
ISSN 1984-753X
ISSN (online) 2177-045x

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

Volume 7 - Número 1 - 2015



Rua Mário Mamede, 609 • Bairro de Fátima
CEP 60.415-000 • Fortaleza-Ceará-Brasil
www.coren-ce.org.br
55 85 3105 7850

INDEXAÇÃO/INDEXATION

LATINDEX

Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe – Espanha y Portugal - Dados: www.latindex.unem.mx

BDENF

REDALYC

EDITORA CHEFE/HEAD EDITOR

Mirna Albuquerque Frota

EDITOR EXECUTIVO/EXECUTIVE EDITOR

Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS

Nébia Maria Almeida de Figueiredo – UNIRIO, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Iraci dos Santos – UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil

Salete Bessa Jorge – UECE, Fortaleza/CE, Brasil

Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR, Fortaleza/CE, Brasil

Lorena Barbosa Ximenes – UFC, Fortaleza/CE, Brasil

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

NACIONAL/NATIONAL

Alacoque Lorenzini Erdmann – UFSC, Florianópolis-SC

Ana Fátima Carvalho Fernandes – UFC, Fortaleza-CE

Ana Karina Bezerra Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Andrea Gomes Linard – UNILAB, Redenção-CE

Antonio Marcos Tosoli Gomes – UERJ, Rio de Janeiro-RJ

Augediva Maria Jucá Pordeus – UNIFOR, Fortaleza-CE

David Lopes Neto – UFAM, Amazonas-AM

Denise Guerreiro V. da Silva – UFSC, Florianópolis-SC

Dorisdaia Carvalho de Humerez – UNIFESP, São Paulo-SP

Eliany Nazaré Oliveira – UVA, Sobral-CE

Fátima Lunna P. Landim – FIC, Fortaleza-CE

Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – UNIFOR, Fortaleza-CE

Gelson Luiz de Albuquerque – UFSC, Florianópolis-SC

Isabel Cristina Kowal Oln Cunha – UNIFESP, São Paulo-SP

Isaura Setenta Porto – UFRJ, Rio de Janeiro-RJ

Ivan França Júnior – USP, São Paulo-SP

Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR, Fortaleza-CE

Lorita Marlena Freitag Pagliuca – UFC, Fortaleza-CE

Lucilane Maria Sales da Silva – UECE, Fortaleza-CE

Luiza Jane Eyre de Sousa Vieira – UNIFOR, Fortaleza-CE

Márcia Maria Tavares Machado – UFC, Fortaleza-CE

Maria Albertina Rocha Diógenes – UNIFOR, Fortaleza-CE

Mariana Cavalcante Martins – UFC, Fortaleza-CE

Maria de Fátima A. S. Machado – URCA, Cariri-CE

Maria de Jesus C. Sousa Harada – Coren, São Paulo-SP

Maria do Socorro Vieira Lopes – URCA, Cariri-CE

Maria Itayra Padilha – UFSC, Florianópolis-SC

Maria Vera Lúcia M. Leitão Cardoso – UFC, Fortaleza-CE

Maristela Inês Osawa Chagas – UVA, Sobral-CE

Marluce Maria Araújo Assis – UEFS, Salvador-BA

Mavilde de Luz Gonçalves Pedreira – UNIFESP, São Paulo-SP

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – UFC, Fortaleza-CE

Raimundo Augusto M. Torres – UECE, Fortaleza-CE

Rita de Cássia Chamma – COFEN, Brasília, DF

Rosimeire Ferreira Santana – UFF, Rio de Janeiro-RJ

Silvana Maria Mendes Vasconcelos – UFC, Fortaleza-CE

Sônia Maria Soares – UFMG, Belo Horizonte-MG

Thereza Maria Magalhães Moreira – UECE, Fortaleza-CE

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – UNIFOR, Fortaleza-CE

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – UFC, Fortaleza-CE

INTERNACIONAL/INTERNATIONAL

Alcione Leite da Silva – Portugal/Brasil

Antonio José Nuñez Hernandez – Espanha

Denise Gastaldo – Canadá

Juan José Tirado Darder – Espanha

Maria Teresa Moreno Valdês – Espanha

Marta Lima Basto – Portugal

Sandra Haydée Petit – Suécia

SUMÁRIO



CONTENTS

1457

Editorial

Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Artigos Originais

1459

Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: práticas de Agentes Comunitários de Saúde
Mental Health In Family Health Strategy: Experience Of Community Health Agents

Aline Elaine de Sá Barreto Mendes, Jaqueline Galdino Albuquerque, Zailde Carvalho dos Santos, Fernanda Jorge Guimarães e Fernanda Jorge Magalhães.

1465

Anotações e Registros de Enfermagem: em busca da qualidade da assistência

Notes And Nursing Records: Seeking The Quality Of Assistance

Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Marília Araripe Ferreira, Lusiane Batista de Almendras Gonçalves, Caroline Sousa Praxedes, Laís Hellen Cavalcante Lima, Islene Victor Barbosa e Flávia Regina Furtado Lima.

1469

Procedimento de Fixação do Tubo Orotraqueal em Pacientes de Unidade de Terapia Intensiva

Procedure For Fixation Of The Endotracheal Tube In Intensive Care Unit Patients

Elizabeth Mesquita Melo, Elizabeth Maria de Sousa, Milena Mônica Mota de Almeida, Andreza Moura Magalhães Ferreira, Felícia Maria Matias Silveira, Janaína da Silva Oliveira, Maria Alana Ferreira de Abreu, Violeta Frota Lima e Rita Mônica Borges Studart.

1475

Conhecimento dos Enfermeiros Acerca da Sintomatologia do Acidente Vascular Encefálico

Knowledge Of Nurses About The Vascular Injury Brain Symptomatology

Rithianne Frota Carneiro, Verydianna Frota Carneiro, Lilian Gomes Pereira da Cunha, Ana Cláudia do Nascimento Paula e Maria Januária Castelo Dias, Ana Raquel Lacerda Coutinho.

1481

Os Agravos no Desenvolvimento Neurocomportamental do Recém-Nascido

Prematuro: ênfase no manuseio

The Wrongs In Neurobehavioral Development, Newborn Premature: Emphasis On Handling

Erika Miller Martins, Marina Frota Lopes, Aline Araújo Mariano, Luciana Emanuele Sousa Silva, Karla Maria Carneiro Rolim e Mirna Albuquerque Frota.

1486

Avaliação da Segurança do Paciente Frente ao Manuseio do Acesso Venoso Central

Patient Safety Assessment Front Of The Central Venous Access Handling

Rita Mônica Borges Studart, Isakelly de Oliveira Ramos, Luiza Beatriz Sousa Cardoso, Elizabeth Mesquita Melo, Camila Bezerra Amorim Cardoso, Mikaila Rodrigues Souto, Patrice Vale Falcão, Andressa Sampaio do Nascimento e Allany Priscilla Oliveira de Orlando.

SUMÁRIO



CONTENTS

1491

Perfil de Usuárias na Periodicidade de Realização do Exame Papanicolaou

Profile Of Users And Periodicity Of The Papanicolaou Exam

Luís Rafael Leite Sampaio, Roberta Jeane Bezerra Jorge, Francisco Antônio da Cruz Mendonça, Thereza Maria Magalhães Moreira, Silvânia Maria Mendes Vasconcelos e Lia Maristela da Silva Jacob, Maria Albertina Rocha Diógenes.

Artigos de Revisão

1498

O Suporte Social como Fator Protetor da Depressão Pós-Parto: uma revisão integrativa da literatura

Social Support As Depression Protective Factor Postpartum: An Integrative Review Of The Literature

Antonio Dean Barbosa Marques, July Grassiely de Oliveira Branco, Luana Feitosa Mourão, Leidinar Cardoso Nascimento, Rosendo de Freitas Amorim e Fátima Luna Pinheiro Landim.

1504

Fatores que Influenciam o Desmame Precoces: uma revisão sistemática de Literatura

Factors That Influence The Early weaning : A Systematic Review Of Literature

Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto e Fabrício Barreto.

1509

Análise da Associação Entre Auditoria de Enfermagem e Promoção da Saúde: uma revisão integrativa

Analysis of the association between nursing audit and health promotion: an integrative review

Virna Ribeiro Feitosa Cestari, Marília Araripe Ferreira, Lusiane Batista de Almendras Gonçalves, Caroline Sousa Praxedes, Laís Hellen Cavalcante Lima, Islene Victor Barbosa e Flávia Regina Furtado Lima.

1515

Institucional

1516

Palavra do Presidente

1517

Notícias

1526

Normas de Publicação

EDITORIAL



Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren-Ceará
Professor Assistente da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará – ESTÁCIO FIC e da Faculdade Nordeste – FANOR

A ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional, nesta edição inicia o Ano de 2015, bem como a nova do gestão do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren Ceará) 2015-2017, com o compromisso da busca incessante de maior valorização da nossa profissão. Em entrevista concedida à Revista Veja Nº 2129, o ex-vice presidente José Alencar afirmou “uma das lições da humildade foi perceber que existem pessoas muito mais elevadas do que eu, como os profissionais de saúde que cuidam de mim”, essa singela homenagem aos Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, estende-se ao agradecimento à Enfermagem cearense pelo voto de confiança e por acreditar que podemos avançar mais para reconhecimento da nossa profissão.

Nesse sentido, com o progresso da produção científica da Enfermagem brasileira e internacional, a ReTEP, periódico científico trimestral, iniciativa do Coren Ceará cumpre seu papel na disseminação do conhecimento científico de acadêmicos, docentes e profissionais de Enfermagem da rede pública e privada dos serviços de saúde.

Neste número, a ReTEP aborda a avaliação da Segurança do Paciente frente ao manuseio do acesso venoso central. Desperta atenção para importância do procedi-

mento de fixação do tubo orotraqueal em pacientes de unidade de terapia intensiva. Permite uma reflexão sobre anotações e registros de Enfermagem em busca da qualidade da assistência, assim como, evidencia experiências do saber na prática interdisciplinar com o manuscrito “Saúde mental na estratégia saúde da família: práticas de agentes comunitários de saúde”. Destaca-se, ainda, cuidar em Saúde da Criança com os agravos no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro. Dentre as temáticas pertinentes, recomenda-se a leitura sobre o conhecimento dos enfermeiros acerca da sintomatologia do acidente vascular encefálico. Ademais, os artigos científicos proporcionam uma leitura que vislumbra a produção do conhecimento científico e tecnológico da Enfermagem.

Diante desse contexto, a Revista Tendências da Enfermagem Profissional espera contribuir intensamente para o aperfeiçoamento de alunos de graduação, pós-graduação em Enfermagem e, principalmente, para aqueles que estão inseridos no processo de produção do cuidado nos mais variados campos de atuação da Enfermagem, exercendo a mais nobre profissão na efetivação do Sistema Único de Saúde e na qualidade de vida das pessoas. ●

SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

MENTAL HEALTH IN FAMILY HEALTH STRATEGY: EXPERIENCE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

Artigo Original

Aline Elaine de Sá Barreto Mendes¹

Jaqueline Galdino Albuquerque²

Zailde Carvalho dos Santos³

Fernanda Jorge Guimarães⁴

Fernanda Jorge Magalhães⁵

RESUMO

Este estudo objetivou identificar as práticas de saúde mental desenvolvidas pelos Agentes de Saúde na Estratégia de Saúde da Família. Foram entrevistados agentes que atuam em unidades de saúde da família. Os resultados evidenciaram prática medicamentosa e escuta qualificada, como também, revelaram as concepções de doença mental dos agentes, tais como: desequilíbrio entre corpo e mente e doença mental como resposta desadaptada às condições de vida. Evidenciou-se a necessidade de investimento na capacitação em saúde mental que contribuirá para implementação de práticas, melhorando a assistência nesta área.

Palavras-chave: Saúde Mental; Assistência em Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

A This study aimed to identify the mental health experience developed by the Community Health Agents

in the Family Health Strategy. We interviewed agents working in the family health care unit. The results showed the drug experience and qualified listening, and also revealed the conceptions of mental illness of agents, such as imbalance between body and mind and mental illness in response maladapted living conditions. Evidencing the need for investment in training at mental health will help to implement the experience, improving mental health care.

Keywords: Mental Health; Mental Health Assistance; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu no cenário brasileiro como forma de superação do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado. Nesse contexto, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm sido considerados atores chave na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde⁽¹⁾. Para que essa resolutividade aconteça é necessário

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda em Neuropsiquiatria e ciências do comportamento pela UFPE. Docente do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória/UFPE. E-mail: jaquelinealbuquerque@hotmail.com

³ Enfermeira. Docente do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória/UFPE.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem na Promoção da Saúde pela UFC. Docente do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória da UFPE.

⁵ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Promoção da Saúde pela UFC. Mestre em Enfermagem pela UFC. Doutoranda de Mobilidade Acadêmica Internacional na Universidade do Porto (Portugal).

à existência do vínculo e do diálogo entre Atenção Primária e Saúde Mental (SM) configurando a articulação entre os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica⁽²⁾.

A reforma psiquiátrica trouxe um novo modelo de assistência em saúde mental e a criação de novos serviços. Dessa forma, foram remunerados novos procedimentos como consulta individual e em grupo por profissionais como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais; atendimento em oficinas terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, urgência e internação em hospital geral, definindo padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental com vista à construção de uma rede diversificada de assistência⁽³⁾.

A saúde mental deve ser entendida, como um campo de intervenção prioritária para as equipes da rede de cuidados primários à saúde, pois tem a potencialidade de atuar na unidade e no espaço social, em que a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população; trabalhar norteado por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural; intervir sobre fatores de risco em que a comunidade está exposta, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais; interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde⁽⁴⁾.

É necessário que a Política de Saúde Mental seja efetivamente implementada, para que a integração com os princípios do SUS realmente aconteça, sendo, melhor aplicada na rede de cuidados primários à saúde. Nesta perspectiva, os Agentes Comunitários de Saúde são personagens importantes na implantação de políticas voltadas para a reorientação do modelo de saúde mental, tendo como base a atenção primária⁽⁵⁾.

O modelo de assistência em saúde mental tem sofrido transformações ao longo dos últimos anos e demonstrado que é possível cuidar das pessoas com transtornos mentais por meio de uma atenção em saúde, que integre os diversos níveis de complexidade do sistema de saúde e não somente restrito ao hospital psiquiátrico, que onera o setor saúde e penaliza as pessoas que dele precisam⁽⁶⁾.

As atuais práticas de saúde mental orientam uma articulação de cuidados, voltadas para as necessidades de humanização no tratamento dos pacientes, além de evitar práticas medicamentosas, incluindo medidas profiláticas, cuidados com o bem-estar, manutenção de atividades de lazer e de relaxamento, mas, para que a interação entre saúde mental e atenção primária realmente aconteça é necessário que os princípios do SUS se transformem em práticas cotidianas.

A realização deste estudo justifica-se por o Agente Comunitário de Saúde constituir-se em interlocutor entre os profissionais da equipe de saúde e os portadores de sofrimento

mental na Estratégia Saúde da Família. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi conhecer as práticas de saúde mental desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em Unidades de Saúde da Família. Participaram sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), levando-se em consideração a saturação das respostas durante a coleta dos dados.

Utilizou-se a técnica de entrevista para a coleta das informações, por meio de um roteiro semiestruturado, que continha a seguinte questão norteadora: descreva as práticas de saúde mental que você desenvolve na unidade de saúde da família. Quando os participantes não desenvolviam atividades de saúde mental solicitava-os que justificassem.

Os ACS foram convidados a participar do estudo na Unidade de Saúde da Família em que trabalhavam. As entrevistas foram agendadas em local e horário escolhidos pelo participante, e buscou-se preservar um clima descontraído, a confidencialidade e sigilo das informações.

A participação foi voluntária, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o ofício número 159/2012.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e o material empírico foi categorizado de acordo com a técnica de análise de conteúdo⁽⁸⁾, em que as falas dos sujeitos foram interpretadas de forma íntegra, aprofundada e embasadas em conhecimentos científicos. Esse procedimento consiste em realizar, inicialmente, leituras flutuantes, releituras e demarcações de expressões significativas das falas dos sujeitos que, em seguida, passarão por um processo de fragmentação, interpretação e compreensão, sendo agregadas conforme as expressões semelhantes que apresentaram uma ideia central, ou seja, uma categoria, resultando assim na formulação de categorias baseadas nas falas dos sujeitos.

Convém salientar que a escolha das expressões ou elementos linguísticos se deu de forma criteriosa e rigorosa que possibilitaram agrupamentos significativos, importantes para revelar claramente o objetivo do estudo.

RESULTADOS

Foram entrevistados sete participantes, sendo cinco mulheres e dois homens, com idade entre 28 e 42 anos. Todos possuíam o ensino médio completo e tempo de serviço na ESF entre sete e vinte anos.

Todos os sujeitos relataram que nunca participaram de cursos de capacitação em saúde mental, embora, alguns já

possuíssem prolongado tempo de serviço. Os sujeitos referiram que participaram de cursos de capacitação em áreas afins, como saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, não sendo abordados nestes a temática da saúde mental.

Os discursos dos sujeitos permitiram identificar as práticas de Saúde Mental desenvolvidas na atenção primária como também emergiu das falas a compreensão sobre Saúde Mental.

Práticas em Saúde Mental

A análise do material empírico revelou duas categorias temáticas relacionadas às práticas de cuidado em saúde mental: prática medicamentosa e escuta qualificada. Uma das questões importantes nas entrevistas é o relato dos agentes sobre as reduzidas ações voltadas para a saúde mental na atenção primária e o fato de não estarem familiarizados com esse universo.

Com relação à primeira categoria temática os entrevistados relataram que a principal prática realizada é o acompanhamento da medicação, um fato ainda muito comum, mesmo com a Política Nacional de Saúde Mental sugerindo a execução de práticas que não sejam restritas ao modelo tradicional medicamentoso. Verificou-se o uso indiscriminado de medicações para alívio do sofrimento emocional. Percebeu-se uma preocupação do agente de saúde com esta problemática. Os discursos representativos dessa categoria são apresentados:

“(...) Tem a questão da medicação, que é uma coisa que a gente está sempre em cima. São muitas pessoas dependentes de medicação às vezes não é nem aquela pessoa doente mental mesmo, mas pelas outras situações da vida, como traumas e tudo mais, acaba se tornando (...).” (E 02)

“A gente acompanha as pessoas, vê se estão tomando a medicação, porque têm pessoas que são medicadas permanentemente, o médico às vezes passa psicotrópicos para eles tomarem, aqueles remédios tarja preta. Então, o que a gente faz é ver na comunidade essas pessoas que tem esses problemas mais sérios, que precisam de medicação e vê se elas estão sendo medicadas, porque às vezes a pessoa que não toma sua medicação... ela pode depois vir a causar um problema com sua família, com seu vizinho e isso já influencia no trabalho da gente, porque somos pessoas que trabalhamos com prevenção, orientando, então a gente fica em cima dessas pessoas que tomam medicação controlada para vê se realmente elas estão em dia com sua medicação.” (E 04)

Com relação à segunda categoria temática, os discursos evidenciaram como uma prática relevante em saúde mental, a escuta qualificada. Essa prática evoca um dos aspectos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) volta-

da para promoção da saúde e prevenção do adoecimento, tornando-se importante a substituição dos modelos assistenciais hierarquizados por um modelo atual na assistência em saúde. Preconiza a escuta, o acolhimento, o diálogo e a integralidade do cuidado, o que pode ser observado nos discursos a seguir:

“Nas visitas eu procuro ouvir muito as pessoas, tem momentos que eu chego às casas e não faço praticamente nada, só ouvindo, porque eu sinto que a necessidade daquela pessoa é a conversa e que adianta conversar e aí elas saem às vezes bem aliviadas (...).” (E 03)

“A gente como ACS lida com pessoas que precisam, às vezes, desabafar, às vezes a gente consegue ajudar uma pessoa antes dela ficar depressiva, quando a gente chega na casa a pessoa está muito triste, então a gente demora muito conversando, então com a confiança eles vão contando as coisas e aquilo vai ajudando a pessoa no dia-a-dia.” (E 07)

Nos discursos acima, podemos observar que os profissionais, também, produzem um trabalho diferenciado, com uma abordagem assistencial em que o bem estar do paciente é mais importante e a produção da escuta torna-se muito mais significativa, o que aumenta a responsabilidade e o vínculo entre profissional e usuário, sendo exatamente essa confiabilidade que dá sustentação a essa relação. A escuta qualificada possibilita a educação em saúde, a prescrição do cuidado à saúde. Tal aspecto é característico da Estratégia Saúde da Família. A assistência é centrada no indivíduo, o que direciona a humanização do cuidado, o acolhimento e o vínculo na rede de cuidados primários à saúde.

Concepções sobre Saúde Mental e Doença Mental

Emergiu, a partir dos discursos, a concepção dos sujeitos sobre saúde e doença mental, as quais estão relacionadas às práticas de cuidado por eles adotadas. A compreensão dos agentes sobre o processo saúde-doença é fundamental para o desenvolvimento de novas práticas de saúde mental na comunidade.

Assim, evidenciamos duas categorias temáticas relacionadas à doença mental: doença mental como desequilíbrio entre corpo e mente e doença mental como resposta desadaptada às condições de vida. O discurso que melhor representa a primeira categoria é apresentado abaixo:

“Para você ter saúde, você tem que estar psicologicamente e fisicamente bem e a Saúde Mental envolve isso aí... Mentalmente você tem que está bem, quando sua mente está desequilibrada, aí vem às consequências físicas. Se sua mente não está bem, seu corpo age de maneira doente.” (E 01)

Os discursos que evidenciaram temas relacionados à concepção de doença mental associada a uma resposta desadaptada às condições de vida foram destacados:

“Doença Mental é a consequência dos problemas adquiridos durante a vida, aí quando chega certa idade as pessoas começam a apresentar alguns sintomas, que levam elas a terem atitudes, como: tomar remédio e tem pessoas que ficam agressivas.” (E 03)

“Saúde Mental é quando a pessoa tem uma vida saudável, que não se estressa, que se diverte, que tem uma vida social bem adequada, um convívio social bom. A doença mental é quando a pessoa tem algum problema mental mesmo, que toma medicação.” (E 05)

Quando se trata da concepção de saúde mental como uma resposta adaptada às condições de vida, os discursos referem-se ao fato do ser humano lidar com os problemas de forma saudável e estabelecer laços harmoniosos consigo e com outras pessoas, formando assim vínculos saudáveis na sociedade.

DISCUSSÃO

A primeira categoria evidenciou que as práticas de saúde mental desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde restringem-se ao acompanhamento medicamentoso. Ressalta-se que o uso da medicação deve ser coerente e racional. Este modelo, centrado na doença, ainda permeia a rede de cuidados em saúde mental.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe superar as intervenções tradicionalmente hospitalocêntricas e medicalizantes em relação ao sofrimento psíquico. Para isso, visa implantar estratégias de cuidado territoriais e integrais, ancorados em novos saberes e valores culturais⁽⁴⁾. Valoriza a construção de uma prática embasada no acolhimento, na humanização e na reinserção da pessoa acometida pelo transtorno mental no contexto social⁽⁸⁾.

Estudo que objetivou analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial identificou dificuldade de superação do modelo tradicional do cuidado em saúde mental, que está voltado para cura e reabilitação⁽⁹⁾.

Os sujeitos deste estudo referem ausência de capacitações sobre saúde mental. Esta área tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico⁽¹⁰⁾.

Corroborando estudo realizado com Agentes Comunitários de Saúde sobre suas percepções em relação ao portador de transtorno mental que evidenciou uma percepção estigmatizada, falta de conhecimento sobre o processo de adoecimento e evolução da doença e despreparo para cuidar desses usuários. O estudo ressaltou a necessidade de capacitação para os ACS para que possam colaborar efetivamente com a rede de cuidados primários à saúde⁽¹¹⁾.

Ademais, estudo realizado com enfermeiros da estratégia saúde da família sobre depressão, evidenciou como

maior dificuldade para a assistência e promoção à saúde dos portadores de depressão a inexistência de qualificação⁽¹²⁾.

