a educação de qualidade acerca dos cuidados de saúde para pacientes com DRC e suas famílias é um elemento essencial<sup>8</sup>. A responsabilidade de orientar os pacientes é multidisciplinar e deve ser contínua, em todas as etapas do tratamento hemodialítico, a fim de melhorar a autoeficácia do paciente na prevenção de infecções e de outros problemas, o que requer deles um nível adequado de conhecimento sobre prevenção, habilidades e confiança para o autocuidado<sup>9</sup>.

No entanto, para o planejamento individualizado das ações de ensino direcionadas ao paciente renal, é importante que o enfermeiro considere os comportamentos de autocuidado desenvolvidos pelo paciente em relação à FAV<sup>10</sup>.

Considerando os aspectos mencionados, objetivou-se avaliar atividades de autocuidado com a fístula arteriovenosa em renais crônicos.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e abordagem quantitativa.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma unidade de referência para atendimento a pacientes renais crônicos em terapia renal substitutiva por Hemodiálise (HD) e conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Nordeste do Brasil.

### Participantes da pesquisa

A população foi constituída por pacientes renais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico de DRC e estar realizando terapia hemodialítica por FAV no momento da pesquisa. Foram excluídos pacientes sem condição de compreender e/ou se expressar verbalmente (deficiência auditiva e neurodegenerativa), que impossibilitasse a realização da coleta de dados por meio de entrevista, ou que estivessem hospitalizados.

O tamanho da amostra foi estimado em 100 pacientes, com erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Destes, 17 se recusaram a participar, 13 estavam hospitalizados, 10 apresentavam comunicação verbal prejudicada. Dessa forma, 60 pacientes participaram deste estudo.

### Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2018, por meio de um instrumento estruturado desenvolvido pelos próprios pesquisadores com base na literatura científica e com avaliação do conteúdo por seis especialistas em nefrologia, sendo quatro enfermeiras assistências e duas docentes de graduação. Após implementação dos ajustes sugeridos e aprovação da versão final pelos juizes, foi procedido um teste piloto com cinco pacientes, como não foram necessárias alterações, os questionários foram incluídos na amostra final.

O instrumento de coleta de dados dividiu-se em duas partes, sendo a primeira referente aos aspectos sociodemográficos

ficos (idade, sexo, escolaridade, tempo em HD) e a segunda composta por questões específicas ao autocuidado com a FAV e a frequência de realização dos mesmos em sua rotina diária. O instrumento foi aplicado durante as sessões de HD por dois discentes do curso de graduação em enfermagem após treinamento, com leitura das perguntas e registro das respostas com a mínima interferência.

Para classificar o conhecimento sobre os cuidados com a FAV levou-se em consideração o percentual atingido em cada item informado pelos pacientes. Assim, foi considerado conhecimento satisfatório percentuais de 80% a 100%, regular de 60% a 79% e conhecimento insatisfatório inferior a 59%<sup>11</sup>.

### Procedimento da análise de dados

Os dados coletados foram digitalizados em planilha do aplicativo *Microsoft Excel*. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva com o suporte do *software* estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0 for Windows. Foi aplicado o teste de *Kolmogorou-Smirnou* para verificar a normalidade dos dados quantitativos. Os resultados obtidos foram apresentados em tabelas.

### Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob o Parecer nº 233.953/13. A coleta foi iniciada após aprovação do CEP e os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, riscos e benefícios e convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os direitos dos pesquisados e a legislação vigente.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 60 pacientes em terapia hemodialítica por fistula arteriovenosa. A maioria era do sexo masculino (53,3%), possuía o ensino fundamental incompleto (33,3%) e apresentava idades entre 20 a 87 anos, estando a maior parte (41,7%) na faixa etária de 51 a 70 anos. Em relação ao tempo de hemodiálise, ele variou entre três meses a vinte e quatro anos.

A distribuição dos cuidados realizados com a FAV pelos pesquisados estão apresentados na Tabela 1. Pode-se observar que os cuidados realizados com maior frequência pelos pacientes foram: Evitar a administração de medicamentos e a coleta de sangue nas veias do braço em que está localizada a fistula e não permitir a verificação da pressão arterial no membro da fistula.

**Tabela 1** Distribuição dos pesquisados segundo o conhecimento autodeclarado acerca das atividades de autocuidado com a Fístula Arteriovenosa (FAV), 2019.

Variáveis	n=60	%
CUIDADOS		
Evitar a administração de medicamentos e a coleta de sangue nas veias do braço onde está localizada a fistula.	43	71,7
Não permitir a verificação da pressão arterial no membro da fistula.	43	71,7
Realizar higiene do membro da fistula arteriovenosa, com água e sabão antisséptico.	41	68,4
Evitar carregar peso.	41	68,3
Manter as unhas curtas e limpas.	32	53,3
Verificar se a FAV está funcionando por meio da palpação e percepção do frêmito.	30	50,0
Evitar dormir sobre o braço da fistula.	28	46,7
Observar sinais de infecção.	26	43,3
Hidratar a pele do membro.	25	41,7
Não coçar o braço da FAV.	23	38,3
Colocar compressa de gelo após HD.	22	36,7
Não utilizar materiais cortantes.	19	31,7
Colocar compressa morna no dia anterior da HD.	18	30,0
Fazer exercícios de prensão com bola de borracha.	15	25,0

Com base na análise dos dados da Tabela 1, viu-se que dos 14 cuidados referidos pelos pacientes, grande parte não era realizada por eles em sua rotina diária, o que denota déficit no autocuidado com a FAV.

As informações fornecidas pelos pacientes acerca dos cuidados a serem realizados para preservação da FAV revelou que o conhecimento da maioria dos pesquisados foi insuficiente, conforme disposto na Tabela 2.

**Tabela 2** – Conhecimento dos pesquisados sobre as atividades de autocuidado com a fistula arteriovenosa, 2019.

Classificação do conhecimento	n	%
Satisfatório	-	- -
Moderado	16	14,3
Insuficiente	44	85,7
Total	60	100,00

Na Tabela 3 pode-se observar que, do total de quatorze cuidados com a FAV contemplados no instrumento de coleta de dados, 50% dos pacientes informaram realizar de quatro a seis cuidados diariamente.

**Tabela 3** Distribuição dos pesquisados segundo a frequência diária de atividades de autocuidado com a fistula arteriovenosa, 2019.

Atividades de autocuidado com a Fistula arteriovenosa	f	%
< 3	21	35,0
4 a 6	30	50,0
7 a 9	5	8,3
> 10	4	6,7
Total	60	100,0

## DISCUSSÃO

A maioria dos participantes deste estudo (85,7%) apresentou conhecimento insuficiente acerca das atividades de autocuidado com a FAV. Estudo realizado na China evidenciou que 69,9% do comportamento de autocuidado direcionado à FAV de pacientes em hemodiálise estavam em um nível baixo ou moderado<sup>14</sup>. Já pesquisas realizadas em Portugal, mostraram que 71% dos pacientes praticavam comportamentos de autocuidado com a FAV, no entanto a frequência de realização desses comportamentos era menor quando consideradas as ações de prevenção de complicações com o acesso (63,9%)<sup>10,15</sup>.

O conhecimento insuficiente e a baixa frequência de realização das atividades de autocuidado em grande parte dos entrevistados, neste estudo, pode estar relacionado às características individuais dos pacientes, a exemplo da baixa escolaridade e a faixa etária avançada. Outro aspecto interessante a se considerar em pacientes renais crônicos é a capacidade de concentrar-se, que é afetada de forma negativa pela DRC.

Um acesso venoso permanente é necessário para que indicadores qualitativos da diálise sejam atingidos, como fluxo sanguíneo adequado e menores índices de complicações. Contudo, o funcionamento e a durabilidade da FAV dependem de cuidados que devem ser realizados diariamente e visam preservar a integridade da pele e das veias.

Independentemente do sistema de punção da FAV adotado pelos profissionais de enfermagem, o paciente renal em hemodiálise precisa conhecer e ser estimulado a seguir uma rotina de cuidados com o acesso e, por isso, deve ser devidamente informado sobre os procedimentos necessários para a maturação e funcionamento adequados da FAV<sup>7</sup>. Outro aspecto importante a ser considerado nas orientações de pacientes antes das primeiras punções do acesso, são relacionadas à minimização de dor e de complicações.

O planejamento de atividades educativas deve considerar o potencial da metodologia de ensino utilizada em prender a atenção dos pacientes e o tipo de linguagem, que deve ser acessível e considerar a capacidade de compreensão e o nível de escolaridade. Estudo que analisou a comunicação verbal prejudicada em 384 pacientes hospitalizados identificou que 157 tinham ensino fundamental<sup>12</sup>. Dessa forma, o baixo nível de escolaridade dos pacientes renais desse estudo pode ter influenciado negativamente a aprendizagem quanto aos cuidados com a FAV.

Sobre a idade avançada dos participantes, considera-se que o envelhecimento interfere na capacidade cognitiva<sup>13</sup>. Com esse entendimento, faz-se relevante que os profissionais de saúde incluam, tanto os pacientes com baixo nível de escolaridade, quanto os idosos com maior tempo em terapia hemodialítica e seus cuidadores em atividades educativas planejadas e permanentes, a fim de reforçar e complementar as informações necessárias para o autocuidado.

O conhecimento é essencial para a mudança de comportamento e implementação de atividades de autocuidado por parte dos pacientes renais em sua rotina. O conhecimento pode também, influenciar o empoderamento e a defesa do acesso pelo paciente, como recurso indispensável ao tratamento e a vida.

A investigação do conhecimento e frequência de realização dos cuidados revelou aspectos importantes para o planejamento de ações educativas, já que o desenvolvimento das entrevistas potencializou um espaço para o diálogo durante as sessões de hemodiálise. E os pacien-

tes se mostravam interessados na troca de informações e em expressar suas experiências individuais e desafios no convívio com a DRC e a hemodiálise.

Os cuidados “evitar a administração de medicamentos e a coleta de sangue nas veias do braço onde está localizada a fistula” e “não permitir a verificação da pressão arterial no membro da fístula” foram mencionados por 71,7% dos pacientes. A punção realizada no membro da FAV eleva significativamente o risco de um processo infeccioso, além de requerer habilidade técnica e conhecimento do profissional para evitar a paralisação da FAV.

No estudo realizado com 32 pacientes em Recife, observou-se maior deficiência, sobretudo, em relação ao conhecimento dos pacientes acerca da influência da aferição da pressão arterial com a durabilidade da FAV, na qual apenas 15 pacientes (46,9%) citaram a relação entre os dois fatores<sup>8</sup>.

Tais cuidados são fundamentais, pois verificar a pressão arterial pode promover a redução do fluxo sanguíneo na fistula com conseqüente trombose no acesso. Em relação à administração de medicamentos e realização de coletas sanguíneas, existe o risco de formação de hematomas, além de não preservar a rede venosa<sup>16</sup>.

Em relação ao cuidado “realizar a higiene do membro da fistula arteriovenosa com água e sabão antisséptico”, ele era conhecido por 68,4% dos pacientes. Pessoa e Linhares<sup>7</sup> identificaram resultados semelhantes em um serviço na região Nordeste do Brasil, onde 60% dos pacientes entrevistados realizavam o cuidado da lavagem do membro da FAV.

Destaca-se a importância da higiene do braço da FAV, mesmo com taxas de infecção menores quando comparada a outros tipos de acessos vasculares. Estudo com 73.884 pacientes nos Estados Unidos da América identificou que a FAV autógena está associada a maior durabilidade, melhor perviabilidade, menor risco de infecção e de morte em comparação a próteses e outros tipos de acessos<sup>4</sup>.

Ademais, os pacientes renais crônicos em diálise têm risco elevado de desenvolverem quadros infecciosos relacionados aos acessos vasculares, devido a integridade da pele prejudicada pelo ressecamento excessivo e imunidade baixa<sup>8</sup>.

Diante disso, a lavagem do membro com água e sabão constitui um cuidado simples que deve ser ensinado, continuamente, pelo profissional de saúde, a fim de garantir a sua realização como medida de prevenção de infecção da FAV. Ressalta-se que esse cuidado deve fazer parte do protocolo institucional de higienização do membro da FAV

antes das punções para hemodiálise, assim como, dos cuidados diários no domicílio.

O cuidado de “evitar carregar peso” foi mencionado por 68,3% dos entrevistados. Outros estudos demonstram que esse é um cuidado conhecido por mais de 90% dos pacientes que realizam tratamento de hemodiálise<sup>7-8,17</sup>, no entanto, ele era praticado por 83,7% deles em pesquisa desenvolvida na Turquia. Este dado reforça que o paciente com FAV precisa, não apenas conhecer as ações de autocuidado, mas também compreender a importância de desenvolvê-las<sup>17</sup>.

Outros cuidados como “colocar compressa de gelo após a HD e compressa morna no dia anterior da HD” foram pouco mencionados durante a pesquisa, com percentual de 36,7% e 30%, respectivamente. No estudo de Clementino e colaboradores (2018)<sup>11</sup>, estes cuidados foram realizados por 78,1% dos pacientes, enquanto que na pesquisa de Pessoa e Linhares<sup>10</sup> apenas 33,3% o praticavam. É importante que essas ações sejam realizadas de maneira correta, uma vez que elas auxiliam na redução do hematoma, o qual pode promover a formação de trombos no local da FAV<sup>18-20</sup>.

A prática de fazer exercícios de preensão com a bola de borracha foi mencionada por 25% dos participantes. Ressalta-se que a implementação de um programa de exercícios regulares pode propiciar o aumento do diâmetro/calibre da veia cefálica e do volume do fluxo sanguíneo de maneira significativa<sup>18</sup>. Além disso, esse cuidado está associado à maturação clínica significativamente maior quando realizada a comparação com pacientes que não seguem um programa regular de exercícios<sup>19</sup>.

Ressalta-se que os cuidados na presença de hematoma na FAV e aqueles relacionados aos exercícios para maturação do acesso podem ter sido mencionados com menor frequência pelos pacientes devido ao fato de não representarem cuidados diários. No entanto, nos períodos em que eles são demandados, devem ser realizados de maneira correta para garantir o bom funcionamento da FAV. Por este motivo, é necessário que o enfermeiro inclua esses cuidados no programa de atividades de ensino rotineiro, bem como que ele reforce os procedimentos corretos junto ao paciente na vigência do hematoma ou durante o período de maturação da FAV.

As ações de autocuidado com a FAV promovem a sua preservação ao evitar complicações como baixo fluxo de sangue, trombozes, infecções e formação de aneurismas ou pseudoaneurismas, os quais podem interromper o flu-

xo sanguíneo, inviabilizando o tratamento hemodialítico por meio deste acesso vascular<sup>21</sup>.

Nesse sentido, o incentivo à prática do autocuidado pela equipe de enfermagem é indispensável, tanto no apoio quanto no fornecimento de orientações, porquanto proporciona maior qualidade de vida à pessoa com DRC em hemodiálise. Para tanto, o paciente necessita ter conhecimento sobre a doença, sintomas e limitações físicas, bem como os cuidados recomendados com a fístula, e ter adesão ao tratamento. Ele deve, ainda, estar apto a compreender o funcionamento de seu acesso vascular e o objetivo das medidas de precaução para evitar sua inoperância<sup>7-8, 22</sup>.

Pesquisa realizada no México destacou que a capacitação da equipe de enfermagem no manejo dos acessos vasculares em unidades de hemodiálise se fundamenta no conhecimento científico, na evidência clínica e na segurança do paciente<sup>23</sup>. Contudo, é importante considerar que o processo de ensino de pacientes renais pode ser influenciado por características e diferenças individuais na forma de aprender<sup>14</sup>. Nesse sentido, devem-se fornecer informações precisas e repeti-las ao paciente e aos familiares sempre que necessário.

Nesta perspectiva, o enfermeiro e os demais membros da equipe multiprofissional especializada no cuidado ao paciente renal com fístula arteriovenosa devem suscitar o autocuidado reflexivo, pautado em conhecimentos dialogados<sup>24</sup> e no reconhecimento de sua autonomia frente às habilidades adquiridas no processo de aprendizagem para a manutenção do acesso vascular<sup>25</sup>.

Destaca-se, ainda, que, apesar do conhecimento do paciente acerca das ações de autocuidado com a FAV ser essencial para o seu desempenho, outras questões podem influenciar a realização dessas atividades. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde conheça sua clientela, a fim de considerar todos os aspectos relacionados ao autocuidado de forma a adaptar os programas de ensino e favorecer a efetivação do cuidado pelo paciente e/ou cuidador.

Nesta perspectiva, sugere-se ainda, que a equipe multiprofissional, em especial o enfermeiro, busque estratégias criativas como banner, cartilha, vídeo, boneco para simulação, depoimentos de outros pacientes, dentre outras ferramentas, capazes de facilitar a comunicação e o processo de aprendizagem dos cuidados. Ressalta-se ainda, a importância de avaliar periodicamente o conhecimento, visando lembrar aqueles mais esquecidos pelos pacientes e ou per-

cebidos como menos importantes, já que todos são considerados essenciais na preservação da fístula arteriovenosa.

### Limitações do Estudo

Destaca-se como limitação desta pesquisa a avaliação da frequência de realização dos cuidados com a FAV com pacientes durante a sessão de hemodiálise, uma vez que, os cuidados são realizados em domicílio e o julgamento pode ter sido influenciado pelo viés da memória.

### Contribuições para a prática

Os resultados deste estudo possibilitaram a verificação dos cuidados mais e menos conhecidos entre pacientes renais, o que pode auxiliar o enfermeiro no planejamento de ações de educação em saúde que abordem a temática do autocuidado com a FAV. Ao realizar esta análise, o estudo também reflete a importância do cuidado com a FAV no contexto do paciente renal crônico, além de fomentar a realização de novas pesquisas que abordem a temática, considerando as características individuais do paciente.

### CONCLUSÃO

Com a realização desse estudo, evidenciou-se que o nível de conhecimento dos pacientes renais crônicos quanto às atividades de autocuidado com a fístula arteriovenosa foi insuficiente. Esse achado é de grande valia aos profissionais focados na promoção da saúde de pacientes renais crônicos, pois revela a necessidade de investimento em atividades educativas quanto aos cuidados com a FAV.

Diante disto, é preciso que os profissionais de saúde reconheçam o seu papel educativo e desenvolvam estratégias para ensinar os pacientes renais, tornando-os protagonista no seu processo terapêutico, o que contribuirá para adoção de práticas seguras em relação à manutenção da fístula arteriovenosa.

### Contribuição dos autores:

Concepção da pesquisa, planejamento da coleta e análise de dados da pesquisa: Ana Elza Oliveira de Mendonça, Marina Martins Teixeira; Contribuição na redação e revisão das versões do artigo: Isabel Pires Barra, Jéssica Mayara de Medeiros Tavares; Revisão e aprovação da versão final: Natália Ramos Costa Pessô, Viviane Peixoto dos Santos Pennafort.