Ressalta-se que neste nível de atenção à saúde, o enfermeiro é responsável por planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, como também supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente para esses profissionais⁽¹³⁾.

A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como a inserção de ações de saúde mental nos vários níveis de complexidade do sistema de saúde, assume um importante papel no cenário das novas práticas de saúde mental, configurando-se como dispositivos estratégicos para a transformação do modelo hospitalocêntrico⁽⁶⁾.

De acordo com os discursos dos sujeitos, a prestação de cuidados em saúde mental está voltada para as intervenções medicamentosas, apresentando a ideia de sofrimento psíquico associada a uso de medicação. Fica evidente a influência do modelo biomédico, em que o usuário é visto como um indivíduo que precisa ser monitorado e vigiado, para não causar problemas na comunidade, ou seja, acaba excluindo os portadores de sofrimento mental do convívio social. Ressalta-se que, os usuários de saúde mental atendidos pela Estratégia Saúde da Família são usuários portadores de transtornos mentais comuns, não graves e persistentes.

Apesar do esforço contínuo em integrar socialmente a pessoa com sofrimento psíquico, existe uma tendência terapêutica que privilegia a medicação e a doença, procurando aliviar os sintomas⁽¹⁴⁾. Estudo apontou que é comum nos discursos convergentes dos usuários a referência ao medicamento como centro do acompanhamento⁽⁶⁾.

É interessante notar que, embora, essa prática ainda seja bastante comum, os ACS também relataram estratégias, com enfoque no acolhimento e na participação social, como a escuta qualificada. Dessa forma, as terapias sairiam do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado, também incluído como agentes fundamentais⁽¹⁵⁾.

Destaca-se, ainda, nas falas dos Agentes Comunitários de Saúde, que a medicação psiquiátrica não deve ser o único recurso de tratamento na assistência em saúde mental⁽¹¹⁾.

As atividades de fala e de escuta são apontadas como fundamentais entre aquelas desenvolvidas pelos ACS, da qual podemos inferir uma perspectiva dialógica no trabalho desenvolvido por essas pessoas. Esse é um importante ponto a ser destacado, considerando que, historicamente o profissional de saúde tem sua prática pautada no discurso unidirecional, minimizando a importância da atividade de escuta. A prática do ACS, por sua vez, em função da sua pro-

ximidade com a comunidade e com a sua realidade, parece não estar imbricada dessa unidirecionalidade⁽¹⁶⁾.

As formas do relacionamento com a clientela devem priorizar o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território mais vasto, saindo das linhas de ação apenas empreendidas pelos trabalhadores especializados. Finalmente, a concepção dos efeitos terapêuticos e éticos superaria a visão de uma terapêutica voltada apenas para a remoção de sintomas, a adaptação à realidade e a supressão de carências. Esta se fundamentaria em uma ética que valorizasse os aspectos subjetivos, além daqueles sociais e políticos da existência dos usuários⁽¹⁵⁾.

Observa-se, por meio das falas dos ACS, que há tendência para superação do modelo medicamentoso, no entanto para sua efetividade se faz necessária a superação das fragilidades apontadas neste e em outros estudo como, capacitação profissional, articulação entre os diversos dispositivos da rede de cuidados em saúde mental, desenvolvimento de ações pautadas na promoção da saúde.

Neste contexto, ressalta-se como delimitação para a promoção de ações pautadas na integralidade na Estratégia Saúde da Família, o conjunto de atividades cotidianas programadas por área de atenção que são desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde⁽⁹⁾.

A análise do material empírico, também, revelou as concepções de doença mental dos ACS e apontou que estas apresentam a ideia de doença mental como noção de periculosidade, necessitando da medicalização da doença como controle de condutas indesejáveis. O sujeito faz referência à doença mental como sendo algo gradativo, resultado de diversos fatores, em que o indivíduo se torna incapaz de resolver seus problemas.

Torna-se evidente que as concepções dos ACS podem ser representadas pela construção social da loucura, que destaca o comportamento inadequado como fator que influencia negativamente no convívio familiar e social⁽¹¹⁾.

Corroboram com estudiosos⁽¹⁶⁾ ao inferir às concepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre transtorno mental um processo influenciado por fatores subjetivos e socio-culturais, vinculados à vivência de experiências concretas.

Desse modo, os discursos apresentados neste estudo confirmam a ideia de doença mental associada a uso de medicação, mostrando uma definição simplista e resumida sobre o tema. Essa concepção, portanto, pode estar associada às práticas medicamentosas citadas pelos sujeitos do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Ministério da Saúde tem proposto Políticas Públicas para a Saúde Mental no Brasil, seguindo as ideias da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que preconiza a inversão na lógica assistencial hospitalocêntrica, colocando a interna-

ção psiquiátrica como último recurso a ser utilizado e investindo em alternativas de tratamento extra-hospitalar e a reinserção social.

As concepções e práticas de saúde mental, no entanto, existentes na atenção primária nem sempre condizem com os ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, transformando a reinserção social do portador de sofrimento mental em um processo lento.

Neste estudo, verificou-se que as práticas de saúde mental estão embasadas em práticas tradicionais. Os discursos demonstraram que a assistência em saúde mental não é sistemática e não apresenta um planejamento, apontando para um serviço carente e pouco valorizado, no qual há um déficit de informação em saúde mental entre os profissionais e os mesmos encontram-se despreparados para atender essa clientela, devido à falta de treinamento específico, centrado na realidade da comunidade. Assim, as práticas pautam-se, principalmente, no cuidado medicamentoso, no entanto observou-se a presença da escuta qualificada, importante estratégia para superação do modelo da Psiquiatria Tradicional.

Corroboram as percepções sobre doença mental que influenciam as práticas de cuidado adotadas pelos profissionais, relacionadas ao desequilíbrio entre corpo e mente e como resposta desadaptada às condições de vida.

A partir de um novo modelo de trabalho, com a valorização da saúde mental nos cursos de capacitação e educação continuada é possível alcançar as metas propostas pela Política Nacional de Saúde Mental, por meio de dispositivos estratégicos para a implementação de ações de saúde mental na atenção primária a saúde.

A equipe de saúde da rede de cuidados primários deve abordar a assistência em saúde mental de modo articulado e não mais de modo fragmentado. Para que as ações em saúde mental aconteçam é necessário que os profissionais de saúde, em particular os ACS, sejam capazes de perceber o portador de sofrimento mental além dos sintomas, sendo esta a maneira mais humanizada de se trabalhar a doença mental. A assistência em saúde mental na rede de cuidados primários a saúde não obterá sucesso se os serviços e os diversos profissionais mantiverem práticas tradicionais.

O estudo apresentou como limitação o pequeno tamanho amostral, sugerindo-se que novos estudos sejam realizados com maior número de sujeitos em diferentes locais, contribuindo para que a atenção a saúde mental seja mais valorizada, melhorando a qualidade dos seus serviços, principalmente, na atenção primária a saúde. Como a enfermagem exerce suas atribuições conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde, torna-se importante para executar ações interdisciplinares, trabalhar na capacitação dos ACS, de acordo com a realidade local.

Deste modo, evidenciou-se a necessidade de investimento na capacitação em saúde mental para os ACS, atores no processo de cuidar do portador de sofrimento psíquico. Esse investimento contribuirá para a superação das

dificuldades encontradas na implantação e implementação de práticas voltadas à saúde mental. Ademais favorecerá o fortalecimento de ações centralizadas na escuta, no acolhimento e no diálogo.

REFERÊNCIAS

1. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde sociedade*; 18(4), 2009.
2. Botti NCL, Andrade WVA. Saúde Mental na Atenção Básica – Articulação entre os Princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. *Cogitare Enfermagem*;13(3), 2008.
3. Kantorski Lp, Olschowsky A, Jardim VMR, et al. Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*; 6(especial), 2010.
4. Dimesntei M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde sociedade*, 18(1): 63-74, 2009.
5. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e aconsolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*, 20(4), 2010.
6. Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. *Saúde Sociedade*, 19(3): 569-83, 2010.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: editora 70, 2011.
8. Pereira MAO, Machado MP, Nascimento SABG. Inserção da saúde mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. *Ciência, Cuidado Saúde*, 7(1): 59-64, 2008.
9. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGP. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3): 653-660, 2012.
10. Pereira MAO, Barbieri L, Paula VP, Franco MSP. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41(4):567-72, 2007.
11. Vitta FCF, Oliveira OF, Gatti MAN, Vitta A. O transtorno mental na percepção de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em debate*, 36(93): 225-233, 2012.
12. Ximenes Neto FR, Félix RMS, Oliveira EM, Jorge MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. *Enfermária global*, 16, 2009.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
14. Buchele F, Laurindo DLP, Borges VF, Coelho EBS. A Interface da Saúde Mental na Atenção Básica. *Cogitare Enfermagem*, 11(3): 226-33, 2006.
15. Nunes M, Juca VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10), 2007.
16. Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & saúde coletiva*, 14(1), 2009.

Recebido em: 05.01.2015

Aprovado em: 20.01.2015

ANOTAÇÕES E REGISTROS DE ENFERMAGEM: EM BÚSCA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

NOTES AND NURSING RECORDS: SEEKING THE QUALITY OF ASSISTANCE

Artigo Original

Virna Ribeiro Feitosa Cestari¹

Marília Araripe Ferreira¹

Lusiane Batista de Almendras Gonçalves¹

Caroline Sousa Praxedes¹

Laís Hellen Cavalcante Lima¹

Islene Victor Barbosa²

Flávia Regina Furtado Lima³

RESUMO

Objetivou-se evidenciar a qualidade das anotações e registros de enfermagem em duas instituições de atenção secundária à saúde. Relato de experiência, realizado em duas instituições de atenção secundária à saúde, localizadas em Fortaleza, Ceará. Foram analisados 30 prontuários. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2014, através de um roteiro estruturado. Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel® para posterior análise. Verificou-se o predomínio de prontuários com nome do paciente completo, identificação da instituição presente, estado de conservação e organização satisfatórios em ambas as instituições. No que diz respeito às prescrições médicas, aprazamento de medicações e checagem das mesmas, houve divergência entre as instituições. Quanto às anotações de enfermagem, evidenciou-se a ausência da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Os registros de enfermagem são essenciais para os serviços de saúde, tornando-se um espelho para a qualidade da assistência prestada pela equipe.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem; Registros de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The objective was to highlight the quality of notes and nursing records in two institutions of secondary health care. Experience report conducted at two institutions of secondary health care, located in Fortaleza, Ceará. 30 records were analyzed. Data collection was performed in September 2014, through a structured script. Data were stored in Microsoft Excel® for further analysis. There was a predominance of records with full patient name, identification of this institution, conservation status and organization satisfactory in both institutions. With regard to medical prescriptions, scheduling of medications and checking the same, there was disagreement between the institutions. As for the nursing notes, showed the absence of the implementation of Nursing Care Systematization. Nursing records are essential to the health services, becoming a mirror to the quality of care provided by the staff.

Keywords: Nursing Audit; Nursing Records; Quality of Health care.

¹ Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital Dr. José Frota.

³ Enfermeira. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

INTRODUÇÃO

A auditoria pode ser definida como a avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e/ou das próprias condições destes, favorecendo as instituições no planejamento e programação de insumos e recursos, e aos clientes, a garantia de uma prática assistencial de qualidade⁽¹⁾.

As anotações e registros de enfermagem são questões que têm sido foco de interesse da auditoria, visto que por meio deles é possível estabelecer a continuidade do cuidado por possibilitarem a comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar; fomentam a elaboração do plano assistencial ao paciente; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; favorecem a auditoria de enfermagem; e são fontes de conhecimento, colaborando com o ensino e a pesquisa⁽²⁾.

O registro é um aspecto vital para a prática de enfermagem e tem se tornado um dos temas mais desafiadores para estes profissionais, pois demonstra a qualidade do cuidado prestado e subsidia os financiamentos e reembolsos pelas instituições seguradoras. Acrescido ao fato de que a maioria das informações inerentes ao cuidado do cliente são fornecidas pela enfermagem, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário do cliente⁽³⁾.

Apesar do reconhecimento dos registros de enfermagem como uma ferramenta essencial para a prática profissional e um dever do enfermeiro previsto em lei, autores evidenciam que, frequentemente, estas anotações não contêm as informações necessárias para apoiar a instituição, a equipe de enfermagem e o paciente, no caso de um processo judicial, existindo muitas vezes um descaso⁽⁴⁾.

Estudos corroboram que os principais fatores que dificultam um adequado registro de enfermagem são a sobrecarga de trabalho para a equipe, associada à demanda crescente dos serviços de saúde, a não valorização dos registros como parte do processo de trabalho da enfermagem e desconhecimento da importância devido à escassez de educação continuada⁽⁵⁾.

Despertou-se, portanto, para a importância da qualidade dos registros de enfermagem, visto este permitir um comprometimento da segurança e do cuidado ao paciente, bem como a mensuração da prática assistencial da equipe de enfermagem. É necessário priorizar a qualidade dos registros para que realmente se tornem um espelho do cuidado prestado, um cuidado integral, individualizado e autêntico.

A elaboração desse estudo partiu de uma atividade de acadêmicos de Enfermagem para avaliação dos registros de Enfermagem, realizada durante a Disciplina de Administração em Enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) particular situada em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma maior qualidade e sistematização da assistência, por permitir o aumento do conhecimento da temática, além de propiciar propostas de novas metas e estratégias para a melhoria dos registros e anotações de enfermagem, respaldando-a como uma profissão científica, embasada nos aspectos éticos e legais.

Tendo em vista o reconhecimento da relevância da veracidade dos registros, objetivou-se evidenciar a qualidade das anotações e registros de enfermagem em duas instituições de atenção secundária à saúde e identificar os principais entraves na análise dos mesmos.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado em duas instituições de atenção secundária à saúde, localizadas em Fortaleza, Ceará. A primeira caracteriza-se por ser de referência em atendimentos menos graves na área de traumatologia-ortopedia. O segundo é uma instituição de referência Norte e Nordeste em atendimento médico, incluindo serviços de natureza secundária e, em alguns casos, de alta complexidade. No intuito de resguardar o anonimato das instituições, foram usadas as iniciais "IS-T" e "IS-M" para a primeira e segunda instituições, respectivamente.

Foram analisados 30 prontuários, sendo 15 de cada uma das referidas instituições. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2014, através de um roteiro estruturado adotado pela disciplina, constituído por questões envolvendo o estado de conservação dos prontuários, organização, presença de rasuras, presença de prescrição médica diária, aprazamento de medicações, checagem das medicações prescritas, anotações da equipe de enfermagem, identificação do profissional de enfermagem, evolução do enfermeiro e utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel® para posterior análise, sendo esta realizada por meio da distribuição da frequência. Os resultados foram fundamentados de acordo com a literatura pertinente à temática.

Ressalta-se que foram respeitadas as normas éticas e legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.466/12, que regulamenta as pesquisas envolvendo os seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em análise ao preenchimento correto do nome do paciente, verificou-se em 11 prontuários (73,3%) de ambas as instituições encontrava-se completo e em dois (13,3%) estava incompleto. O prontuário é um recurso indispensável para assegurar a continuidade do atendimento, tanto durante uma internação como no período entre as consultas de ambulatorio. Para tal, o preenchimento correto do mesmo torna-se de extrema rele-

vância para a perpetuação do cuidado, diminuindo riscos no atendimento⁽⁶⁾.

Quanto à presença do número do prontuário, verificou-se que este estava presente em 15 (100%) naqueles da IS-M, e apenas em três (20%) da IS-T. Este dado revela a falha existente no preenchimento adequado desta categoria. Em contrapartida, o nome da instituição prevaleceu em 100% dos prontuários analisados, nas duas instituições.

Outro dado relevante da pesquisa foi o estado de conservação, onde se observou a prevalência de prontuários em estado satisfatório, com 15 (100%) da IS-T e 13 (86,7%) da segunda. Quanto à organização dos prontuários avaliados, verificou-se que esta era, em sua maioria, satisfatória, com 15 (100%) e 11 (73,3%) nas instituições IS-T e IS-M, respectivamente, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis analisadas quanto à qualidade e registros dos prontuários das instituições. Fortaleza, 2014.

Ainda em análise aos dados da Tabela 1, no tocante à presença de rasuras, constatou-se que sua prevalência foi maior nos prontuários da IS-M, com nove (60%). O achado mais fre-

	IS-T		IS-M	
	n	%	n	%
Nome do Paciente				
Completo	11	73,3	11	73,3
Incompleto	2	13,3	2	13,3
Abreviado	2	13,3	1	6,7
Ausente	-	-	1	6,7
Número do Prontuário				
Presente	3	20	15	100
Ausente	12	80	-	-
Identificação da Instituição				
Presente	15	100	15	100
Ausente	-	-	-	-
Estado de Conservação				
Satisfatório	15	100	13	86,7
Insatisfatório	-	-	2	13,3
Organização				
Satisfatório	15	100	11	73,3
Insatisfatório	-	-	4	26,7
Rasuras				
Sim	2	13,3	9	60
Não	13	86,7	6	40
Prescrição Médica Diária				
Sim	15	100	8	53,3
Não	-	-	7	46,7
Exames do Paciente				
Conformidade	15	100	11	73,3

Não Conformidade	-	-	4	26,7
Aprazamento de Medicções				
Sim	14	93,3	4	26,7
Não	1	6,7	11	73,3
Chechagem das Mediações Prescritas				
Sim	9	60	5	33,3
Não	6	40	10	66,7

quente nos registros dos prontuários, de responsabilidade da equipe de saúde, encontrados pela auditoria, refere-se à sua qualidade, principalmente quanto às rasuras⁽⁷⁾. As rasuras, bem como anotações incompletas, de difícil compreensão, e informações de duplo sentidos, podem gerar glosas, gerando prejuízo financeiro, além de dificultar a comunicação entre os profissionais, prejudicando a equipe, e inevitavelmente, gerando prejuízo aos pacientes. Em casos de implicação legal, informações de má qualidade não são capazes de defender nem o profissional, nem a instituição⁽⁸⁾.

Com relação à prescrição médica diária, observou-se sua realização em 15 (100%) dos prontuários analisados na IS-T e em oito (53,3%) da IS-M. Quanto ao aprazamento das medicações, esta foi realizada em maior quantidade na IS-T, com 14 (93,3%). Analisando-se a checagem das medicações prescritas, constatou-se sua ausência em dez (66,7%) dos prontuários da IS-M e em seis (40%) da IS-T. A não realização do aprazamento e checagem das medicações prescritas implicam em prejuízos diretos ao paciente⁽⁷⁾.

Tabela 2. Variáveis relacionadas às anotações e registros de enfermagem nos prontuários analisados. Fortaleza, 2014.

Com relação às anotações e registros de enfermagem nos prontuários analisados, o estudo possibilitou o levantamento de dados preocupantes. As anotações de enfermagem foram vi-

	IS-T		IS-M	
	n	%	n	%
Anotações da Equipe de Enfermagem nas 24hs				
Sim	6	40	1	6,7
Não	9	60	14	93,3
Identificação do Profissional de Enfermagem Carimbo				
Sim	6	40	1	6,7
Não	9	60	14	93,3
Assinatura				
Sim	8	53,3	1	6,7
Não	7	46,7	14	93,3
Evolução do Enfermeiro nas últimas 24h				
Sim	4	26,7	1	6,7
Não	11	73,3	14	93,3
Sistematização de Assistência de Enfermagem				
Sim	3	20	-	-
Não	12	80	15	100

sualizadas em apenas seis (40%) e um (6,7%) dos prontuários da IS-T e IS-M, respectivamente.

No que se refere a identificação do profissional, os resultados evidenciaram que nove (60%) e 14 (93,3%) não utilizam o carimbo na IS-T e IS-M, respectivamente. Quanto a assinatura cerca de sete (46,7%) prontuários na IS-T não estava presente. Esse achado foi mais preocupante na IS-M, com a ausência de assinatura do profissional enfermeiro em 14 (93,3%). No que tange a evolução de enfermagem nas 24 horas, a IS-T apresentou a prevalência de 11 (73,3%) e a IS-M de 14 (93,3%) de evoluções não preenchidas.

Os resultados não são diferentes dos encontrados na literatura. Autores corroboram que os principais problemas encontrados nos registros de enfermagem são: anotações e evoluções de enfermagem indistintas, muitas vezes, semelhante a médica. Falhas como ilegibilidade, erros de ortografia, uso de siglas incorretas, bem como falta da identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível⁽⁴⁾⁽⁹⁾.

Em análise à realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os resultados comprovaram que na IS-T 12 (80%) e na IS-M 15 (100%) prontuários não apresentavam o preenchimento da SAE, evidenciando uma baixa qualidade na realização do processo de enfermagem. O grave problema é encontrado em várias referências da literatura. A Resolução do COFEN 358/2009, o Planejamento de Enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro, o qual sistematiza a assistência ao paciente de forma individualizada⁽¹⁰⁾.

Em estudo transversal realizado com 1289 prontuários de dois hospitais universitários públicos situados no estado do Paraná, no período de 2010, observou-se que as duas instituições apresentaram prevalência de cuidados prescritos inadequadamente, o que aponta um problema comum; as prescrições

errôneas eram mais comuns para pacientes jovens (<20 anos) e adultos (20-34 anos), deduzindo-se que isso pode ter ocorrido por não considerar esse grupo de risco⁽¹¹⁾.

A literatura afirma que dentre as dificuldades apontadas por enfermeiros diante da falta de registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos prontuários, destacam-se: despreparo do profissional, falta de interesse em preenchê-lo, falta de conhecimento, e em especial, dificuldades para elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem⁽¹¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando-se os resultados deste estudo observou-se a dificuldade na compreensão a partir das anotações e registros de enfermagem. Verificou-se o predomínio de prontuários com nome do paciente completo, identificação da instituição presente, estado de conservação e organização satisfatórios em ambas as instituições. Constatou-se a presença de rasuras e a prescrição médica diária na maioria dos prontuários analisados. No que diz respeito às prescrições médicas, aprazamento de medicações e checagem das mesmas, houve divergência entre as instituições. Quanto às anotações de enfermagem, evidenciou-se a não participação do enfermeiro nos registros do paciente, bem como a ausência da aplicação da SAE.

Os registros de enfermagem são inerentes ao processo de cuidados, com isso, merecem atenção por parte das lideranças e de toda a equipe para garantir uma prática assistencial de qualidade. Com isso, salienta-se a necessidade de novos estudos que busquem identificar as dificuldades que ocasionam esses registros errôneos, os quais desvalorizam a assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Camelo SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *Rev Eletr Enferm*. 2009; 11(4):1018-25.
2. Padilha EF, Haddad MCFL, Matsuda LM. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(2):239-45.
3. Barral LNM, Ramos LH, Vieira MA, Dias OV, Souza LPS. Análise dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. *Rev Min Enferm*. 2012; 16(2):188-93.
4. Setz VG, D'innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(3):313-7.
5. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(1): 79-83.
6. Franco MTGF, Akemi EM, D'innocenzo M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(2):163-70.
7. Dias TCL, Santos JLG, Cordenuzzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):931-7.
8. Ferreira TS, Braga ALS. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. *Aquichan*. 2009; 9(1): 38-49.
9. Prado PR, Assis WALM. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares. *CuidArte Enferm*. 2011; 5(1): 62-68.
10. Silva LG, Jodas DA, Baggio SC, Vituri DW, Matsuda LM. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(1): 97-107.
11. Versa GLGS, Murassaki AY, Silva LG, Vituri DW, Mello WA, Matsuda LM. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(2): 28-35.