## REFERÊNCIAS

1. Mills KT, Xu Y, Zhang W, Bundy JD, Chen CS, Kelly TN, et al. A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney intern* [internet]. 2015 [cited 2019 Jul 23];88(5):950-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26221752>
2. Lins SMS, Leite JL, Godoy S, Tavares JMAB, Rocha RG, Silva FVC. Treatment adherence of chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Acta paul* [internet]. enferm. 2018 [cited 2019 Jun 22];31(1):54-60. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002018000100054&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000100054&lng=en)
3. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2017. *J Bras Nefrol* [internet]. 2019 [cited 2019 Mai 13];41(2):208-14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002019005013101&script=sci\\_arttext/http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0178](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002019005013101&script=sci_arttext/http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0178).
4. Arhuidese IJ, Orandi BJ, Nejm B, Malas M. Utilization, patency, and complications associated with vascular access for hemodialysis in the United States. *J vasc surg* [internet]. Outubro de 2018 [cited 2018 Nov 23]; 68(4):1166-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30244924>
5. Guimarães GL, Govela VR, Mendonça IYO, Côrrea AR, Matos SS, Guimarães JO, et al. Intervenções de enfermagem no paciente em hemodiálise por cateter venoso central. *Rev enferm UFPE on line* [internet]. 2017 [cited 2019 Jul 10];11(3):1127-35. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30912>
6. Ferreira JKAF, Pessoa NRC, Pôrto NP, Lira ALBC, Frazão CMQ. Knowledge: disease process in patients undergoing hemodialysis. *Invest educ enferm, Medellín* [internet]. 2018 [cited 2019 Feb 13];36(2), e04. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072018000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000200004)
7. Pessoa NRC, Linhares FMP. Hemodialysis patients with arteriovenous fistula: knowledge, attitude and practice. *Esc Anna Nery* [internet]. 2015 [cited 2019 Jan 06]; 19(1):73-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100073&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100073&script=sci_arttext&lng=en)
8. Clementino DC, Souza AMQ, Barros DCC, Carvalho DMA, Santos CR, Fraga SN, et al. Pacientes em hemodiálise: importância do autocuidado com a fistula arteriovenosa. *Rev Enferm Ufpe On line* [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 15];12(7):1841-52. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986528>
9. Fernandes LP, Mota Marins KY, Carmo HO, Silva SRS, Farias SMC, Silva, CFG. Needs of Educational-Therapeutic Actions in a Renal Dialysis Service in Brazil. *Enferm Nefrol* [internet]. 2018 [cited 2019 Ago 12];21(1):53-62. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842018000100053&lng=es&norm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842018000100053&lng=es&norm=iso)
10. Sousa CN, Marujo P, Teles P, Lira MN, Dias VFF, Novais MELEM, et al. Self care behavior profiles with arteriovenous fistula in hemodialysis patients. *Clin Nurs Res* [internet]. 2018 [cited 2019 Mai 16];00(0):1-10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1054773818787110>
11. Bonadiman RL, Santanna AF, Brasil GA, Lima EM, Lenz D, Endringer DC, et al. Nível de satisfação dos usuários e verificação do conhecimento dos farmacêuticos em farmácias públicas do Espírito Santo, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [internet]. 2018 [cited 2019 Feb 18];23(2):627-38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pi](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pi)

# CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA: PRÁTICAS DE ENFERMEIROS NA ATENÇÃO INTENSIVA NEONATAL<sup>1</sup>

Higor Pacheco Pereira<sup>2</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-5112-1118>

Maria Vargas Makuch<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-7060-4414>

Junia Selma Freitas<sup>3</sup>

<http://orcid.org/0000-0002-0736-3977>

Izabela Linha Secco<sup>4</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-0930-2139>

Mitzzy Tannia Reichembach Danski<sup>3</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-5380-7818>

**Objetivo:** Identificar o conhecimento dos enfermeiros quanto à inserção e manutenção do cateter central de inserção periférica em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Estudo exploratório descritivo quantitativo realizado em um hospital pediátrico de referência em maio e junho de 2019. Análise dos dados por meio do programa SPSS (21.0). **Resultados:** Setenta e oito por cento dos enfermeiros receberam capacitação na instituição, 100,0% realizam lavagem do acesso com solução salina, pressão positiva e técnica pulsátil e todos consideram como pontos críticos o eritema, algia, secreção no local de inserção e obstrução do dispositivo. **Conclusão:** O papel do enfermeiro é fundamental na diligência com o cateter central de inserção periférica, atuando como educador da equipe de enfermagem para promover a qualificação e adesão aos protocolos institucionais continuamente.

**Descritores:** Recém-nascido; Cateterismo venoso central; Unidades de terapia intensiva neonatal; Enfermagem neonatal.

## PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER: NURSING PRACTICES IN NEONATAL INTENSIVE CARE

**Objective:** To identify nursing knowledge regarding the insertion and maintenance of the peripherally inserted central catheter in a Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** Exploratory descriptive quantitative study carried out in a pediatric reference hospital in May and June 2019. Data analysis using the SPSS program (21.0). **Results:** Seventy-eight percent of nurses received training at the institution, 100.0% performed access flushing with saline, positive pressure and pulsating technique and all considered as critical points erythema, pain, secretion at the insertion site and obstruction of the device. **Conclusion:** The role of the nurse is fundamental in the diligence with the peripherally inserted central catheter, acting as an educator of the nursing team to promote qualification and adherence to institutional protocols continuously.

**Descriptors:** Newborn; Central venous catheterization; Neonatal intensive care units; Neonatal nursing.

## CATÉTER CENTRAL INSERTADO PERIFÉRICAMENTE: PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

**Objetivo:** identificar el conocimiento de las enfermeras sobre la inserción y el mantenimiento del catéter central insertado periféricamente en una unidad de cuidados intensivos neonatales. **Método:** estudio cuantitativo descriptivo exploratorio realizado en un hospital pediátrico de referencia en mayo y junio de 2019. Análisis de datos con el programa SPSS (21.0). **Resultados:** el setenta y ocho por ciento de las enfermeras recibieron capacitación en la institución, el 100.0% realizó enrojecimiento de acceso con solución salina, presión positiva y técnica pulsante y todos se consideraron puntos críticos como eritema, dolor, secreción en el sitio de inserción y obstrucción del dispositivo. **Conclusión:** El papel de la enfermera es fundamental en la diligencia con el catéter central insertado periféricamente, actuando como un educador del equipo de enfermería para promover la calificación y el cumplimiento de los protocolos institucionales continuamente.

**Descriptorios:** Recién nacido; Cateterismo venoso central; Unidades de cuidados intensivos neonatales; Enfermería neonatal.

<sup>1</sup>Parte do Trabalho de Conclusão da Residência "Desafios no manejo do PICC: práticas da equipe de enfermagem na atenção intensiva neonatal", em 2019. Programa de Pós-graduação, Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Faculdades Pequeno Príncipe.

<sup>2</sup>Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>3</sup>Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Autor correspondente: Higor Pacheco Pereira - Email: higor.pachecopereira@hotmail.com

Recebido: 21/02/2020 - Aceito: 03/05/2020

## INTRODUÇÃO

Devido ao avanço tecnológico empregado a recém-nascidos (RN) em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) nos últimos anos, tem-se observado uma melhoria expressiva da assistência prestada, bem como a redução da mortalidade infantil e um aumento significativo na sobrevivência dos RN de alto risco<sup>(1,2)</sup>.

Mediante tal avanço, ocorreu uma modificação do perfil dos neonatos internados, demandando dos profissionais de enfermagem maior aprimoramento tecnicista<sup>(3)</sup>. A equipe de enfermagem que exerce o cuidado em UTIN deve reconhecer que os RN são indivíduos que apresentam dependência, fragilidade, delicadeza, instabilidade e necessitam de maior percepção e sensibilidade durante o cuidado. Para isso, precisam exercer uma assistência segura e humanizada, identificando as necessidades apresentadas pelo paciente<sup>(4)</sup> as quais tornam essa população diferenciada das demais faixas etárias.

No que diz respeito à terapia intravenosa, o Enfermeiro possui um papel fundamental na assistência ao RN e possui legalmente autonomia profissional para a passagem de cateter, sua indicação, inserção e manutenção, mediante capacitação. Por conseguinte, a inserção do cateter central de inserção periférica (PICC, do inglês *Peripherally Inserted Central Catheter*) é um procedimento privativo do enfermeiro<sup>(5)</sup>.

Mesmo sendo uma função privativa do enfermeiro, é de vital importância para o sucesso do PICC, uma equipe de enfermagem qualificada através de educação continuada, afim de prestar um serviço de qualidade, seguro e humanizado, sempre incorporando novas tecnologias ao cuidado.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos enfermeiros quanto à inserção e manutenção do PICC em uma UTIN de um hospital pediátrico de referência.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo quantitativo, realizado com enfermeiros que trabalham na UTIN de um hospital pediátrico de referência em Curitiba, resultando em 14 participantes.

Foram incluídos todos os enfermeiros que exercem funções assistenciais na UTIN do hospital de estudo, os quais possuem ou não habilitação em PICC.

A coleta de dados foi realizada nas dependências da UTIN entre maio e junho de 2019. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o participante preencheu o questionário estruturado em escala Likert, elaborado com base em referenciais teóricos sobre a temática.

Esse instrumento foi balizado por meio da Técnica de Delphi com um time de 14 enfermeiros especialistas em PICC. Este grupo respondeu aos questionários e opinou quanto à temática do estudo, o que resultou em um *feedback* consensual quanto ao questionário a ser utilizado. Cabe salientar que os profissionais que participaram da validação do instrumento não foram incluídos como participantes do estudo.

Para o questionário foram elaboradas inicialmente 36 questões. Após validação do questionário com os especialistas, restaram 33 questões referentes a inserção e cuidados com o PICC, além disso, todas as perguntas foram revisadas e melhoradas pelo time.

As informações foram analisadas por meio de estatística descritiva, através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. A pesquisa atendeu as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer de nº 3.246.764.

## RESULTADOS

Quanto ao perfil dos enfermeiros, 7 (49,7%) possuem tempo de formação de 1 a 5 anos. Sobre a atuação profissional em UTIN, 5 (35,5%) possuem menos de 1 ano, seguido de 4 (28,4%) de 1 a 5 anos. Dos 14 enfermeiros entrevistados, 10 (71,0%) possuem curso de habilitação em PICC, porém, todos responderam os itens relacionados à inserção do dispositivo, provavelmente por conhecerem e presenciarem essa técnica na unidade, seja por auxiliarem o enfermeiro habilitado na realização do procedimento, ou por possuírem formação acadêmica sobre o dispositivo. Quanto à manutenção do cateter, sete entrevistados responderam que semanalmente manuseiam, em média, 10 cateteres (14,2%), 4 cateteres (14,2%) e 5 cateteres (21,3%). Oito dos 14 enfermeiros (56,8%) possuem pós-graduação, variando entre Gestão em Saúde, UTI Pediátrica e Neonatal e Saúde da Criança e do Adolescente.

Em relação à educação continuada promovida pela instituição sobre PICC, 11 (78,1%) responderam afirmativamente. Quando questionados sobre a promoção de algum treinamento sobre cuidados com o PICC para sua equipe de enfermagem, 9 (63,9%) dos enfermeiros responderam que já realizaram algum tipo de capacitação.

Quanto às práticas profissionais na inserção do PICC em UTIN, os resultados estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Análise descritiva sobre as práticas profissionais dos enfermeiros na inserção do PICC - UTIN, Curitiba, 2019.

Variáveis	Categorias	Enfermeiros n (%)
Avalia as condições clínicas do paciente	Sempre Sem informações	13 (92,9) 1 (7,1)
Faz uso de equipamentos de proteção individual e solicita o mesmo aos profissionais envolvidos no procedimento	Sempre	14 (100,0)
Realiza técnica de inserção de forma asséptica e estéril	Sempre	14 (100,0)
Solicita confirmação da posição do cateter através da radiografia, bem como a interpretação do resultado	Sempre Sem informações	13 (92,9) 1 (7,1)
No momento da inserção, não traciona ou reintroduz o cateter. O paciente deverá estar monitorizado	Sempre Quase sempre Às vezes Sem informações	4 (28,4) 5 (35,7) 4 (28,4) 1 (7,1)
Discute facilmente sobre a indicação do cateter com a equipe médica	Sempre Quase sempre Sempre Quase sempre	13 (92,9) 1 (7,1) 13 (92,9) 1 (7,1)
<b>Total</b>		<b>14 (100)</b>

Fonte: Dados da Pesquisa.

Também foi aplicado um questionário sobre as práticas profissionais quanto ao manejo do PICC, conforme Tabela 2.

**Tabela 2** - Análise descritiva sobre as práticas profissionais dos enfermeiros na manutenção do PICC - UTIN, Curitiba, 2019

Variáveis	Categorias	Enfermeiros n (%)
Não coleta amostras de sangue em cateteres abaixo de 3,8 French	Sempre Quase sempre Às vezes Quase nunca Nunca	7 (49,7) 4 (28,4) 1 (7,1) 1 (7,1) 1 (7,1)
Considera pontos críticos: eritema, algia, secreção na inserção e obstrução	Sempre Quase sempre Nunca	9 (63,9) 1 (7,1) 4 (28,4)
Avalia a posição do cateter (migração)	Sempre	14 (100,0)
Realiza radiologia de controle para verificação da posição do cateter	Sempre Quase sempre	13 (92,9) 1 (7,1)
Realiza higienização das mãos antes de manipular o cateter	Sempre Quase sempre Quase nunca Sempre	7 (49,7) 5 (35,5) 2 (14,2) 14 (100,0)
Realiza antisepsia das conexões por pelo menos 10 segundos ao abrir o sistema fechado	Sempre Quase sempre Nunca	12 (85,2) 1 (7,1) 1 (7,1)

Não utiliza seringa de calibre inferior a 10 ml para o <i>flushing</i>	Sempre Quase sempre Nunca	12 (85,2) 1 (7,1) 1 (7,1)
Realiza a troca do ocluser ao abrir o sistema fechado	Sempre Quase sempre	13 (92,9) 1 (7,1)
Realiza o <i>flushing</i> com solução salina, empregando pressão positiva e faz o pinçamento do sistema para evitar o retorno venoso	Sempre Quase sempre Às vezes Sempre	11 (78,1) 1 (7,1) 2 (14,2) 14 (100,0)
<b>Total</b>		<b>14 (100)</b>

Fonte: Os autores.

Quanto às práticas profissionais em relação ao curativo do PICC, os resultados estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3** - Análise descritiva sobre as práticas profissionais dos enfermeiros quanto as práticas do curativo do PICC - UTIN, no ano de 2019. Curitiba, 2019

Variáveis	Categorias	Enfermeiros n (%)
A primeira troca do curativo deverá ser realizada após 24 horas do procedimento, utilizando o curativo transparente	Sempre Quase sempre Às vezes	8 (56,8) 5 (35,7) 1 (7,1)
Na troca do curativo, retirá-lo com soro fisiológico 0,9%, abrir o material do curativo, umedecer a compressa de gaze com soro fisiológico 0,9%, realizar limpeza da área de inserção e secar a área com gaze	Sempre Às vezes Quase nunca Nunca	6 (42,6) 2 (14,2) 1 (7,1) 5 (35,7)
Aplicar clorexidina alcoólica no sítio de inserção e aguardar secar	Sempre	14 (100,0)
Inspecionar o sítio de inserção	Sempre Quase sempre	13 (92,9) 1 (7,1)
Fixar com curativo transparente todo o cateter, datando o curativo	Sempre	14 (100,0)
O curativo deve ser trocado quando apresentar sujidade, umidade ou descolamento	Sempre	14 (100,0)
A cobertura poderá ser trocada a cada 7 dias quando limpo e seco	Sempre	14 (100,0)
Riscos durante o procedimento: tracionamento e remoção acidental do dispositivo	Sempre Quase sempre Às vezes Sem informações	9 (63,9) 1 (7,1) 1 (7,1) 3 (21,3)
<b>Total</b>		<b>14 (100)</b>

Fonte: Os autores.

## DISCUSSÃO

Em relação à infusão de sangue e hemoderivados pelo cateter e a não coleta de amostras de sangue em cateteres abaixo de 3,8 French, sabe-se que essas práticas acabam ocorrendo devido à fragilidade venosa, as características específicas da clientela juntamente das práticas assistenciais intensivas. Estudos demonstram que não são recomendadas a infusão dessas soluções e contraindicam a coleta de sangue, pois devem ocorrer em cateteres com calibre superior a 3,8 French<sup>(3,4)</sup>. Revisão integrativa demonstrou que a utilização do PICC para hemotransfusões e coletas de sangue deve ser pouco recomendada, pois existe o risco de trombose ou obstrução<sup>(6)</sup>.

Sobre a permeabilização do acesso vascular, estudo que acompanhou 401 PICC em neonatos até sua remoção descreveu que o *flushing* deve ocorrer em intervalo de 6 horas, com infusão de solução fisiológica a 0,9%, utilizando volume de 0,5 a 1,0 ml e seringa de 10 ml ou maior volume<sup>(7)</sup>.

É importante refletir o uso da técnica do *flushing* pulsátil (*push pause*). Estudos demonstram que essa técnica pode ser mais efetiva na remoção de depósitos sólidos por causar fluxo turbilhonado, comparado à técnica de *flushing* contínuo que causa fluxo laminar<sup>(8,9)</sup>.

Todos os enfermeiros entrevistados responderam que são considerados pontos críticos o eritema, algia, secreção no local de inserção e obstrução. Quanto à detecção precoce de complicações relacionadas ao cateter, sinais como hipertermia, rubor e secreção no sítio da inserção, devem ser avaliados diariamente pelo enfermeiro, ressaltando a importância de profissionais treinados tecnicamente para intervirem sobre as complicações antecipadamente<sup>(10)</sup>.

Em relação ao curativo, observou-se variação das respostas dos participantes na realização do mesmo, o que possivelmente reflete a falta de padronização desse procedimento. A prática do curativo é essencial na manutenção do PICC, uma vez que possui as funções de cobrir, prevenir trauma local e contaminação. Existe uma diversidade de materiais utilizados para esse fim e, como exige procedimento estéril, demanda a troca por profissional capacitado no intuito de prevenir infecção relacionada ao cateter. A escolha ideal da cobertura ajuda na manutenção do acesso venoso<sup>(1,10,11)</sup>.

Quando inserido, o PICC deve ser fixado com gaze e fita adesiva estéril devido a presença de sangramento ou diaforese, sendo realizado a troca a cada 48 horas ou cobertura estéril transparente que deve ser trocada a cada sete dias, ambos devem ser trocados imediatamente se presença de sujidade, umidade ou descolamento, sempre com o objetivo de redução de infecção por corrente sanguínea (IPCS)<sup>(1-</sup>

3,6,10). Essa recomendação justifica a mesclagem na resposta em relação a primeira troca do curativo pelo enfermeiro, sendo sempre necessário uma avaliação diária da cobertura utilizada no dispositivo vascular pelo profissional.

Estudo de revisão integrativa com o objetivo de analisar os riscos do uso do PICC e as boas práticas de manutenção, evidencia a troca do curativo do PICC a cada sete dias no caso de película transparente ou na presença de sujidade, umidade, sangramento ou bordas com pouca adesão cutânea<sup>(12)</sup>. A utilização da película transparente semipermeável oferece a visualização do sítio de inserção, atua como barreira para microrganismos externos<sup>(10)</sup>, aumenta o tempo de permanência do cateter, proporciona conforto ao paciente e menor custo à instituição<sup>(11)</sup>.

Em relação ao preparo da pele do neonato, deve-se considerar seu peso. Estudos apontam para a fragilidade da pele em RN com peso inferior a 1.500 gramas, onde é correto utilizar clorexidina degermante, e para RN com peso superior a 1.500 gramas recomenda-se a utilização de clorexidina alcoólica<sup>(1,7,10,11)</sup>.

A *Infusion Nurse Society* (INS) dá preferência à utilização de antisséptico cutâneo de clorexidina em solução alcoólica > 0,5%, mas se houver contraindicação, pode ser usado povidone ou álcool a 70%, deixando secar completamente antes da inserção do cateter ou troca do curativo. Apesar da eficácia comprovada, a avaliação desses produtos sobre a pele deve ser constante devido ao risco de irritação e queimaduras em prematuros e lactentes<sup>(13)</sup>.

Durante o curativo, para a prevenção do deslocamento acidental do PICC, é recomendável a manipulação mínima, sendo sua estabilização uma medida eficaz com o uso de dispositivos com esse fim ou fita adesiva estéril<sup>(2,10-6)</sup>. Atualmente existem no mercado vários modelos de estabilizador, porém, a ANVISA e a INS orientam o uso de estabilizadores sem sutura para redução do risco de infecção<sup>(8,13)</sup>.

Em relação a não utilização de seringa de calibre menor que 10 ml para a infusão no cateter, vários autores relatam que o uso de seringas de 1, 3 e 5 ml diretamente no conector do cateter, devido a sua pressão exercida, podem ocasionar ruptura do dispositivo. Por isso, indica-se o uso de seringas de 10 e 20 ml<sup>(3,7,9,10-12)</sup>.

Todos os entrevistados relataram a higienização das mãos antes de manipularem o cateter. Atualmente, qualquer debate sobre as infecções de corrente sanguínea prevê a discussão acerca dos indicadores de processo, os quais estão intrinsicamente envolvidos com as práticas diárias executadas pelos profissionais de saúde<sup>(14)</sup>. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes<sup>(15)</sup>. Por

isso, higienizá-las é o caminho mais efetivo para prevenir infecções<sup>(16)</sup>. Legeay et al. (2015) alertaram que a transmissão de microrganismos patogênicos pelas mãos dos profissionais pode levar à circulação de cepas endêmicas por longos períodos<sup>(17)</sup>.

No que tange à antissepsia das conexões por 10 segundos e a troca do ocluser ao abrir o sistema, estudiosos afirmam que esses cuidados resultam em diminuição significativa de infecção associada ao cateter<sup>(4,12)</sup>, auxiliando na prevenção de colonização extraluminal<sup>(18)</sup>, recomendações também pontuadas pela ANVISA<sup>(9)</sup>.

Observou-se uma diferenciação nas respostas sobre os dois momentos em que a radiografia se faz importante, isto é, logo após a inserção e durante a manutenção do dispositivo. Muitos enfermeiros não solicitam a imagem de controle para visualização do PICC porque, diariamente, os RN são radiografados para outros fins. Dessa maneira, mesmo que o exame não tenha esse objetivo específico, é possível fazer o controle de posicionamento do PICC através dessas imagens solicitadas por outros profissionais.