Recebido em: 16.01.2015

Aprovado em: 03.02.2015

PROCEDIMENTO DE FIXAÇÃO DO TUBO OROTRAQUEAL EM PACIENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

PROCEDURE FOR FIXATION OF THE ENDOTRACHEAL TUBE IN INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

Artigo Original

Elizabeth Mesquita Melo¹

Elizabeth Maria de Sousa²

Milena Mônica Mota de Almeida³

Andreza Moura Magalhães Ferreira⁴

Felícia Maria Matias Silveira⁵

Janaína da Silva Oliveira⁵

Maria Alana Ferreira de Abreu⁵

Violeta Frota Lima⁵

Rita Mônica Borges Studart⁶

RESUMO

Objetivou-se analisar o procedimento adotado para a fixação do tubo orotraqueal em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Estudo exploratório descritivo, quantitativo, realizado em quatro unidades de terapia intensiva de um hospital público, em Fortaleza-Ceará, com 50 profissionais de enfermagem. Dados coletados de setembro a novembro de 2011, com um questionário e submetidos à análise estatística. Os aspectos éticos foram considerados. O material mais utilizado para a fixação do tubo foi o esparadrapo, sendo a troca realizada durante a higiene do paciente (74%), com a participação de duas pessoas (94%). A mudança da posição do tubo foi citada por 68% dos participantes; a maioria não costuma verificar a pressão do balonete. Quanto ao aprendizado acerca do procedimento, 52% aprendeu na prática com orientação de outro profissional. O estudo possibilitou o conhecimento

sobre o procedimento de fixação do tubo orotraqueal, propiciando a elaboração de protocolos.

Palavras-chave: Respiração Artificial; Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The objective was to examine the procedure adopted for fixing the endotracheal tube in patients admitted to intensive care unit. Exploratory descriptive study with quantitative study in four intensive care units of a public hospital in Fortaleza, Ceara. The sample consisted of 50 nurses. Data were collected from September to November 2010 with a questionnaire, analyzed statistically. The ethical aspects were considered. The most common material used for fixing the tube was the sticking plaster, being exchanged during the patient hygiene (74%), with the participation of two people (94%). The changing position of the tube was raised by 68% of the participants;

¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Coordenadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Assistência de Enfermagem a Pacientes críticos (GEPAEPC).

² Enfermeira graduada pela UNIFOR.

³ Enfermeira graduada pela UNIFOR. Especialista em Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva.

⁴ Acadêmica de enfermagem da UNIFOR. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC). Integrante do Grupo GEPAEPC.

⁵ Acadêmica de enfermagem da UNIFOR. Bolsista (PAVIC). Integrante do Grupo GEPAEPC.

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza. Docente colaboradora do Grupo GEPAEPC.

most do not usually check the pressure of the cuff. As for learning about the procedure, 52% learned in practice under the supervision of another professional. The study enabled the knowledge about the procedure, allowing the development of protocols.

Keywords: Respiration Artificial; Patient Care; Intensive Care Units.

INTRODUÇÃO

Dentre os suportes comumente usados pelo paciente crítico internado em Unidade de Terapia intensiva (UTI), cita-se o suporte ventilatório, com o uso de Tubo Orotraqueal (TOT) ou Traqueostomia (TQT), e ventilação mecânica (VM), para assegurar uma via aérea segura, fundamental para a troca gasosa eficaz e para o equilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio.

A Intubação Orotraqueal (IOT) possui diversos objetivos, incluindo a manutenção da permeabilidade das vias aéreas e o fornecimento de uma concentração de oxigênio compatível com a demanda do paciente⁽¹⁾.

Devido à maior exposição das vias aéreas nos pacientes intubados, há maior risco de infecções, exigindo cuidados específicos da equipe de enfermagem, não só para a melhora clínica do paciente, mas também para evitar a ocorrência de complicações⁽¹⁾.

Considerando a importância do cuidado ao paciente intubado, percebe-se que muitas são as atribuições da equipe de enfermagem. É ação do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, o planejamento da assistência de enfermagem aos pacientes em uso de VM. Os limites legais para a prática dessa ação é a Lei 7.498/86, ao afirmar que compete ao enfermeiro a execução de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, além de cuidados de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas⁽²⁾.

Dentre os cuidados de rotina da equipe de enfermagem que atua em UTI, uma parcela considerável destina-se à assistência ao paciente em VM, englobando desde cuidados com o TOT até o manuseio de respiradores microprocessados⁽³⁾.

Os cuidados de enfermagem ao paciente em uso de suporte ventilatório não se restringem somente à administração dos medicamentos prescritos e à percepção do agravamento do seu quadro, envolvendo cuidados mais específicos, visando à minimização dos efeitos adversos, tais como: a fixação do TOT, a aspiração traqueal e das vias aéreas superiores, o controle da pressão do balonete, a observação da sincronia entre o paciente e a máquina e a monitorização dos parâmetros ventilatórios⁽⁴⁾.

A fixação do TOT deve ser realizada de forma sistemática e com bastante cautela, em virtude de ser fundamental para a segurança, conforto e confiabilidade do procedi-

mento, aliado ao fato de contribuir para manter uma via aérea artificial pérvia.

Durante a fixação do TOT, alguns cuidados devem ser observados, incluindo: periodicidade de troca para evitar a mobilização do tubo e permitir maior controle da localização adequada e realizar ausculta pulmonar, pois nessa etapa pode ocorrer a mobilização do tubo no interior da traquéia⁽⁵⁾.

A prática hospitalar demonstra uma diversidade nas formas de fixação do TOT, como também a utilização de uma variedade de materiais para a realização do procedimento, podendo gerar lesões na comissura labial, nos lábios, na língua e no pavilhão auricular externo. Nota-se, também, a ausência ou seguimento de um procedimento operacional padrão nas instituições, que enfoquem a fixação do TOT e os cuidados para a prevenção de injúrias associadas. Outro ponto que merece destaque é a escassez de literaturas nessa temática, o que acaba gerando dúvidas entre os profissionais responsáveis pelo procedimento.

O estudo torna-se relevante, uma vez que promoverá considerações importantes para a enfermagem e toda equipe multiprofissional, acerca do procedimento de fixação do tubo, possibilitando a redução dos agravos associados.

Desse modo, tem-se como objetivo geral: analisar o procedimento adotado para a fixação do TOT em pacientes internados em UTI; e como objetivos específicos: identificar o profissional responsável pela fixação do TOT; descrever o procedimento de fixação do TOT; e identificar a ocorrência de injúrias no paciente, associadas ao procedimento.

METODOLOGIA

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em quatro Unidades de Terapia Intensiva de um hospital da rede estadual de saúde, localizado em Fortaleza-Ceará.

Participaram 50 profissionais da equipe de enfermagem das referidas unidades, que realizam o procedimento de fixação do TOT, identificados durante o período da coleta, segundo os critérios de inclusão: fazer parte da equipe da UTI; ser o principal executor do procedimento de fixação do TOT; e trabalhar no(s) turno(s) em que é realizado o procedimento. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: estar na equipe da UTI de forma ocasional; e realizar o procedimento de forma esporádica.

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2011, por meio de um questionário, organizados no Excel e submetidos à estatística descritiva e os resultados expostos em figuras, tabelas e quadros.

Foram seguidos os princípios éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁶⁾. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, aprovado com o protocolo nº. 741/10.

RESULTADOS

Os profissionais se encontravam em faixas etárias diferenciadas, destacando-se a faixa com menos de 30 anos (32%) e 30 a 39 anos (32%). A média de idade ficou em 36,5 anos e 84% eram do sexo feminino. Quanto à categoria profissional, 52% eram enfermeiros, 22% auxiliares de enfermagem e 26% técnicos de enfermagem. O tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem ou do curso técnico teve uma média de nove anos e o tempo de atuação em UTI sete. Referente ao vínculo entre os profissionais e a instituição, 45% eram terceirizados e 54% estatutários.

Em relação ao procedimento de fixação do tubo, os profissionais referiram momentos variados, sendo enfatizado por 74% que a troca da fixação era realizada durante a higiene corporal do paciente. Por outro lado, 26% relataram outro momento, incluindo durante a aspiração traqueal ou quando necessário.

O quadro 1 denota os materiais utilizados para a fixação do TOT segundo os profissionais inseridos no estudo.

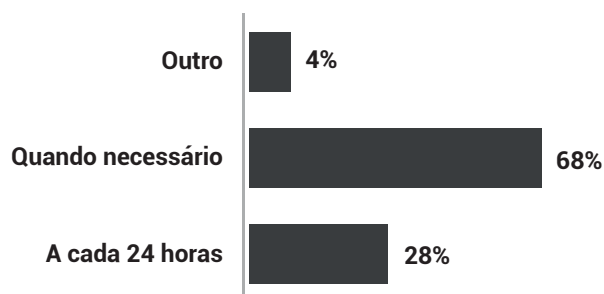
Quadro 1. Materiais para a fixação do tubo orotraqueal. Fortaleza, 2011.

MATERIAL	N
Esparadrapo	21
Cadarço	8
Bandagem adesiva	8
Esparadrapo ou cadarço	4
Equipo, esparadrapo ou cadarço	2

Dentre os materiais utilizados para a fixação do tubo, o esparadrapo foi o mais referido pelos participantes, citado 21 vezes. Em seguida, tem-se o cadarço (oito), bandagem adesiva (oito) e esparadrapo ou cadarço (quatro). Apenas dois profissionais afirmaram que utilizavam, além de esparadrapo ou cadarço, o equipo de soro.

Foi investigada na pesquisa a periodicidade de troca da fixação do tubo, como demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos participantes segundo a periodicidade de troca da fixação do tubo. Fortaleza, 2011



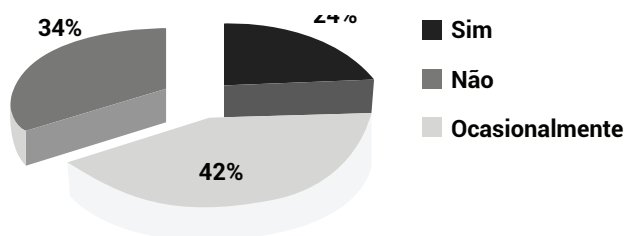
Grande parte dos profissionais (68%) referiu que a troca da fixação era realizada quando necessária; 28% realizavam o procedimento a cada 24 horas, como rotina; e que 4% realizavam a troca em outro momento, sem especificar que momento era esse.

É importante assinalar que a quase totalidade dos participantes (94%), enfatizou que a troca era feita com a participação de duas pessoas, sendo colocado por apenas 6%, que o procedimento era realizado individualmente.

Outro aspecto abordado no estudo diz respeito à mudança da posição do tubo, sendo verificado que 68% possuíam a rotina de realizar essa mudança, enquanto 32% não costumavam adotar tal rotina. No que se refere à verificação da pressão do balonete, 46% costumam checá-la, todavia 54% não tinham esse cuidado.

No momento da fixação do TOT, pode ser necessária a aspiração traqueal, procedimento que pode constituir uma rotina do setor, aspecto ilustrado no gráfico 2.

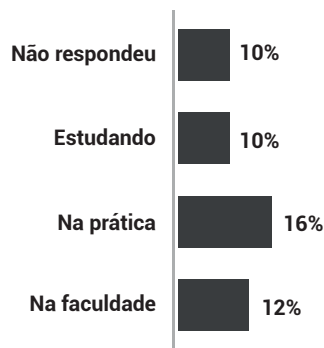
Gráfico 2. Distribuição dos profissionais quanto à realização de aspiração traqueal durante a troca da fixação do TOT. Fortaleza, 2011.



Observa-se que um percentual significativo (42%) não possuíam o hábito de aspirar o paciente no momento da fixação do tubo, 34% ocasionalmente aspiravam e somente 24% afirmaram ter a rotina de aspiração traqueal.

Um ponto levantado na pesquisa diz respeito à forma como os profissionais adquiriram conhecimento sobre a fixação do TOT, como revelado no gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição dos profissionais quanto ao aprendizado acerca do procedimento de fixação do TOT. Fortaleza, 2010.



Segundo os dados, 52% aprendeu o procedimento na prática, com orientação de outro profissional; 16% ressaltaram que a prática isolada lhe proporcionou o aprendizado.

Quando questionados em relação à segurança durante o procedimento, a quase totalidade (96%) enfatizou que se sentia segura, enquanto apenas 4% não demonstraram segurança ao realizar o procedimento.

Os profissionais foram indagados sobre as complicações inerentes à fixação, conforme denotado no quadro 2.

Quadro 2. injúrias presentes nos pacientes associadas à fixação do TOT segundo os profissionais. Fortaleza, 2010.

LOCAL DA LESÃO	N
Lábios	44
Pavilhão auricular externo	20
Língua	8
Outras	13

A lesão mais comum entre os pacientes é a labial, citada 44 vezes. Em seguida, tem-se a lesão no pavilhão auricular externo, referida 20 vezes e a lesão na língua, oito vezes. Outras lesões foram colocadas⁽¹³⁾, entretanto, sem serem especificadas.

DISCUSSÃO

Os profissionais participantes do estudo estavam em diversas faixas etárias, sendo que a média de idade de 36,5 anos. Estudo realizado com profissionais de enfermagem em UTI demonstrou que a maioria era composta por jovens (80,2% com menos de 40 anos), sendo enfatizado que esse é o perfil de profissionais esperados para esse setor, pois os mesmos são motivados no início da carreira a prestarem assistência a pacientes críticos⁽⁷⁾.

A maioria era do sexo feminino, o que pode ser justificado pela enfermagem ser uma área predominantemente desenvolvida por mulheres. Quanto à categoria profissional, a maioria dos participantes era enfermeiro, talvez pelos riscos associados ao procedimento, devendo, preferencialmente, ser realizado por esse profissional.

A troca da fixação do TOT é mais um procedimento realizado pelo enfermeiro que apesar de simples não pode ser banalizado, pois a inadequada fixação acarreta extubação acidental e pode danificar o guia do balonete por imperícia⁽³⁾.

Em relação ao tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem ou do curso técnico, a média entre os profissionais foi de nove anos e o tempo de atuação em UTI teve média de sete anos. Os profissionais pesquisados, em sua maioria, eram estatutários, ou seja, possuía vínculo com a instituição na forma de servidor público.

As atividades desenvolvidas na UTI constituem atividades de maior complexidade, direcionadas a pacientes com quadro clínico, na maioria das vezes, de instabilidade hemodinâmica. Assim, é essencial que o profissional atuante nessa unidade possua experiência compatível com as exigências do setor.

O paciente crítico, que necessita de cuidados intensivos, comumente apresenta disfunções em um ou mais sistemas, mantendo-se dependente de máquinas e procedimentos complexos, o que exige um aparato tecnológico e pessoal capacitado para a prestação da assistência e manuseio dos materiais e equipamentos⁽⁸⁾. Assim, no que diz respeito ao momento em que era realizada a troca da fixação do TOT, observou-se que a maioria realizava essa troca durante a higienização do paciente.

Após a IOT, um cuidado essencial é a fixação adequada do tubo, na busca de evitar que o paciente se extube de forma acidental ou caso esteja sendo realizado desmame da sedação e analgesia. Cabe a equipe de enfermagem a atenção quanto a esse procedimento, considerando, também, a necessidade de troca.

O tubo traqueal deve ser preso firmemente para evitar deslocamentos, intubação seletiva ou extubação acidental, devendo ser mantido centralizado independente do material utilizado para fixação. A posição mediana do tubo é necessária para que ocorra uma distribuição homogênea da pressão do balonete na traqueia⁽³⁾.

Os aspectos relativos aos materiais utilizados para a fixação do tubo foram abordados no estudo, sendo observado que o esparadrapo é, ainda, o material mais utilizado, apesar de possibilitar a ocorrência de lesões cutâneas no paciente. Foram citados, também, outros materiais como o cadarço e a bandagem adesiva. Embora o equipo de soro não seja um material indicado para fixar o tubo, em virtude de consistir em um material rígido, que sofre alterações da temperatura ambiente, sua utilização foi referida por dois profissionais.

Para a fixação do tubo devem ser usados materiais próprios, como fixações adesivas, evitando improvisações tais como sondas, esparadrapos e equipo de soro. Na padronização da troca de fixação se recomenda o emprego de adesivo, cadarço ou fixador de traqueostomia, além de material auxiliar⁽³⁾.

A fixação do dispositivo ventilatório, independente de ser tubo endotraqueal ou traqueostomia é muito importante para sua estabilidade, pois além de estar relacionado com a diminuição de lesões traqueais, evita desposicionamento, diminuindo a incidência de extubação acidental⁽³⁾.

A troca da fixação do tubo geralmente é realizada de acordo com a rotina da instituição. Notou-se, no estudo, que essa troca era realizada na maioria das vezes, quando necessário. Destaca-se, ainda, que a maioria dos profissio-

nais evidenciou que a troca era realizada com a participação de duas pessoas.

A mudança da posição do TOT é um fator importante a ser considerado pelos profissionais, na tentativa de evitar injúrias no paciente. Dessa forma, a maioria dos afirmou que possuía como rotina essa mudança. Contudo, identificou-se, ainda um percentual importante (32%) que não adotavam essa rotina.

Em relação aos cuidados na manutenção da cânula endotraqueal, devem ser realizados procedimentos que assegurem a fixação, limpeza e permeabilidade. Para os pacientes em uso de TOT, é essencial a mudança do local de fixação da cânula pelo menos uma vez ao dia ou quando necessário, atentando para a não alteração do nível de introdução⁽⁹⁾. Assim, faz-se necessário que o cuidado da via aérea seja realizado de modo sistemático. A troca da fixação deve ser realizada por dois profissionais da equipe com o intuito de garantir a qualidade da assistência e não gerar complicações⁽¹⁰⁾.

Outro ponto fundamental abordado no estudo refere-se à observação da pressão do balonete, pois caso o mesmo não esteja com a pressão ideal, podem ocorrer intercorrências, tais como extubação acidental, aspiração de secreções da orofaringe e lesões na traquéia. Nesse contexto, vale ressaltar que 46% checavam essa pressão, sendo, porém, ainda um número insuficiente, quando verificadas as possíveis complicações.

Um cuidado a ser observado no momento da troca da fixação do tubo, é a aspiração traqueal, pois caso o paciente esteja apresentando secreção traqueobrônquica excessiva pode dificultar o procedimento. Em se tratando da amostra em questão, somente 24% tinham a rotina desse cuidado e 34% aspiravam de acordo com a necessidade, que é o ideal, pois a aspiração sem indicações pode ocasionar complicações no quadro geral do paciente.

A aspiração traqueal deve ser realizada somente quando necessária e não em intervalos pré-determinados, a fim de evitar possíveis intercorrências que possam afetar o estado do paciente⁽¹⁰⁾.

A respeito do aprendizado sobre o procedimento de fixação do tubo, a maioria dos participantes afirmou que tinha obtido esse conhecimento na prática, com o auxílio e/ou orientação de outro profissional. Em se tratando da segurança relativa ao procedimento, a grande maioria demonstrou segurança.

Dentre as complicações mais comuns referentes ao TOT e a fixação, a mais predominante foi a lesão labial. Outras lesões foram citadas, tais como: lesão no pavilhão auricular externo e lesão na língua, além de outras não especificadas.

Diversas são as injúrias decorrentes do uso da cânula orotraqueal, as quais estão ligadas, também, aos materiais

utilizados para a sua fixação. Um dos problemas mais frequentes com a utilização da fita é a dificuldade em realizar higiene oral. Cadarços também podem ser usados, mas escaras podem surgir nos lobos das orelhas, sendo necessário protegê-las com gazes ou evitar o seu contato com o cadarço⁽¹⁰⁾.

As lesões causadas por pressão do tubo nos lábios podem ser evitadas com o reposicionamento periódico do tubo, sendo essencial atenção quanto à cavidade oral, lábios e pele ao redor da boca, na busca de identificar os riscos para as injúrias^(4,10, 11).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O procedimento de fixação do tubo necessita ser aprofundado, visto que os profissionais ainda apresentam algumas dúvidas, englobando: material ideal para a fixação, importância da verificação da pressão do cuff, necessidade ou não de aspiração traqueal no momento do procedimento, dentre outros aspectos.

Segundo os achados, o profissional responsável pelo procedimento geralmente é o enfermeiro. Cumpre salientar que, a despeito desse procedimento ser considerado simples pela equipe multiprofissional, o mesmo exige cuidados e conhecimento técnico-científico, em virtude da possibilidade de ocasionar várias complicações ao paciente.

Em relação ao procedimento propriamente dito, ficou evidente que a realização do mesmo é feita quase sempre durante a higienização do paciente, com a participação de dois profissionais. Porém, apesar da troca de posição do tubo ser realizada pela maioria dos profissionais, verificou-se, ainda, percentual significativo que não possuía esse cuidado, assim como a checagem da pressão do balonete.

Quando o procedimento de fixação não é realizado obedecendo à técnica e recomendações da literatura, podem ocorrer injúrias associadas ao mesmo. No estudo em questão, as injúrias mais comuns, conforme destacado pelos participantes incluem por ordem de ocorrência: lesão labial; lesão no pavilhão auricular externo; lesão na língua e outras não especificadas.

Sugere-se a realização de novos estudos com amostras mais significativas, a fim de aprofundar a temática, pois o procedimento em questão é, na maioria das vezes, realizado pela equipe de enfermagem, devendo todos os profissionais estar aptos e capacitados para realização, visando à minimização de complicações associadas.

REFERÊNCIAS

1. Gomes GPLA, Resende AAB, Almeida JDP, Suilva IL, Beresford H. Cuidados de enfermagem para pacientes com tubo orotraqueal: avaliação realizada em unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE* [on line]. 2009 out/dez [cited 2015 Feb 25];3(4): 20-5. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/88>
2. Conselho Regional de Enfermagem. Legislação. Fortaleza, Ceará; 2008.
3. Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. *Rev. Bras. Enferm* [on line]. 2007 jan/fev [cited 2014 Oct 16];60(1):106-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100021
4. Melo EM, Teixeira CS, Oliveira RT, Almeida DT, Veras JEGLF, Frota NM, Studart RMB. Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência* 2014;4(1):55-63.
5. Chiarantano CS, Maruoka PF, Fioretto JR. Intubação endotraqueal na UTI. In: Guimarães HP, Falcão LFR, Orlando JMC. *Guia prático de UTI*. São Paulo: Atheneu; 2008. p.75 – 85.
6. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Bioética*. 1996;4(2)Supl.
7. Guerrer FJL, Bianch ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP* [on line]. 2008 [cited 2012 Aug 18];42(2):355-362. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a19.pdf>.
8. Melo EM, Barbosa AA, Silva JLA, Sombra RLS, Studart RMB, Lima FET, Veras JEGLF. Evolução clínica dos pacientes em uso de ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva *Rev enferm UFPE*. [on line] 2015 fev [cited 2015 mar 10]; 9(2):610-16. Available from: <file:///C:/Users/user/Downloads/6856-67875-1-PB.pdf>
9. Lobo RD, Levin ASS, Oliveira MS, Dias MBS. *Manual prático de procedimentos: assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde*. São Paulo: HCS-MUSP; 2009. 72p.
10. Jerre G, Silva TJ, Beraldo MA. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. *J bras pneumol*. [online] 2007. [cited 2015 fev 20];33(Supl2):142-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132007000800010&script=sci_arttext
11. Melo EM, Silva SS, Marques AM, Aguiar ICV, Silva JLA, Aguiar LGB. Conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre o procedimento de aspiração endotraqueal. *Rev enferm UFPI*. [on line] 2014 Jul/Sep [cited 2015 fev 18]; 3(3):58-65. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1987/pdf>

Recebido em: 07.01.2015

Aprovado em: 15.01.2015

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA SINTOMATOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

KNOWLEDGE OF NURSES ABOUT THE VASCULAR INJURY BRAIN SYMPTOMATOLOGY

Artigo Original

Rithianne Frota Carneiro¹

Verydianna Frota Carneiro²

Lilian Gomes Pereira da Cunha³

Ana Cláudia do Nascimento Paula⁴

Maria Januária Castelo Dias⁴

Ana Raquel Lacerda Coutinho⁵

RESUMO

Objetivou-se analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da sintomatologia do Acidente Vascular Encefálico (AVE). Realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa em um Hospital Público de Fortaleza/CE. Participaram 59 enfermeiros atuantes na emergência. Dentre os participantes, 92% são do sexo feminino e 8% sexo masculino, 85% têm idade entre vinte dois a quarenta e dois anos, 41% trabalham na emergência do hospital há três anos ou mais, 69% possuem especialização, 95% afirmaram que tem contato com paciente com AVE. Os sinais e sintomas mais citados pelos enfermeiros foram à hemiparesia, a hemiplegia e a afasia. Com relação às condutas de enfermagem, as mais citadas pelos enfermeiros foram verificar sinais vitais, avaliação neurológica, manter acesso venoso periférico, manter oxigenoterapia e providenciar exames. Conclui-se que maioria dos enfermeiros reconheceu os sinais e sintomas da patologia, mostrando o conhecimento adequado sobre a doença.