Pesquisa que analisou o conhecimento de enfermeiros neonatais acerca das práticas com o PICC afirmou que o sucesso do procedimento é alcançado quando o dispositivo atinge a veia cava. Qualquer posição subótima é um fator limitante para o seu uso, portanto, quando o controle por meio de radiografias não é efetuado, pode gerar um desfecho prejudicial para o RN<sup>(2)</sup>.

Considerando que a inserção do cateter é o momento crítico para a ocorrência de infecção, o monitoramento sobre a inserção é uma forma de manter essas taxas constantemente baixas<sup>(19)</sup>. Quanto aos cuidados durante a cateterização, estão consolidadas as recomendações de antissepsia das mãos, uso de barreira máxima estéril, antissepsia da pele com clorexedina 0,5% e secagem completa do produto, utilização de kits de inserção pré-montados, equipe exclusiva com treinamento especializado em inserção e manutenção de cateter venoso central<sup>(20)</sup>. A verdadeira prevenção da infecção precisa da aderência restrita aos bundles e protocolos institucionais<sup>(17)</sup>.

## Limitações do estudo

Apointa-se como limitação do estudo a escassez de referenciais teóricos nacionais que abordassem o manejo do PICC pela enfermagem em UTIN. Devido ao seu uso em expansão, faz-se necessário identificar práticas vigentes sobre a inserção e manutenção desse dispositivo, a fim de apresentar recomendações para a prática clínica e fornecer evidências para melhorar protocolos institucionais.

## Contribuições para a prática:

O PICC é uma tecnologia inovadora, cada vez mais necessária nas UTIN e que exige dos profissionais conhecimento técnico-científico para evitar complicações. Para isso, a adesão às boas práticas relacionadas ao seu uso são cuidados indispensáveis na assistência neonatal.

## CONCLUSÃO

Dentro da equipe de saúde, o enfermeiro tornou-se um profissional de destaque na diligência com o PICC, a partir do momento que adquiriu autonomia legal para este fim. Para assegurar essa notoriedade e promover um cuidado ético e seguro, tal profissional precisa estar em constante aperfeiçoamento e garantir que toda a equipe seja fiel aos protocolos institucionais. Além disso, como disseminador de saberes, deve atuar como educador permanente da equipe de enfermagem.

## Contribuições os autores:

Higor Pacheco Pereira: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Débora Maria Vargas Makuch: a) concepção e/ou desenho do estudo; b) coleta, análise e interpretação dos dados; c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Junia Selma de Freitas: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Izabela Linha Secco: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada). Mitzy Tannia Reichembach Danski: c) redação e/ou revisão crítica do manuscrito; d) aprovação da versão final a ser publicada).

## REFERÊNCIAS

Martins C, Oselame GB, Neves EB. Cateter central de inserção periférica: revisão sistemática. *Rev Aten. Saúde*. [Internet]. 2016 [acesso em 13 ago 2019]; 14(47). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3358>

Souza RRB, Alves VH, Rodrigues DP, Dames LJP, Medeiros FVA, Paiva

ED. O conhecimento do enfermeiro sobre cateter central de inserção periférica: estudo descritivo. *Rev Braz j nurs*. [Internet]. 2016 [acesso em 24 ago 2019]; 15(1). Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5298/html\\_1037](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/5298/html_1037)

Marciano AL, Giustina KPD, LESSA G, Preis LC, Caetano J. Ações de

enfermagem na assistência ao paciente com cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em uma UTI neonatal. *Rev Ciênc. Cidadania*. [Internet]. 2017 [acesso em 05 ago 2019]; 3(1). Disponível em: <http://periodicos.unibave.net/index.php/cienciaecidadania/article/view/155/133>

Bomfim JMS, Passos LS, Silva JC. Cateter central de inserção periférica: desafios e estratégias de enfermagem na manutenção do dispositivo. *Rev CuidArt*. [Internet]. 2017 [acesso em 28 ago 2019]; 11(1). Disponível em: [http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/18%20Artigo%20Cateter\\_central%20de%20inser%C3%A7%C3%A3o%20perif%C3%A9rico%20PICC.pdf](http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/18%20Artigo%20Cateter_central%20de%20inser%C3%A7%C3%A3o%20perif%C3%A9rico%20PICC.pdf)

Conselho Federal de Enfermagem [homepage na internet]. Resolução nº 258 de 12 de julho de 2001. Inserção de Cateter Periférico Central, pelos Enfermeiros. [acesso em 08 set 2019]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/legisla%C3%A7%C3%A3o/r258.html>.

Lui AML, Zilly A, França AFO, Ferreira H, Toninato APC, Silva RMM. Cuidados e limitações no manejo do cateter central de inserção periférica em neonatologia. *Rev RECOM*. [Internet]. 2018 [acesso em 15 ago 2019]; 8(1918). Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23236p28-27-2018>

Costa P, Paiva ED, Kimura AF, Castro TE. Fatores de risco para infecção de corrente sanguínea associada ao cateter central de inserção periférica em neonatos. *Rev Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016 [acesso em 18 ago 2019]; 29(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600023>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [homepage na internet]. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária [acesso em 10 set 2019]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>

Borghesan NBA, Demitto MO, Fonseca MM, Fernandes CAM, Costetrano RGS, Higarashi IH. Cateter venoso central de inserção periférica: práticas da equipe de enfermagem na atenção intensiva neonatal. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2017 [acesso em 28 ago 2019]; 25(28143). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.28143>

Sirqueira LC, Souza KF. Cuidados de enfermagem na manutenção do cateter central de inserção periférica no recém-nascido. *Rev UVRV*. [Internet]. 2017 [acesso em 22 ago 2019]; 15(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.4021>

Cavalcante RC, Marques ADB, Branco JGO, Couto CS, Campos ACS, Rolim KMC. Cuidados de enfermagem na manutenção do cateter central de inserção periférica em neonatos: revisão integrativa. *Rev Pre Infec e Sal*. [Internet]. 2015 [acesso em 26 ago 2019]; 1(2). Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3591/pdf>

Pinto MMM, Nascimento VD, Vasconcelos SP, Freire GMM, Pena SBS, Santos SDL, Pompeu MRM, Ramos IO, Rolim KMC, Magalhães FJ. O enfermeiro no cuidar ao neonato em uso de PICC: revisão integrativa. *Rev Tenden. Da Enferm. Profis*. [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago 2019]; 9(3). Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/02/O-ENFERMEIRO-NO-CUIDAR-AO-NEONATO-EM-USO-DE-PICC.pdf>

Infusion Nurses Society [homepage na internet]. Infusion nursing standards of practice. *J Intraven Nurs*. [acesso em 15 set 2019]. Disponível em: <https://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção Associada à Assistência à Saúde – Neonatologia. Brasília: Anvisa, 2017a. [acesso em 04 fev 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-+Crit%C3%A9rios+Diagn%C3%B3sticos+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/7485b45a-074f-4b34-8868-61fle5724501>

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia. Brasília: Anvisa, 2017b. [acesso em 04 fev 2020]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>

Hammoud MS, Al-Taiar A, Al-Abdi SY, Bozaid H, Khan A, AlMuhairi LM, et al. Late-onset neonatal sepsis in Arab states in the Gulf region: two-year prospective study. *Int J Infect Dis*. [Internet]. 2017 [acesso em 04 fev 2020]; 55:125-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2017.01.006>

Legeay C, Bourigault C, Lepelletier D, Zahar JR. Prevention of health-care-associated infections in neonates: room for improvement. *J Hosp Infect*. [Internet]. 2015 [acesso em 04 fev 2020]; 89(4):319-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.02.003>

Silva MPC, Bragato AGC, Ferreira DO, Zago LB, Toffano SEM, Nicollussi AC, Contim D, Amaral JB. Bundle para manuseio do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Rev Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2019 [acesso em 22 ago 2019]; 32(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900036>

Rosado V, Camargos PAM, Anchieta LM, Bouzada MCF, Oliveira GM, Clemente WT, et al. Fatores de risco para infecção associada a cateteres venosos centrais em população neonatal – revisão sistemática. *J Pediatr (Rio J)*. [Internet]. 2018 [acesso em 04 fev 2020]; 94(1):3-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.03.012>

Curan GRF, Rossetto EG. Medidas para redução de infecção associada a cateter central em recém-nascidos: revisão integrativa. *Texto Contexto - Enferm*. [Internet]. 2017 [acesso em 04 fev 2020]; 26(1):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005130015>.

# SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO NO PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO ENDOVENOSO

Cristina Oliveira da Costa<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2183-6224>

Thais Lima Vieira de Souza<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2161-2327>

Érica Oliveira Matias<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-6756-6223>

Sabrina de Souza Gurgel<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2180-5946>

Rafaela de Oliveira Mota<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-1586-6678>

Francisca Elisângela Teixeira Lima<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7543-6947>

**Objetivo:** Avaliar o processo de preparo e administração de medicamentos endovenosos em um hospital pediátrico. **Métodos:** Estudo transversal de natureza quantitativa. Foram realizadas 135 observações do processo de preparo e administração de medicamentos por via endovenosa em crianças. Para a avaliação do desempenho dos profissionais na execução de cada ação do processo determinou-se o Índice de Positividade para Qualidade da Assistência. A análise foi através de estatística descritiva obedecendo aos preceitos éticos. **Resultados:** Na etapa anterior ao preparo dos medicamentos todas as ações obtiveram desempenho satisfatório ( $\geq 70\%$ ). Das quinze ações do preparo dos medicamentos, nove foram satisfatórias ( $\geq 70\%$ ). Durante e após a administração das seis das sete ações obtiveram desempenho satisfatório ( $\geq 70\%$ ). **Conclusão:** Os achados referentes ao estudo nos permitem evidenciar que existem falhas no processo de preparo e administração de medicamentos.

**Descritores:** Segurança do Paciente; Enfermagem Pediátrica; Pediatria.

## PEDIATRIC PATIENT SAFETY IN THE INTRAVENOUS DRUG ADMINISTRATION PROCESS

**Objective:** To evaluate the process of preparation and administration of intravenous drugs in a pediatric hospital. **Methods:** Cross-sectional study of a quantitative nature. 135 observations were made of the process of preparation and administration of drugs intravenously in children. To assess the performance of professionals in the execution of each action in the process, the Positivity Index for Quality of Care was determined. The analysis was through descriptive statistics obeying the ethical precepts. **Results:** In the step prior to the preparation of the medications, all actions achieved satisfactory performance ( $\geq 70\%$ ). Of the fifteen actions for preparing medications, nine were satisfactory ( $\geq 70\%$ ). During and after the administration of six of the seven actions, they obtained satisfactory performance ( $\geq 70\%$ ). **Conclusion:** The findings regarding the study allow us to evidence that there are flaws in the process of preparing and administering medications.

**Descriptors:** Patient Safety; Pediatric Nursing; Pediatrics.

## SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS INTRAVENOSAS

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el proceso de preparación y administración de drogas intravenosas en un hospital pediátrico. **Métodos:** estudio transversal de naturaleza cuantitativa. Se hicieron 135 observaciones sobre el proceso de preparación y administración de drogas por vía intravenosa en niños. Para evaluar el desempeño de los profesionales en la ejecución de cada acción en el proceso, se determinó el Índice de Positividad para la Calidad de la Atención. El análisis fue a través de estadísticas descriptivas que obedecen los preceptos éticos. **Resultados:** En el paso previo a la preparación de los medicamentos, todas las acciones lograron un desempeño satisfactorio ( $\geq 70\%$ ). De las quince acciones para preparar medicamentos, nueve fueron satisfactorias ( $\geq 70\%$ ). Durante y después de la administración de seis de las siete acciones, obtuvieron un desempeño satisfactorio ( $\geq 70\%$ ). **Conclusión:** Los hallazgos con respecto al estudio nos permiten evidenciar que hay fallas en el proceso de preparación y administración de medicamentos.

**Descritores:** Seguridad del paciente; Enfermería Pediátrica; Pediatria.

Universidade Federal do Ceará, CE, Brasil.

Autor Correspondente: Cristina Oliveira da Costa - Email: [cristinaenfermagemufc@gmail.com](mailto:cristinaenfermagemufc@gmail.com)

Recebido: 31/03/2020 - Aceito: 14/05/2020

## INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente no ambiente hospitalar tem sido tema de grande relevância nos últimos anos. Na atualidade, a busca pela melhoria da qualidade da assistência em saúde para promoção da segurança do paciente vem gerando melhoria dos resultados em diversos serviços de saúde mundialmente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, apresentou por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, diretrizes para a construção de um cuidado seguro e de qualidade para a população. Essa aliança tem o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e indução de boas práticas assistenciais<sup>(1)</sup>.

Em 2008, no Brasil, a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) foi pioneira na discussão do tema e trouxe visibilidade para a enfermagem. O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2013, apresenta o Programa Nacional de Segurança do Paciente através da Portaria Nº 529 que institui o tema como política de saúde no cenário brasileiro<sup>(2-4)</sup>.

Corroborando com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, o Ministério da Saúde em 2013 aprovou e instituiu seis Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente, sendo utilizado neste estudo o Protocolo de prescrição, uso e administração de medicamentos. Assim, há avanços na construção da cultura da segurança do paciente na atenção à saúde da criança hospitalizada, com estabelecimento de estratégias para promoção do cuidado seguro na enfermagem pediátrica<sup>(3-4)</sup>.

A instituição de programas de educação permanente tem se mostrado efetiva na prevenção de erros de medicação. Em um estudo que discutiu dados referentes à epidemiologia dos erros de medicação na pediatria mostram que um dos principais fatores que contribuem para que estes ocorram é a falta de acesso a informações sobre os medicamentos por parte de todos os profissionais envolvidos no processo. O uso de protocolos assistenciais no planejamento da assistência permite a implementação mais segura da terapia medicamentosa<sup>(5)</sup>.

Dentro da complexidade do cuidado, erros relacionados à medicação apontam para a falta de políticas de saúde e da indústria farmacêutica voltadas ao atendimento das especificidades da população pediátrica<sup>(6)</sup>.

Um estudo realizado no setor de pediatria de um hospital em São Paulo verificou que os eventos adversos intra-hospitalares graves relacionados a erros de medicação estão relacionados a falhas técnicas, humanas e a causas

organizacionais<sup>(7)</sup>.

Um dos primeiros estudos prospectivos sobre erros de medicação em crianças foi publicado em 1987, no qual farmacêuticos revisaram prescrições de medicamentos de dois hospitais pediátricos, sendo detectada taxa de 0,49 erros por 100 medicamentos prescritos<sup>(4)</sup>.

Um estudo realizado em um hospital universitário no sul do Brasil ratifica que dos 115 eventos notificados no período do estudo, 23 foram relacionados ao processo medicamentoso. Nesse sentido, é imprescindível a análise dos fatores causais dos incidentes, de modo que possam ser identificadas medidas para a prevenção de danos ao paciente<sup>(6)</sup>.

Estudo realizado em um hospital pediátrico no ano de 2017 sobre administração de medicamentos, demonstra que de 18 ações de observações do processo de preparo e administração de medicamentos em crianças hospitalizadas apenas 8 tiveram resultados satisfatório, maior que 70% de frequência<sup>(8)</sup>.

Com base nessa contextualização, as questões de pesquisa foram: como é realizado o processo de preparo e administração de medicamentos endovenosos em um hospital pediátrico?

Assim, teve-se como objetivo avaliar o processo de preparo e administração de medicamentos endovenosos em um hospital pediátrico.

## MÉTODOS

### Tipo de estudo

Estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital pediátrico de grande porte, da atenção terciária, da rede estadual em Fortaleza, Ceará. A instituição dispõe de equipe multiprofissional de profissionais de saúde e dentre estes profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Os setores selecionados para a realização do estudo foram as unidades abertas de internação que englobam as seguintes especialidades: neurologia, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia, pediatria geral e cirúrgica; sendo a escolha do cenário do estudo uma solicitação da própria instituição. A instituição conta com setor de educação permanente e com protocolos para preparo e administração de medicamentos, sendo realizadas capacitações periódicas para os profissionais sobre o tema.

### População

Foram realizadas 135 observações sistemáticas de profissionais de enfermagem realizando o processo de prepa-

ro e administração de medicamentos por via endovenosa em crianças de 0 a 10 anos atendidas na referida instituição. Participaram do estudo 11 técnicos de Enfermagem.

### Critérios de seleção

Os profissionais foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de Enfermagem, atuar na administração de medicamentos pela via endovenosa e estar de serviço no período da coleta de dados. Já como critérios de exclusão, temos: estar de férias, licença ou afastado nos dias que serão realizadas as observações; e recusar participar da pesquisa.

### Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada nos meses de junho a outubro de 2017, nos turnos manhã, tarde e noite, englobando todos os dias da semana. Por meio da observação não participante, direta e sistemática das ações antes, durante e após a administração do medicamento por meio de um instrumento do tipo *check-list* construído com base nas recomendações do Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos<sup>(2)</sup>. A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e por bolsistas de iniciação científica treinados para a coleta dos dados nas unidades abertas de internação da instituição.

Para tanto, foi realizada uma entrevista e observações diretas e não participantes das ações desenvolvidas pelos técnicos de Enfermagem durante o processo de preparo e administração de medicamentos pela via endovenosa na pediatria.

No que concerne à observação da etapa de higienização das mãos, foi analisada a execução da técnica correta, seguindo o passo-a-passo preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA<sup>(9)</sup>.

### Análise e tratamento dos dados

Os dados coletados no estudo foram armazenados em banco de dados produzido pelos pesquisadores no Microsoft Excel do Windows 2010, processados e analisados de forma descritiva e de acordo com as recomendações do Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de medicamentos<sup>(2)</sup>.

Para a avaliação do desempenho dos profissionais na execução de cada ação do processo, determinou-se o Índice de Positividade (IP) para Qualidade da Assistência (QA), que determina desejável (100% IP), adequado (90 a 99% IP), seguro (80 a 89% IP), limítrofe (71 a 79% IP) e sofrível ( $\leq$  70% IP)<sup>(10)</sup>.

No Quadro 1 estão dispostas as ações observadas antes, durante e após o processo de preparo e administração dos medicamentos.

**Quadro 1** - Distribuição das ações observadas antes, durante e após o processo de preparo e administração de medicamentos, Brasil, 2017.

#### Ações observadas antes do preparo dos medicamentos

- Lê a prescrição médica
- Consegue entender a grafia da prescrição médica
- Confere o nome do paciente relacionado com a prescrição

#### Ações observadas durante o preparo dos medicamentos

- Realiza limpeza e organiza a bancada
- Dispõe de bandeja ou cuba rim
- Usa equipamento de proteção individual
- Escolhe seringa compatível com o volume a ser administrado
- Seleciona adequadamente a agulha para aspiração
- Confere o rótulo da medicação com a prescrição
- Verifica a integridade dos invólucros
- Faz a inspeção do frasco
- Observa data de validade do medicamento
- Faz desinfecção da ampola ou frasco-ampola
- Medicação reconstituída em água destilada ou soro fisiológico
- Medicação preparada para administração em bolus
- Medicação preparada para infusão contínua
- Identifica a medicação preparada
- Descarta adequadamente os materiais utilizados

#### Ações observadas após o preparo e durante a administração dos medicamentos

- Confere medicamento relacionado com a prescrição
- Confere o nome do paciente relacionado com a prescrição
- Instala medicação conforme prescrição médica
- Mantém paciente confortável
- Registra/cheça imediatamente no prontuário/prescrição a administração do medicamento
- Monitora paciente
- Orienta paciente/acompanhante

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob parecer 2.043.123/2017, seguindo os preceitos éticos e respeitando as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e seus complementos<sup>(11)</sup>.

### RESULTADOS

A distribuição acerca do processo de preparo e administração de medicamentos endovenosos está exposta em ações antes, durante e após o procedimento. Conforme tabelas 1, 2 e 3.

**Tabela 1** – Distribuição das ações referentes as ações executadas antes do preparo dos medicamentos, Brasil, 2017.

Ação observada	N=135	%	IP
Lê a prescrição médica	132	97,8	Adequado
Consegue entender a grafia da prescrição médica	135	100	Desejável
Confere o nome do paciente relacionado com a prescrição	110	81,4	Seguro

A ação “*lê a prescrição médica*” foi realizada pela maioria dos técnicos de Enfermagem (97,8%), caracterizando desempenho adequado. A ação “*consegue entender a grafia da prescrição médica*” foi alcançada em todas as leituras observadas, obtendo desempenho desejável. O fato de a instituição disponibilizar um sistema informatizado para a realização das prescrições eletrônicas foi fator positivo para o bom desempenho dos profissionais nesta etapa.

Para a ação “*confere nome da criança relacionando com a prescrição*” em 18,6% das observações constatou-se que o profissional de Enfermagem não checkou se era o paciente certo, tendo essa ação desempenho seguro.

Destaca-se que das 135 observações, em 99,3% foi realizado o descarte adequado dos materiais utilizados durante o preparo, corroborando com o gerenciamento de resíduos de saúde adequadamente.

A tabela 2 expõe as ações referentes ao preparo das medicações.

**Tabela 2** – Distribuição das ações referentes as ações executadas durante o preparo dos medicamentos, Brasil, 2017

Ação observada	N=135	%	IP
Realiza limpeza e organiza a bancada	119	88,1	Seguro

Dispõe de bandeja ou cuba rim	134	99,3	Adequado
Usa equipamento de proteção individual	132	97,7	Adequado
Escolhe seringa compatível com o volume a ser administrado	134	99,3	Adequado
Seleciona adequadamente a agulha para aspiração	121	89,6	Seguro
Confere o rótulo da medicação com a prescrição	115	85,2	Seguro
Verifica a integridade dos invólucros	89	65,9	Sofrível
Faz a inspeção do frasco	80	59,3	Sofrível
Observa data de validade do medicamento	12	8,9	Sofrível
Faz desinfecção da ampola ou frasco-ampola	28	20,7	Sofrível
Medicação reconstituída em água destilada ou soro fisiológico	132	97,8	Adequado
Medicação preparada para administração em bolus	54	40	Sofrível
Medicação preparada para infusão contínua	81	60	Sofrível
Identifica a medicação preparada	116	85,9	Seguro
Descarta adequadamente os materiais utilizados	134	99,3	Adequado

Na maioria das observações da ação “*realiza limpeza e organização da bancada*”, os profissionais de Enfermagem executaram a limpeza da bancada e organizaram o material para o preparo do medicamento, representando 88,1% do total de observações.

Em 99,3% das observações, identificou-se que o profissional dispunha de bandeja ou cuba rim para utilizar no processo de preparo e administração dos medicamentos endovenosos.

A ação “*usa equipamento de proteção individual (gorro, máscara e luva)*”, no total de 97,7% foi evidenciado que 28,2% usavam adequadamente os equipamentos de proteção individual, 69,6% usavam de forma parcial.

Os itens “*escolhe seringa compatível com o volume a ser administrado*” e “*seleciona adequadamente agulhas para aspiração*”, apresentaram percentual 99,3% e 89,6%, representando adequado e seguro, respectivamente.

Ao examinar o frasco ou a ampola utilizado, devem-se observar as informações presentes neles e realizar sua desinfecção antes da realização do preparo da medicação, conforme exposto na Tabela 2.

A ação “*confere o rótulo da medicação com a prescrição*” obteve 85,2% de execução durante os preparos observados, sendo a única ação referente à ampola ou frasco-ampola realizada de maneira adequada. As outras ações referentes ao frasco de medicação atingiram índices sofríveis de execução: em 65,9% foi verificada a integridade dos invólucros; em 59,3% foi realizada a inspeção do frasco para observar possíveis partículas, alteração da cor, rachaduras e/ou vazamentos; em 8,9% observou-se a data de validade do medicamento; e em 20,7% foi feita a desinfecção da ampola ou frasco-ampola.

O resultado foi adequado para as observações das ações: “*medicação reconstituída em água destilada ou soro fisiológico, respeitando os princípios de prevenção da infecção hospitalar*”, sendo realizada em 97,8% do total. A utilização de frascos de água destilada estéril com 5ml de volume, diminui os riscos de contaminação quando comparado com frascos compartilhados para várias diluições, contribuindo para desempenho adequado.

Em relação à ação “*identifica a medicação preparada*”, em 85,9% das observações foi constatada tal ação, esta ação está diretamente relacionada com a segurança do paciente visando evitar a possibilidade de erros durante a administração de medicamentos.

**Tabela 3** – Distribuição das ações referentes a administração dos medicamentos pela via endovenosa, Brasil, 2017.

Ação observada	N=135	%	IP
Confere medicamento relacionado com a prescrição	125	92,6	Seguro
Confere o nome do paciente relacionado com a prescrição	108	80	Adequado
Instala medicação conforme prescrição médica	135	100	Desejável
Mantém paciente confortável	118	87,4	Adequado
Registra/cheça imediatamente no prontuário/prescrição a administração do medicamento	113	83,7	Adequado
Monitora paciente	126	93,4	Desejável
Orienta paciente/acompanhante	78	57,8	Sofrível

A técnica de administração do medicamento pela via endovenosa mostrou que em 92,6% das observações os profissionais de enfermagem após o preparo das soluções conferiram o medicamento com as informações presentes na prescrição médica, e em apenas 80% o profissional conferiu o paciente com o nome que consta na prescrição.

Em todas as observações (100%) foram instaladas as medicações conforme descrito na prescrição médica, mas em apenas 87,4% o profissional manteve o paciente de modo confortável.

As ações de registrar/cheçar imediatamente no prontuário/prescrição a administração do medicamento (83,7%), de monitorar o paciente (93,4%) e de registrar queixas e/ou reações adversas apresentadas pelo paciente (89,5%) foram realizadas de forma seguras, adequada e segura, respectivamente; enquanto que a ação de orientar o paciente/acompanhante (57,8%) foi executada de maneira sofrível.

## DISCUSSÃO

A Enfermagem tem como uma de suas responsabilidades e deveres inerentes à profissão, assegurar à pessoa, família e coletividade assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência<sup>(12)</sup>.

Uma das atividades mais desempenhadas pela equipe de enfermagem é a administração de medicamentos, sendo portanto necessária uma avaliação contínua desse processo para que os pacientes não venham a sofrer danos preveníveis decorrentes desse processo<sup>(13)</sup>.

O papel do enfermeiro relativo à terapêutica medicamentosa tem sido foco de questionamentos. Isso ocorre devido ao conhecimento técnico científico relacionado a esta prática e ao distanciamento do enfermeiro, no que tange a supervisão do preparo e a administração de medicamentos, em virtude desta responsabilidade muitas vezes ser atribuída ao técnico ou auxiliar de enfermagem<sup>(14)</sup>.

Em relação à prescrição dos medicamentos é de suma importância que esta seja legível, de entendimento universal para que todos os profissionais possam implementar a assistência prescrita de forma segura e de qualidade. No presente estudo as ações de ler a prescrição médica e entender a grafia, ou seja, o que está prescrito foi desempenhado de forma satisfatória. A prescrição médica é o documento de referência que norteia e influencia as demais etapas do processo de medicação. É instrumento essencial de comunicação entre os profissionais de saúde e tem importante papel na prevenção e ocorrência de erros<sup>(14)</sup>.

Em 2015, estudo realizado em um hospital pediátrico de Fortaleza no Ceará demonstra que os profissionais conseguiram ler a prescrição médica de forma a entender

a grafia, tendo entendimento satisfatório da mesma. Em contrapartida, a ação de conferir o nome do paciente com a prescrição foi desempenhada de forma insatisfatória pela equipe de enfermagem com apenas 40,7% das ações observadas<sup>(15)</sup>.

Estudo realizado em um hospital pediátrico no Ceará apontou que das 327 observações, apenas em 0,3% os profissionais se apresentaram para as crianças e/ou responsáveis antes do procedimento, em 10,3% realizaram a explicação do procedimento para a criança e/ou responsável, e em 18,3% a criança foi acalmada, o que pode contribuir para a realização inadequada do procedimento, visto que ao esclarecer o que será realizado, o paciente, principalmente o pediátrico, torna-se mais colaborativo e menos ansioso, temeroso e inseguro<sup>(8)</sup>.

A ocorrência de erros na assistência em saúde podem ser relacionadas a falhas humanas, falhas do sistema ou até mesmo dos processos no desempenho dos cuidados diretos e indiretos em saúde, além disso o comportamento humano também influencia diretamente na segurança do paciente<sup>(16)</sup>.

Estudo retrospectivo que investigou um hospital filantrópico de ensino desenhou os processos no preparo e administração de medicação, sendo identificadas tecnologias preventivas no processo de medicação, algumas dessas de baixo custo como capacitação da equipe, identificação do leito do paciente (placa), identificação do paciente (pulseira), prescrição médica eletrônica, dupla checagem de medicamentos potencialmente perigosos, dentre outras. Sendo que a redução da incidência de erro de medicação nesta instituição foi proporcional aos recursos materiais, tecnológicos e custos implementados<sup>(17)</sup>.

A ação "*realiza limpeza e organização da bancada*" foi desempenhada em 88,1% das observações, sendo essa atitude um fator imprescindível para facilitar o processo de trabalho e evitar possíveis equívocos durante a realização de tarefas.

Quando o ambiente é organizado, isso contribui para prevenir quaisquer eventos adversos relacionados à assistência em saúde, e quando afetados por fatores dificultadores, como escassez ou má utilização de materiais, disposição não funcional de mobiliários e multiplicidade de tarefas no espaço, inviabilizam a correta estruturação do sistema de medicação<sup>(18)</sup>.

Um estudo realizado em um hospital de ensino no Ceará observou a inadequação da organização do ambiente em 70,6% de suas observações. Além disso, realizaram testes para verificar a associação da organização no preparo com

a escolha errada do medicamento nesta ação, demonstrando que existe associação entre as duas variáveis (p-valor = 0,027)<sup>(16)</sup>.

A ação "*dispõe de bandeja ou cuba rim*" esteve presente em 99,3% das observações. A não utilização desses insumos para o transporte dos medicamentos preparados pode interferir na integridade físico-química e microbológica, além de ser um fator potencial de risco biológico, pois o transporte manual representa risco de acidentes e de contaminação da solução<sup>(19,15)</sup>.

Estudo da análise fotográfica de imagens relacionadas ao preparo de medicamentos realizados por profissionais de enfermagem de um hospital de ensino no Rio Grande do Norte verificou como resposta que os profissionais identificaram como inseguro no processo de preparo de medicamentos a sobre a fotografia que registra os medicamentos que serão administrados em horários próximos ou posteriores separados com copos de plástico apenas com etiquetas para identificação ou diluídos e acondicionados em seringas apenas com etiquetas de identificação, facilitando a troca de medicação e/ou administração no paciente de forma equivocada<sup>(20)</sup>.

A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), considerados no estudo o gorro, a máscara e a luva de procedimento, foram observados o uso de um ou mais equipamentos de proteção individual em 97,8%, sendo que em apenas 28,7% foram utilizados concomitante o gorro, a máscara e a luva de procedimento, nas demais observações os profissionais utilizaram apenas um EPI como o gorro ou dois equipamentos de proteção como o gorro e a máscara.

Para uma assistência de qualidade, faz-se necessário que processos de trabalho sejam revistos e que profissionais sejam capacitados e treinados. É importante também, que as instituições disponibilizem tecnologias que possam ajudar nesse aprimoramento<sup>(3)</sup>.

Diante desses achados, é imprescindível que ações visando a segurança do paciente no processo de preparo e administração de medicamentos na pediatria pelos profissionais de Enfermagem sejam implementadas de forma efetiva, por meio de educação permanente e capacitações periódicas sobre o preparo e administração seguros de medicamentos, com o intuito de minimizar a ocorrência de erros de medicação em todas as etapas desse processo, desde a leitura da prescrição até após a administração dos medicamentos com o monitoramento do paciente.

### Limitações do estudo

Este estudo possui limitações, uma vez que foi realizado em um único hospital, na cidade de Fortaleza e uma amostra de apenas 135 observações do procedimento de preparo e administração de medicamentos, o que impossibilita a generalização dos dados deste estudo, sendo necessária a realização de outros estudos pertinentes ao assunto.

### Contribuições para a prática

Por meio deste estudo foi possível verificar do desempenho dos profissionais no processo de preparo e administração de medicamentos, com base nesse estudo, treinamentos da equipe de enfermagem podem ser planejados e implementados com base no que foi verificado nos resultados deste estudo, sendo necessária a realização de estudos posteriores para verificar o desempenho desses profissionais após treinamento.

### CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar o processo de administração de medicamentos por via endovenosa por parte da equipe de enfermagem na pediatria. Os achados referentes ao estudo nos permite evidenciar que existem falhas no processo de preparo e administração de medicamentos, principalmente no que diz respeito ao momento de preparo dos medicamentos.

Constatou-se que das quinze ações avaliadas durante o preparo dos medicamentos, seis foram desempenhadas de forma sofrível (IP igual ou menor que 70%) segundo a classificação do índice de segurança.

Em suma, dentre as 35 ações que compõem o processo de administração de medicamentos pela via endovenosa, apenas três ações "consegue entender a grafia da prescrição médica" e "Instala medicação conforme prescrição médica" e "Monitora paciente" foram desempenhadas de forma desejável (IP = 100%), enquanto que nove ações foram enquadradas como adequadas (IP entre 90 e 99%), seis ações seguras (IP entre 80 e 89%), e dezessete ações consideradas sofríveis (IP igual ou menor que 70%). As ações desempenhadas de forma sofrível (IP igual ou menor que 70%) impactam diretamente na segurança do processo de preparo e administração dos medicamentos na pediatria.

### Contribuições dos autores:

Concepção e/ou desenho do estudo: Souza TLV, Costa OC, Matias EO, Gurgel SS, Lima FET, Mota RO. Coleta, análise e interpretação de dados: Souza TLV, Costa OC, Matias EO, Gurgel SS, Lima FET, Mota RO. Redação e/ou crítica do manuscrito: Souza TLV, Costa OC, Matias EO, Gurgel SS, Lima FET, Mota RO. Aprovação da versão final a ser publicada: Souza TLV, Costa OC, Matias EO, Gurgel SS, Lima FET, Mota RO.

### REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009 [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [cited 2019 Jul 29] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>
2. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2019 Jul 25]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>
3. Wegner W, Silva MUM, Peres MA, Bandeira LE, Frantz E, Botene CM, et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. *Rev Gaúc Enferm.* 2017; 28: e68020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S198314472017000100504&lng=en&nr=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198314472017000100504&lng=en&nr=iso&tlng=pt). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.68020>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013 [Citado 2019 Jun 30]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/control-e-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
5. Belela ASC, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Erros de medicação em Pediatria. *Rev Bras de Enferm.* 2011; 64. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300022>
6. Bica TFS, Wegner W, Gerhardt LM, Predebom CM, Pedro ENR, Breigeiron MK. Characteristics of patient safety incidents notified in a pediatric intensive care unit. *Rev Enferm Ufpe On Line.* 2017; 11 Supl 10: S4206-16. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231184>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201726>

7. Lima MEA, Ribeiro EAF. Eventos adversos com medicamentos na pediatria: o papel da organização hospitalar. *Cad Bras Ter Ocup*. 2017; 24 (4): 927-933. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1609/926>. DOI: <https://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE0847>
8. Souza TLV, Mota RO, Brito EAW, Farias LMVC, Matias EO, Lima FET. Segurança do paciente na administração de medicamento intramuscular em pediatria: avaliação da prática de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, 2017; 01: e2017-0002. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100404&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472018000100404&script=sci_arttext). DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0002>
9. Ministério da Saúde (BR). Segurança do Paciente: higienização das mãos. [Internet]. Brasília; 2013 [Citado 2019 Jun 30]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>
10. Murassaki ACY, Versa GLGS, Bellucci Júnior JA. *et al*. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2013; 17 (1): 11-6. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100002). Acesso em: 02 Mai 2020.
11. Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [Citado 2019 Jun 25]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Souza MJ, Real DSS, Cunha ICKO, Bohomol E. Práticas seguras para administração de medicamentos: construção e validação de instrumento. *Enferm Foco*. 2017; 8 (4): 20-25. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/973>. Acesso em: 03 Mai 2020.
13. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 564, de 6 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília; 2017 [Citado 2019 Jun 25]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)
14. Tomasi YT, Souza GN, Bitencourt JVOV, Parker AG, Martini JG, Mancia JR. Atuação do enfermeiro na administração de medicamentos em uma instituição hospitalar: estudo descritivo. *Enferm Foco*. 2015; 1 (6): 06-11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/569/251>. Acesso em: 02 Mai 2020.
15. Pires AOM, Ferreira MBG, Nascimento KG, Felix MMS, Pires PS, Barbosa MH. Elaboration and Validation of the Medication Prescription Safety Checklist. *Rev Lat Amer Enferm*, 2017; 25: e2921. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100365](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100365). DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1817.2921>
16. Matias, EO. Avaliação da prática de enfermagem no processo de administração de medicamento intravenoso na pediatria [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2015. Disponível em [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10530/1/2015\\_dis\\_eomatias.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10530/1/2015_dis_eomatias.pdf). Acesso em: 02 Mai 2020.
17. Vilela RPB, Jericó MC. Implantação de tecnologias para a prevenção de erros de medicação em hospital de alta complexidade: análise de custos e resultados. *Einstein*. 2019; 17 (4): 1-7. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/eins/v17n4/pt\\_2317-6385-eins-17-04-eGS4621.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eins/v17n4/pt_2317-6385-eins-17-04-eGS4621.pdf). DOI: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2019gs4621](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019gs4621)
18. Malagutti W, Roegr H. Terapia Intravenosa: Atualidades. São Paulo: Martinari; 2012.
19. Pereira FGF, Aquino GA, Melo GAA, Praxedes CO, Caetano JA. Conformidades e não conformidades no preparo e administração de antibacterianos. *Cog Enferm*. 2016; 26 ( n.esp ): 188-198. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45506>. Acesso em: 02 Mai 2020.
20. Pereira CDFD, Tourino FSV, Santos VEP. Segurança do paciente: avaliação do sistema de medicação por enfermeiros utilizando análise fotográfica. *Enferm Foco*. 2016; 7 (1): 76-80. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/672/290>. Acesso em: 03 Mai 2020.

# AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DO NORTE DO BRASIL

Natalia Bianchini Dodo<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0003-1771-9487>

Josimeire Cantanhêde de Deus<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2001-1212>

Priscilla Perez da Silva Pereira<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-8900-6801>

José Juliano Cedaro<sup>1</sup>

<http://orcid.org/0000-0001-7479-6556>

**Objetivo:** avaliar a qualidade dos registros de enfermagem realizados em prontuário de pacientes internados num hospital público municipal da região norte brasileira. **Método:** estudo quantitativo, tipo documental, em prontuários de pacientes que permaneceram internados no mínimo 48 horas. O instrumento de coleta avaliava a qualidade dos registros, conforme definição pelo Conselho Federal de Enfermagem. Foram realizadas análises descritivas por meio do Stata@13.0. **Resultados:** do total de 248 prontuários, 25,9% foram considerados completos, 67,1% incompletos, 6,7% incorretos e 0,3% não estavam preenchidos. Em mais de 90% dos registros estudados se verificou que não havia uma escrita sequencial e concisa, emprego de terminologias técnicas e descrição dos cuidados prestados. **Conclusões:** Os registros de enfermagem foram considerados com qualidade insatisfatória. Como possíveis caminhos a serem experimentados tem-se o uso de formulários específicos para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, implementação do prontuário eletrônico e padronização de siglas.

**Descritores:** Registros de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

## EVALUATION OF THE QUALITY OF NURSING RECORDS IN THE HOSPITAL IN NORTHERN BRAZIL

**Objective:** to evaluate the quality of nursing records carried out in patients' records in a municipal public hospital in the northern region of Brazil. **Method:** quantitative study, documentary type in medical records of patients who remained hospitalized at least 48 hours. The collection instrument evaluated the quality of the records, as defined by the Federal Nursing Council. Descriptive analyzes were carried out using Stata@13.0. **Results:** Of the total of 248 medical records, 25.9% were considered complete, 67.1% were incomplete, 6.7% were incorrect and 0.3% were not filled. In more than 90% of the studied registers it was verified that there was no sequential and concise writing, use of technical terminologies and description of the care provided. **Conclusions:** Nursing records were considered of unsatisfactory quality. As possible ways to be tried it is suggested the use of specific forms for the Systematization of the Nursing Assistance, implantation of the electronic medical record and standardization of acronyms.

**Descriptors:** Nursing Records; Nursing Team; Quality of Health Care.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL EN EL NORTE DE BRASIL

**Objetivo:** evaluar la calidad de los registros de enfermería realizados en los registros de pacientes en un hospital público municipal en la región norte de Brasil. **Método:** estudio cuantitativo, tipo documental en registros médicos de pacientes que permanecieron hospitalizados al menos 48 horas. El instrumento de recolección evaluó la calidad de los registros, según lo define el Consejo Federal de Enfermería. Los análisis descriptivos se llevaron a cabo utilizando Stata@13.0. **Resultados:** Del total de 248 registros médicos, 25,9% se consideraron completos, 67,1% estaban incompletos, 6,7% eran incorrectos y 0,3% no se llenaron. En más del 90% de los registros estudiados se verificó que no había una escritura secuencial y concisa, el uso de terminologías técnicas y la descripción de la atención prestada. **Conclusiones:** los registros de enfermería fueron considerados de calidad insatisfactoria. Como posibles formas de ser juzgado, se sugiere el uso de formularios específicos para la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, la implantación del registro médico electrónico y la estandarización de acrónimos.