Palavras-chave: Enfermagem; Acidente Vascular Cerebral; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to examine the knowledge of nurses about symptoms of cerebrovascular accident (CVA). **Method:** the authors conducted an exploratory-descriptive quantitative approach in a public hospital in Fortaleza / CE. Attended by 59 nurses working in emergency. **Results:** among the participants, 92% are female and 8% male, 85% are aged twenty-two to forty-two, 41% work in hospital emergency for three years or more, 69% have expertise, 95% said they have contact with patients with stroke. The signs and symptoms most frequently cited by the nurses were hemiparesis, hemiplegia and aphasia. With respect to nursing behaviors most often cited by nurses vital signs, neurological evaluation were to verify, maintain peripheral venous access, maintain and provide oxygen tests. **Conclusion:** that most nurses recognized the signs and symptoms of medical conditions and adequate knowledge about the disease.

Keywords: Nursing; Stroke; Nursing Care.

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva- UNIFOR. Bolsista CAPES- PROSUP/PRODAD. Tutora da Escola de Saúde Pública- ESP-CE. Docente da Faculdade do Nordeste (FANOR). E-mail: rithiannefrota01@hotmail.com

² Dentista. Mestranda em Ensino na Saúde- UECE. Bolsista da Escola de Saúde Pública- ESP-CE.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente da FANOR.

⁴ Discente do curso de Enfermagem da FANOR | DeVry Brasil.

⁵ Enfermeira graduada pela FANOR.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a terceira causa de morte no mundo. É uma doença cerebrovascular que causa incapacidades motoras e/ou cognitivas. É definido como um déficit neurológico de instalação súbita ou com rápida evolução de causa vascular, com duração maior que 24 horas ou, quando menor, leva à morte. Com base em seu aspecto patológico, existem dois tipos clássicos de AVE: o acidente vascular encefálico hemorrágico (AVEH), causado por ruptura de vaso sanguíneo e hemorragia intracerebral, e o acidente encefálico isquêmico (AVEI) causado por trombose de uma das grandes artérias responsáveis pelo suprimento sanguíneo do cérebro⁽¹⁾.

Dentre as doenças cerebrovasculares, cerca de 85% dos acidentes vasculares encefálicos são de origem isquêmica e 15%, hemorrágicas; cerca de 10% são hemorragias intraparenquimatosas e 5% hemorragias subaracnóideas⁽²⁾.

Autores^(1,3,4) avaliam que pacientes com hipertensão, hiperlipidemia, diabetes mellitus, história de ataques isquêmicos transitórios e história familiar de doença cardiovascular são os que apresentam os principais fatores de risco preditivos para o AVE. Além dessas, outras etiologias podem estar associadas ao AVE, tais como cardiopatias, coagulopatias, tumores, doenças hematológicas, vasculites, anomalias vasculares, infartos venosos. Afirma-se ainda que o AVE possa ser classificado como de etiologia indeterminada^(5,6).

Dentre os sinais de alerta que indicam o AVE, estão: paralisia ou fraqueza súbita facial, alteração motora em braço ou perna, mais frequentemente em um lado do corpo, e dificuldades na fala². De acordo com o protocolo de atendimento pré-hospitalar do AVE são sinais de risco em menos de quatro horas e meia de evolução da doença: o aparecimento súbito de fraqueza ou dormência na face, no braço ou na perna, especialmente de um lado do corpo; confusão na comunicação (fala ou entendimento); distúrbio da visão em um ou nos dois olhos; alteração da marcha, tontura, desmaio, perda de equilíbrio ou coordenação; e/ou cefaléia de causa desconhecida⁽⁷⁾.

Os sintomas de AVEH relacionados à elevação da pressão intracraniana incluem cefaléia intensa, dor na nuca, diplopia, náusea e vômito, perda da consciência ou morte, aparecendo sem sinais de alerta. Com relação ao prognóstico, o AVEH é mais grave e apresenta um maior índice de óbitos quando comparado com o AVEI⁽²⁾.

Na assistência pré-hospitalar a escala de Cincinnati é utilizada para identificar sinais e sintomas de pacientes com AVE em menos de um minuto, a partir da avaliação de três achados físicos: queda facial, debilidade dos braços e fala anormal. Deste modo, a probabilidade do indivíduo desenvolver um AVEI é de 72% quando há aparecimento súbito de uma destas três características físicas e se torna maior que 85%, quando estão presentes os três achados⁽²⁾.

Sabe-se que a assistência de enfermagem aos pacientes com diagnóstico de AVE é prestada na rede pública ou priva-

da de saúde em hospitais terciários especializados no atendimento de urgência e emergência onde ocorre a triagem de pacientes com a doença, daí a importância dos enfermeiros estarem preparados para atender essa demanda, observando o início dos sintomas em busca de um tratamento eficaz.

Diante do exposto surge o seguinte questionamento: Qual o conhecimento dos enfermeiros acerca da sintomatologia do acidente vascular encefálico e quais as condutas imediatas têm sido realizadas? Logo a pesquisa tem o objetivo de analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da sintomatologia do acidente vascular encefálico.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva com abordagem quantitativa. Realizou-se durante o mês de maio de 2014, em um hospital de nível terciário de Fortaleza – CE, Brasil, escolhido por sua referência e complexidade.

Em outubro de 2009, foi inaugurada a Unidade de AVE, é a maior do país com vinte leitos e capacidade para atender 150 pacientes por mês, com estrutura moderna e equipe interdisciplinar de plantão 24 horas para fazer um atendimento diferenciado ao paciente que chega à emergência com AVE. Atualmente, a emergência do hospital comporta o total de 88 enfermeiros que realizam assistência a diversos tipos de pacientes, onde são admitidos com inúmeras patologias, inclusive com AVE.

Na amostra foram incluídos os enfermeiros que trabalham na emergência deste hospital e aceitaram participar da pesquisa (59 enfermeiros). Foram excluídos os enfermeiros que estavam em regime de férias ou licença de suas atividades, e os que se recusaram a participar do estudo.

Realizou-se a coleta de dados por meio de um questionário semiestruturado, composto por 20 questões, dividido em duas partes: perfil dos enfermeiros e sintomatologia do AVE baseado nas Escalas: Escala Pré-hospitalar para AVC de Cincinnati; Escala LAPSS e Escala de Acidente Vascular Cerebral do National Institutes of Health.

A análise e a discussão dos dados foram realizadas de acordo com a literatura pertinente ao tema, utilizou-se o programa Excel do Windows 7 Professional para tabulação dos dados, onde as respostas dos participantes foram submetidas à estatística descritiva.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Independente do Nordeste – FAINOR, parecer Nº 639.613 aprovado e seguiu as determinações do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS nº. 466/12), compreendendo os aspectos éticos e legais em pesquisa que envolve seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo o direito de desistir e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, onde não receberam nenhum ônus pela participação.

RESULTADOS

Na tabela 1, verifica-se que o sexo predominante é feminino, sendo representado 92 %. Cuja Idade predominante está acima de 32 anos. Esses enfermeiros mostram-se com 69,50%, que têm especialização.

Tabela 1. Perfil dos enfermeiros da emergência.

CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICAÇÕES	N=59	%
SEXO	Feminino	54	92
	Masculino	5	8
IDADE	22 - 32 anos	26	44
	32 anos em diante	33	56
ESPECIALIZAÇÃO	Sim	41	69,50
	Não	18	30,50

Tabela 2. Sintomatologia e cuidados de enfermagem ao paciente com AVE

CARACTERÍSTICAS	ESPECIFICAÇÕES	N=59	%
CONTATO COM PACIENTE	Sim	56	95
	Não	3	5
SINTOMATOLOGIA DO AVE	Conhecem totalmente	26	44
	Conhecem parcialmente	32	54
	não reconhecem	1	2
SINTOMAS DE AVE	hemiparesia/afasia	15	25,43
	hemiparesia/hemiplegia/afasia	9	15,25
	outros sintomas	35	59,32
CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO AVE	verificar sinais vitais	26	44,07
	fazer avaliação neurológica/manter o AVP	9	15,25
	manter o oxigênio/se necessário	7	11,87
	providenciar exames		
	realizar glicemia/TC do crânio/administrar medicamentos	4	6,78
	avaliar as escalas de LAPSS/SNG	3	5,08
	Proporcionar o bem estar do paciente/soro	2	3,38
	apresentar vômito/lateralizar da cabeça	1	1,70
	certificar o horário de início dos sintomas/realizar escala de Glasgow	1	1,70
	não responderam	6	10,17

Verifica-se na tabela 2, que 95% dos enfermeiros já tiveram contato com o paciente. Porém, 54% demonstraram reconhecer parcialmente a sintomatologia do AVE.

DISCUSSÃO

Perfil dos enfermeiros da emergência

Na pesquisa em relação à amostra de enfermeiros observou-se uma predominância quase absoluta do sexo feminino com 92% em detrimento ao sexo masculino.

De acordo com a literatura, várias pesquisas confirmam o predomínio do sexo feminino na categoria profissional estudada, em um estudo realizado sobre a caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva, também constatou um predomínio do sexo feminino com 241 (91,6%) do total da população⁽⁸⁾. Destaca-se ainda a prevalência da força de trabalho feminino na área de enfermagem⁽⁹⁾.

Esses dados coincidem com o perfil de enfermeiros em geral do Brasil, onde há uma preponderância do sexo feminino, embora nos últimos anos tem-se observado nas universidades um número maior de homens interessados pela enfermagem. A faixa etária encontrada entre os enfermeiros entrevistados foi a de 22 a 52 anos de idade, e destes indivíduos, 44% têm idade entre 22 a 32 anos, onde se concentra os profissionais com pouco tempo de atuação e/ou recém-formados em Enfermagem, ou seja, profissionais jovens. O restante está dividido entre 32 a 42 anos e foram encontrados ainda, enfermeiros com idades entre 42 a 52 anos e acima de 52 anos.

Com relação ao tempo de trabalho, quase a metade dos enfermeiros trabalhavam há 3 anos ou mais na emergência deste hospital, mostrando que o tempo de atuação no serviço contribui para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestadas aos pacientes graves no setor de emergência bem como promover a descoberta da capacidade e dos limites pessoais frente a assistência a estes pacientes^(10,11,12). Quando foi indagado se possuíam alguma especialização na área da saúde, a maioria respondeu que sim, enquanto somente 18 enfermeiros não tinham nenhuma especialização. Destas a que se destacou foi à especialização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com o maior adesão entre os enfermeiros.

É imperativo que os enfermeiros atuantes nos serviços de saúde estejam, constantemente, em busca do saber científico, se aperfeiçoando e procurando qualificação profissional a fim de aprimorar a prática do cuidado ao paciente⁽¹³⁾.

Além disso, a especialização nas diversas áreas de enfermagem tem se mostrado cada vez mais necessária e emergente, pois tem por objetivo fundamental atender a uma demanda específica do mercado de trabalho, completando conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o perfil técnico-científico do enfermeiro⁽¹⁴⁾.

Quando se perguntou pela oferta de alguma capacitação profissional oferecido pelo hospital, mais da metade dos enfermeiros disseram que não tiveram nenhuma capacitação profis-

sional. A qualificação profissional é de grande relevância para os enfermeiros, uma vez que as instituições de saúde quando envolvidas neste processo podem facilitar o trabalho, atuando de forma colaborativa e comprometida com a capacitação dos profissionais de enfermagem⁽¹³⁾.

Sintomatologia e cuidados de enfermagem ao paciente com AVE

Perguntou-se aos enfermeiros se já tiveram contato com alguma pessoa vítima de AVE em seu ambiente de trabalho e o qual foi sua atitude frente ao paciente com AVE. Do total, 95% dos enfermeiros afirmaram que tiveram contato com paciente com AVE.

Estudos retratam que em algum momento do período de hospitalização e especialmente na emergência, o paciente com AVE necessita de cuidados intensivos de enfermagem. Ressalta-se ainda, que quanto maior o número de necessidades afetadas por este tipo de paciente maior será a urgência do planejamento assistencial⁽¹⁵⁾.

Com relação aos cuidados de enfermagem diante de um paciente com AVE, podemos que a maioria das respostas dos enfermeiros foram as seguintes: verificar sinais vitais (SSV); manter acesso venoso periférico (AVP); avaliar déficit motor e nível de consciência; manter O2, se necessário; providenciar exames; avaliar sinais e sintomas; realizar glicemia; encaminhar para TC do crânio; trombolizar paciente, se necessário; administrar medicação conforme prescrição; preencher escala de LAPSS, dentre outros.

Notou-se através desses resultados que dos 59 enfermeiros em estudo, 9% enfermeiros não responderam esta questão, o que se tornou contraditório e nos chamou a atenção, já que na questão anterior 95% dos enfermeiros disseram que já tiveram contato com pacientes vítimas de AVE.

De acordo com a literatura, os cuidados de enfermagem podem ser baseados em escalas de avaliação neurológica, com identificação dos déficits motores e sensoriais que dão indícios para o local do AVE, podendo ser úteis para acompanhar o curso da doença e determinar o prognóstico do paciente⁽¹⁶⁾. Mostrando que há um conhecimento significativo dos cuidados de enfermagem ao paciente com AVE.

Para o tratamento do AVE descreve-se algumas recomendações para o tratamento com trombolítico: avaliação neurológica e sinais vitais, encaminhar ao serviço médico se houver alterações, oferecer oxigênio quando a saturação for menor que 92%, monitorar complicações e repouso no leito. Afirma ainda que a administração de drogas é uma das intervenções mais frequente recordadas pelos enfermeiros em pacientes com AVE⁽¹⁵⁾.

Outro cuidado importante é o fornecimento dos exames para a confirmação diagnóstica do AVE que poderá ser realizada por meio da tomografia computadorizada de crânio, angiografia, angioressonância ou angiotomografia, sendo a mais comum a TC de crânio (citada pelos enfermeiros). Outros exames complementares de urgência incluem eletrocardiograma e exames laboratoriais como hemograma e glicemia⁽⁷⁾. As escalas padronizadas

como as escalas de Cincinnati e a escala de LAPSS são de grande importância para facilitar o reconhecimento do AVE⁽¹⁷⁾.

Ao questionar os enfermeiros se eles sabem reconhecer com segurança os sinais e sintomas do AVE, a maioria respondeu que reconhece parcialmente os sinais e sintomas (54%); já 44% dos enfermeiros responderam que reconhece totalmente os sinais e sintomas e 2% disseram que não reconhece sinais e sintomas do AVE.

Em outra pesquisa realizada em um hospital universitário sobre o nível de conhecimento de doença cerebrovascular, observou-se retardo entre o reconhecimento dos sintomas principais do AVE pelos enfermeiros da unidade, compreendendo uma série de falhas comuns no atendimento aos pacientes com AVE⁽¹⁸⁾. Evidenciou-se então que os enfermeiros do presente estudo estão melhor preparados e tem segurança no reconhecimento dos sinais e sintomas do AVE, quando comparado com estudos anteriores.

No que diz respeito aos sinais e sintomas iniciais, característicos do paciente com suspeita e/ou diagnóstico do AVE, observou-se que a maioria dos enfermeiros (15 indivíduos) citaram hemiparesia e afasia. Outros nove citaram como sinais e sintomas iniciais do AVE a hemiparesia e a hemiplegia, ou seja, evidenciou-se que as principais manifestações citadas pelos enfermeiros foram a hemiparesia, a hemiplegia e a afasia. Os outros sinais e sintomas citados foram desvio da comissura labial, tontura, confusão mental, rebaixamento do sensório, dormência ou fraqueza da face, distúrbios visuais, cefaléia, convulsões, dentre outros.

Observou-se que os dados encontrados neste estudo convergem com a literatura, pois no AVE podem estar presentes manifestações neurológicas como: alterações do nível de consciência, déficit motor e sensitivo, alterações da visão, da linguagem, fala e memória. O paciente pode ainda apresentar diplopia, nistagmo, ptose palpebral, paralisia facial, tonturas, vertigens, cefaléia e vômitos⁽¹⁷⁾.

O Ministério da Saúde reforça que os sinais e sintomas sugestivos de AVE podem ser: diminuição da sensibilidade e/ou fraqueza na face, no braço e/ou perna, especialmente unilateral de forma súbita, confusão mental, dificuldade na fala, alterações visuais em um ou ambos os olhos, cefaléia intensa, com causa desconhecida e de instalação súbita⁽⁷⁾.

Conhecimento dos enfermeiros acerca da sintomatologia do AVE

Ao analisar a questão "Dormência ou fraqueza da face, do braço ou da perna, especialmente de um lado do corpo, confusão mental, dificuldade de falar, distúrbios visuais e perda de equilíbrio são alguns sinais e sintomas do AVE", constatou-se que 98% dos enfermeiros concordam com a afirmativa. Refletindo sobre os resultados que dizem respeito à afirmação acima descrita, verifica-se que estão de acordo com a literatura do Ministério da Saúde, onde os sinais do AVE incluem fraqueza repentina ou dormência da face, braço e/ou perna, geralmente de um lado do corpo, confusão mental, alteração cognitiva, dificuldade para falar

ou compreender, distúrbios visuais e auditivos, tontura, perda de equilíbrio e/ou coordenação, dentre outros⁽⁷⁾.

Na expressão “Poliúria, polidipsia, polaciúria são sinais e sintomas do AVE”, verificou-se que 86% dos enfermeiros discordam dessa afirmativa. Portanto, podemos observar uma análise satisfatória com relação ao conhecimento dos enfermeiros, já que segundo o manual do Ministério da Saúde, poliúria, polidipsia, são sinais e sintomas característicos de Diabetes mellitus, em outros relatos a polaciúria é um dos sintomas de infecção do trato urinário baixo, ou seja, não tem relação direta com o AVE⁽¹⁹⁾.

No que diz respeito à questão “A manifestação mais clássica do AVE é hemiplegia”, 83% dos enfermeiros concordam com a afirmação. A hemiplegia é uma sequela do AVE que atinge um dos lados do corpo, caracterizada por paralisia em um hemicorpo, sendo um dos déficits motores decorrentes do AVE, porém pode ocorrer também outra manifestação comum ao AVE, a hemiparesia ou paralisia parcial do corpo, ambas tipicamente no lado oposto ao local da lesão. Sendo assim, pode ocorrer tanto hemiplegia como hemiparesia em pacientes com AVE, a primeira com comprometimento total de partes essenciais das atividades funcionais e a segunda evidenciada por comprometimento parcial do hemicorpo que altera o equilíbrio⁽¹⁷⁾.

Através da análise da expressão “Ecolalia e alopecia são sinais de AVE”, comprovou-se pela literatura que a afirmativa é falsa, pois a ecolalia é um sinal característico da linguagem de pessoas com autismo e é definida como “uma repetição em eco da fala”, sendo característico da Síndrome Autística⁽¹⁹⁾. No caso do AVE, o sinal característico que pode afetar a linguagem é a afasia que consiste na dificuldade ou compreensão da fala⁽⁷⁾. A alopecia é uma doença dermatológica resultante de perda de cabelos e pelos, sendo o estresse um dos desencadeadores desta afecção. Apresenta-se também como efeito colateral da quimioterapia utilizada no tratamento de pacientes com câncer⁽¹⁹⁾. Pelo que se pode verificar, a maioria dos enfermeiros discordam da afirmação (85%); 3% concordam e 12% não sabem responder pelo fato de não conhecerem os termos técnicos citados.

Quanto à afirmação “A cefaléia pode ter associação ou não em um AVE isquêmico, pois neste pode ser completamente indolor”, 71% dos enfermeiros concordam com afirmativa; 17% discordam o que revela que uma parcela considerável dos enfermeiros não tem o conhecimento da cefaléia no AVE e 12% não sabem. A ocorrência de cefaléia torna-se mais provável no acidente de caráter hemorrágico⁽⁶⁾.

De acordo com a afirmativa “O hemisfério esquerdo do cérebro é o dominante para a linguagem, quando este é afetado pelo AVE pode comprometer a fala do paciente, sendo considerado um dos sinais de AVE conhecido como afasia”, 78% dos enfermeiros concordam; 7% discordam e 15% não sabem a resposta. A afasia é uma alteração da compreensão e/ou expressão da linguagem decorrente de lesão no hemisfério cerebral esquerdo⁽¹⁹⁾.

Com relação à questão “Quando o AVE afeta a região cerebral direita, os sinais e sintomas aparecem do lado direito do corpo, como hemiplegia do lado direito do corpo e déficit do

campo visual”, podemos observar no que diz a literatura que a questão está errada, pois vários autores afirmam que quando a lesão é em um dos hemisférios, o déficit neurológico se apresenta no lado contralateral à lesão⁽⁷⁾.

Condutas de enfermagem no atendimento emergencial do AVE

Ao analisar as condutas de enfermagem preconizadas no atendimento emergencial ao paciente com suspeita e/ou diagnóstico de AVE, verificou-se que estão condizentes com a literatura, pois a maioria (26) dos participantes respondeu “verificar sinais vitais” como sendo uma conduta relevante; nove descreveram realizar avaliação neurológica, avaliar nível de consciência e manter acesso venoso periférico (AVP); sete citaram manter O₂, se necessário e providenciar exames; seis não responderam a questão; quatro mencionaram realizar glicemia, realizar TC do crânio e administrar medicamentos; três disseram avaliar escala de LAPSS, realizar SNG (sonda nasogástrica), se necessário e manter cabeceira elevada; dois enfermeiros citaram proporcionar bem-estar para o paciente e instalar soro fisiológico (SF 0,9 %).

Destaca-se que um participante relata que no caso do paciente apresentar vômito, deve-se lateralizar a cabeça com o intuito de evitar broncoaspiração. E, ainda que apenas um enfermeiro ressaltou que deve certificar-se do horário de início dos sintomas, realizar a escala de Glasgow e a anamnese de Enfermagem.

De acordo com a literatura, a avaliação inicial do paciente é realizada pelo enfermeiro e deve focalizar sinais vitais do paciente a cada 30 minutos, avaliação neurológica, avaliação das vias aéreas, circulação e respiração. Neste mesmo estudo, observou-se que a administração de medicamentos foi mencionada como importante suporte no tratamento ativo do AVE, promovendo bem-estar para os pacientes⁽¹⁵⁾.

Com o intuito principal de se fazer entender a história da doença atual que traz o paciente ao atendimento na emergência, é realizado como prática de enfermagem a anamnese que consiste na investigação dos eventos pregressos relacionados à saúde e na identificação dos sinais e sintomas⁽¹⁴⁾.

Em se tratando da segurança do paciente, o horário de início dos sintomas destaca-se como fator relevante, pois este é um dos critérios para inclusão de terapia trombolítica (até 4 horas e 30 minutos) no AVE isquêmico confirmado pela TC de crânio sem evidências de hemorragia que deve ser realizada dentro das 24 horas do início dos sintomas. Infere-se, ainda que a utilização de escalas específicas para o reconhecimento do AVE, como a escala de LAPSS, aumenta a possibilidade do diagnóstico correto da doença, alertando para os principais sinais e sintomas do AVE⁽¹⁷⁾.

A manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico com a administração dos líquidos isotônicos (SF 0,9%) através do acesso venoso periférico (AVP), também merece destaque para manter a hidratação dos pacientes com AVE agudo. Deste modo, é reco-

nhecido que a desidratação aumenta a viscosidade sanguínea e reduz o fluxo sanguíneo cerebral⁽²⁾.

A investigação da glicemia no atendimento emergencial ao paciente com AVE deve ser realizada e corrigida caso seja necessário. Quando a glicemia capilar apresentar um valor menor que 70 mg/dL, deverá administrar glicose hipertônica 50% endovenosa⁽⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu afirmar que os enfermeiros da emergência são em sua grande maioria do sexo feminino e que a faixa etária da maioria dos participantes do estudo esteve entre 22 a 42 anos, levando a conclusão de que são enfermeiros mais jovens que compõem a unidade no desenvolvimento de suas atividades profissionais.