**Descritores:** Registros de Enfermería; Registros; Grupo de Enfermería; Calidad de la Atención de Salud.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Rondônia, RO, Brasil.

Autor correspondente: Josimeire Cantanhêde de Deus - Email: joosiwatson@gmail.com

Recebido: 31/01/2020 - Aceito: 03/05/2020

## INTRODUÇÃO

A maioria das informações referentes ao cuidado ao paciente hospitalizado é fornecida pela enfermagem por isso, espera-se que esses registros permitam uma comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, subsidiando o planejamento, tomada de decisão e a continuidade da assistência prestada<sup>(1)</sup>

Compreendem-se como registros de enfermagem todas as informações referentes a aspectos físico, psíquico, social e espiritual do paciente, além dos cuidados que lhes são prestados pela equipe. No Brasil, as normas que versam sobre esses registros são: a) Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986<sup>(2)</sup>; b) Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009, 429/2012 e 545/2017<sup>(3-5)</sup>; c) Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – COFEN 311/2007<sup>(6)</sup>

Os registros de enfermagem devem ser visualizados como um meio de comunicação para facilitar o cotidiano do trabalho, pois devem evidenciar as necessidades dos pacientes de modo que sejam compreendidas e atendidas pela equipe de saúde<sup>(6-7)</sup>. Estes registros precisam ser realizados de maneira objetiva, coesa, coerente e de modo a retratar as necessidades e características do paciente, bem como informar as ações destinadas ao seu cuidado. O registro adequado permitirá acompanhar a evolução do caso, subsidiando a elaboração de um plano de cuidados com vistas a uma assistência qualificada e integral, além de subsidiar processos de auditoria e pesquisa<sup>(7-10)</sup>. Também contribui para evitar despesas desnecessárias, assegurar o recebimento do valor gasto na assistência de enfermagem prestada, legitima o trabalho e a produtividade do profissional e torna possível o aprimoramento de ações com vistas a alcançar melhorias nos resultados operacionais<sup>(7,11)</sup>

Em uma revisão de literatura prévia, alguns estudos indicam que as principais falhas nos registros de enfermagem se referem a inadequações gramaticais da linguagem formal, inexatidão dos dados, ilegibilidade e uso inadequado da terminologia técnica<sup>(1,9,12-20)</sup>. A maioria destes estudos foi conduzida em hospitais universitários, em regiões de melhores condições socioeconômicas e em instituições com prontuários eletrônicos. Vivenciando a realidade de um hospital do interior do Norte do Brasil, que realiza seus registros de modo manual e com um programa de educação permanente frágil, surgiu o seguinte problema: será que os registros de enfermagem atendem ao preconizado nas normas previstas para a profissão? Assim, tem-se como objetivo desde estudo avaliar a qualidade dos registros de enfermagem realizados em prontuário de pacientes que estiveram internados no setor de clínica médica de um hospital público municipal do Estado de Rondônia.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no mês de novembro de 2017, em 248 prontuários físicos de um hospital público de grande porte e alta complexidade no sul do Estado de Rondônia. Tal instituição contava no período da pesquisa

com 206 leitos e um quadro de 485 servidores, dos quais 186 são membros da equipe de enfermagem. Deste total, 35 estavam alocados no setor de clínica médica, sendo dez enfermeiros plantonistas e 25 técnicos em enfermagem. O atendimento neste setor era realizado em duas alas: masculina, com 27 leitos; feminina, com 40 leitos. A instituição possuía protocolo operacional padrão (POP) que previa o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), porém, os impressos da SAE não estavam disponibilizados nos setores e não havia um programa de educação permanente para os profissionais quanto ao preenchimento ou uso da SAE pela equipe.

Foram incluídos todos os registros de enfermagem de prontuários de pacientes que estiveram internados por pelo menos 48 horas no setor de clínica médica, nos meses de setembro a novembro de 2017. Foram excluídos os registros de enfermagem que não foram realizados pela equipe de enfermagem durante a internação no setor de clínica médica.

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento proposto por Borsato e colaboradores<sup>(9)</sup> baseado nas resoluções do Conselho Federal de Enfermagem<sup>(3-6)</sup>. A primeira parte do instrumento de coleta abordava dados gerais como tempo de internação, registro por categorias, periodicidade e tipo de registro (admissão, anotação, evolução ou alta). A segunda parte do instrumento contou com 21 itens que avaliavam quatro componentes: 1) identificação do paciente e do profissional; 2) data e hora do registro realizado; 3) forma da escrita (legibilidade, rasuras, espaços em branco, abreviaturas, siglas, erro ortográfico) 4) conteúdo (uso de palavras generalizadas ou subjetivas, informações não relacionadas ao paciente, uso de terminologias técnicas, escrita lógica e concisa, informações sinais e sintomas e assistência prestada). Para cada item avaliado como adequado era atribuído um ponto e posteriormente verificada a porcentagem de dados consideradas como satisfatório e insatisfatório. Ao final o prontuário era classificado conforme o Quadro 1.

Grau de Satisfação	Critérios de Avaliação			
	Completo	Incompleto	Não Preenchido	Incorreto
Satisfatório	Acima de 80%	Abaixo de 15%	Abaixo de 5%	0%
Insatisfatório	Abaixo de 80%	Acima de 15%	Acima de 5%	Acima de 0%

**Fonte:** Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad FL, Vanuchi MTO, Vituri DW<sup>(9)</sup>

**Quadro 1** - Critérios utilizados para avaliação da qualidade dos registros de enfermagem

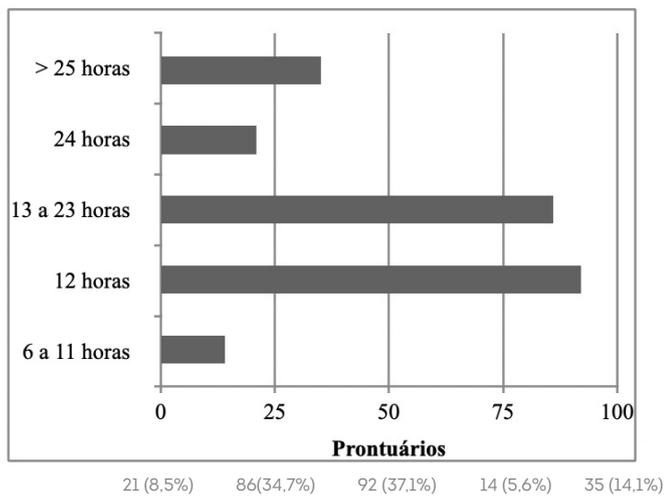
As análises estatísticas foram realizadas por meio do pacote estatístico Stata® 13.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia sob o parecer nº 2.053.951.

**RESULTADOS**

Do total de 248 prontuários analisados, apenas 25,9% foi considerado completo, a maioria tinha preenchimento incompleto, 6,7% estavam incorretos e 0,3% apresentavam informações não preenchidas. Portanto, os registros de enfermagem foram considerados com qualidade insatisfatória.

A média de internação hospitalar foi de 4,7 dias. Durante o tempo de internação a maioria dos registros ocorreu com periodicidade entre 12 e 24 horas (71,8%; Figura 1).

**Figura 1** - Periodicidade das anotações realizadas pelos Técnicos e/ou Auxiliares, Rondônia, Brasil, 2017.



A identificação correta do paciente na folha de anotação foi encontrada em apenas 1,6% dos prontuários (Tabela 1). Quanto à data e hora do registro realizado, a maioria dos prontuários estava incompleto, não preenchido ou incorreto. Embora contivessem grafia passível de leitura e compreensão (75,8%), em 19% dos prontuários estavam incompletas e com letra ilegível, exigindo esforço para compreensão do texto. Em 5,2% não foi possível proceder a leitura ou compreender o que fora escrito devido à ilegibilidade da grafia disposta.

**Tabela 1** - Qualidade dos registros de enfermagem, Rondônia, Brasil, 2017, (n=248)

Conteúdo	Completo	Incompleto	Incorreto	Não preenchido
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Identificação do paciente	4 (1,6)	164 (66,1)	72 (29,1)	8 (3,2)
Data e hora	87 (35,1)	153 (61,7)	5 (2)	3 (1,2)
Legibilidade	188 (75,8)	47 (19)	13 (5,2)	-
Palavras objetivas e claras	36 (5,5)	212 (85,5)	-	-
Espaços preenchidos	144 (58,1)	66 (26,6)	38 (15,3)	-

Siglas padronizadas	29 (11,7)	147 (59,3)	72 (29)	-
Grafia correta	102 (41,1)	140 (56,5)	6 (2,4)	-
Escrita sequencial e concisa	11 (4,4)	237 (95,6)	-	-
Terminologia técnica	18 (7,3)	230 (92,7)	-	-
Percepções dos pacientes	243 (98,0)	-	5 (2)	-
Sintomatologia	30 (12,1)	218 (87,9)	-	-
Condições emocionais	46 (18,5)	202 (81,5)	-	-
Papel da família	12 (4,8)	236 (95,2)	-	-
Descrição do cuidado prestado	6 (2,4)	242 (97,6)	-	-
Registro do trabalhador	4 (1,6)	203 (81,8)	40 (16,2)	1 (0,4)

Quanto ao preenchimento dos registros, observou-se que pouco mais da metade dos prontuários não apresentaram espaços em branco entre as anotações. Em 26,6% foram encontrados pequenos espaços sem escrita sendo considerados incompletos. Além disso, em 15,3% dos prontuários havia longos espaços em branco - alguns apresentando laudas inteiras em branco.

Todos os prontuários continham siglas e apenas 11,7% dos registros foram considerados completos por apresentarem exclusivamente a presença de siglas conhecidas como HIV, AIDS e EAS. Os demais prontuários apresentam abreviaturas para as quais não há padronização amplamente divulgada na literatura ou na instituição.

Pouco mais da metade dos prontuários apresentava erros na grafia das palavras (56,4%), embora fosse possível haver compreensão do que havia sido descrito. Em 2,4% havia palavras que não foram passíveis de compreensão devido aos erros ortográficos. E, em relação à escrita sequencial e concisa, apenas 4,4% dos prontuários estudados foram considerados como completos quanto a esse requisito.

Quanto à utilização de terminologia técnica, apenas 7,3% dos prontuários analisados apresentaram termos técnicos em todos os registros de enfermagem. A mais utilizada delas entre os prontuários estudados foi "algia", relacionando com situações de queixa de dor declarada pelos pacientes. Em seguida, o termo "afebril" e em terceiro lugar "deambulando".

Quase todos os prontuários (98%) apresentaram informações sobre as percepções dos pacientes acerca do processo saúde/doença vivenciado. Porém, apenas 12,1% tinham informações completas sobre a sintomatologia referente à condição patológica, 18,5% sobre suas condições emocionais e menos de 5% faziam referências ao envolvimento dos familiares no processo do cuidado. A descrição completa do cuidado prestado pela enfermagem foi encontrada em apenas 2,4% e o registro do trabalhador foi incompleto na maioria dos prontuários.

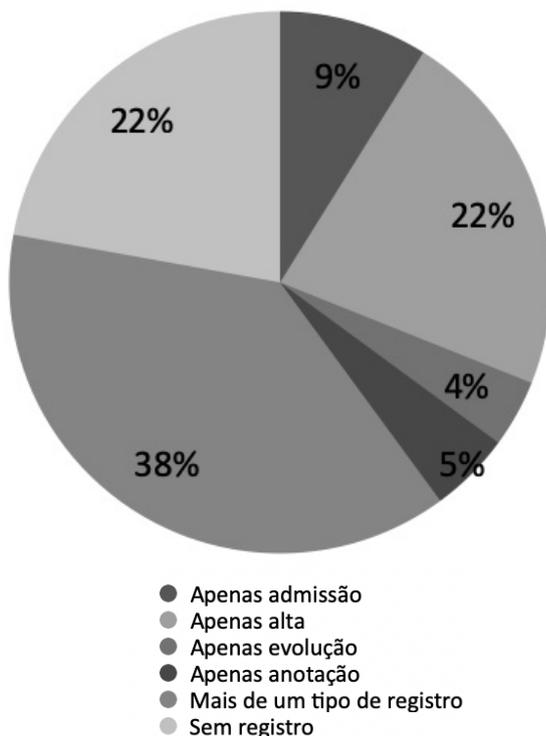
Dos prontuários analisados, 51,6% apresentaram rasuras e, deste total, 85% apresentavam rasura de sobreposição à uma palavra escrita anteriormente. Em 15% dos documentos estudados apareceram o sinal gráfico dos parênteses para destacar a palavra errada. Em apenas dois prontuários havia correção adequada, empregando o termo “digo” entre vírgulas e escrevendo a palavra correta em seguida.

Em 16,5% dos prontuários analisados existia a presença de comentários e/ou críticas descritas pelos profissionais. Entre os principais comentários estava a falta de medicações ou materiais para realização de procedimentos. Evidenciou-se também que em 7,7% foram dispostas informações não relacionadas diretamente com o paciente, frequentemente referindo-se às questões pertinentes ao processo de trabalho.

A maioria dos registros continha palavras que não eram objetivas e claras. Também não evidenciava a real situação do paciente, usando termos genéricos como a palavra “bem”, ocorrida em 174 prontuários. Alguns registros de enfermagem se resumiam apenas na escrita “paciente passou bem à noite”, ou ainda “paciente concluiu bem o sono”. Outras palavras generalizadas foram encontradas em 38 prontuários: às vezes, bastante, boa, bom, mais ou menos, meio, muito, pouco, nada, normal, razoável, tranquilo e regular.

Quanto ao conteúdo dos registros realizados pelos enfermeiros, 22% dos prontuários não apresentaram nenhum registro deste profissional e apenas 38% tinha mais de um tipo de registro, como admissão e alta hospitalar (Figura 2).

**Figura 2-** Tipos de registros realizados por enfermeiros nos prontuários. Rondônia, RO, Brasil, 2017.



Não foi encontrado em nenhum dos prontuários analisados o registro SAE. O único item mais próximo à SAE presente nos prontuários estudados é o histórico de enfermagem, preenchido de maneira superficial e focado nos registros de admissão.

## DISCUSSÃO

Foram encontrados 12 estudos realizados no Brasil e publicados nos últimos cinco com temática semelhante à investigada neste artigo. Sete pesquisas foram conduzidas no Paraná<sup>(1,9,12-16)</sup>, duas no Estado de Minas Gerais<sup>(17,18)</sup>, duas em São Paulo<sup>(19,20)</sup> e apenas um estudo na região Nordeste - Ceará<sup>(1)</sup>. Oito instituições eram hospitais universitários/escola<sup>(2, 9, 12, 14, 16, 17, 19, 20)</sup> e apenas um foi conduzido em setores com atendimento privado<sup>(15)</sup>. Quatro estudos tiveram amostras superiores a cem prontuários, sendo que um estudo avaliou 148.299 prontuários eletrônicos<sup>(14-17)</sup>.

De modo geral, a qualidade dos registros de enfermagem encontrada em nosso estudo é inferior ao nível de qualidade encontrado em outras instituições. Há trabalhos nos quais os prontuários foram avaliados com níveis de completude superiores ou muito próximo aos 80%, em vários itens<sup>(9, 17, 20)</sup>.

Todo registro deve ser iniciado pela identificação correta dos dados do paciente, pois isto é imprescindível para garantir a segurança do mesmo. No nosso estudo apenas 1,6% dos prontuários tinham identificação do paciente completa. Quanto à legibilidade dos registros, a maioria era passível de leitura e compreensão, mas no que se refere ao uso de termos evasivos ou com grafia errada das palavras, foram encontradas piores avaliações em nosso estudo do que na maioria dos demais trabalhos comparados<sup>(11, 17, 20)</sup>. É imprescindível à adequada assistência ao paciente que os registros sejam legíveis, de modo que seja possível compreender aquilo que está escrito sem gerar dúvidas. Além disso, registros realizados de maneira inconsistente e com grafia ilegível podem resultar em prejuízos ao paciente, ao profissional e a instituição de saúde. Assim, os registros não devem ser considerados como apenas uma ação burocrática, mas ser compreendido como uma ação essencial ao cuidado<sup>(1,13)</sup>.

Encontramos em quase todos os estudos consultados melhores cenários quando comparado ao encontrado em Rondônia no que se refere ao uso de terminologias<sup>(11, 16, 18-20)</sup>. Quanto ao registro das condições físicas e emocionais houve um baixíssimo nível de completude em nossos prontuários, assim como também foi observado em outros trabalhos em que esses itens foram avaliados<sup>(12, 17, 20)</sup>. Em nosso estudo encontramos 78% dos prontuários sem registros do enfermeiro. Em um estudo realizado no Paraná<sup>(14)</sup> mostrou que aproximadamente 20% dos prontuários não tinham nenhum registro deste profissional.

Poucos prontuários avaliados (5,4%) apresentaram registros de enfermagem com periodicidade inferior a 11 horas. Quase todas anotações foram realizadas em função do turno de trabalho e não ao decorrer do plantão. O registro

adequado da data e hora nas anotações evitam imprecisões e permitem acompanhar a interação das ações e planejar a assistência à saúde<sup>(1,13)</sup>. Além disso, é este registro cronológico que permite visualizar a evolução do paciente durante a internação hospitalar até o seu desfecho. Em nosso estudo, observou-se durante a coleta que alguns prontuários não obedecem a essa lógica cronológica.

Pouco mais da metade dos prontuários possuíam rasuras e a maioria da correção foi do tipo sobreposição. A não conformidade desta exigência pode configurar alterações dos registros realizados, desencadeando a responsabilização legal sobre o profissional que realizou tal procedimento.<sup>(1)</sup> Aproximadamente 40% dos prontuários continham espaços em branco. Esta prática pode permitir a inclusão posterior de informações sobre o paciente comprometendo a apuração de processos legais ou éticos e até mesmo o cuidado de enfermagem<sup>(1,17)</sup>.

Os registros de enfermagem devem descrever apenas as informações referentes aos cuidados prestados e a evolução do paciente. Em nosso estudo, 24,2% dos prontuários apresentavam registros que não eram relacionados diretamente ao paciente como, por exemplo, queixas de falta de materiais ou medicações, contrariando a orientação de que os profissionais precisam ter a clareza que o registro deve ser efetuado sem julgamentos ao paciente e sem juízo de valor, mantendo a objetividade a qual se destina<sup>(1,12,17)</sup>.

A maioria dos prontuários continha o uso de palavras evasivas, não eram objetivas e claras e, portanto, não permitia saber a real situação do paciente. De maneira geral, a utilização desses termos não representa com fidelidade o estado de saúde do paciente, uma vez que permitem diferentes interpretações por aqueles que possam acessá-lo criando possibilidades de prejuízos ao profissional, à instituição e ao paciente<sup>(1,17)</sup>.

Além das palavras generalizadas/evasivas, o uso de siglas e abreviaturas não padronizadas pode atrapalhar a comunicação entre os profissionais. Sabe-se que siglas fazem parte do trabalho cotidiano da enfermagem, porém, na instituição estudada não há um protocolo que padronize tais termos e, assim, cada profissional utiliza terminações diferentes para significar um mesmo item.

Muitos registros continham apenas a mensuração do sinal vital ou apenas frases curtas, com palavras genéricas, impossibilitando compreender a evolução do paciente naquele período. Praticamente todos os prontuários apresentavam aspectos subjetivos do paciente, proporcionando uma análise sobre suas condições espirituais e psicossociais, sendo informações indispensáveis para o planejamento assistencial<sup>(19)</sup>. Em contrapartida, a maioria dos prontuários não apresentava relatos de sinais e sintomas da patologia, as condições emocionais e não havia registros dos cuidados de enfermagem. Em suma, limitava-se ao registro da administração de medicamentos e à mensuração parcial de sinais vitais.

A maioria dos prontuários não indicava o papel da família no processo de adoecimento, tratamento e convalescença do paciente, algo preocupante, pois a ausência dessas in-

formações pode comprometer a evolução do paciente no processo de recuperação, interferindo de maneira negativa nos resultados esperados.

Em nosso estudo apenas 1,6% dos prontuários tinha as informações sobre o trabalhador que prestou a assistência ao paciente de modo completo. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem<sup>(2)</sup> e Resolução COFEN 545/2017<sup>(5)</sup> apresenta a forma correta de descrever as informações sobre o trabalhador e prevê o uso do carimbo pelos profissionais como obrigatório em todo documento assinado.

Em muitos prontuários encontramos apenas um registro realizado pelo enfermeiro durante toda a internação (40%) e havia prontuários sem nenhum registro deste profissional (22%). Apenas 4% dos registros realizados pelos enfermeiros eram referentes à evolução da situação física do paciente o que não possibilitava uma visão da real situação de saúde/doença do paciente que está sendo atendido. Também não foi encontrado em nenhum dos prontuários analisados o registro da SAE, embora a Resolução COFEN 358/2009,<sup>(3)</sup> em seu Art. 1º, determine que "o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem", devendo tal processo ser registrado de maneira formal no prontuário do paciente de modo a visualizar sua execução.

#### Limitações do estudo

A existência apenas de prontuários físicos foi um fator limitante para este estudo. Foi preciso analisar individualmente cada documento, implicando maior tempo para a coleta de dados e para a análise desses registros. Por tal motivo, não foi possível realizar a coleta em maior número e em mais de um setor.

#### Contribuições para a prática

Entende-se que este estudo contribui para a pesquisa quando confirma, por meio da auditoria, que há problemas importantes nos registros da enfermagem que podem impactar diretamente na segurança e cuidado dos usuários. Esses achados reforçam a necessidade de promover ações educativas no que se refere à qualidade das anotações de enfermagem tanto nas instituições de saúde quanto nos cursos de formação de nível técnico, graduação e pós-graduação.

#### CONCLUSÃO

Neste estudo a maioria dos prontuários tinha o preenchimento das anotações de enfermagem classificadas como insatisfatórias e a revisão de literatura apontou que essa situação não é exclusividade da instituição deste estudo. Nesta perspectiva cabe refletir sobre estratégias para a melhoria das ações no processo de trabalho diário e o uso de ferramentas promotoras de mudanças e transformações. A primeira ação a ser tomada em prol de melhorias na qualidade dos registros de enfermagem pode ser o diagnóstico situacional por meio de auditoria como o realizado neste estudo. Após esta fase de diagnóstico, quando

é possível compreender o nível de qualidade dos registros é hora de planejar as estratégias. Como possíveis caminhos a serem experimentados e posteriormente avaliados por meio de pesquisas tem-se o uso de formulários padronizados para a SAE, a implementação do prontuário eletrônico e a implantação de padronização de siglas. Contudo, é importante lembrar que nenhum desses instrumentos é capaz de melhorar a qualidade dos registros de enferma-

gem se o profissional não estiver familiarizado com seu uso por meio da Educação Permanente em Saúde.

#### Contribuições dos autores:

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Natalia Bianchini Dodo, Josimeire Cantanhêde de Deus, Priscilla Perez da Silva Pereira, José Juliano Cedaro.

#### REFERÊNCIAS

1. Aquino MJN, Cavalcante TMC, Abreu RND, Scopacasa LF, Negreiros FDS. Anotações de Enfermagem: avaliação da qualidade em uma unidade de terapia intensiva. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [acesso em 14 nov 2019]; 9 (1). Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1314/419>
2. Brasil. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. 1986 [acesso em 10 out 2019]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
3. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. 2009 [acesso em 5 nov 2019]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html)
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico [Internet]. 2012 [acesso em 22 out 2019]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012\\_9263.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html)
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 545/2017. Dispõe sobre Anotação de Enfermagem e mudança nas siglas das categorias profissionais [Internet]. 2017 [acesso em 13 nov 2019]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017\\_52030.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html)
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2007 [acesso em 12 nov 2019]. Disponível em: [www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)
7. Seignemartin BA, Jesus LR, Vergílio MSTG, Silva EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. *Rev Rede de Enferm Nordeste* [Internet]. 2013 [acesso em 2 dez 2019]; 14 (6). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324029419008.pdf>
8. Teixeira BS. Análise da Qualidade dos Registros de Enfermagem em Prontuários: revisão integrativa da literatura. *Pesquisar* [Internet]. 2016 [acesso em 8 nov 2019]. Disponível em: [www.faculdadealfredonasser.edu.br/files/Pesquisar\\_5/21-11-2016-18.31.41.pdf](http://www.faculdadealfredonasser.edu.br/files/Pesquisar_5/21-11-2016-18.31.41.pdf)
9. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 6 dez 2019]; 24 (4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400013>
10. Setz VG, D'Inocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009 [acesso em 10 dez 2019]; 22 (3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>
11. Moreira, NS. Análise das anotações de enfermagem de acordo com a Resolução 191/96 do Conselho Federal de Enfermagem. *Rev Saude.com* [Internet]. 2011 [acesso em 6 dez 2019]; 7 (2). Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/198/152>
12. Vituri DW, Matsuda LM. Os registros de enfermagem como indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Brazil Jour Nurs* [Internet]. 2008 [acesso em 18 nov 2019]; 7 (1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241/295>
13. Silva JA, Grossi ACM, Haddad MCL, Marcon SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em Unidade Semi-Intensiva. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso em 17 dez 2019]; 16 (3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300021>
14. Fontes MCF, Mendes IAC, Hayahida M, Dalri MCB. Análise das anotações do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. RENE* [Internet]. 2006 [acesso em 12 nov 2019]; 7 (3). Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5439/3958>
15. Luz A, Martins AP, Dyniewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2007 [acesso em 15 nov 2019]; 9 (2). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v9i2.7165>
16. Gomes DC, Cubas MR, Pleis LE, Shmell MAH, Peluci APVD. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 6 dez 2019]; 37 (1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>
17. Barral LNM, Ramos LH, Dias OV, Souza LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um Hospital de Ensino. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 12 nov 2019]; 16 (2). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/518>
18. Carneiro SM, Dutra HS, Costa FM, Mendes SE, Arreguy-Sena C. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [acesso em 2 dez 2019]; 17 (2). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3001/2316>
19. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Rossi LA, Hayashida M. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no Processo de Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2001 [acesso em 8 nov 2019]; 35 (4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a11.pdf>
20. Barbosa SF, Sportello EF, Mira VL, Melleiro MM, Tronchin DMR. Qualidade dos registros de enfermagem: análise dos prontuários de usuários do Programa de Assistência Domiciliária de um hospital universitário. *Mund Saúde* [Internet]. 2011 [acesso em 18 dez 2019]; 35 (4). Disponível em: [https://www.revistamundodasau-de.com.br/assets/artigos/2011/88/04\\_QualidadedosregistrosdeEnfermagem.pdf](https://www.revistamundodasau-de.com.br/assets/artigos/2011/88/04_QualidadedosregistrosdeEnfermagem.pdf)

# CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

Beatriz Boleta Fernandes<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-7929-3923>

Carla Luiza França Araújo<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-9885-472X>

**Objetivo:** identificar e sintetizar as evidências disponíveis na literatura sobre o clampeamento do cordão umbilical, e seus resultados evidenciados pela prática. **Método:** Revisão integrativa da literatura sistematizada em seis etapas, utilizando as bases de dados LILACS, MEDLINE e IBECs e descritores próprios. O período selecionado foi de 2012 a 2018. **Resultados:** Foram identificados 119 estudos, com uma amostra final composta por 10 estudos selecionados para atender o objetivo proposto. Os estudos apontaram benefícios em relação ao clampeamento tardio do cordão umbilical quando comparado ao clampeamento imediato, tanto em curto prazo, quanto a longo prazo. **Conclusão:** O clampeamento tardio do cordão umbilical é uma intenção segura de baixo custo e eficaz, e que deve ser incentivada e apoiada no cenário do nascimento.

**Descritores:** Clampeamento; Cordão umbilical; Constrição.

## UMBILICAL CORD CLAMPING

**Objective:** To identify and synthesize the evidence available in literature on umbilical cord clamping, and its results evidenced by practice. **Method:** Integrative review systematized of literature by six steps using the databases LILACS, MEDLINE e IBECs and own descriptors. **Results:** Found 119 studs, with a final sample consisting of 10 studies selected to meet the proposed objective. Studies have shown benefits over delayed cord clamping compared to immediate cord clamping. **Conclusion:** Delayed cord clamping it's a feature effective and cost effective and should be encouraged and supported.

**Descriptors:** Clamping; Umbilical Cord; Constriction.

## PINZAMIENTO DEL CORDÓN UMBILICAL

**Objetivo:** identificar y sintetizar la evidencia disponible en la literatura sobre el pinzamiento del cordón umbilical, y sus resultados evidenciados por la práctica. **Método:** Revisión integral sistematizada de la literatura, em seis passos, utilizando las bases de datos LILACS, MEDLINE e IBECs y sus descriptores. **Resultados:** Se encontraram 119 estudios, com uma muestra final que consta 10 estudios seleccionados para cumplir el objetivo propuesto. Los estudios han demostrado beneficios sobre el pinzamiento tardío del cordón umbilical en comparación con el pinzamiento inmediato. **Conclusión:** El pinzamiento tardío del cordón umbilical es una intención segura, económica y efectiva que debe fomentarse y apoyarse em el parto.

**Descriptorios:** Pinzamiento; Cordón Umbilical; Constricción.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem Anna Nery-EEAN/UFRJ, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Beatriz Boleta Fernandes. E-mail: [beatrizboleta@gmail.com](mailto:beatrizboleta@gmail.com)

Recebido: 21/08/2019 - Aceito: 26/02/2020

## INTRODUÇÃO

No Brasil o clampeamento do cordão umbilical é uma das intervenções médicas mais feitas, representando um total anual de 3.000.000, e partindo desse pressuposto há questionamentos acerca do modo ou do tempo de clampeamento, podendo ser ele imediato ou tardio e a partir disso trazendo consequências maternas e fetais. O atual contexto brasileiro baseia-se em um modelo biomédico, onde ainda há uma visão do parto e nascimento como um processo patológico<sup>(1)</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o parto é um evento natural, que não necessita de controle, mas sim cuidados baseados em boas práticas e evidências científicas<sup>(2)</sup>. Ainda assim evidenciam-se taxas de complicações ainda insatisfatórias, que estão diretamente ligadas com uso abusivo de técnicas e procedimentos<sup>(3)</sup>.

Em 1996 a OMS disponibilizou um guia prático para a atenção ao parto, na tentativa de respeitar a fisiologia, dando a todas as mulheres o direito de um trabalho de parto seguro, baseado em boas práticas. Houve um consenso das recomendações listadas em quatro categorias, sendo elas: a. Práticas que são úteis e devem ser encorajadas; b. Práticas que não são efetivas e devem ser eliminadas; c. Práticas que não possuem evidências suficientes para basear uma recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que se produza mais acerca do assunto; e d. Práticas que são frequentemente usadas inapropriadamente. O clampeamento do cordão umbilical foi incluído na categoria c, onde se concluiu a necessidade de mais estudos acerca da prática<sup>(2)</sup>.

Em 2016 foi lançada a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, um relatório de recomendações elaborado pela CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), onde se encontra indicações e condutas visando orientar mulheres brasileiras, profissionais da saúde e gestores acerca do modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como expressões de saúde e não como doenças, com o intuito de torna-los mais seguros, considerando os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos. Nessa recente recomendação é levada em consideração a mínima separação entre mãe e filho, e se aderido o manejo fisiológico do terceiro período do trabalho de parto há indicação do clampeamento do cordão após parar a pulsação, e caso a opção seja o manejo ativo recomenda-se o clampeamento e a secção precoce do cordão umbilical<sup>(3,4)</sup>.

O presente estudo teve como objetivo identificar e sintetizar as evidências disponíveis na literatura sobre o clampeamento do cordão umbilical, e seus resultados evidenciados pela prática. Para isso utilizou-se uma revisão

integrativa, que é de suma importância para a enfermagem baseada em evidências, onde há um levantamento das informações produzidas sobre o tema, proporcionando uma tomada de decisão consciente através de um consenso de evidências relevantes provenientes da pesquisa clínica.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que visa contribuir no cuidado prestado, já que está associado a uma síntese dos resultados de pesquisas relevantes e estudos reconhecidos mundialmente<sup>(5)</sup>. É uma forma de acesso rápido para uma prática baseada em evidências, já que vincula conhecimento oriundo de pesquisas e prática clínica<sup>(5)</sup>.

O processo de uma revisão integrativa é dividido em seis fases<sup>(6,7)</sup>, citadas a seguir:

### 1ª fase

Elaboração da pergunta norteadora – consiste na elaboração da pergunta de pesquisa, de maneira clara e objetiva. Para elaboração da pergunta foi utilizada a estratégia PICO, proposta pelo manual de revisões Joanna Briggs Institute, 2014 e comumente utilizada para revisões quantitativas. O acrônimo PICO simboliza: P: identificação da população – recém nascidos, I: intervenção a ser investigada – clampeamento do cordão umbilical, C: comparação – tempo e O: desfecho – quais as consequências<sup>(8)</sup>.

### 2ª fase

Para obtenção dos estudos relacionados à temática, foi utilizada busca dos descritores por meio do DeCS - Descritores de Ciências da Saúde. Os vocabulários utilizados foram: "constricção", "cordão umbilical" e "clampeamento". Foram utilizadas as seguintes bases de dados: LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e IBECS - Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários que abordam a temática clampeamento do cordão umbilical, indexados nas bases de dados, publicados no período de janeiro de 2012 a dezembro 2018, com resumos disponíveis e acessados na íntegra, on-line nos idiomas português, inglês e espanhol. A busca foi realizada em março de 2019.

Entraram como critério de exclusão: estudos não disponíveis para visualização gratuita, estudos secundários (que incluem: revisões narrativas, revisões integrativas, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas), dissertações de mestrado e teses de doutorado.

**3ª fase**

Caracterizou-se pela fase de coleta de dados, onde se fez necessário utilizar um instrumento já elaborado com o intuito de minimizar erros, garantir precisão e servir de registro<sup>7</sup>. Para a coleta de dados utilizou-se como modelo o instrumento de Ursi, do qual foi submetido a validação, onde contempla-se: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados<sup>(9)</sup>.

**4ª fase**

Etapla para analisar criticamente os estudos incluídos, através de uma abordagem organizada, e a partir daí serão classificados em níveis de evidência. Para caracterizar hierarquicamente a evidência é proposto análise dos níveis, auxiliando assim a escolha das melhores evidências, sendo eles nível 1 a nível 6<sup>(7)</sup>.

Níveis de evidência	Descrição
1	Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados.
2	Evidências obtidas em estudos individuais, com delineamentos experimentais.
3	Evidências de estudos quase-experimentais.
4	Evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagens qualitativas.
5	Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiências.
6	Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

**Quadro 1 - Classificação dos níveis de evidência<sup>8</sup>****Após a interpretação e síntese dos resultados, temos a:****5ª Fase**

Nesta foi feita a discussão dos resultados e a comparação, identificando as conclusões e implicações resultantes da revisão, identificando assim lacunas cabíveis de sugestão pertinentes a pesquisas futuras e principalmente fatores que interferem na prática clínica visando a melhoria da assistência<sup>(6,7)</sup>.

**6ª Fase**

Etapla caracterizada pela apresentação da revisão integrativa, deve contemplar ao leitor uma avaliação crítica dos resultados com informações pertinentes e detalhadas. Nessa etapa é necessário detalhar fases do processo como coleta de dados, análise e discussão dos dados. Vale ressaltar a importância de

simplificar, resumir e organizar os achados, permitindo assim uma visão ampla sobre a temática investigada<sup>(6,7)</sup>.

**RESULTADOS**

Foram identificados 121 estudos, dos quais 107 foram descartados após leitura criteriosa do título e do resumo, por não atenderem aos critérios propostos e sendo 1 encontrado duplicado nas bases de dados. Após leitura minuciosa dos 13 artigos selecionados, 3 foram excluídos pois, 1 abordava acerca do conhecimento dos profissionais sobre o tema, 1 caracterizava-se como revisão e 1 caracterizava-se como projeto piloto, mas sem um resultado final já estabelecido. A amostra final incluída nessa revisão integrativa é composta por 10 estudos.

Desses 10 estudos, 8 apresentavam-se na língua inglesa, 1 na língua portuguesa e 1 na língua espanhola.

Dentre os estudos citados acima, nota-se que 50% dos mesmos apresentam evidência nível 1, 40% nível 2 e 10% nível 6. A grande maioria dos estudos teve como cenário países desenvolvidos, 80% dos estudos tiveram suas publicações em revistas pediátricas.

Abaixo no Quadro 1 estão resumidos os resultados:

**Quadro 1 - Distribuição dos artigos, autores, ano, periódico, base de dados, nível de evidência e resultados.**

Título	Autores	Ano	Periódico	Base	NE*	Resultados
Hemodynamic effects of delayed cord clamping in premature infants	Sommers R, Stonestreet BS, Oh W, Laptook A, Yanowitz TD, Raker C, Mercer J	2012	Pediatrics	Medline	1	Clampeamento tardio de 45 segundo resulta redução da hemorragia intraventricular por conta de uma melhor adaptação cardiovascular
Historical perspectives on umbilical cord clamping and neonatal transition	Downey CL, Bewley S	2012	Journal of the Royal Society of Medicine	Medline	6	Clampeamento imediato tem como complicação anemia, e clampeamento com dois a três minutos trás aumento de 40ml kg de volume sanguíneo, equivalente a 75 mg a mais de ferro e melhor adaptação respiratória. Não há evidências quanto à associação entre icterícia ou policitemia e clampeamento tardio

A Hospital Policy Change Toward Delayed Cord Clamping is Effective in Improving Hemoglobin Levels and Anemia Status of 8-month-old Peruvian Infants	Gyorkos TW, Maheu-Giroux M, Bloiun B, Creed-Kanashiro H, Casapia M, Aguilar E, et al	2012	Journal of Tropical Pediatrics	Medline	2	Com a mudança da política do hospital houve um aumento dos níveis de hemoglobina e a anemia foi significativamente reduzida aos oito meses pós parto. Redução de 22% nas taxas de anemia após oito meses com uma intervenção sem custo algum.
Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates	Nesheli HM, Esmailzadeh S, Haghshenas M, Bijani A, Moghadam TG	2014	Journal of the Pakistan Medical Association	Medline	1	Houve aumento significativo nos níveis de hemoglobina, hematócrito, volume corpuscular médio, ferro e ferratina após 6 meses do nascimento. Não houve significância nos aumentos de casos de hiperbilirrubinemia e policetemia.
Tempo de clameamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo	Oliveira FCC, Assis KF, Martins MC, Prado MRMC, Ribeiro AO, Sant'Ana LFR, et al	2014	Revista Saúde Pública	SciELO	2	O tempo de clameamento correlacionou-se positivamente com o volume corpuscular médio e hemoglobina corpuscular média. Os níveis médios de ferratina foram inferiores em crianças com tempo de clameamento abaixo de 60 segundos.
Effect of Delayed vs Early Umbilical Cord Clamping on Iron Status and Neurodevelopment at Age 12 Months	Anderson O, Domellöf M, Andersson D, Hellström-Westas L	2014	JAMA Pediatrics	Medline	1	Não houve diferença na concentração de ferro na corrente sanguínea, ou no neurodesenvolvimento aos 12 meses de idade.

Tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y complicaciones neonatales, un estudio prospectivo	Rincón D, Foguet A, Rojas M, Segarra E, Sa cristán E, Teixidor R, et al	2014	Anales de Pediatría	IBEC-SC	2	Os valores de hemoglobina, hematócrito e ferratina apresentaram-se elevados no grupo onde o clameamento do cordão deu-se tardiamente.
Delayed cord clamping with and without cord stripping: a prospective randomized trial of preterm neonates	Krueger MS, Eyal FG, Peevy K, Hamm CR, Whitehurst RM, Lewis DF	2015	American Journal of Obstetrics and Gynecology	Medline	1	Não houve diferença significativa no grupo onde houve clameamento combinado com ordenha do cordão em relação ao aumento de hematócritos.
Benefits of Delayed Cord Clamping in Red Blood Cell Alloimmunization	Garabedian C, Rakza T, Drumez E, Poleszczuk M, Ghesquiere L, Wibaut B, et al	2016	Pediatrics	Medline	2	Notou-se um maior nível de hemoglobina ao nascer no grupo onde houve o clameamento tardio e uma menor taxa de anemia ao nascer. A taxa transfusional foi a mesma nos dois grupos. O intervalo entre o nascimento e a necessidade de transfusão foi mais alto no grupo do clameamento tardio, assim como diminuição da necessidade de transfusão nesse grupo.
Effect of Delayed Cord Clamping on Neurodevelopment at 4 Years of Age	Anderson O, Lindquist B, Lindgren M, Stjernqvist K, Domellöf M, Hellström-Westas, L	2015	JAMA Pediatrics	Medline	1	Crianças pertencentes ao grupo do clameamento tardio apresentaram melhores resultados de coordenação fina e motora. Meninos desse mesmo grupo apresentaram um significativo aumento na performance dos testes.

## DISCUSSÃO

Da análise dos artigos pertinentes a temática, pode-se elencar 2 categorias temáticas que contemplam o objetivo do estudo: 1) Taxas de anemia e deficiência de ferro; 2)

Benefícios e danos descritos nos estudos, relacionados à prática; que serão abordados e discutidos individualmente.