A maioria dos enfermeiros possui especialização em alguma área da saúde, onde se observou uma predominância em UTI e Urgência e Emergência, o que se torna conveniente já que prestam assistência a pacientes críticos na emergência, inclusive pacientes com acidente vascular encefálico.

Entretanto, nem todos recebem capacitações profissionais o que pode ser uma falha da instituição, pois o treinamento em unidades de emergência é fundamental para que os enfermeiros exerçam sua profissão com competência.

Com relação aos sinais e sintomas e as condutas citadas pelos enfermeiros se destacaram, como sinais e sintomas a hemiparesia, a hemiplegia e a afasia e como condutas, as mais enfatizadas foram verificar sinais vitais, avaliação neurológica, manter acesso venoso periférico, manter oxigenoterapia e providenciar exames.

A pesquisa demonstrou ainda, que os enfermeiros da emergência têm conhecimentos adequados sobre o AVE. Reconhecem adequadamente seus sintomas típicos e a necessidade de intervir rapidamente diante da doença e sabem realizar condutas e cuidados de enfermagem a este tipo de paciente, porém evidenciaram falta de conhecimento em algumas áreas e confusão entre termos científicos.

O atendimento adequado ao paciente com AVE ainda constitui um desafio, pelo alto potencial de morbidade e mortalidade associados a este diagnóstico, portanto é de grande importância que o enfermeiro tenha conhecimento técnico e científico para intervir rapidamente diante da doença, garantindo uma melhor assistência e consequentemente reduzindo as possíveis sequelas que o paciente venha a ter.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar a elaboração de protocolos clínicos por enfermeiros baseados em evidência, referente ao cuidado do AVE e as condutas realizadas pelos enfermeiros, incorporando as etapas de cuidado da doença disponíveis na literatura científica e as viáveis de serem implementadas no SUS. Poderá também servir como um guia para a realização de treinamentos de alunos de graduação, pós-graduação e enfermeiros assistenciais.

Diante da escassez de estudos brasileiros sobre esta temática, surge a necessidade do desenvolvimento de pesquisas de enfermagem sobre o conhecimento dos sinais e sintomas do acidente vascular encefálico, subsidiando uma prática de enfermagem baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

1. Balsanelli AP, Cunha ICK, Whitaker IY. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem on line [Internet]. 2009 mar [acesso em 2014 mai 20]; 17(1):28-33. ISSN 0104-1169. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a11v21n2.pdf.
2. Bianchini SM. Cuidado de Enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa [dissertação] [Internet]. Guarulhos: Universidade Guarulhos; 2009. [acesso em 2014 mai 23]. Disponível em: <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/234/1/Suzana+Maria+Bianchini.pdf>.
3. Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2006 [acesso em 2013 set 20]; 64(3A):690-697. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n3a/a34v643a.pdf>.
4. Castro JAB, Epstein MG, Sabino GB, Nogueira GLO, Staszko KF, Filho WA. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. Rev Bras Clin Med [Internet]. 2009 [acesso em 2013 out 15]; 7: 197-205. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a171-173.pdf>.
5. Cicogna ECC, Nascimento LC, Lima RAG. Crianças e adolescentes com câncer: experiências com a quimioterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2009 [acesso em 2014 mai 20]; 18(5): 864-872. ISSN 0104-1169. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_05.pdf.
6. Godinho SM, Andreoli SB, Yazigi L. Estudo do manejo do estresse em pacientes acometidos por alopecia areata. Psicol. Estud. [Internet]. 2009, [acesso em 2014 mai 20]; 14(1):93-99. ISSN 1413-7372. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a12v14n1.pdf>.
7. Magalhães LVB. Acidente vascular cerebral e pronto-socorro. Com Ciência 19. [Internet]. 2009 [acesso em 2013 set 7]; 109. ISSN 1519-7654. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/pdf/ccj/n109/a11n109.pdf>.
8. Guerrer FJ L, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2008 [acesso em 2014 mai 20]; 42(2): 355-362. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a19.pdf>.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36 [Internet]. Brasília; 2013. [acesso em 2014 mai 17]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf.
10. Fernandes LA, Gomes JMM. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. Contexto [Internet]. 2003 [acesso em 2013 out 23]; 4(4): 1- 22. Disponível em: <http://seer.ufg.br/Contexto/article/view/11638/6840>.
11. Gargliardi RJ. Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Vascular Encefálico? Qual a melhor nomenclatura? Rev. Neurocienc on line [Internet]. 2010 [acesso em 2013 out 15]; 18(2):131-132. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/carta%20ao%20editor.pdf>.
12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas; 1999.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada. Departamento de Atenção Especializada. Diretrizes de Atenção à Reabilitação [Internet]. Brasília; 2011. [acesso em 2013 out 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consulta_publica_AVC.pdf.
14. Andrade V, Padilha KG, Kimura M. Seguimento dos enfermeiros egressos dos cursos de especialização em enfermagem em cuidados intensivos. Rev. Latino-Am. Enfermagem on line [Internet]. 1998 jul [acesso em 2014 mai 24]; 6(3):23-31. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13888.pdf>.
15. Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes NG, Araújo TL, Lopes MVO, Damasceno MMC, et al. Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 [acesso em 2013 set 7]; 45(6):1495-1500. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a31.pdf>.
16. Gomes SR, Senna M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. Cogitare Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 2014 mai 24]; 13 (2):220-226. Disponível em: [http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/noz7.7.pdfAutor\(es\)](http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/noz7.7.pdfAutor(es)).
17. Fortes JJ, Cruz SCGR, Oliveira SC, Matsui T, Silva EB, Kudzielicz E, et al. Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – livro do aluno: urgência e emergência. 1 ed. São Paulo: Fundap; 2010.
18. Andre C, Costa MF, Raggio R, Vermelho LL, Novis SAP. Práticas e nível de conhecimento sobre doença cerebrovascular em um hospital universitário: Parte 1. Educação do corpo de enfermagem: prioridade para o tratamento do infarto cerebral. Arq. Neuro-Psiquiatr. on line [Internet]. 1997 [acesso em 2014 mai 23]; 55(3B):573-579. ISSN 0004-282X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v55n3B/10.pdf>.
19. Lopes HV, Tavares W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2005 [acesso em 2014 mai 17]; 51(6): 306-308. ISSN 0104-4230.

Recebido em: 21.01.2015

Aprovado em: 19.02.2015

OS AGRAVOS NO DESENVOLVIMENTO NEUROCOMPORTAMENTAL DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: ÊNFASE NO MANUSEIO

THE WRONGS IN NEUROBEHAVIORAL DEVELOPMENT, NEWBORN PREMATURE: EMPHASIS ON HANDLING

Artigo Original

Erika Miller Martins¹

Marina Frota Lopes²

Aline Araújo Mariano³

Luciana Emanuele Sousa Silva⁴

Karla Maria Carneiro Rolim⁵

Mirna Albuquerque Frota⁶

RESUMO

Objetivou-se verificar agravos no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Pesquisa observacional exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa desenvolvida na UTIN de uma Maternidade Pública, em Fortaleza (Brasil), no período de março a maio/2012. Utilizou-se a observação direta e um questionário voltado aos cuidados durante o manuseio do bebê e a sua relação com os agravos no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro. Foram observadas alterações comportamentais e fisiológicas durante os diversos manuseios realizados. O estudo demonstrou que a enfermagem se preocupa com o nível de assistência prestada ao recém-nascido prematuro no intuito de evitar agravos posteriores à sua internação.

Palavras-chave: Recém-Nascido Prematuro; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

The objective was to check grievances in neurobehavioral development of premature newborns hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Observational research exploratory and descriptive, with qualitative approach developed in the NICU on a public maternity, in Fortaleza (Brazil), in the period from March to May 2012. Used the direct observation and a questionnaire designed to care for the baby handling and its relationship with the wrongs in neurobehavioral development of premature newborns. Physiological and behavioral changes were observed during the various handlings made. The study showed that the nursing cares about the level of assistance provided to premature newborns in order to avoid further grievances to his hospitalization.

Keywords: Premature; Nursing; Neonatal Intensive Care Unit.

¹ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista FUNCAP.

³ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁴ Enfermeira. Graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

⁶ Enfermeira. Pós Doutora em Saúde Coletiva Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Docente do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

INTRODUÇÃO

Em uma unidade de terapia intensiva neonatal são internados os recém-nascidos prematuros extremos, aqueles que possuem alterações cardíacas e respiratórias, com instabilidade hemodinâmica, malformações congênitas e todos que necessitam de cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional. É considerado um ambiente repleto de equipamentos, dinâmico e sobrecarregado de contínuos movimentos e intervenções, por diversos tipos de profissionais e pelos familiares do recém-nascido (RN) que são responsáveis e participantes do cuidar⁽¹⁾.

Diante da importância de terapia intensiva para os neonatos doentes, contraditoriamente, a unidade, que deveria zelar pelo bem-estar da criança, em todos os seus aspectos, é por excelência, um ambiente nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas. Tal ambiente é repleto de luzes fortes e constantes, barulhos, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono, bem como, repetidas avaliações e procedimentos, conduzindo, muitas vezes, desconforto e dor^(2,3).

As possibilidades de surgimento de consequências no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro, durante o cuidado, provêm da própria condição fisiopatológica ou são provocadas pelo uso da terapêutica, da ambiência, do manuseio excessivo e outros fatores que podem interferir no bem-estar do bebê.

A partir de estudos, observa-se que o valor médio dos decibéis encontrados na unidade de terapia intensiva, é superior ao recomendado. Apresentam-se níveis altos de ruídos e barulhos, principalmente na conversação entre as pessoas, até mesmo, jato d' água da pia para lavagem das mãos (valor máximo de 80,4dB). O turno da noite, esteve presente, como o maior valor de decibéis na troca de equipamentos (valor máximo de 78,1dB)⁽⁴⁾.

Em contradição a estes aspectos o Método Mãe Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Visa promover, por meio do contato pele-a-pele precoce, entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento⁽⁵⁾.

Em sua terceira etapa o método citado, recomenda a continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro e de baixo peso após a alta hospitalar, por meio de um programa de acompanhamento chamado *follow-up*. Os principais objetivos do *follow-up* são: identificar precocemente e intervir nos desvios do desenvolvimento; verificar os resultados de longo prazo dos cuidados intensivos neonatais; oferecer suporte a criança e a sua família e realização de pesquisas com grupos específicos de doenças, novas terapias, procedimentos e suas repercussões no desenvolvimento⁽⁶⁾.

Diante das considerações, a pesquisa se justifica, por ressaltar a participação dos profissionais de enfermagem na

qualidade da assistência na unidade de terapia intensiva e o cuidado no manuseio dos bebês para a prevenção de agravos no seu desenvolvimento neurocomportamental. Seguindo este pensamento, surgiram alguns questionamentos: Quais as consequências do manuseio na UTIN? Após a alta hospitalar, como ocorre o acompanhamento dos RNPT? Como é a dinâmica desse acompanhamento? Como a equipe de enfermagem pode contribuir na prevenção de danos neurocomportamentais aos RNPT internados na UTIN?

Assim, objetivou-se verificar os agravos no desenvolvimento neurocomportamental do RNPT internado em UTIN; identificar, durante a consulta do *follow-up*, as possíveis consequências causadas pelo manuseio do RNPT.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter observacional exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa costuma a ser descrita como holística, pois se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus autores^(7,8).

Desenvolveu-se em uma unidade de terapia intensiva, de uma Maternidade Escola, e, a sala de consulta de seguimento (*follow-up*), na cidade de Fortaleza-Ceará. O local caracteriza-se como uma Instituição-escola de saúde especializada, considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade. A consulta de seguimento (*follow-up*) objetiva além do apoio aos pais quanto aos cuidados com o RN, o fortalecimento do vínculo afetivo pais/ bebê/instituição, e um acompanhamento do desenvolvimento do bebê.

Os sujeitos da pesquisa foram os recém-nascidos prematuros internados. Durante a coleta de dados, mediante observação não participativa, para verificar as respostas fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo RN durante o manuseio utilizou-se um formulário contendo os dados de identificação do RN e da mãe; e as respostas fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo RN durante o manuseio, sendo captadas mediante o auxílio de monitores de oximetria de pulso e saturação de oxigênio do RN.

Cada um dos RNPT foi observado por um período de 12 horas. Neste estudo considerou-se manuseio o toque ao neonato internado em UTIN, após a abertura da incubadora. Essa escolha é justificada, por ser o horário disponível das pesquisadoras. Os dados coletados foram analisados e interpretados a partir da literatura pertinente à temática. Ressalta-se que houve um acompanhamento das consultas de *follow-up* somente para observar possíveis consequências do manuseio realizado na UTIN.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a maio de 2012 e ocorreu em dois momentos. Em um primeiro momento observou-se o manuseio e as respostas fisiológi-

cas e comportamentais do RNPT, bem como estratégias humanizadas desenvolvidas durante o cuidado. Concomitante observou-se o delineamento do relacionamento equipe de enfermagem/paciente. No segundo momento fez-se uma observação durante a consulta de *follow-up*, buscando identificar, possíveis consequências do manuseio excessivo do RNPT na UTIN.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da referida Instituição, sob protocolo nº 156/11, respeitando os aspectos éticos e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾. As mães e/ou responsáveis ficaram cientes de que os dados obtidos podem ser divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Participaram da pesquisa nove enfermeiras e doze RNPT, sendo que sete deles com idade gestacional (IG) entre 22 a 30 semanas e cinco com IG acima de 30 semanas. Os diagnósticos dos bebês avaliados na UTIN eram: prematuridade, icterícia, síndrome do desconforto respiratório, risco para infecção neonatal, baixo peso ao nascer (BPN) na maioria dos casos com mais de um diagnóstico. Os tratamentos mais utilizados eram: incubadora aquecida, antibioticoterapia, ventilação mecânica, uso de surfactante, fototerapia e fisioterapia.

O Manuseio do recém-nascido prematuro e os agravos ao desenvolvimento neurocomportamental

Com os avanços tecnológicos ocorridos nas UTIN, os RN, em particular os prematuros, apresentam aumento na sobrevivência, e, por conseguinte, crescimento no tempo de permanência dentro da unidade. Preocupa-se, o longo período de internação, em ambiente com níveis sonoros altos, visto que, podem vir a comprometer o funcionamento do sistema auditivo em decurso de desenvolvimento^(4,5).

Os RNPT são continuamente bombardeados por procedimentos técnicos visando à melhoria de seu estado fisiológico ou o monitoramento de sua patologia. Entretanto, a monitorização dos efeitos dos procedimentos de rotina sobre a oxigenação, a coleta de sangue, intubação e aspiração endotraqueal, fisioterapia respiratória, pesagem, troca de fraldas e interação social, pode resultar em reduções significativas e prolongadas de oxigenação⁽¹¹⁾.

Podem-se constatar os resultados do manuseio excessivo no RNPT na UTIN no Quadro 1.

No Quadro 1 estão explicitadas as respostas fisiológicas e comportamentais dos RNPT ao serem manuseados pela enfermeira, no intuito de verificar o estresse causado pelo procedimento. No que se refere às respostas fisiológicas, observou-se que nos 19 manuseios ao RNPT na UTIN, 6 apresentaram alterações na cor da pele; 16 apresentaram diminuição na saturação de oxigênio (SAO2); 10 bebês tiveram sua frequência cardíaca (FC) aumentada.

Quadro 1. Respostas fisiológicas e comportamentais dos recém-nascidos prematuros durante os manuseios, Fortaleza, CE, Brasil, 2012.

MANUSEIOS PRESENCIADOS	RESPOSTAS FISIOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS
Coleta de sangue para exames	Alterações na cor da pele
Aspiração VAS e TOT	Alterações SAO2
Troca de curativos	Aumento da FC
Punção venosa periférica	Estado de satisfação e conforto
Passagem de PICC	Choro
Troca de incubadora	Sonolência
Fixação do TOT	Aumento da abertura dos olhos
	Maior abertura da boca
	Olhar mais expressivo
	Alteração na expressão facial.

Legenda: SAO2 (Saturação de oxigênio); FC (Frequência cardíaca); PICC (Cateter central de inserção periférica); VAS (Via aérea superior); TOT (Tubo orotraqueal).

Quanto às alterações comportamentais, 4 deles demonstraram estado de satisfação e conforto; 8 apresentaram choro, e 18 estado de sonolência. Em relação às expressões e mímicas demonstradas pelos bebês, 4 apresentaram maior abertura dos olhos, 14 maior abertura da boca; 3 tinham um olhar mais expressivo e 12 demonstraram alterações na expressão facial.

Assim, os dados importam que durante todos os manuseios o RNPT apresentou alguma alteração, seja fisiológica ou comportamental, o que pode interferir no seu desenvolvimento neurocomportamental. Além de verificar as alterações do bebê durante o manuseio, observou-se o ambiente da UTIN, como nesse local existem fatores que contribuem para um risco no desenvolvimento neurocomportamental.

Os níveis de ruídos altos, também podem prejudicar a cóclea, causando a perda da audição, além de interferirem no repouso e no sono do bebê, levando à fadiga, agitação e irritabilidade, deixando a criança chorosa, aumentando a pressão intracraniana e predispondo à hemorragia craniana intraventricular nos prematuros⁽¹²⁾.

Durante o estudo, as atividades mais executadas pela as enfermeiras na UTIN eram: mudança de decúbito, aspiração, coleta de exames, gasometria, curativo, passagem de cateter central de inserção periférica (PICC). A UTIN em questão apresenta ruídos que podem causar agravos no desenvolvimento do RNPT. Os ruídos percebidos são gerados da torneira de lavar as mãos que fica na unidade, da portinhola das incubadoras, dos aparelhos, do ar condicionado, do diálogo entre os profissionais que atuam no local.

Em relação à luminosidade, verificou-se que os profissionais utilizam uma manta sobre a incubadora como proteção

aos olhos do bebê. E ao que é submetido à fototerapia, é colocado um protetor ocular em seus olhos. Os efeitos de luzes fluorescentes contínuas sobre os RN têm preocupado os pesquisadores, devido aos efeitos fisiológicos e bioquímicos que esse tipo de iluminação causa, pois acaba interferindo no desenvolvimento do ritmo de padrão dia e noite, muito importante no desenvolvimento futuro desse paciente.

Teme-se, ainda, que esse padrão de iluminação possa afetar o desenvolvimento normal da retina dos prematuros, aumentando os riscos de retinopatia da prematuridade, com possível cegueira. Reduzir a intensidade da iluminação na UTIN para o RN enfermo, e principalmente ao prematuro, facilita e promove o repouso^(12,13).

Com relação ao *déficit* no sono e repouso modificar o ambiente para reduzir a estimulação; preservar ambiente calmo durante os períodos de sono; evitar procedimentos e manipulações desnecessárias; manipular a criança suavemente, proporcionando atenções individuais e não rotineiras e controlar os sinais vitais por meio de monitores⁽¹¹⁾.

Os agravos neurocomportamentais apresentados durante a consulta de *follow-up* e a humanização do cuidado por profissionais de enfermagem

Durante o estudo acompanhou-se 12 consultas de *follow-up*. Entre as mães que aceitaram participar da pesquisa, verificou-se que 10 estavam na faixa etária entre 20-30 anos. Quanto à escolaridade, cinco mães apresentavam ensino médio completo, três ensino fundamental completo. Todas as mães realizaram consultas de pré-natal. Quanto aos tipos de parto, observou-se que seis tiveram parto cesáreo, cinco partos normais e um parto pélvico. No referente ao estado civil, seis eram solteiras, quatro casadas e duas tinham uma união estável.

Observou-se 15 crianças, nas quais seis eram gêmeas, 11 estavam na faixa etária até um ano, quatro tinham idade entre dois a seis anos. Percebeu-se que alguns bebês, apresentaram irritabilidade durante a consulta, talvez pelo longo tempo de hospitalização. O Programa de *follow-up* seleciona aqueles RN de maior risco e estabelece critérios para o seguimento. Deve, também, estar integrado com a UTIN e com o berçário intermediário. É imprescindível que o profissional responsável pelo *follow-up* esteja em contato com a família, para que esta esteja preparada para a alta^(6,14).

Durante as consultas, os bebês nascidos prematuramente aparentaram ser menos organizados que os bebês a termo. Muitas teorias relacionadas ao acolhimento do RNPT vão de encontro ao proposto pelo paradigma da Programa Nacional de Humanização (PNH). Dentre estas se destaca a Teoria do Desenvolvimento Síncrono-ativo proposto por Heidélise Als que enfatiza o acolhimento mais humanizado aos RN e delineia caminhos para a observação do funcionamento cerebral do bebê, via observação de seu comportamento^(15,16).

Esta teoria identifica o limiar do bebê em relação ao estresse, sua capacidade de auto-regulação e sua “real” disponibilidade de energia para procedimentos clínicos de acordo com o funcionamento dos subsistemas: autônomo, motor, de organização dos estados, de atenção e interação e sistema regulador.

Acredita-se que a atuação da enfermagem no *follow-up*, constitui, além do apoio aos pais quanto aos cuidados com o RN, no fortalecimento do elo entre a instituição e a família, e um acompanhamento do desenvolvimento da criança. Portanto, o bebê deve ser considerado e respeitado como ser-sujeito, dotado de emoções e individualidade, e não como objeto de intervenções. Logo, os cuidados não devem ser focados apenas nos aspectos biológicos, mas também na estimulação de seu desenvolvimento psicoafetivo⁽¹⁸⁾.

A enfermagem atua para que os cuidados não prejudiquem futuramente a vida dessas crianças. É relevante elaborar ações de investimento em termos de quantitativo suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competência para promover o melhor cuidado⁽¹⁶⁾. Pode-se constatar a interação enfermeira/RNPT/mãe durante a implementação de estratégias humanizadas na realização dos cuidados ao neonato na UTIN no quadro abaixo.

O profissional de enfermagem tem grande importância no cuidado com um paciente frágil que é o RNPT, pois ele irá acolher e incentivar a recuperação desse pequeno paciente, fazendo com que esse cuidado seja prolongado ao ter uma comunicação com a família/mãe do RN⁽¹⁷⁾.

A enfermagem atua fazendo, refazendo, construindo e reconstruindo o cuidado, no qual o RN se comporta não como objeto, mas como sujeito ativo e receptivo, percebendo e interagindo com o cuidador. Assim, acreditamos que o cuidado a ser implementado na UTIN necessita ser vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do neonato, provocando nele manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais^(18,19).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacidade de o profissional observar e intervir junto aos sinais neurocomportamentais é um dos passos para a humanização do atendimento. Destaca-se que essas ações não dependem de tecnologia e grande disponibilidade de recursos financeiros, porém esta prática é influenciada por diversos fatores como: sobrecarga de trabalho; sutileza dos sinais; a observação ativa na prática diária; e a necessidade de capacitações para tal. O estudo demonstrou que a enfermagem se preocupa com o nível de assistência prestada ao RNPT no intuito de evitar agravos posteriores à sua internação. Contudo, o barulho dos aparelhos, o diálogo entre os profissionais e os ruídos provocados pela abertura das portinholas são fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento neurocomportamental, mesmo que essas ocorrências sejam uma rotina da UTIN. Sendo neces-

sária uma melhor avaliação do ambiente para que este não seja um fator prejudicial no desenvolvimento do RN, o qual passa por vários procedimentos.

As alterações comportamentais e fisiológicas do RNPT durante o manuseio da enfermeira foram relevantes, pois demonstram que o bebê percebe o que se passa ao seu redor. Vale ressaltar que o mesmo não tem capacidade verbal para se comunicar, e é através dessas alterações que ele interage com a equipe multiprofissional. Cabe à enfermagem perceber e compreender o que estas respostas representam, a fim de amenizar e prevenir futuras mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança.