#### *Taxas de anemia e deficiência de ferro*

Um grande desfecho em comum encontrado nos estudos foi o aumento da taxa de hemoglobina na corrente sanguínea correlacionado ao clampeamento tardio do cordão umbilical, assim como aumento de ferritinas e hematócrito. Sabe-se que a deficiência por ferro é responsável por 75% dos casos de anemia, podendo ocasionar problemas no neurodesenvolvimento<sup>(10)</sup>. Países subdesenvolvidos apresentam altas taxas de anemia infantil<sup>(10)</sup>. Há uma estimativa da prevalência de deficiência de ferro em até 45% das crianças até 5 anos de idade, prevalecendo casos em grupo de baixa renda e populações desfavorecidas<sup>(10-12)</sup>.

Diante dos resultados encontrados na revisão, há evidência de que clampeamento tardio do cordão pode aumentar em até 75 mg a mais de ferro para o recém-nascido, sendo uma forma eficaz e sem custo de promover o aumento das reservas de ferro ao organismo. Uma revisão publicada pela Cochrane, com 15 ensaios analisados, e com uma população de 3911 mulheres e recém-nascidos do ano de 2013 reforça a questão do aumento significativo da concentração de hemoglobina nas 24 e 48 horas pós parto<sup>(11)</sup>.

O estudo mostrou ainda, a menor necessidade de transfusão sanguínea para os recém-nascidos submetidos ao clampeamento tardio, assim como um intervalo maior entre o nascimento e a primeira transfusão. As diretrizes de reanimação do recém-nascido maior ou igual a 34 semanas em sala de parto, da Sociedade Brasileira de Pediatria do ano de 2016 recomenda o clampeamento tardio após a avaliação do RN com boa vitalidade. A recomendação é de 1-3 minutos, podendo posicionar o neonato sobre o abdome ou tórax da mãe<sup>(13)</sup>.

#### *Benefícios e danos descritos nos estudos, relacionados à prática*

De acordo com o levantamento realizado pode-se constatar uma gama de benefícios ao recém-nascido, como a redução da hemorragia intraventricular no neonato prematuro, devido a um aumento do volume sanguíneo na veia cava superior, o que otimiza a adaptação cardiovascular, quando realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical. Um estudo nacional relaciona a ocorrência da hemorragia interventricular craniana em recém-nascidos com muito baixo peso, e/ou prematuros, sendo um grave problema no prognóstico neurológico, podendo acarretar falhas no desenvolvimento neuropsicomotor<sup>(14,15)</sup>.

Sabe-se que a deficiência de ferro, mesmo que não associada à anemia, pode ocasionar prejuízo no desempenho físico e intelectual, bem como alterações imuno-

lógicas e inflamatórias<sup>(15)</sup>. De acordo com o levantamento dos materiais, há um estudo, sendo nível I de evidência, no qual acompanha o desenvolvimento de crianças até 4 anos de idade em um país de alta renda e percebe-se uma melhora nas habilidades motoras finas, principalmente no grupo dos meninos. A deficiência de ferro é diretamente ligada às condições socioeconômicas desfavoráveis o que resulta em uma menor disponibilidade e variedade alimentar, ocasionando o consumo insatisfatório e menor biodisponibilidade de nutrientes, incluindo o ferro<sup>(16)</sup>.

Quanto a malefícios evidenciados pela prática do clampeamento tardio do cordão umbilical, observou-se pelo levantamento o aumento da policitemia e da icterícia, mas sem relato de casos graves ou que necessitaram de maiores intervenções. Um estudo realizado em Santa Catarina<sup>(17)</sup> comprovou que a maioria dos casos de icterícia neonatal foi de causa fisiológica, onde os níveis de bilirrubina indireta foram menos elevados, necessitando de um menor tempo de fototerapia, sendo encontrados também casos relacionados com incompatibilidade ABO e Rh com menores prevalências.

#### **Limitações do estudo**

As limitações encontradas foram adequação dos descritores utilizados pelos autores e escassez de artigos relacionados ao tema para embasar o estudo proposto.

#### **Contribuição para a prática**

O estudo visa contribuir com o cenário prático do parto atual, possibilitando através de evidências científicas criteriosamente selecionadas a mudança dos paradigmas relacionados ao clampeamento tardio do cordão umbilical.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo permitiu, através de uma revisão integrativa da literatura, encontrar evidências científicas pertinentes sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical. Destaca-se aqui que o clampeamento tardio do cordão umbilical pode ser uma intenção segura, de baixo custo e eficaz na prevenção tanto em curto prazo, como a anemia neonatal, como um melhor desempenho do neurodesenvolvimento. Nota-se estudo com resultados indesejados como a icterícia neonatal, em contrapartida os benefícios são muito maiores e significantes.

Vale ressaltar aqui que o clampeamento tardio do cordão umbilical é incentivado pela OMS, e que além de todos os benefícios citados, podemos pontuar também um maior tempo

de contato pele a pele com a mãe no momento do nascimento, prática também incentivada e com ótimos benefícios.

Um país como o Brasil, onde encontramos barreiras em diversas áreas, sendo algumas socioeconômicas, culturais, e políticas, uma prática simples e de baixo custo, beneficiando o futuro deve ser incentivada e apoiada. É pertinente a mudança comportamental dos profissionais na ótica

de uma prática baseada em evidências, assim como espaços de ensino para debate do tema.

### Contribuição dos autores:

Concepção e/ou desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Beatriz Boleta Fernandes. Revisão: Carla Luiza França Araújo.

### REFERÊNCIAS

- Vain, NE. Em tempo: como e quando deve ser feito o clameamento do cordão umbilical: será que realmente importa? *Rev Paul Pediatr*. [Internet]. 2015; 33(3):258-259. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822015000300258-6&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822015000300258-6&lng=en). <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.06.001>.
- World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF; 2011. Seção 1, p. 109. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
- Ministério da Saúde (BR). Cadernos HumanizaSUS. Humanização do parto e nascimento. Volume 4. Brasília DF; 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf)
- Ministério da Saúde (BR). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de Recomendação. Brasília DF; 2016. Disponível em: [http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis; 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ganong, LH. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, v. 10, n. 1, p. 1-11; March 1987.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, p.102-106; ago 2010. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014.
- Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 124-131; Jan 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.
- Organização Mundial da Saúde. Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes. 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO\\_RHR\\_14.19\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120076/1/WHO_RHR_14.19_spa.pdf?ua=1).
- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of systematic Reviews*; 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3
- Arruda MMA, Figueiredo MS. Anemia por Deficiência de Ferro. In: Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. *Tratado de Hematologia*. 1ª edição. Atheneu; 2013; 145-50.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes; 2016. Disponível em [www.sbp.com.br/reanimacao](http://www.sbp.com.br/reanimacao).
- Silva RL, Iser BPM, Tartare B, Boneti HS. Aspectos perinatais relacionados à hemorragia intracraniana em recém-nascidos de muito baixo peso no Sul do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 2015; 37(4):159-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032015000400159&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015000400159&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0100-720320150004973>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria SAS/MS nº 1.247. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Anemia por deficiência de ferro; Novembro, 2014. Brasil. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/15/Anemia-por-Deficiencia-de-Ferro.pdf>
- Galvan L, Oliveira MP, Farias MJ, Panini AV, Cancelier ACL, Silva LR. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. *Arq Catarin Med*; 2013 jul-set; 42(3): 47-53. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1243.pdf>
- Sommers R, Stonestreet BS, Oh W, Laptook A, Yanowitz TD, Raker C et al. Hemodynamic Effects of Delayed Cord Clamping in Premature Infants. *Pediatrics*, volume 126, number 3; 2012. DOI: 10.1542/peds.2011-2550
- Downey CL, Bewley S. Historical perspectives on umbilical cord clamping and neonatal transition. *Journal of Royal Society of Medicine*; 2012 Aug; 105(8): 325-329. DOI: 10.1258/jrsm.2012.110316
- Gyorkos TW, Maheu-Giroux M, Bloiuiu B, Creed-Kanashiro H, Casapia M, Aguilar E, et al. A Hospital Policy Change Toward Delayed Cord Clamping is Effective in Improving Hemoglobin Levels and Anemia Status of 8-month-old Peruvian Infants. *Journal of Tropical Pediatrics*, Volume 58; December 2012, Pages 435-440. DOI: 10.1093/tropej/fms012
- Nesheli HM, Esmailzadeh S, Haghshenas M, Bijani A, Moghaddam TG. Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates. *J Pak Med Assoc*. Vol. 64, No. 11; November 2014. Disponível em: [https://jpma.org.pk/article-details/7078?article\\_id=7078](https://jpma.org.pk/article-details/7078?article_id=7078)
- Oliveira FCC, Assis KF, Martins MC, Prado MRMC, Ribeiro AQ, Sant'Ana LFR et al. Tempo de clameamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. *Rev. Saúde Pública* 48 (1); Fev 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000100010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100010&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004928>.
- Andersson O, Domellöf M, Andersson D, Hellström-Westas L. Effect of Delayed vs Early Umbilical Cord Clamping on Iron Status and Neurodevelopment at Age 12 Months. *JAMA Pediatr*; 2014;168(6):547-554. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d7157>
- Rincón D, Foguet A, Rojas M, Segarra E, Sacristán E, Teixidor R et al. Tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y complicaciones neonatales, un estudio prospectivo. *An Pediatr (Baro)*; 2014;81:142-8 - Vol. 81 Núm.3 <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.051>
- Krueger MS, Eyal FG, Peevy K, Hamm CR, Whitehurst RM, Lewis DF. Delayed cord clamping with and without cord stripping: a prospective randomized trial of preterm neonates. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; March 2015; Volume 212, Issue 3, Pages 394.e1-394.e5 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.12.017>

# CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA: CONHECIMENTO DA EQUIPE CIRÚRGICA

Sheila Mara Pereira dos Santos<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-2245-7012>

Melissa Bonato<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-3961-9698>

Eusiene Furtado Mota Silva<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2466-398X>

**Objetivo:** Verificar o conhecimento da equipe cirúrgica sobre a realização do checklist de cirurgia segura em centro cirúrgico. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, transversal, exploratória e descritiva. Dados obtidos por meio de uma entrevista com roteiro estruturado, aplicado a profissionais de centro cirúrgico de hospital no nordeste do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Participaram da pesquisa 123 profissionais, 43 técnicos de enfermagem, 13 enfermeiros, 18 anestesistas e 49 cirurgiões. 100% dos participantes relataram conhecer o checklist, 65% receberam treinamento, 98% consideraram importante seu uso para segurança do paciente e 75% alegaram verificar as informações do checklist antes de assinar. Quanto número de etapas do checklist 82% acertaram, e referente ao conhecimento sobre as etapas, a que teve mais acertos foi a etapa 1 (82% acertos), seguido da etapa 3 que teve 77,35% de acertos. **Conclusão:** Os profissionais pesquisados possuem conhecimento a respeito do checklist, contudo há etapas que não são claras, denotando a necessidade dos treinamentos e profissionalização da assistência para melhoria da qualidade no atendimento dos pacientes.

**Descritores:** Segurança do paciente; Centro Cirúrgico; Checklist; Gestão de riscos; Equipe Multiprofissional; Enfermagem de Centro Cirúrgico.

## SURGERY CHECKLIST: KNOWLEDGE THE SURGICAL TEAM

**Objective:** Verify the knowledge of the surgical team on the performance of the safe surgery checklist in operating room. **Method:** Quantitative, cross-sectional, exploratory and descriptive research. Data obtained through a structured script interview, applied to hospital operating room professionals in north-eastern Rio Grande do Sul. **Results:** The study included 123 professionals, 43 nursing technicians, 13 nurses, 18 anesthetists and 49 surgeons. 100% of participants reported knowing the checklist, 65% received training, 98% considered it important for patient safety, and 75% claimed to check the checklist information before signing. Regarding the number of steps in the checklist 82% were correct, and regarding the knowledge about the steps, the one that had the most hits was step 1 (82% hits), followed by step 3 which had 77.35% hits. **Conclusion:** The professionals surveyed have knowledge about the checklist, however there are steps that are not clear, denoting the need for training and professionalization of care to improve the quality of patient care.

**Descriptors:** Patient safety; Surgery Center; Checklist; Risk management; Multiprofessional Team; Surgical Center Nursing.

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA: CONOCIMIENTO EL EQUIPO QUIRÚRGICO

**Objetivo:** Verificar el conocimiento del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía segura en la sala de operaciones. **Metodología:** Investigación cuantitativa, transversal, exploratoria y descriptiva. Datos obtenidos a través de una entrevista guiada estructurada, aplicada a profesionales de quirófanos de hospitales en el noreste de Rio Grande do Sul. **Resultados:** El estudio incluyó a 123 profesionales, 43 técnicos de enfermería, 13 enfermeras, 18 anestesistas y 49 cirujanos. El 100% de los participantes informó conocer la lista de verificación, el 65% recibió capacitación, el 98% lo consideró importante para la seguridad del paciente y el 75% afirmó verificar la información de la lista de verificación antes de firmar. Con respecto al número de pasos en la lista de verificación, el 82% fueron correctos, y con respecto al conocimiento sobre los pasos, el que tuvo la mayor cantidad de aciertos fue el paso 1 (82% de aciertos), seguido del paso 3 que tuvo 77.35% de aciertos. **Conclusión:** Los profesionales encuestados tienen conocimiento sobre la lista de verificación, sin embargo, hay pasos que no son claros, lo que denota la necesidad de capacitación y profesionalización de la atención para mejorar la calidad de la atención al paciente.

**Descritores:** Seguridad del paciente; quirófano; lista de verificación; Gestión de riesgo; equipo multiprofesional; Centro Quirúrgico Enfermería.

<sup>1</sup>Centro Universitário CNEC de Bento Gonçalves, RS, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil, SP.

Autor Correspondente: Melissa Bonato - Email: melissabonato@hotmail.com

Recebido: 03/12/2019 - Aceito: 07/06/2020

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é reflexo direto da qualidade da assistência prestada ao cliente, que estipula critérios aos serviços de saúde. Com o objetivo de proporcionar uma assistência segura e evitar eventos adversos relacionados à assistência, necessita-se cada vez mais o comprometimento de toda equipe de saúde e gestores institucionais <sup>(1)</sup>.

A assistência prestada em procedimentos de alta complexidade, nas cirurgias e no uso de anestésicos, são causa de preocupação mundial devido aos elevados índices de erros humanos e eventos adversos relacionados a esses procedimentos. Os procedimentos cirúrgicos visam salvar vidas, e qualquer falha de segurança nesses processos assistenciais podem ocasionar danos irreparáveis <sup>(2)</sup>.

No ano de 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a "Aliança Mundial para Segurança do Paciente", que visa à conscientização para melhoria da segurança dos cuidados e em 2008, lançou a campanha "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", que tem como objetivo reduzir a ocorrência de danos ao paciente cirúrgico e definir padrões de segurança que podem ser aplicados a todos os países membros da Organização Mundial da Saúde. A lista de verificação foi dividida em três etapas: Identificação (antes da indução anestésica), Confirmação (antes da incisão cirúrgica) e Registro (antes de o paciente sair da sala cirúrgica) <sup>(3)</sup>.

A implementação do *checklist* é de custo baixo, avalia-se que o tempo médio é de três minutos para aplicação das três fases de verificação e deve ser realizado por um único profissional, responsável por essa aplicação na sala de cirurgia, que é chamado de coordenador da lista <sup>(4)</sup>. Esse profissional deve ter conhecimento sobre o processo anestésico-cirúrgico, apto a interromper o procedimento ou impedir seu progresso se evidenciar alguma insegurança durante o *checklist* na sala cirúrgica, deve realizar a checagem com participação do paciente e da equipe multiprofissional, é essencial para o sucesso do procedimento. Quando há trabalho coletivo, toda equipe passa a se compreender mais do que meros executores de tarefas, resgatando a dimensão afetiva do trabalho <sup>(4,5)</sup>.

Há necessidade urgente e constante de vincular os profissionais na educação continuada, verificando o conhecimento da equipe da sala de cirurgia sobre eventos adversos, identificar possíveis causas e de quem é a responsabilidade <sup>(5)</sup>. Permitindo assim, que eles possam exercer as suas atividades laborais em organizações com boas condições estruturais e com profissionais qualificados para o exercício da função <sup>(6)</sup>.

Nesse sentido, o objetivo geral desse estudo foi verificar o conhecimento da equipe cirúrgica sobre a realização do checklist de cirurgia segura em centro cirúrgico.

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudo

Estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo.

### Participantes da Pesquisa

O centro cirúrgico do local em estudo, conta com um quadro de 134 profissionais, sendo entre estes, 60 médicos cirurgiões, 18 médicos anesthesiologistas, 07 enfermeiros, 26 circulantes e 24 instrumentadores. Destes, 123 foram elegíveis e participaram da pesquisa. Os excluídos da pesquisa foram por trabalhar a menos de 03 meses em centro cirúrgico, estar afastado do serviço por motivo de licença ou férias.

### Local do estudo

Centro cirúrgico de Hospital filantrópico de grande porte, situado na encosta superior do Nordeste do Rio Grande do Sul, sendo referência para 31 municípios do interior do Estado, no período de Janeiro a Junho de 2019.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevista, por meio da aplicação de um questionário. O objetivo desta entrevista incluiu coletar o máximo de informações sobre o conhecimento do profissional quanto a realização do *checklist* para cirurgia segura, os riscos com pacientes cirúrgicos e a necessidade em ter uma educação permanente em seu local de trabalho em relação ao *checklist*, para posteriormente confrontar ou explicar as respostas dos participantes. O instrumento de coleta de dados criado contém sete questões para caracterização do participante e 28 (vinte e oito) específicas sobre o *checklist*, tendo parte do instrumento adaptado de estudo realizado em hospital do interior de São Paulo <sup>(1)</sup>. A coleta de dados foi realizada em forma de entrevista individual, a todos os profissionais de todos os turnos, após o termo de consentimento livre e esclarecido ter sido lido e assinado.

### Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram tabulados no software SPSS, versão 21. As variáveis analisadas por meio do Teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Os resultados expressos por meio de tabelas. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e tratados de acordo com a estatística descritiva básica por meio de frequência absoluta e percentual, média e desvio padrão.

### Procedimentos éticos

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves,

sob parecer nº 3.092.564 e do Comitê de Ética em Pesquisa Associação Dr. Bartholomeu Tacchini, sob parecer nº 3.121.330 de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram atendidas as considerações da resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (substituída pela Norma Operacional 001/2013), a qual trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos (7). Da mesma forma, atendeu-se as considerações da resolução nº 510/2016 do CNS (8).

## RESULTADOS

A amostra dos profissionais entrevistados caracterizou-se por sua maioria ser do gênero feminino, estar na faixa etária de 31 a 40 anos, com o nível de escolaridade predominante sendo técnico, e tempo de formação maior de 10 anos. O tempo de atuação no setor também foi maior de 10 anos e a maioria dos entrevistados trabalham no turno diurno (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição dos profissionais da saúde, segundo gênero e função profissional (N=123). Bento Gonçalves/RS, 2019

VARIÁVEIS	Téc. Enf.		Enfermeiro		Anestesiologista		Cirurgião		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	N=43		N=13		N=18		N=49		N=123	
GÊNERO										
FEMININO	39	91%	13	100%	4	22%	17	35%	73	59%
MASCULINO	4	9%	-	-	14	78%	32	65%	50	41%
FAIXA ETÁRIA										
20-30	9	21%	5	38%	1	6%	-	-	15	12%
31-40	20	47%	7	54%	8	44%	13	27%	48	39%
41-50	13	30%	-	-	4	22%	22	45%	34	32%
51-60	1	2%	1	8%	3	17%	7	14%	12	10%
6 > 60	-	-	-	-	2	11%	7	14%	9	7%
ESCOLARIDADE										
TÉCNICO	43	100%	-	-	-	-	-	-	43	35%
SUPERIOR	-	-	7	54%	9	50%	18	37%	34	28%
PÓS-GRAD.	-	-	6	46%	9	50%	31	63%	41	37%

## TEMPO DE FORMAÇÃO

<1 ANO	2	5%	1	8%	-	-	-	-	3	2%
1-5 ANOS	17	40%	7	54%	1	6%	1	2%	26	21%
6-10 ANOS	11	26%	3	23%	4	22%	12	24%	30	24%
>10 ANOS	13	30%	2	15%	13	72%	36	73%	59	52%

## TEMPO DE ATUAÇÃO NO SETOR

<1 ANO	9	21%	1	8%	-	-	-	-	10	8%
1-5 ANOS	15	35%	10	77%	3	17%	10	20%	38	31%
6-10 ANOS	11	26%	1	8%	5	28%	9	18%	26	21%
>10 ANOS	8	19%	1	8%	10	56%	30	61%	44	40%

## TURNO DE TRABALHO

MANHÃ	10	23%	2	15%	-	-	6	12%	18	15%
TARDE	11	26%	1	8%	-	-	1	2%	13	11%
DIURNO	12	28%	6	46%	5	28%	30	61%	48	43%
NOTURNO	10	23%	4	31%	-	-	1	2%	15	12%
INTEGRAL	-	-	-	-	13	72%	11	22%	24	20%

Na tabela 2, verifica-se que todos os entrevistados relatam já conhecer o *checklist* de cirurgia segura, tendo a maioria já realizado treinamento (65%), além de 121 (98%) dos participantes considerar importante o uso do *checklist* e 92 (75%) verificam as informações antes de assinar.

**Tabela 2.** Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento dos profissionais de saúde a respeito do *checklist* (N=123). Bento Gonçalves/RS, 2019

VARIÁVEIS	Téc. Enf.		Enfermeiro		Anestesiologista		Cirurgião		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	N=43		N=13		N=18		N=49		N=123	
CONHECIMENTO										
SIM	43	100%	13	100%	18	100%	49	100%	123	100%
NÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TREINAMENTO										
SIM	40	93%	10	77%	12	67%	18	37%	80	65%
NÃO	3	7%	3	23%	6	33%	31	63%	38	35%
CONSIDERA IMPORTANTE										
SIM	41	95%	13	100%	18	100%	49	100%	121	98%
NÃO	2	5%	-	-	-	-	-	-	2	2%
VERIFICA ANTES DE ASSINAR										
SIM	43	100%	10	77%	11	61%	28	57%	92	75%
NÃO	-	-	3	23%	7	39%	16	33%	26	21%

\*Alguns entrevistados não responderam à questão.

A tabela 3 é referente ao conhecimento dos entrevistados a respeito de quais são os profissionais responsáveis pela realização do *checklist* de cirurgia segura, a maioria (60,8%) respondeu que são todos e acertou, mas ainda se apresenta muita dúvida em relação de quem é esta responsabilidade, principalmente entre a categoria de técnicos em enfermagem e cirurgiões, onde quase 50% dos profissionais erraram a questão.

**Tabela 3.** Distribuição das variáveis relacionadas ao conhecimento dos profissionais de saúde a respeito de quem é responsável pelo *checklist* (N=123). Bento Gonçalves/RS, 2019

	Téc. Enf.		Enfermeiro		Anestesi- sista		Cirurgião		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ACERTOS	21	51,2%	12	92,3%	15	88,2%	25	51,0%	73	60,8%
ERROS	20	48,8%	1	7,7%	2	11,8%	24	49,0%	47	39,2%

\*Alguns entrevistados não responderam à questão

A tabela 4 se refere quanto ao conhecimento dos entrevistados em relação ao número de etapas que compõem o *checklist*. Nesta questão, a grande maioria 101 (82%) dos profissionais acertaram.

**Tabela 4.** Distribuição do conhecimento em relação a quantidade de etapas do *checklist* (N=123). Bento Gonçalves/RS, 2019.

	Téc. Enf.		Enfermeiro		Anestesi- sista		Cirurgião		TOTAL	
	N=43		N=13		N=18		N=49		N=123	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ERROS	2	5%	1	8%	5	28%	14	29%	22	18%
ACERTOS	41	95%	12	92%	13	72%	35	71%	101	82%

## DISCUSSÃO

Quando analisados os 123 profissionais do centro cirúrgico verificou-se que o gênero feminino prevalece entre os técnicos de enfermagem e enfermeiros, enquanto que entre anestesistas e cirurgiões o gênero masculino é o que prevalece. Na presente pesquisa sobre o *checklist* foi observado que a maioria dos profissionais que participaram foram 59% (73) do gênero feminino contra 41% (50) do gênero masculino. O fato de nesta pesquisa o sexo masculino ser inexistente na enfermagem segue a tendência constatada em diversos estudos, nos quais se afirmam que a profissão de enfermagem permanece na sua maioria feminina<sup>(9)</sup>.

Referente à faixa etária, foi observado que a maioria dos técnicos, enfermeiros e anestesistas tem entre 31 e 40 anos, sendo 47%, 54% e 44% respectivamente. Já a média de idade entre os cirurgiões apresentou-se de 41 a 50 anos sendo 35%. Em um estudo realizado em um hospital-escola com 30 membros da equipe cirúrgica (auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, anestesistas e cirurgiões) a idade mediana foi de 28 anos. Sendo 73,3% médicos residentes<sup>(10)</sup>.

Em relação à escolaridade, além da graduação tinham especialização 46% dos enfermeiros, 50% dos anestesistas e 53% dos cirurgiões. A maioria dos anestesistas e cirurgiões tinha mais de 10 anos de formação, 72% e 63% respectivamente, enquanto técnicos e enfermeiros a maioria tinha entre 1 e 5 anos de formação, 40% e 54%. Relacionado ao tempo de atuação, observou-se que a maioria dos técnicos em enfermagem (N=43, 35%) e enfermeiros (N=13, 77%) atuam de 1 a 5 anos no setor, enquanto os anestesistas (N=18, 56%) e cirurgiões (N=49, 51%) atuam a mais de 10 anos no setor. Esta diferença de estabilidade pode-se relacionar à alta rotatividade dos profissionais de enfermagem nas instituições de saúde.

A maioria dos profissionais trabalham em turno diurno, os técnicos em enfermagem com 28%, enfermeiros 46%, cirurgiões 51%. Somente os anestesistas que a maioria trabalha no período integral, com 72%. O trabalho em turnos é uma ferramenta utilizada para a organização diária laboral, na qual se envolve múltiplas equipes, que trabalham sucessivamente, com extensão dos horários de trabalho<sup>(11)</sup>.

Neste estudo todos os profissionais alegaram conhecer o *checklist* de cirurgia segura. Quando verificado o conhecimento dos profissionais da saúde com relação a quantidade de etapas que constituem o *checklist* de cirurgia segura, pautado no modelo utilizado na instituição foi muito expressivo, com 101 (82%) acertos contra 22 (18%) erros. Os profissionais com maior número de acertos são os técnicos de enfermagem, seguido pelos enfermeiros, anestesistas e cirurgiões respectivamente. Em uma pesquisa realizada no 44º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, verificou-se que 65,3% dos profissionais questionados desconhecem total ou parcialmente o Protocolo de Cirurgia Segura da OMS, 37,1% reconhecem o protocolo como barreira de segurança para o paciente, equipe médica e instituição<sup>(12)</sup>. Ainda acerca ao conhecimento do protocolo de Cirurgia Segura, foi observado em um estudo realizado em 2 hospitais de grande porte de Belo Horizonte que 25 (83,3%) dos médicos e 98 (95,1%) da equipe de enfermagem afirmaram conhecer o protocolo. Sobre ter recebido algum treinamento da aplicação do *checklist* nos últimos 4 anos, 17 (56,7%) dos cirurgiões e 97 (94,2%) da equipe de enfermagem. Com relação ao uso do *checklist* prevenir complicações na cirurgia, 132 (99,2%) do total de entrevistados afirmaram que seu uso previne complicações da cirurgia e 123 (92,5%) adotam sua aplicação na prática<sup>(13)</sup>.

No presente estudo a maioria dos entrevistados já havia recebido treinamento a respeito do preenchimento do *checklist*, técnicos em enfermagem 40 (N= 43, 93%), enfermeiros 10 (N=13, 77%), anestesistas 12 (N=18, 67%), ao contrário dos cirurgiões, que 26 (N=49, 53%) relataram não ter recebido treinamento. O fato da equipe conhecer o *checklist* não significa saber utilizá-lo corretamente. Realizar treinamentos com todos os profissionais que atuam na sala operatória é imprescindível para o sucesso do programa de cirurgia segura. Utilizar o *checklist* é muito mais do que simplesmente checar uma lista. Enquanto não for mostrado a todos o porquê e como utilizá-lo corretamente, a equipe não estará preparada para fazer seu uso<sup>(14)</sup>.

Foi observado que quanto a importância do *checklist* a maioria dos profissionais entrevistados (N=121, 98%) considera a aplicação do *checklist* importante. O *checklist* não é apenas uma ferramenta para garantir segurança ao paciente, mas é, também, um importante método de melhorar a comunicação na sala cirúrgica. Ele dá a todos a oportunidade de expressar as preocupações a todos os membros da equipe cirúrgica<sup>(15)</sup>. Neste contexto, estudos relatam que a utilização do *checklist* de cirurgia segura, visa prevenir erros e falhas humanas. Entretanto, no ambiente de assistência à saúde, o primeiro princípio a ser considerado é a variabilidade, pois não há um padrão único de paciente ou de recursos estruturais,

normas institucionais e equipes disponíveis para atendê-lo de forma individual, ou seja, cada instituição tem sua realidade, e contexto diferente<sup>(16)</sup>.

Referente à verificação do *checklist*, 75% dos entrevistados afirmam verificar antes de assinar o documento. Nesta questão os profissionais com maior porcentagem que não verificam o *checklist* antes de assinar são os anestesistas, com 37% (N=18). A baixa adesão ao *checklist* observada em muitos hospitais estudados possivelmente tem reflexo sobre a ocorrência de eventos adversos em cirurgia, tais como permanência hospitalar, risco de reinternação, necessidade de terapia intensiva, mortalidade e outros<sup>(17)</sup>. Estudos afirmam a importância da realização da averiguação do *checklist*, uma vez que é um conjunto de normas de segurança, e sua aplicação diminui erros e eventos adversos decorrentes de cirurgias<sup>(18)</sup>.

Quando questionados sobre quem é o responsável pela aplicação do *checklist* a maioria dos enfermeiros (N=13, 92%), anestesistas (N=18, 89%) e cirurgiões (N=49, 55%) responderam que todos são responsáveis pelo preenchimento correto do *checklist*, exceto os técnicos em enfermagem, que a maioria respondeu que os responsáveis são os técnicos (N=43, 51%). A enfermagem é responsável pela aplicação do *checklist*, embora seja possível que outro profissional assumisse esse papel. O profissional oferece como ponto facilitador a sua condição de transitar em todas as etapas no cuidado ao paciente durante o perioperatório e de vivenciar a realidade burocrática e prática da organização. Ele deve estar apto a interromper qualquer uma das etapas, caso julgue necessário, ou dar prosseguimento para a próxima fase. A observação dos detalhes é de extrema importância. Cada profissional é peça chave para o sucesso, considerando que todos são responsáveis pela segurança e qualidade no atendimento ao paciente cirúrgico<sup>(19,20)</sup>. O enfermeiro, como líder de unidades de internação, é responsável por encorajar a participação de todos na adoção de *checklist* com o intuito de beneficiar profissionais e pacientes do centro cirúrgico<sup>(10)</sup>.

Quando analisados os erros e acertos da equipe em relação a quantidade de etapas que compõem o *checklist*, verificou-se que a maioria dos técnicos em enfermagem, enfermeiros, anestesistas e cirurgiões acertaram em relação ao número de etapas que constituem o *checklist* de cirurgia segura. Entretanto, os cirurgiões foram os que apresentaram o maior percentual de erros, 29% (N=49).

Os entrevistados foram questionados se o *checklist* proporcionava segurança no processo cirúrgico, o resultado foi que 98% (N=121), ou seja, a maioria acredita que sim. Também, acreditam que o uso do *checklist* melhora a comunicação da equipe cirúrgica (82%), além de reduzir complicações, salvar vidas e garantir segurança em todas as fases do procedimen-

to operatório. Outro estudo afirmou a importância da realização da averiguação do *checklist*, visto que é um conjunto de normas de segurança e sua verificação pelos profissionais envolvidos diminui e evita os erros e os eventos adversos decorrentes de cirurgias<sup>(17)</sup>. O uso do *checklist* foi associado a uma redução maior que um terço das complicações e mortes pós-operatórias em hospitais localizados em diversos ambientes geográficos e econômicos (Canadá, Índia, Jordânia, Nova Zelândia, Filipinas, Tanzânia, Reino Unido e EUA)<sup>(15)</sup>.

Relacionado a condução e preenchimento do *checklist*, os entrevistados responderam afirmativas com verdadeiro ou falso. A maioria dos profissionais entrevistados respondeu errado quanto ao número de profissionais responsáveis pelo preenchimento do *checklist* 50,4% e 57,9%. Quanto a interrupção da verificação, a maioria dos entrevistados acertaram, 83,2%. De acordo com o Ministério da Saúde, uma única pessoa deve ser responsável por conduzir o preenchimento do *checklist*. Em cada fase, o condutor da verificação deve confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso haja algo fora da conformidade, a verificação deve ser interrompida e o paciente mantido em sala de cirurgia até sua solução<sup>(4)</sup>.

Quanto à questão referente ao método de identificação do paciente recomendado pela OMS (2009), os profissionais com maior porcentagem de erro foram os cirurgiões com 56,3% (N=49), seguido pelos anestesistas 50% (N=18), técnicos em enfermagem 21,4% (N=43) e por último enfermeiros com 8,3% (N=13). De acordo com Matos (2018), identificar corretamente os pacientes antes da realização de exames, procedimentos e tratamentos, conferindo dois ou mais dados do paciente pode ajudar a evitar erros. O paciente pode usar pulseira ou etiqueta para facilitar sua identificação. O uso de identificação deve ser de forma padronizada, por meio de pulseira com no mínimo dois identificadores, é preconizado por organizações internacionais, assim como pelo programa brasileiro de segurança<sup>(21)</sup>.

Quando observada a média de acerto para cada etapa estudada, foi verificado que a etapa 1 foi a mais assertiva entre os entrevistados 86,8%. Já a etapa 2 não foi citada como resposta. A etapa 3 teve a media assertiva de 77,35%. Em outro estudo observou-se dados semelhantes, onde na média de acertos para cada etapa estudada, verificou-se que a Etapa 1 foi a mais assertiva entre técnicos de enfermagem (92,4%), enfermeiros (97%), anestesistas (93,75%), cirurgiões (73,5%) e residentes (91,4%). Já a etapa 2 obteve os maiores percentuais de erro entre os profissionais: técnicos de enfermagem (65,8%), enfermeiros (72,7%), anestesistas (81,25%), cirurgiões (80,9%) e residentes (75,8%)<sup>(1)</sup>.

Sabemos que primeira etapa é referente a adesão do paciente no centro cirúrgico, medida necessária para que o

paciente seja transportado com segurança até o CC e tenha a documentação completa para iniciar a cirurgia. Na segunda etapa ocorre a confirmação verbal dos dados e apresentação da equipe cirúrgica, apesar da importância, estudos apontam que ainda há baixa adesão a esta etapa. Na terceira etapa ocorre a contagem dos instrumentais e compressas, identificação das amostras, relação de problemas com equipamentos e revisão das medidas para a recuperação no pós-operatório<sup>(22)</sup>. A lista de verificação divide a cirurgia em três fases: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes do paciente sair da sala de cirurgia. Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico<sup>(4)</sup>.

### Limitações do estudo

O estudo teve como limitação a inclusão de participantes de uma única instituição hospitalar.

### Contribuições do estudo para a prática

Esta pesquisa contribui para agregar mais conhecimento a toda a equipe cirúrgica, sobretudo aos profissionais de enfermagem, uma vez que a aplicação do *checklist* deve ser conduzida por eles, mostra a necessidade imediata de promover melhorias na segurança do paciente através de investimentos no treinamento contínuo da equipe, incluindo técnicos, anestesistas e cirurgiões, a revisão das rotinas de trabalho diário a fim de ampliar o nível de conhecimento na utilização e etapas do *checklist* e com isso promover uma melhor comunicação, escrita e falada entre todos, priorizando a qualidade na assistência prestada ao paciente cirúrgico.

### CONCLUSÃO

Perante as evidências a respeito de erros e eventos adversos, dentro das instituições hospitalares se faz notório a grande importância do uso do *checklist* como ferramenta de prevenção de erros, observou-se que o uso correto do *checklist* desenvolve mudanças em toda equipe, tanto no comportamento, quanto no trabalho realizado.

Por este assunto ter muitas lacunas nas instituições de saúde no Brasil, novos trabalhos devem ser desenvolvidos sobre esta temática, a fim de melhorar o entendimento e a utilização correta do *checklist* encontrando melhores resultados e novas questões a serem trabalhadas para melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente.

### Contribuições dos autores:

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Sheila Mara Pereira dos Santos, Melissa Bonato, Eusiene Furtado Mota Silva.

## REFERÊNCIAS

1. Silva EFM, Galil ASG, Araujo CS, Ruiz PBO, Jericó MC. Conhecimento dos profissionais da saúde sobre checklist de cirurgia segura. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2017; 24(3): 71-78.
2. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2017.
3. OMS. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) Organização Mundial da Saúde [internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2009 [citado em 2018 Jun 16]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_cirurgias\\_seguras\\_guia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_guia.pdf).
4. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo para cirurgia segura [internet]. Brasília: MS; 2013 [citado em 2018 Jun 16]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).
5. Paiva ACR, Araújo BS, Carvalho BR, Arantes DC, Marinho LM, Silva MS, Freitas PR, Moreira LR. Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós operatório. *Enferm Rev*. 2015; 18(2):62-80.
6. Santos DAC, Morais DSVD, Franco RVB, Gomes JRAA. Qualidade de vida sob a ótica de Enfermeiros do centro cirúrgico de um Hospital público. *Enferm. Foco* [periódico online]. 2019; [capturado em 2020 Mar 17] 10 (4): 07-11. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1676>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [internet]. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº12 - quinta-feira, 13 de junho de 2013 - Seção - Página 59 [capturado em 2018 Mai 13]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.
9. Possari JF, Gaidzinski RR, Lima AFC, Fugulin FMT. Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico online]. 2015 [capturado em 2019 Mai 10]; 23(5): 781-8 [8 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00781.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00781.pdf).
10. Pancieri AP, Santos BP, Avila MAG, Braga EM. Safe surgery *checklist*: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico online]. 2013 [capturado em 2019 Mai 01]; 34(1): [8 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-4472013000100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-4472013000100009&script=sci_arttext&tlng=en).
11. Mendes SS, Martino MMF. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [periódico online]. 2012 [capturado em 2019 Mai 10]; 46(6): [6 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600026).
12. Filho GRM, Silva LDFN, Ferracini AM, Bähr GL. Protocolo de cirurgia segura da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2013; 48(6): 554-562.
13. Garcia TF, Oliveira AC. Índice autorreferido pela equipe cirúrgica e ortopédica sobre o protocolo e checklist de cirurgia segura. *Cogitare Enfermagem* [periódico online]. 2018 [capturado em 2019 Mai 13]; 23(1): [10 telas]. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52013>.
14. Vohra RS, Cowley JB, Bhasin N, Barakat HM, Gough MJ. Attitudes towards the surgical safety checklist and factors associated with its use: a global survey of frontline medical professionals. *Ann Med Surg (Lond)*. 2015; 4(2):119-23.
15. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased post-operative morbidity and mortality following implementation of a *checklist*-based surgical safety intervention. *BMJ quality & safety*. 2011; 20(1): 102-107.
16. Cainé PRAN, Machado FE, Gonçalves AOF, Pedreira MIPF. Validação de *checklist* cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6): 553-565.
17. Freitas MR, Antunes AG, Lopes BNA, Fernandes FC, Monte LC, Gama ZAS. Avaliação da adesão ao *checklist* de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30: 137-148.
18. Amaya MR, Maziero ECS, Grittem L, Almeida Cruz ED. Análise do registro e conteúdo de *checklists* para cirurgia segura. *Esc. Anna Nery*. 2015; 19(2): 246-251.
19. Monteiro F, Silva LR. "*Checklist*" Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2014; 12(4): 482-485.
20. Mello CRL, Rodrigues AD, Conchon MF, Pierotti I, Fonseca LF, Nascimento LA. Avaliação clínica pelo Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede no pós-operatório imediato. *Enferm. Foco* [periódico online]. 2019; [capturado em 2020 Mar 10] 10 (4): 47-53. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2209/604>.
21. Amaya MR, Almeida Cruz ED, Paixão DPSS, Sarquis LMM. Construção e validação de conteúdo de *checklist* para a segurança do paciente em emergência. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico online]. 2016 [capturado em 2019 Mai 16]; 37(esp): [8 telas]. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/68778>.
22. Maziero ECS, Silva AEBC, Mantovani MF, Cruz EDA. Adesão ao uso de um *checklist* cirúrgico para segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm* [periódico online]. 2015 [capturado em 2019 Mai 16]; 36(4): 14-20 [7 telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt\\_1983-1447-r-genf-36-04-00014.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-r-genf-36-04-00014.pdf).