Percebe-se, também a necessidade da presença do enfermeiro capacitado para o atendimento de *follow-up*, como também, sugere-se a participação de outros profissionais como fonoaudiólogo, fisioterapeuta e oftalmologista, além do pediatra, no intuito de identificar os agravos no desenvolvimento. É uma consulta necessária e que se deve incentivar a mãe durante a internação do seu filho na UTIN a fazer o acompanhamento das consultas. É necessário salientar que durante o manuseio a enfermeira deve ter uma visão holística, assim fazendo-se necessário uma humanização do cuidado sendo essencial para melhorar a comunicação entre a equipe e o bebê melhorando também a qualidade de vida desse recém-nascido prematuro.

REFERÊNCIAS

1. Rolim KMC, Araújo AFPC, Campos NMM, Lopes SMB, Gurgel EPP, Campos ACS. Cuidado quanto à termorregulação do recém-nascido prematuro: O olhar da enfermeira. *Revista Rene*. 2010; 11(2): 44- 52.
2. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line]* 2007 Jan-Abr; 9(1): 200-213. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1*16.htm>. Acessado em: 11 ago 2011.
3. Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev Eletr Enf [Periódico na Internet]*. 2010 [citado 2010 out 20]; 12(1):133-9. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1*16.pdf>. Acessado em: 10 out 2011.
4. Cardoso MVLML, Chaves EC, Bezerra MGA. Ruídos e barulhos na unidade neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(4): 561-66.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Mãe-Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Lopes SMB, Lopes JMA. Follow-up do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
7. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.
9. Saúde CN. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em 18 maio 2012.
10. Meac. Centro de processamentos de dados. Disponível em: URL: <www.meac.ufc.br>. Acesso em: 07 outubro 2011.
11. Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas LS, Pileggi SO. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. *Acta Paul Enfermagem*, 2001 jan-abr; 14(1): 9-16.
12. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
13. Rolim KMC, Cardoso MVLML. Humanização na unidade de internação neonatal: relato de experiência. *Pediatr Atual* 2003; 6(1/3): 2-14.
14. Comitê de follow-up do RN de alto risco. Manual de follow-up do RN de alto risco – Rotinas. Serv. Inf. Cient. São Paulo: Nestlé, 1990.
15. Brazelton TB, Cramer BG. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
16. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*. 1982; 3(4): 229-43.
17. Rolim KMC, Cardoso MVLML. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2006; 40(4): 54-8.
18. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(3):45-8.
19. Rolim KMC, Magalhães FJ, Pinheiro IO, Campos ACS, Alencar AJC. Cuidado humanizado de enfermagem ao recém-nascido prematuro na unidade de internação neonatal. *Rev. Tendenc. Enferm. Profiss*. 2010; 2(3): 171-77.

Recebido em: 03.02.2015

Aprovado em: 17.02.2015

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE FRENTE AO MANUSEIO DO ACESSO VENOSO CENTRAL

PATIENT SAFETY ASSESSMENT FRONT OF THE CENTRAL VENOUS ACCESS HANDLING

Artigo Original

Rita Mônica Borges Studart¹

Isakelly de Oliveira Ramos²

Luiza Beatriz Sousa Cardoso³

Elizabeth Mesquita Melo⁴

Patrice Vale Falcão⁵

Camila Bezerra Amorim Cardoso⁶

Mikailla Rodrigues Souto⁶

Andressa Sampaio do Nascimento⁶

Allany Priscilla Oliveira de Orlando⁶

RESUMO

Objetivou-se avaliar a segurança do paciente crítico em uso de cateter venoso central. Estudo observacional com abordagem quantitativa transversal. A pesquisa foi realizada no Centro de Terapia Intensiva de um hospital público terciário, localizado em Fortaleza-Ceará, no período de agosto a outubro de 2014. Sobre a quantidade de dias que o paciente permanecia com o cateter venoso central, 36,0% dos casos permaneciam com o cateter com o intervalo entre 6 a 10 dias. O local de inserção do cateter mais utilizado foi na subclávia, correspondendo a 54,1% dos casos. O cateter mais utilizado foi o de duplo lúmen, com 93,4% dos casos. Em relação à proximidade entre o cateter venoso central e o tubo orotraqueal ou traqueostomia, 29,5% dos pacientes apresentaram o cateter próximo a prótese ventilatória. Da quantidade de torneirinhas e extensores, 86,9% dos pacientes continham de uma a três torneirinhas. Quanto ao tipo de curativo, a maioria estava com filme de poliuretano, 75,4% e com curativo simples. Ao avaliar a segurança do paciente mediante o uso de acesso venoso central foi constatado um excessivo manuseio do cateter com utilização rotineira de torneirinhas e extensores para a infusão de várias drogas de forma simultânea.

Palavras-chave: Enfermagem; Cateterismo Venoso Central; Segurança do paciente.

ABSTRACT

The objective was to assess the safety of critical patients using central venous catheter. Observational study with cross-quantitative approach. The survey was conducted in the intensive care unit of a tertiary public hospital, located in Fortaleza, Ceará, in the period from August to October 2014. On the number of days that the patient remained with the central venous catheter, 36.0% of cases remained with the catheter in the range between 6 to 10 days. The insertion site of the catheter most used was in the subclavian, corresponding to 54.1% of cases. The most commonly used catheter was the double lumen, in 93.4% of cases. Regarding the proximity of the central venous catheter and the tracheal tube or tracheostomy, 29.5% of patients had the catheter near the ventilatory prosthesys. The amount of stopcocks and extenders, 86.9% of the patients had between one to three stopcocks. Regarding the type of dressing, most were with polyurethane film, 75.4% and with simple dressing. In assessing the safety of the patient through the use of central venous access was found excessive handling of the catheter with routine use of stopcocks and extenders for the infusion of several drugs simultaneously.

Keywords: Nursing; Catheterization Central Venous; Patient Safety.

¹ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Enfermeira do Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Docente Colaboradora do Grupo GEPAEPC.

² Enfermeira do HGF. Graduada pela UNIFOR.

³ Enfermeira. Graduada pela UNIFOR.

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital São José de Doenças Infecciosas e Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura. Coordenadora do Grupo de Ensino e Pesquisa em Assistência de Enfermagem

⁵ Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital de Messejana. Docente Colaboradora do Grupo GEPAEPC.

⁶ Acadêmica de Enfermagem da UNIFOR. Bolsista (PAVIC). Integrante do Grupo GEPAEPC.

INTRODUÇÃO

Cateteres Venosos Centrais (CVC) constituem-se em ferramentas imprescindíveis para tratamento e cuidado de pacientes críticos sendo, ainda, um dos dispositivos mais utilizados, principalmente, em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para administração de drogas vasoativas, fornecimento de fluidos, medicamentos em alta dosagem, nutrição parenteral, monitorização da pressão venosa central e controle hemodinâmico.

O CVC mais utilizado é o não “tunelizado” por ser de fácil inserção, porém possui curta durabilidade após inserido e corresponde a 90% das infecções associadas a cateter. A escolha do cateter adequado depende de uma série de fatores dentre eles o tipo e duração do tratamento, avaliação do sistema venoso do cliente e outros. Os sítios de escolha para inserção do cateter venoso central são as veias jugular interna e externa, a femoral e a subclávia⁽¹⁾.

Nos Estados Unidos, 200.000 entre 400.000 infecções de corrente sanguínea por cateteres se apresentam anualmente, sendo que nove de cada dez delas estão associadas ao uso de cateter venoso central. A incidência de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter, no Brasil, varia de 3,2 a 40,4 episódios por mil dias de cateter e a mortalidade atribuídos a essa topografia varia de 6,7% a 75,0%⁽²⁾.

O cuidado no manejo e manutenção de um acesso venoso central adequado é de total responsabilidade do enfermeiro, pois ele é diretamente responsável pelo manuseio e pela administração com segurança das medicações. É necessária a adoção de políticas internas relacionados com a supervisão do acesso venoso no paciente grave. A experiência dos enfermeiros na assistência ao paciente crítico é fundamental não só para a administração de medicamentos, mas tudo o que se refere à segurança do paciente.

Os pacientes instalados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possuem um quadro clínico de maior agravo, geralmente polifármacos o que possibilita em até três vezes o risco a eventos adversos, infecção e aumento de interações medicamentosas, e que o enfermeiro ao realizar o aprazamento dos medicamentos possa favorecer o potencial de interação medicamentosa⁽³⁾. O enfermeiro é o protagonista no processo de análise dos riscos e atua diretamente na redução e prevenção de incidentes. A preocupação com a segurança dos pacientes, foi despertada na década de 90 com a publicação principal do trabalho americano *To Err is Human: building a safer health care* publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), onde os autores revelam a morte de 44.000 a 98.000 americanos por ano, cuja causa dos incidentes são em grande parte evitáveis⁽⁴⁾.

Segurança do paciente corresponde à diminuição ao risco mínimo admissível na ocorrência de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde. A segurança é considerada uma grandeza da qualidade, embora, algumas vezes não seja ponderada como tal. porém, é a dimensão mais crítica e crucial para os pacientes⁽⁵⁾.

É necessário que a equipe adote técnicas adequadas de manipulação dos CVC como medida de prevenção de infecções relacionadas ao dispositivo bem como de outras complicações relacionadas ao acesso central. Sabe-se que uma das medidas para o manuseio correto do CVC é a educação permanente dos profissionais de saúde e frequentemente rever os protocolos de cuidados ao acesso vascular, cuja padronização deve ser clara e disponível a todos.

A justificativa do estudo reporta-se a ocorrência de eventos adversos constantes e falhas relacionadas às práticas assistenciais que acabam comprometendo a segurança do paciente, principalmente, dos pacientes críticos das unidades de terapia intensiva. Ações desenvolvidas que têm o intuito de reduzir os eventos adversos possuem implantação lenta ou, na maioria das vezes, não são implantadas devidamente sendo frequente a não notificação da equipe de saúde das falhas ocorridas.

A escolha da temática tratada também se reporta ao fato de ser uma das temáticas abordadas pela LECECI – Liga de Enfermagem em Centro Cirúrgico – Do Centro Cirúrgico à Sala de Recuperação Anestésica. Desse modo, a questão norteadora que deu origem a pesquisa foi: Quais os riscos nos cuidados de enfermagem no manuseio do acesso venoso central para a promoção da segurança do paciente?

O estudo ganha relevância pela contribuição que trará no campo da docência/assistência, assim como promoverá o enriquecimento da literatura a respeito da temática além de possibilitar a criação de estratégias baseadas em evidências e com rápida implementação para diminuição de riscos para os pacientes.

Diante do exposto o estudo objetivou avaliar a segurança do paciente crítico em uso de cateter venoso central.

METODOLOGIA

Estudo observacional com abordagem quantitativa transversal, realizado em três Unidades de Terapia Intensiva de um hospital da rede estadual de saúde, localizado em Fortaleza-Ceará.

A população foi composta pelos pacientes internados na UTI no período de agosto a outubro de 2014, sendo a amostra constituída por 61 sujeitos. Critérios de inclusão: todos os pacientes que possuírem acesso venoso central. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: possuir cateter venoso central exclusivo para hemodiálise.

Foram inseridos no estudo todos os pacientes internados na UTI que possuírem cateter venoso central no período de agosto a outubro de 2014. Como critérios de exclusão os pacientes internados na UTI que não possuírem cateter venoso central.

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2014, por meio de um roteiro semiestruturado a partir da observação e da consulta ao prontuário, organizados no Excel e submetidos à estatística descritiva e os resultados expostos em tabelas.

Foram seguidos os princípios éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, aprovado com o protocolo nº 151775.

RESULTADOS

Os pacientes foram caracterizados para uma melhor avaliação do contexto.

Tabela 1. Caracterização dos pacientes internados na UTI de um hospital de referência que possuíam acessos venosos centrais. Fortaleza-CE, 2014. N= 61

	N	%
Sexo		
Feminino	31	50,8
Masculino	30	49,2
Idade		
18 a 35	6	9,8
36 a 53	19	31,1
54 a 71	26	42,6
Acima de 71	10	16,4
Patologia que levou a internação		
Sepse	6	9,8
Pós-operatório de cirurgia geral, neuro e vascular	14	23
Insuficiência Renal Aguda	2	3,3
Sepse + Pneumonia + Outros	6	9,8
Insuficiência Renal Aguda+ Outros	4	6,6
Sepse+ Insuficiência Renal Aguda+ Pós-operatório	2	3,3
Sepse + Pós-operatório + Outros	1	1,6
Pós- operatório de cirurgia geral, neuro e vascular+	1	1,6
Insuficiência Renal Aguda+ Outros	1	1,6
Outros	24	39,4

Fonte: Dados coletados pelas autoras. *HAS (hipertensão arterial sistêmica) *DPOC (doença obstrutiva crônica)

A tabela 1 descreve a caracterização dos pacientes internados na UTI no período da coleta. Ao analisar a tabela percebe-se um predomínio do sexo feminino com 50,8% dos casos sobre o masculino com 49,2%, não havendo, entretanto, diferença significativa entre os mesmos.

Em relação à idade, a faixa etária predominante foi de 54 a 71 anos correspondendo a 42,6% dos casos, seguida do intervalo de 36 a 53 anos com 31,1%.

Sobre a causa que levou o paciente à internação na UTI a mais expressiva foi o pós-operatório de cirurgia geral, neuro e vascular com 23% dos casos. Outras causas identificadas, mas bem variadas corresponderam a 39,4%.

Tabela 2. Risco de infecção relacionada ao manuseio dos acessos venosos centrais dos pacientes internados na UTI de um hospital de referência. Fortaleza-CE, 2014. N= 61

	N	%
Local da inserção do cateter		
Subclávia	33	54,1
Jugular	9	14,8
Subclávia+ Jugular para hemodiálise	1	1,6
Jugular+ Jugular para hemodiálise	1	1,6
Femoral+ Subclávia	10	16,4
Femoral+ Jugular	7	11,5
Cateter		
CdLL	57	93,4
Singo	3	4,9
Tripló lúmen	1	1,6
Proximidades de *TOT/#TQT		
Sim	18	29,5
Não	43	70,5
Permanência do cateter		
1 a 5 dias	21	34,4
6 a 10 dias	22	36,0
11 a 15 dias	9	14,7
16 a 20 dias	7	11,5
Sem Registro	2	3,3
Torneirinhas ou extensores		
1 a 3	53	86,9
4 a 6	7	11,5
7 a 9	1	1,6
Curativos		
Simples	15	24,6
Filme de Poliuretano	46	75,4

Fonte: Dados coletados pelas autoras. *TOT (Tubo orotraqueal) TQT # (traqueóstomo).

Todos os pacientes que participaram da pesquisa continham cateter venoso central, ou seja, 100% dos casos. O local de inserção do cateter mais utilizado foi na subclávia, correspondendo a 54,1% dos casos. Na veia jugular o percentual correspondente foi 14,8% dos casos. O cateter mais utilizado foi o de duplo lúmen, com 93,4% dos casos, o cateter do tipo singo lúmen correspondeu a 4,9% e o de tripló lúmen apenas 1,6%.

Em relação à proximidade entre o cateter venoso central e o tubo orotraqueal (TOT) ou traqueóstomo (TQT), 29,5% dos pacientes apresentaram o cateter próximo ao TOT ou TQT. Essa proximidade pode ser um fator de risco para contaminação com as secreções do paciente.

Sobre a quantidade de dias que o paciente permanecia com o cateter venoso central, 36,0% dos casos permaneciam com o

cateter com o intervalo entre 6 a 10 dias, seguido do intervalo de 1 a 5 dias que correspondeu a 34,4% dos casos. Pacientes que permaneceram com o acesso de 11 a 15 dias o percentual foi de 14,7% e os que permaneceram com o acesso de 16 a 20 dias, com 11,5%. Em 3,3% dos casos não houve o registro da quantidade de dias de permanência do cateter venoso central.

Da quantidade de torneirinhas e extensores, 86,9% dos pacientes continham de uma a três torneirinhas, 11,5% apresentavam de quatro a seis torneirinhas e apenas 1,6% de sete a nove torneirinhas. Quanto ao tipo de curativo, a maioria estava com filme de poliuretano, 75,4% e com curativo simples, ou seja, gaze estéril e fita adesiva estavam 24,6% dos casos.

DISCUSSÃO

Em relação aos aspectos sócio-demográficos, a maioria dos pacientes era do sexo feminino com 50,8% dos casos, predominando a faixa etária de 54 a 71 anos.

Um estudo sobre epidemiologias de infecções de cateter venoso central constataram que é uma via de grande risco por estar inserido em um vaso profundo, salientando que 79,2% dos pacientes com mais de quatro dias de inserção de cateter desenvolveram infecção sistêmica⁽⁶⁾. A duração de utilização do CVC e a escolha do local de inserção são os principais fatores de risco associados à infecção⁽⁷⁾.

O local de inserção do cateter mais utilizado foi na subclávia, correspondendo a 54,1% dos casos. Na literatura científica nacional e internacional está descrito que o cateter temporário duplo-lúmen deve ser mantido até cinco dias na veia femoral, 21 dias nas veias jugulares e subclávias, pois os cateteres utilizados por períodos prolongados apresentam alto risco de infecção⁽⁷⁾.

O cateter mais utilizado foi o de duplo lúmen, com 93,4% dos casos. Em relação aos fatores das complicações decorrentes do uso do cateter central⁽⁸⁾ mencionam vários autores que os principais fatores de risco podem estar relacionados à condição clínica do paciente, ao tipo de cateter, à habilidade técnica do profissional, internações em centros de terapias intensivas, tempo de permanência do cateter, manipulações excessivas e/ou inadequadas, dentre outras.

Em relação à proximidade entre o cateter venoso central e o tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia (TQT), 29,5% dos pacientes apresentaram o cateter próximo ao TOT ou TQT. Essa proximidade pode ser um fator de risco para contaminação com as secreções do paciente como afirmam vários autores que o paciente em ventilação mecânica tem um risco adicional em 37,8% para infecção de corrente sanguínea oriunda de migração de microrganismos da secreção traqueal⁽⁹⁾.

Sobre a permanência do cateter venoso central, 36,0% dos casos permaneciam de seis a dez dias, alguns estudos relacionados à permanência do cateter em UTI apontam que a instalação desse acesso é uma técnica bastante utilizada para o estabelecimento rápido e temporário do paciente, mas é um

procedimento invasivo, conhecido como importante fator de risco para desenvolvimento de infecção⁽¹⁰⁾.

Relacionado à quantidade de torneirinhas e extensores ligados ao acesso central, 86,9% dos pacientes continham de uma a dez torneirinhas. Foi observado ainda que a grande maioria fazia uso de uma a três torneirinhas ou extensores. Esta necessidade de conexões extensores para infusão simultânea de drogas e fluidos aumenta significativamente o risco para infecção, mas é uma prática muito utilizada no tratamento de paciente crítico⁽¹¹⁾. Quanto ao tipo de curativo, 75,4% utilizavam filme de poliuretano e 24,6% utilizavam curativo simples, ou seja, gaze estéril e fita adesiva. Não foi observado nenhum tipo de descuido relacionado aos curativos dos cateteres, sempre estavam bem feitos esteticamente e eram trocados sempre que necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou levantar o perfil dos pacientes internados na UTI, assim como os principais sistemas acometidos. Relacionado ao uso do prontuário como fonte de pesquisa, percebeu-se uma falha para melhor caracterização dos pacientes como estado civil escolaridade, profissão, renda etc.

Ao avaliar a segurança do paciente mediante o uso de acesso venoso central foi constatado um excessivo manuseio do cateter com utilização rotineira de torneirinhas e extensores para a infusão de várias drogas de forma simultânea. Ao observar as práticas de enfermagem para segurança do paciente na utilização do acesso venoso central foi constatado um excessivo manuseio do cateter sem proteção nas conexões com gaze estéril.

O uso abundante de "torneirinhas" na UTI no manuseio dos acessos centrais, bem como os cuidados dispensados pela equipe de enfermagem no manuseio sem a utilização de gaze estéril ao desconectar as conexões, assim como a troca de equipamentos a cada 72 horas, entre outras medidas simples que nos permitem proporcionar a segurança necessária ao paciente, não foram observadas no estudo.

Apesar de não ter avaliado a interação medicamentosa com as infusões contínuas dos pacientes internados na UTI, pode-se estimar existência interações medicamentosas.

A rotina da medicação ocupa posição estratégica na precipitação de interações medicamentosas. Ironicamente, a maioria da literatura relativa ao assunto é direcionada aos médicos e farmacêuticos, cujo foco principal de discussão é o medicamento, pouco ou raramente discorrendo sobre o processo da administração do medicamento e a importância da equipe de enfermagem.

Diante do exposto, observa-se a necessidade do profissional enfermeiro buscar através de cursos, especialização, grupos de estudo e pesquisa o conhecimento necessário na prática da assistência de enfermagem na administração de medicamentos e suas consequências na terapêutica associada a cada patologia, levando em conta a responsabilidade e comprometimento profissional com a vida do próximo, agindo de forma integralizada na recuperação e reabilitação da saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Leal KP, Girardon-Perlini NMO, Guido L A. Análise da produção científica acerca do uso de cateter venoso central em adultos hospitalizados. R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. dez., 5(5):95-101.
2. Hellinger W. Catheter infectionsm. Medwave [publicación periódica en línea], 2011 May [acceso 29de Enero de 2014];1(5):e3090. Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Cursos/modII/3090>.
3. Silva LD, Santos M M. Interações medicamentosas em unidade de terapia intensiva: uma revisão que fundamenta o cuidado do enfermeiro. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 .19(1):134-9.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patient-safety/taxonomy/en/>
5. Travassos C, Caldas, B. Capítulo 2- A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos, p. 19- 27. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 1ª ed. Brasília- DF, 2013.
6. Londoño AL, Ardila M, Ossa D. Epidemiología de La infección asociada a cateter venoso central. Rev Chilena Pediatr. 2011; 82(6): 493-501.
7. Marques Netto S. et al. Infecção de cateter vascular central em pacientes adultos de um centro de terapia intensiva. Rev. gaúch. enferm;30(3):429-436, set. 2009.
8. Cardoso SR, Pereira LS, Souza ACS, Tipple AFV. Anti-sepsia para administração de medicamentos por via endovenosa e intramuscular. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 01, p. 75-82, 2006.
9. Mendonça K et al. Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 19(2):330-333, abr.-jun. 2011.
10. Balbinotto A, Barros E. Protocolo de acesso vascular para hemodiálise: cateter venoso central. 3ª Ed. Porto Alegre; 2010. p 78-86.
11. Toffoletto M C, Ruiz X R. Mejorando la seguridad de los pacientes: estudio de los incidentes en los cuidados de enfermería. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.47, n.5, Oct.2013.

Recebido em: 03.02.2015

Aprovado em: 17.02.2015

PERFIL DE USUÁRIAS NA PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU

PROFILE OF USERS AND PERIODICITY OF THE PAPANICOLAOU EXAM

Artigo Original

Luis Rafael Leite Sampaio¹

Roberta Jeane Bezerra Jorge²

Francisco Antônio da Cruz Mendonça³

Thereza Maria Magalhães Moreira⁴

Silvânia Maria Mendes Vasconcelos⁵

Lia Maristela da Silva Jacob⁶

Maria Albertina Rocha Diógenes⁷

RESUMO

Este estudo teve por objetivo conhecer o perfil de usuárias de um serviço de atenção primária quanto a não periodicidade do exame de Papanicolaou. Estudo descritivo realizado nos meses de setembro a novembro de 2008, envolvendo 83 usuárias, através de uma entrevista semi-estruturada. Os resultados foram tratados em frequência absoluta e relativa, evidenciando que 86,75% desconhecem o objetivo do Papanicolaou, 63,85% desconhecem a periodicidade do exame preventivo, 55,42% não acham importante realizar o Papanicolaou, 42,16% são desinformadas quanto ao resultado do exame Papanicolaou e 30,12% desconhecem o câncer de colo do útero. Percebe-se que as mulheres entrevistadas não cumprem a periodicidade do exame ginecológico, por diversos motivos entre os quais se destacam o desconhecimento do objetivo e da periodicidade do Papanicolaou, além de encontrarem dificuldades como falta de

vagas e sobrecargas do cotidiano. É preciso que os sistemas de saúde, por meio das instituições e dos profissionais, assumam uma atitude ativa, e não passiva, frente ao controle desse câncer, ou seja, não se deve esperar apenas pela a presença espontânea de algumas mulheres, mas é necessário implementar formas de recrutamento, fazendo uso de ações educativas, triagem e entrevista, envolvendo a comunidade para que participem das ações de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde da Mulher; Esfregaço vaginal.

ABSTRACT

This study aimed to know the profile of users of a service in primary care as not to schedule the examination of Papanicolaou. Descriptive study conducted in January

¹ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Clínica e Estomaterapia pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre e Doutorando em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e do Centro Universitário Estácio do Ceará.

² Enfermeira. Especialista em Enfermagem Clínica pela UECE. Mestre e Doutora em Farmacologia pela UFC. Docente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

³ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela UFC. Mestre em Saúde Pública pela UECE. Doutorando em Saúde Coletiva pela AA UECE/UFC/UNIFOR. Conselheiro do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Docente da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e da Faculdade Nordeste.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente Adjunta da UECE. Pesquisadora CNPq.

⁵ Enfermeira. Doutora em Farmacologia pela UFC. Docente Adjunta da UFC. Pesquisadora CNPq.

⁶ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela UFC. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Docente da Graduação em Enfermagem da FATECI.

⁷ Doutora em Enfermagem pela UFC. Docente da Universidade de Fortaleza. Coordenadora do Pet-Saúde da Universidade de Fortaleza e do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva.

and February 2009, involving 83 users, through a semi-structured interview. The results were processed in absolute and relative frequency, showing that 86.75% unaware of the purpose of the Papanicolaou, 63.85% know the frequency of preventive examination, 55.42% do not realize the important Papanicolaou, 42.16% are uninformed on the outcome of the Papanicolaou test and 30.12% unaware of the cancer the cervix. Realizes that the women interviewed did not meet the frequency of gynecological examination for various reasons among which are the lack of order and periodicity of Papanicolaou, and find problems and lack of availability and overload of daily life. We need the health system, through the institutions and professionals, take an active attitude, not passive, in front of the control of cancer, or should not be expected only by the spontaneous presence of some women, but it is necessary implement forms of recruitment, making use of education, screening and interviews, involving the community to participate of health actions.

Keywords: Nursing; Women's Health; Vaginal Smears.

INTRODUÇÃO

O câncer cervical está entre os cânceres mais incidentes no sexo feminino, ocupando o segundo lugar no mundo. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 470 mil mulheres desenvolvem a doença e 225 mil delas vão a óbito por esta afecção anualmente em todo o mundo⁽¹⁾.

Para o ano de 2010, no Brasil, são estimados 18.430 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. Para o Ceará, estima-se a ocorrência de 860 casos novos e, 260 em Fortaleza. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente na Região Norte (23/100.000), seguido das outras regiões Sul (21/100.000), Centro-Oeste (20/100.000), Nordeste (18/100.000) e Sudeste (16/100.000)⁽²⁾.

A epidemiologia do câncer do colo de útero está relacionada com o início da atividade sexual precoce, multiplicidade de parceiros, histórico de doenças sexualmente transmissíveis, infecções por *Papilomavírus* humano (HPV), baixo nível socioeconômico, hábito de fumar e carências nutricionais. Ao lado dessas variáveis é importante considerar a insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento; utilização inadequada dos recursos existentes; má articulação entre os serviços de saúde na prestação da assistência nos diversos níveis de atenção; baixo nível de informações de saúde da população em geral e insuficiência de informações necessárias ao planejamento das ações de saúde⁽³⁾.

Entre os fatores supracitados, em relação à insuficiência de recursos humanos, a demora das mulheres ou sua ausência para tomar conhecimento de resultado do exame preventivo, assim como dar seguimento nas consultas ginecológicas de periodicidade, pode estar associada não apenas com o modo de acolher a usuária pelo profissional de saúde, mas também a outras situações percebidas, vivenciadas e transmitidas pelas mulheres du-

rante o exame preventivo como as ligadas às questões culturais que podem também estar envolvidos na adesão e periodicidade do exame e na importância que as mulheres atribuem às afecções ginecológicas.

Sobre este assunto, em pesquisa realizada no Município de Campinas-SP, envolvendo 11 (onze) usuárias esclarecidas quanto à importância da realização periódica do preventivo, identificou contradições entre a periodicidade e a última vez da realização do exame preventivo, as quais foram justificadas por terem esquecido a data marcada para realização do exame, por falta de tempo e pelas agendas saturadas dos Centros de Saúde⁽⁴⁾. O que evidenciou conflito entre conhecimento e adesão, levando o autor a questionar o que adoecer por este tipo de câncer representa em suas vidas. Uma vez que, as atitudes pessoais podem estar na dependência de fatores determinantes como a cultura e contexto local.

Ante tais fatos, surgiu o questionamento: qual o perfil das usuárias de um serviço de atenção primária quanto a não periodicidade do exame Papanicolaou na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Caio Prado, distrito de Itapiúna-CE? Para responder a esta questão, buscou-se realizar uma investigação a respeito dessa prática entre usuárias atenção primária.

Diante dessa problemática, o presente estudo teve por objetivo conhecer o perfil de usuárias de um serviço de atenção primária quanto a não periodicidade do exame de Papanicolaou.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, realizado na ESF de Caio Prado, distrito de Itapiúna-CE, no período de setembro a novembro de 2008, a referida unidade oferece atendimento, no âmbito da atenção primária à saúde, à população na própria unidade ou em domicílio.

A seleção das participantes foi através de análise documental dos 600 prontuários cadastrados no período de 1997 (início do funcionamento da ESF) a 2007. Tiveram como critérios de inclusão residir na sede deste distrito e ter realizado pelo menos uma colpocitologia, mas não terem retornado no período recomendado para a realização do próximo exame. Entende-se haver diferenças entre a população da zona urbana e rural de Caio Prado, por isto, esta população será contemplada numa próxima pesquisa.

Dentre as 243 usuárias encontradas em situação de irregularidade quanto à periodicidade do exame cervical, 129 residiam na zona rural, sendo excluídas da amostra, e 114 habitavam na zona urbana. Destas 114 candidatas ao estudo, duas tinham problemas mentais, 25 haviam se mudado para localidades distantes e quatro não foram localizadas, portanto não sendo incluídas no estudo e totalizando a amostra do estudo em 83 mulheres com semelhanças sociais, econômicas e educacionais, independente de raça, idade, religião ou situação conjugal.

A coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semi-estruturada, contendo aspectos relacionados aos dados sociodemográficos e barreiras à realização periódica do exame

preventivo de câncer de colo do útero. Realizada no domicílio de cada usuária, na hora e data mais conveniente. Favorecendo assim um diálogo mais rico, além de possibilitar que estas falassem com mais segurança sobre o objeto de estudo. A análise dos dados ocorreu de forma descritiva e foi realizada através de frequências absolutas e relativas.

Quanto aos aspectos éticos e legais da pesquisa, esta foi realizada mediante autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade de Fortaleza, sob parecer Nº. 411/08, obedecendo as exigências do Conselho Nacional de Saúde no que se refere às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos⁽⁵⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização Sociodemográfica

De acordo com a tabela 1, prevaleceu entre os sujeitos do estudo a faixa etária de 25 a 59 anos, correspondendo a um total de 67 (80,72%). Representando mulheres em plena idade reprodutiva. Este achado corrobora com a faixa etária prioritária para a detecção precoce do câncer do colo do útero, dos 25 aos 60 anos de idade. Esta recomendação apóia-se na observação da história natural do câncer de colo de útero, que permite a detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno se dá graças à lenta progressão que apresenta para a doença mais grave⁽³⁾.

Quanto ao estado civil, 63 (75,9%) referiram casadas ou união estável. Este relato deve ser considerado, pois um estudo realizado, em 2003, apontou que as mulheres com parceiros apresentavam uma chance maior de realizarem o exame do que as que não tinham parceiros. Assim, acredita-se que tendo parceiros, aumenta a possibilidade de gravidez que é, muitas vezes, o único momento em que as mulheres buscam o ginecologista, além de ser a ocasião em que muitas têm um primeiro contato com este profissional de saúde. E entre as brasileiras que tinham filhos, 77% fizeram o exame Papanicolaou, e para aquelas sem filhos o percentual era de 65%⁽⁶⁾.

O grau de escolaridade predominante foi o ensino fundamental com 65 (78,31%). Revelando um nível escolar baixo. A escolaridade, outra variável da dimensão socioeconômica, é indicada como tendo uma relação positiva com o acesso aos serviços de saúde. Estudiosos ressaltam a falta de conhecimento quanto ao exame Papanicolaou e aos benefícios de fazê-lo rotineiramente está associada ao grupo de pessoas com baixos indicadores de desenvolvimento humano⁽⁷⁾.

Outros pesquisadores relataram pessoas que têm menor nível de escolaridade, as chances de procurar um médico diminuem em 56%⁽⁸⁾. Outro estudo feito com mulheres residentes em Belo Horizonte-MG, em 2002, foi constatado que as mais escolarizadas apresentaram chance de terem tido uma consulta ginecológica, nos meses anteriores à pesquisa, quase duas vezes superior àquelas com escolaridade mais baixa⁽⁹⁾.

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica de usuárias da Estratégia de Saúde da Família de Caio Prado. Itapiúna-Ceará, 2009.

VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS	Nº	%
Idade	n=83	100
< 25 anos	08	9,64
25 a 59 anos	67	80,72
≥ 60 anos	08	9,64
Estado Civil	n=83	100
Casada	52	62,65
Solteira	16	19,28
União Estável	11	13,25
Viúva	03	3,62
Separada	01	1,20
Escolaridade	n=83	100
Sem Escolaridade	02	2,41
Ensino Fundamental	65	78,31
Ensino Médio	10	12,05
Nível Superior	04	4,82
Pós- Graduação	02	2,41
Religião	n=83	100
Católica	69	83,13
Evangélica	14	16,87
Ocupação	n=83	100
Agricultora	45	54,22
Trabalhadora do Lar	23	27,72
Aposentada	04	4,82
Professor	04	4,82
Outros	04	4,82
Educador Social	02	2,40
Desempregada	01	1,20
Renda Familiar	n=83	100
< 1 Salário	49	59,04
1 a 2 Salários	32	38,56
> 2 Salários	02	2,40

A maioria declarou ter como religião a católica, contemplando 69 (83,13%) das respostas. A religião é importante no que diz respeito à consulta ginecológica, podendo influenciar no comportamento das mulheres. Um estudo com adolescentes, no Município do Rio de Janeiro-RJ, indicou o crescimento do protestantismo e a queda da proporção de católicos causou um impacto na fecundidade dessas mulheres⁽¹⁰⁾. Observa-se, portanto, a religião apresenta um papel essencial no comportamento reprodutivo, no qual pode também repercutir na realização do exame ginecológico.

Quanto à ocupação, 45 (54,22%) possuíam na agricultura a principal fonte de renda para o sustento familiar, e 49

(59,04%) tinham com renda familiar menos de um salário mínimo. As baixas condições socioeconômicas constituem-se, sozinhas, como grandes fatores de risco associados ao câncer do colo do útero⁽³⁾.

Nesta pesquisa, os dados sociodemográficos confirmam a vulnerabilidade de algumas mulheres pesquisadas apresentarem maiores condições para o desenvolvimento do câncer cervical.

Dificuldades à realização do Papanicolaou

Observando-se a Tabela 2, em relação às dificuldades relatadas por 20 (23,2%) usuárias em realizar o exame preventivo, encontraram-se a falta de vaga, a dificuldade de transporte, a sobrecarga de trabalho e os profissionais faltosos. Situações como estas foram identificadas em estudo realizado em São Paulo-SP com 138 mulheres com diagnóstico de neoplasia intra-epitelial cervical de alto grau e carcinoma invasor, que citaram como dificuldades para não realizarem o exame Papanicolaou, as barreiras geradas pelos próprios serviços de saúde, incluindo o tempo de espera para conseguir uma consulta, problemas com agendamento e consultas remarcadas por falta de profissional ou greve⁽¹¹⁾.

Tabela 2. Distribuição das barreiras a realização do Exame preventivo do câncer de colo de útero de usuárias da Estratégia de Saúde da Família de Caio Prado. Itapiúna-Ceará, 2009.

BARREIRAS A REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAOU	Nº	%
Encontraram dificuldades	55	66,26
Total	83	100
Desconhecem o objetivo do Papanicolaou	72	86,75
Total	83	100
Desconhecem a periodicidade do Papanicolaou	53	63,85
Total	83	100
Não acham importante realizar o Papanicolaou	46	55,42
Total	83	100
Desinformadas quanto ao resultado do Papanicolaou	35	42,16
Total	83	100
Desconhecem o câncer de colo uterino	25	30,12
Total	83	100

Outro estudo evidenciou que 117 mulheres relataram nunca ter realizado o teste de Papanicolaou, dentre os motivos para não o terem feito, 32,5% disseram ter tido dificuldades de acesso ao serviço de saúde para marcar uma consulta e 11,1% não tinha vaga⁽¹²⁾.

Resultado similar foi encontrado em estudo com objetivo de conhecer o comportamento preventivo quanto à doença e identificar os fatores associados à realização ou não do exame Papanicolaou. Evidenciou-se que entre as mulheres que relataram nunca ter realizado o exame (12%), afirmaram: medo, descuido, comodismo, timidez, falta de tempo, não ter apresentado nenhum problema ainda, falta de vaga e indisponibilidade de horário na rede SUS⁽¹³⁾.

Percebeu-se que essas dificuldades, desestimulam ou exigem tempo para ter algum atendimento, podendo levar as mulheres a não deixarem seus afazeres diários para se ocuparem em retornar ao serviço.

Com a relação à jornada de trabalho, o trabalhador permanecendo menos tempo no seu local de trabalho, poderá participar mais ativamente da vida em família, da sua comunidade, praticar atividades preventivas à saúde, esportivas, culturais, o que lhe trará imensos benefícios⁽¹⁴⁾.

A relação entre carga horária de trabalho e a adesão e acesso as práticas preventivas de saúde, corrobora com o estudo realizado sobre a cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil⁽¹⁵⁾, o tipo de trabalho e a classe econômica estiveram associados, de forma significativa, para o não comparecimento para coleta do exame Papanicolaou nos últimos três anos, sendo maiores as proporções entre as mulheres que não trabalhavam fora e entre as que pertenciam às classes econômicas menos favorecidas. Sendo que a interação entre estas duas variáveis (trabalho e classe econômica) foram consideradas associadas de forma independente com a não-adesão ao exame de citologia oncológica nos últimos três anos.

Entretanto, outro estudo semelhante realizado com 200 mulheres argentinas, em Puerto Leoni, Misiones, Argentina apontou que, entre mulheres que trabalhavam fora de casa, proporções mais elevadas de atitude adequada frente ao Papanicolaou. Possivelmente, o fato de trabalhar somente em casa esteja associado a outros fatores ligados a questões de gênero, como a submissão aos maridos, pouco contato com outras pessoas para tratar de assuntos de saúde, poderiam dificultar a formação de uma atitude adequada em relação ao Papanicolaou⁽¹⁶⁾.

A maioria dos serviços da rede pública de saúde no país não atende de forma particular as necessidades de grupo específicos da população. Esta realidade torna-se, ainda mais, agravante quando se analisa a estruturação da assistência à saúde no interior onde as unidades de atenção à saúde da população são insuficientes, muitas funcionam precariamente e, geralmente, inexistem os grandes centros de especialidades. Neste contexto, fica evidente que as pessoas que são vítimas das sobrecargas do cotidiano, como árdua jornada de trabalho, problemas de saúde, cuidadoras, mulheres donas de casa ou com dupla jornada de trabalho, dentre outros, ficam com suas demandas de saúde suprimidas ou atendidas de forma irregular.

Estudo realizado com 116 mulheres residentes na cidade de Cianorte, região noroeste do Paraná, sobre o conhecimento do comportamento preventivo quanto ao câncer de colo uterino, identificou que 57,8% delas, realizam o exame Papanicolaou na rede não-SUS. Ao serem indagadas sobre o motivo, estas referiram dificuldades como: horários de agendamento coincidindo ao horário de trabalho, demora ou mau atendimento⁽¹³⁾.

A sobrecarga de trabalho tem forte influência sobre o comportamento humano perante as práticas preventivas e curativas de saúde. Sendo importante garantir o acesso das mulheres trabalhadoras à realização periódica do exame citopatológico para prevenção e controle do câncer uterino, além de reforçar orientações que valorizem hábitos de autocuidado para a prevenção dessa neoplasia.

Não conhecem o objetivo do exame preventivo e não conhecem o câncer de colo uterino

Entre as 83 usuárias entrevistadas, 72 (86, 75%), não conhecem a finalidade do exame de prevenção Papanicolaou e 25 (30,12%) não souberam responder o que era o câncer de colo uterino. Esse exame tem o objetivo de reconhecer as lesões pré-cancerosas do colo do útero. Estas lesões não causam qualquer sintoma específico e, por isso, só são possíveis de diagnosticar se a mulher fizer uma citologia com regularidade. O tratamento das lesões pré-cancerosas é simples e eficaz, e é o único caminho para evitar o aparecimento do carcinoma do colo do útero⁽¹⁷⁾.

Em pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade de Natal-RN, com 120 mulheres a respeito do conhecimento sobre o exame Papanicolaou, identificou-se que mais da metade das pesquisadas conhecem a importância do exame (58%) e o realizam anualmente (60%). E uma minoria não faz por medo ou vergonha⁽¹⁸⁾.

O estudo, supracitado, identifica a carência de informação das mulheres, evidenciando a necessidade dos profissionais do serviço de saúde oferecer educação em saúde principalmente durante a consulta ginecológica, discutindo com a clientela, dentro de seu nível de conhecimento, as questões culturais, de gênero, gerenciamento e políticas de saúde, fazendo-as compreender seus direitos e deveres como cidadãs.

Desconhecem a periodicidade do exame

Quanto à frequência de realização do exame preventivo, 53 mulheres afirmaram não conhecer o intervalo de sua realização. O exame de Papanicolaou faz parte da rotina ginecológica de toda mulher devendo ser realizado periodicamente. Provavelmente se todas as mulheres fizessem o teste periodicamente e fosse respeitado o seguimento de referência e contra-referência à mortalidade por este tipo de câncer seria reduzida. Com o intuito de otimizar os recursos disponíveis, o Ministério da Saúde recomenda, conforme já mencionado anteriormente, que toda mulher que tem ou já

teve atividade sexual deve se submeter a exame preventivo periódico, especialmente dos 25 aos 59 anos de idade. Inicialmente, o exame deve ser feito a cada ano. Se dois exames anuais seguidos apresentarem resultado negativo para displasia ou neoplasia, o exame pode passar a ser feito a cada três anos⁽³⁾.

Um experimento com 200 mulheres apontou que a principal barreira para a prática do Papanicolaou foi à ausência da solicitação do exame por parte dos médicos ou outros profissionais de saúde, num percentual de 31,5%⁽¹⁶⁾.

A periodicidade da coleta do Papanicolaou também pode ser determinada pela presença de sintomas, que motivam a procura dos serviços de saúde. Uma vez que, a mulher está presente no serviço de saúde, o exame de Papanicolaou é realizado por iniciativa do médico ou enfermeiro. No entanto, isto não significa que os profissionais de saúde estejam treinados e motivados para fazerem a coleta do Papanicolaou sistematicamente, de modo a orientar sobre a importância do retorno periódico⁽¹¹⁾.

Não acham importante realizar o exame preventivo

As entrevistadas ao serem indagadas quanto a importância dada para o exame preventivo, 46 (55,42%) relataram não cumprir a periodicidade por não achar necessário a realização deste exame. O teste de Papanicolaou se formalizou como uma intervenção técnica legitimada cientificamente e, dentre os métodos de detecção, é considerado o mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino, sendo uma técnica amplamente difundida há mais de 40 anos⁽¹⁹⁾.

A efetividade da detecção precoce do câncer de colo uterino por meio do exame de Papanicolaou associado ao tratamento das neoplasias intra-epiteliais do colo (NIC) e dos carcinomas em seus estágios iniciais, tem resultado na redução de taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 90% quando o rastreamento apresenta boa cobertura (de 80% das mulheres, segundo a OMS) e é realizado dentro dos padrões de qualidade⁽²⁰⁾.

O planejamento das ações de intervenção e controle do câncer de colo uterino se dá, prioritariamente, no plano técnico, pelo diagnóstico precoce das lesões precursoras através do exame de Papanicolaou, e se orientam pela distribuição dessas lesões segundo as faixas etárias das mulheres mais acometidas e pela periodicidade dos exames, seguindo a lógica epidemiológica do risco e da relação custo-benefício e/ou efetividade que norteiam as intervenções em saúde pública⁽¹⁹⁾.

De fato percebe-se que, o planejamento das ações de prevenção e controle do câncer cervical tem se orientado, principalmente, pela distribuição das lesões cervicais segundo as faixas etárias das mulheres mais atingidas por este câncer, especialmente aquelas mais avançadas, entre 25 e 59 anos, e pela periodicidade da citologia oncológica. A prio-

rização desta faixa etária nos programas de rastreamento do câncer cervical é justificada em estudos que mostram que rastrear mulheres muito jovens não teria impacto na redução da incidência por câncer cervical, visto que neste grupo populacional as lesões predominantes são de baixo grau e mais da metade regrediriam espontaneamente dentro de seis a dezoito meses⁽²¹⁾.

O exame Papanicolaou permite através dos esfregaços vaginais a identificação precoce de alterações celulares suspeitas de malignidade do colo uterino. Devido à lenta progressão que apresenta para doença mais grave é importante realizar esse tipo de exame periodicamente.

Porém, a permanência de altas taxas de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero em muitos países em desenvolvimento mostra que, tais ações preventivas têm sido limitadas e incoerentes, principalmente para a população feminina de maior risco para a doença.

Não sabem a importância do resultado

O conhecimento sobre o seu estado de saúde e da relação deste com o seu modo de vida e trabalho passa a ser determinante para a sua qualidade de vida leva à possibilidade de participação efetiva da população objetivando capacitar indivíduos e/ou grupos para assumirem a melhoria das condições de saúde de forma crítica e autônoma, com uma postura de mediador do processo de promoção e educação em saúde, em busca da construção do conhecimento no contexto da prática social, com o intuito de interagir e intervir na realidade⁽²²⁾.

As usuárias, quando questionadas sobre o recebimento do resultado, 35 (42,16%) responderam não terem sido informadas quanto ao seu diagnóstico. Em estudo sobre as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) nas comunidades, no Município do Rio de Janeiro-RJ, apesar dos profissionais referirem praticar estratégias educativas com a população, predominou uma prática vertical, na qual os enfermeiros não buscavam identificar o conhecimento da população assistida, sendo justificado pelo fato da existência de uma grande demanda, o que dificulta trabalhar de forma mais participativa e incentivadora para troca de experiências⁽²³⁾.

Nesse sentido, a mulher necessita saber seu real estado de saúde para que ela possa lutar para preservá-lo quando o resultado do exame der satisfatório ou modificá-lo a tempo, quando der alguma alteração citológica. É assim que funciona o SUS com seus níveis de complexidade, fazendo a compreensão da funcionalidade da referência e a contra-referência.

Este achado confirma o que foi encontrado em uma análise quanto ao recebimento ou não do resultado do último teste realizado, no qual cento e vinte mulheres (13,0%) não haviam recebido o resultado sem o autor ter considerado os motivos para a não procura⁽¹²⁾.

Em um levantamento científico, objetivando determinar a prevalência e o foco de realização do exame citopatológico do colo uterino e também fatores associados à sua não realização em mulheres com idade entre 20 e 59 anos residentes na cidade de Pelotas-RS, demonstrou que o resultado do último exame ainda não era conhecido por 10,3% das mulheres, independentemente do tempo de realização. Nos serviços públicos de saúde, este valor alcançou 8,1%, enquanto nos serviços de saúde por convênio ou particular foi de 3,2% (valor p de heterogeneidade = 0,001)⁽²⁴⁾.

Apesar das baixas incidências com que a falta do resultado ocorre nos serviços de ginecologia, é um evento ainda frequente, como mostraram as pesquisas anteriores. Podendo acarretar sentimento de descompromisso, angústia e raiva por parte das usuárias que terão que se submeter a outro exame. Podendo fragilizar a relação de confiança e responsabilidade estabelecida entre o profissional-cliente. Como ficou evidente nos relatos anteriores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber pelo presente estudo que as mulheres entrevistadas não cumprem a periodicidade do exame ginecológico, por diversos motivos entre os quais se destacam o desconhecimento do objetivo e da periodicidade do Papanicolaou, além de encontrarem dificuldades como falta de vagas e sobrecargas do cotidiano.

Todavia, é preciso que os sistemas de saúde, por meio das instituições e dos profissionais assumam uma atitude ativa, e não passiva, frente ao controle desse câncer, ou seja, não se deve esperar apenas pela a presença espontânea de algumas mulheres, mas é necessário implementar formas de recrutamento, fazendo uso de ações educativas, triagem e entrevista, envolvendo a comunidade para que participem das ações de saúde.

Vale ressaltar, portanto a realização de projetos educativos direcionados quanto as práticas preventivas contra ao câncer de colo uterino discutindo a importância, e periodicidade do exame do Papanicolaou. Neste contexto, deve-se ampliar a qualificação do profissional de saúde enfermeiro e médico, uma vez que têm sua formação acadêmica direcionada à educação em saúde e a prevenção.

Frente à problemática, sugere-se uma melhor preparação humanitária e técnica para as equipes que lidam com a saúde da mulher, considerando não apenas as condições clínicas, mas também as particularidades de cada sujeito. É relevante que os gestores preocupem-se com a operacionalização dos serviços de saúde e de profissionais qualificados para as atividades técnicas e de educação em saúde, com vista à transformação e ao controle social, permitindo, assim, uma melhor compreensão da adesão ao Papanicolaou pela população feminina.

REFERÊNCIAS

1. INCA (Instituto Nacional Do Câncer). Estimativa 2008: Incidência de câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=mapa.asp&ID=5>>. Acesso em: 10 jul. 2008.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres de colo de útero e de mama. Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
4. Lucarini SCBS, Campos CJG. A procura pela realização do exame preventivo de citologia oncológica: um estudo clínico-qualitativo. Online Brazilian Journal of Nursing. 2007 [acessado 2008 Nov 02]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/671/156>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. Resolução 196: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 1996.
6. Novaes, HMD.; Braga PE; schout D. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD, 2003. Ciên. Saúde Coletiva, São Paulo, v.11(4), p.1.023-1.035, 2006.
7. Leal, EAS et al. Lesões precursoras do câncer de colo em mulheres adolescentes e adultas jovens do município de Rio Branco-Acre. Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.; v. 25, n.2, p.81-6. 2003.
8. Mendonza-sassi R; Beria JU.; Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev. de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n3, p.372-378, 2003.
9. Simão AB; Miranda-ribeiro P; Caetano AJ. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, XIV. Anais. Ouro Preto-MG, Abep, 2004.
10. Mckinnon S; Potter J; Gerrardburnett, V. The Impact of protestantism on fertility behaviors of adolescents in Rio de Janeiro, Brazil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XIV. Anais. Caxambu-MG, Abep, 2004.
11. Brenna SMF, Hardy EE, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. Cad. Saúde Pública. 2001; 17 (4): 909-14.
12. Pinho AA; França Junior I; Shraiber L B; D'oliveira AFLP. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no município de São Paulo. Cad de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.303-313, 2009.
13. Domingos AC, Murata IMH, Pelloso SM, Schirmer J, Carvalho MDB. Câncer do colo do útero: comportamento preventivo de auto-cuidado à saúde. Cienc Cuid Saude 2007; 6(Suplem. 2): 397-403. ISSN 1516-1803
14. Ribasi LF; Mandalozzo SSN. Ciências Sociais Aplicadas, Ponta Grossa, PR, Brasil. Repercussão social da redução da jornada de trabalho. Revista da Universidade Estadual de Ponta Grossa-UEPG Ci.Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes, Ponta Grossa, v.12, n.2, p. 73-82, dez. 2004.
15. Silva DW da et al. Cobertura e fatores associados com a realização do exame Papanicolaou em município do Sul do Brasil. Rev Bras. de Ginecol e Obstetrí, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2006.
16. Gamarra CJ, Paz EPA, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e prática de Papanicolaou entre mulheres argentinas. Rev. de Saúde Pública. 2005; 39 (2):270-276.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Falando sobre câncer do colo do útero. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância (Conprev). Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. 59p.
18. Davim RMB; Torres G V; Silva RAR da ; Silva, DAR da. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal-RN sobre o exame de Papanicolaou. 2006. <<http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/10/body07.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2006.
19. Pinho AA, França Junior I, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003;19 (Supl 2): 303-13.
20. Waitzberg, D. L. Dieta, nutrição e câncer. São Paulo: Atheneu, 2006. 783p.
21. Galvão, L; Díaz, J. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios: Hucitec Population Council, 1999. 389p.
22. Jesus MCP.; Santos SMR; Amaral, AMM.; Costa DMN.; Aguilár KSM. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no programa saúde da família em juiz de fora, minas gerais, Brasil. Rev. APS. 2008; 11 (1): 54-61.
23. Heringer A, Ferreira V.A, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2007; 28 (4): 542-548.
24. Hackenhaar A.A.; Cesar JA., Domingues MR. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. Rev. Bras. Epidemiologia. 2006; 9 (1):103-111.

Recebido em: 19.01.2015

Aprovado em: 11.02.2015

O SUPORTE SOCIAL COMO FATOR PROTETOR DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

SOCIAL SUPPORT AS DEPRESSION PROTECTIVE FACTOR POSTPARTUM: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

Artigo de Revisão

Antonio Dean Barbosa Marques¹

July Grassiely de Oliveira Branco²

Luana Feitosa Mourão³

Leidinar Cardoso Nascimento⁴

Rosendo de Freitas Amorim⁵

Fátima Luna Pinheiro Landim⁶

RESUMO

A Depressão Pós-parto (DPP) é um transtorno psíquico de alta prevalência, surgindo de maneira insidiosa provocando alterações comportamentais e físicas. Objetivou-se compreender a importância do apoio social para a mulher no ciclo gravídico-puerperal como fator protetor da depressão pós-parto. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores Gestantes; Depressão pós-parto; Apoio Social, no período de 2005 a 2014. Conforme os critérios de inclusão e exclusão obtiveram-se seis artigos, discutidos em tópicos como: tema, ano de publicação, escritores, abordagem de estudo, tipos de estudo, sujeitos da pesquisa, local da pesquisa, objetivo geral, resultado do estudo e considerações finais. Existem poucos trabalhos publicados em relação à importância do apoio social frente à depressão

pós-parto. As evidências destacam o apoio social de grande importância para o vínculo profissional/gestante/família, no qual é indício de fator protetor para a depressão pós-parto.

Palavras-chave: Gestantes; Depressão Pós-Parto; Apoio Social.

ABSTRACT

The Postpartum Depression (PPD) is a psychiatric disorder highly prevalent, appearing insidiously causing behavioral and physical changes. The objective of understanding the importance of social support for women in pregnancy and childbirth as a protective factor of postpartum depression. It is an integrative literature review, performed in the database of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), with Mom descriptors; Postpartum depression; Social support, from

¹ Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Docente EMI do Instituto CENTEC e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Princesa do Oeste (FPO).

² Enfermeira. Mestrando em Saúde Coletiva pela UNIFOR. Bolsista FUNCAP.

³ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Enfermeira ESF da Fundação Municipal de Saúde de Teresina e Enfermeira Assistencial do Hospital Getúlio Vargas.

⁵ Filósofo. Estágio Doutoral em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Bahia (ISC/UFBA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR.

⁶ Enfermeira. Estágio Doutoral em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Bahia (ISC/UFBA). Docente do Centro Universitário Estácio do Ceará.

2005 to 2014. As the inclusion and exclusion criteria were obtained six articles, discussed topics such as: theme, year of publication, writers, study approach, types of study, research subjects, site of research, general objective, the study results and conclusions. There are few works about the importance of social support front of postpartum depression. The evidence highlights the social support of great importance to the Professional/pregnant/family, which is a protective factor indication for postpartum depression.

Keywords: Pregnant Women; Depression, Postpartum; Social Support.

INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil tem sido considerada, na visão da Saúde Pública, uma área primordial no que se refere aos cuidados da mulher durante o período gestacional, dando ênfase ao pré-natal, parto e puerpério, a fim de proporcionar um ciclo gravídico-puerperal saudável, diminuindo possíveis agravos para o binômio mãe-bebê⁽¹⁾.

O ciclo gravídico-puerperal é caracterizado por mudanças emocionais, sociais e psicológicas, que podem prejudicar o desenvolvimento saudável da gestação, assim como a relação de bem-estar materno-infantil. Fatores estressores vivenciados pela gestante podem desenvolver complicações durante este ciclo⁽²⁾.

Na gravidez, a presença de stress emocional está ligada à ocorrência de repercussões negativas sobre o feto, o que pode influenciar em seu desenvolvimento. Assim sendo, mães ansiosas durante a gestação poderão ter filhos com baixo peso, hiperativos ou desenvolver transtornos relacionados ao sono. Portanto, nesta fase, a mulher necessita de atenção especial para manter-se em equilíbrio⁽³⁾.

O puerpério se caracteriza como um período de grande vulnerabilidade para o surgimento de transtornos psíquicos e/ou alterações de humor caracterizados por três tipos: baby-blues (considerada depressão leve e passageira), psicose pós-parto (com sintomatologia psicótica) e Depressão Pós-parto, doravante DPP⁽⁴⁾.

Dentre estes, a Depressão Pós-parto é um transtorno psíquico de alta prevalência, que se inicia de maneira insidiosa provocando alterações comportamentais, cognitivas, físicas e emocionais⁽⁵⁾.

Os fatores de risco relacionados ao surgimento de DPP variam desde fatores biológicos, demográficos até psicossociais, tais como: idade, nível educacional, estado conjugal, paridade, relação marital, o não planejamento da gravidez, complicações obstétricas ou experiências de parto, os quais podem ocorrer isolados ou associados⁽⁶⁾.

Nesse sentido, o conhecimento dos fatores relacionados à DPP é fundamental para uma melhor identificação dessas mulheres, sendo o pré-natal, para algumas gestantes, a única forma de adentrar ao serviço de saúde durante sua fase repro-

ductiva, tornando-se um momento ideal para realizar intervenções na prevenção e promoção de saúde deste grupo⁽⁷⁾.

O pré-natal é caracterizado por consultas médicas e de enfermagem programadas, a fim de acompanhar a evolução da gravidez, preparando assim a mulher para o parto, aleitamento materno e cuidados com o bebê. Além disso, ajuda na prevenção, diagnóstico e detecção de doenças maternas, que podem ocorrer entre a concepção e o parto⁽⁸⁾.

As mulheres, quando bem orientadas no pré-natal com informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, vivenciarão esta fase com maior segurança, alegria e prazer, entretanto a falta de suporte social poderá gerar ansiosos, preocupações e medos pertinentes a gestação pois elas estarão vivendo um período determinante em suas vidas⁽⁹⁾.

Diante deste contexto, pesquisar a importância do suporte social como fator protetor da depressão pós-parto serve para dar subsídios aos Enfermeiros que buscam estratégias de orientação e apoio, contribuindo principalmente para prevenção e promoção da saúde da mulher, diminuindo o impacto social que é causado por este transtorno. O apoio social no ciclo gravídico-puerperal pode ser determinante para o bem estar da mulher, no entanto, na sua ausência sintomas depressivos podem ser evidenciados.

Baseado nesta problemática objetivou-se através de um estudo de revisão integrativa compreender a importância do apoio social para a mulher no ciclo gravídico-puerperal como fator protetor da depressão pós-parto.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de caráter qualitativo. A revisão integrativa inclui análise de pesquisas importantes que viabiliza uma tomada de decisão contribuindo para melhor prática clínica. Esta forma de pesquisa possibilita o resumo de vários estudos publicados, nos quais permitem concluir de forma geral a respeito de uma determinada área na qual deseja pesquisar⁽¹⁰⁾.

As pesquisas incluídas neste tipo de estudo são analisadas de forma sistemática que permitem ao leitor analisar o conhecimento sobre o tema proposto através de seus objetivos, materiais e métodos. Portanto, é considerado um método mais abrangente que inclui tanto literatura teórica quanto empírica, assim como as variáveis metodológicas quantitativas e qualitativas⁽¹¹⁾.

Este método foi utilizado como escolha, por permitir um embasamento científico na qual proporciona pesquisas já realizadas, favorecendo a compreensão da importância do suporte social como fator protetor da depressão pós-parto, além de oferecer conhecimento sobre o tema, possibilitando uma abordagem eficiente no que diz respeito à assistência de enfermagem.

Este estudo foi pautado em referências já publicadas, tendo um recorte bibliográfico de 06 publicações, este foi obtido a partir da análise de artigos científicos que tratam do suporte social como fator preventivo da depressão pós-parto.

Para a coleta dos dados foi utilizado o banco de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), neste a busca dos artigos foi realizada com base nos seguintes descritores: gestantes, depressão pós-parto e suporte social. Desta busca, foram encontrados 28 artigos originais.

Adotou-se como critérios de inclusão: artigos originais (publicados no período de 2005 a 2014), na língua portuguesa, com definição do método, trabalhos cuja variável estudada foi o suporte social como fator protetor da Depressão pós-parto.

Contudo, os critérios de exclusão foram: estudos de revisão, relatos de casos, cartas ao leitor e qualquer outro fator que não atenderam os critérios de inclusão.

De posse do material, foi realizada uma leitura sistemática dos estudos provenientes da busca dos artigos a fim de analisar quais eram coerentes ao objeto desta pesquisa.

Em seguida, para a coleta de dados utilizou-se um roteiro contendo alguns tópicos como: tema, ano de publicação, escritores, abordagem de estudo, tipos de estudo, sujeitos da

pesquisa, local da pesquisa, objetivo geral, resultado do estudo e considerações finais.

As interpretações das informações foram organizadas e analisadas de maneira lógica, de forma que seus significados fossem válidos.

De acordo com as variadas técnicas de análise de conteúdo, a mais trabalhada é a análise por categoria, que se baseia na codificação do texto em diversos elementos, classificados em forma de agrupamentos análogos. Dentre as possibilidades de categorização, tem-se a análise por temas ou análise temática, esta considerada mais rápida e eficaz⁽¹²⁾.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Análise das Produções

Neste estudo foi utilizado publicações dos últimos nove anos sobre Depressão pós-parto. Inicialmente foram subtraídos dos textos os autores/ano de publicação, cenário do estudo, população estudada e o periódico na qual o artigo foi publicado.

Quaro 1. Características dos artigos segundo os autores, objetivos, categorias e periódicos das publicações dos artigos analisados. Fortaleza, CE, 2014.

AUTORES/ANO	OBJETIVO DE ESTUDO	CATEGORIA DO ESTUDO	PERIÓDICO
Thiengo et al/ 2011	Analisar uma revisão sistemática, analisando as recentes pesquisas que investigaram a associação entre apoio social e depressão gestacional, visando uma melhor compreensão do tópico em questão.	Original	Caderno Saúde Coletiva/Rio de Janeiro
Konradt et al/2010	Verificar o impacto da percepção de baixo suporte social durante a gestação como fator de risco para a depressão no período de 30 a 60 dias pós-parto.	Original	Revista psiquiátrica/Rio Grande do Sul.
Felix: Gomes: França /2008	Estabelecer um consenso em relação ao conceito, e às abordagens diagnósticas e terapêuticas, conforme literatura atual.	Original	Comunicação em ciências da saúde/ Brasília - DF
Valença; Germano/2010	Compreender as ações do enfermeiro no pré-natal da Estratégia Saúde da Família – ESF na prevenção da depressão puerperal (DPP).	Original	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste/ Fortaleza - CE
Pereira; Lovisi: 2008	Revisar a prevalência e os fatores de risco durante gravidez	Original	Revista Psiquiátrica Clínica/ São Paulo - SP
Fonseca; Silva: Otta/2010	Determinar a prevalência da Depressão pós-parto, comparar a interação mãe-bebê nos grupos com e sem depressão e verificar a relação entre depressão, apoio social e estilos de relacionamento e disponibilidade maternos.	Original	Caderno de Saúde Pública/Rio de Janeiro

Fonte: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Inicialmente foram selecionados 28 artigos dos quais apenas 6 se mostraram de relevância, relacionados ao tema proposto. Ao analisá-los, foi constatado que possuem 23 autores/coautores. Tais artigos escolhidos foram divulgados em periódicos de circulação em todo país, denominados como: Caderno de Saúde Coletiva, Revista Psiquiátrica, Comunicação em ciências da Saúde, Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Revista de Psiquiatria Clínica e Cadernos de Saúde Pública.

Os objetivos descritos pelos estudos demonstram como base de informações a relação da depressão pós-parto e apoio social, estabelecendo conceitos, abordagens diagnósticas e terapêuticas, assim como, a prevalência e os fatores de risco durante o ciclo gravídico puerperal.

Em sequência, foram extraídos dos artigos os seguintes dados para a formação do segundo quadro: autores, local da pesquisa, instrumentos utilizados. Sendo que as características implicadas nesta tabela contribuem de forma a agrupar resultados para conclusão deste estudo.

Os cenários onde os autores na formularam seus manuscritos foram: um hospital universitário, uma unidade básica de saúde, revisão bibliográficas (EBSCO HOST, ProQuest, PubMed, Medline, Science, Direct, Scopus, Lilacs e Scielo), Estratégia Saúde da Família (ESF), livros (Psiquiatria, ginecologia, obstetrícia), Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância do Ministério da Saúde de Portugal.

Quadro 2. Análise dos autores, local da pesquisa/base de dados, população do estudo/quantidade de artigos e instrumentos utilizados nesta pesquisa. Fortaleza, CE, 2014.

AUTORES/ANO	OBJETIVO DE ESTUDO	CATEGORIA DO ESTUDO	PERIÓDICO
Thiengo et al/ 2011	PubMed/Medline, Science, Direct, Scielo, Scopus.	23 artigos	Checklist for Measuring Quality – Downs & Black.
Konradt et al/2010	Sistema Único de Saúde – Pelotas RS.	1019 mulheres	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
Felix: Gomes: França /2008	Scielo, EBSCO HOST, ProQuest, PubMed, Medline, livros (Psiquiatria, ginecologia, obstetrícia), Manual de Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância do Ministério da Saúde de Portugal	Artigos publicados de 2003 a 2007	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
Valença; Germano/2010	Compreender as aEstratégia da Saúde da Família em Natal – RN	18 Enfermeiros	Roteiro de Entrevista Semi-estruturado
Pereira; Lovisi: 2008	Medline, Lilacs Scielo	Período da publicação de 1997 a 2007	Nenhum Instrumento
Fonseca; Silva: Otta/2010	Hospital Universitário de São Paulo - SP	Gestantes	Edinburgh PostnatalDepressionScale(EPDS), Escala de Disponibilidade Emocional, Escala de Apoio Social, Escala de Apego Adulto Revisada de Collins.

Fonte: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Dentre os estudos elencados, percebe-se uma grande participação de mulheres que foram atendidas no Sistema Único de Saúde, no qual utilizou como busca o Sistema de Pré-natal (SisPreNatal) como ponto inicial. Logo, utilizaram de entrevistas consecutivas que iniciaram antes e/ou após o parto, para perceber alguma relação do tema proposto com os sujeitos da pesquisa. Assim como a participação de enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em relação à assistência no pré-natal o Ministério da Saúde (MS), através do Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) estabelece: procedimentos sobre a captação da gestante na comunidade, controles contínuo e em cada período, garantir as consultas subsequentes, prover uma infraestrutura adequada, juntamente com equipamento, medicamentos e apoio laboratorial⁽¹⁾.

A assistência à gestante realizada na Estratégia Saúde da Família tem como alicerce o princípio básico da integralidade, no qual provem de recursos físicos e humanos durante o pré-natal frente às questões inerentes a depressão pós-parto. Diante deste contexto, o enfermeiro poderá atuar na identificação e tratamento de casos, como também na disponibilidade de cuidados na saúde mental, e principalmente, na educação em saúde⁽¹³⁾.

Nos artigos utilizados no estudo, o instrumento de pesquisa mais utilizado foi a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), por ser a mais estudada, de fácil manuseio e baixo custo, principalmente por profissionais não médicos, e que não necessita de especialização⁽³⁾. Dessa maneira, a EPDS desde que desenvolvida, foi adaptada e validada em diversos países, inclusive o Brasil, sendo uma escala auto-aplicável, apresentando dez itens dividi-

dos em quatro etapas, variando de (0 a 3), medindo a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias⁽¹⁴⁾.

Entretanto, foram utilizadas outras escalas citadas nos estudos como: Checklist for Measuring Quality – Downs & Black, Escala de Disponibilidade Emocional, Escala de Apoio Social, Escala de Apego Adulto Revisada de Collins.

Quanto à prevalência da Depressão Pós-parto (DPP), os autores acima citados, relatam um percentual aproximado, evidenciando um índice de 10 a 20%⁽³⁾. O que reforça uma crescente estatística, sendo considerado problema de saúde pública no Brasil.

Entretanto, apesar da DPP ser um agravo latente, o Ministério da Saúde ainda não estabelece o manejo das questões emocionais no ciclo gravídico-puerperal, apresentando apenas dois cadernos relativos ao tema: a Agenda da Gestante, e o Manual parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher, que caracterizam alguns sinais e sintomas relativos à DPP, de forma pouco aprofundado⁽¹⁶⁾.

A ausência do apoio marital influencia consideravelmente na depressão pós-parto, mesmo porque, um casal poderá ter conflitos durante essa fase de transição, mas, o apoio fornecido pelo companheiro favorece um melhor relacionamento com o bebê e diminui o impacto desse transtorno à família e principalmente a mulher⁽⁵⁾.

As graves consequências para saúde mental das mulheres nos primeiros meses após o parto atingem diretamente a família na qual a puérpera está inserida, assim como os cônjuges estão propícios a desenvolver quadros depressivos, contribuindo para o surgimento ou agravamento de conflitos conjugais, além de prejudicar os filhos no desenvolvimento cognitivo e social, doenças diarreicas e distúrbios do sono⁽¹⁷⁾.

Quadro 3. Autores, títulos, prevalência e fatores de risco relacionados aos artigos evidenciados. Fortaleza, CE, 2014.

AUTORES/ANO	OBJETIVO DE ESTUDO	CATEGORIA DO ESTUDO	FATORES DE RISCO
Thiengo et al/ 2011	Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática.	10 a 20 %	Psicológico; Sócio-demográficos; Obstétricos; Genético e Apoio Social
Konradt et al/2010	Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação.	10 a 15%	Sócio-demográficos; apoio Social
Felix: Gomes: França /2008	Depressão no ciclo gravídico-puerperal.	10 a 20%	Psicológico; Sócio-demográficos; Obstétricos; Genético e Apoio Social
Valença; Germano/2010	Prevenindo a depressão puerperal na Estratégia Saúde da Família: ações do enfermeiro no pré-natal.	19,1% (Pelotas/RS)	Psicológico, Sócio-demográficos; Obstétricos; Genético e Apoio Social
Pereira; Lovisi;	Prevalência da depressão gestacional e fatores associados.	15 a 20%	Psicológico; Sócio-demográficos; Obstétricos e Apoio Social
Fonseca; Silva; Otta;	Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna.	10 a 15%	Psicológico; Sócio-demográficos; Genético e Apoio Social

Fonte: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A falta de suporte social é outro fator de risco para o surgimento de sintomas depressivos relacionados ao primeiro ano de vida do bebê, assim como o ajustamento psicológico da mulher antes e durante a gestação, bem como o não planejamento da gestação, nascimento prematuro, problemas no parto e dificuldades na amamentação⁽⁸⁾.

Portanto, os profissionais de saúde envolvidos na equipe multidisciplinar podem desenvolver estratégias de relacionamento para estimular o estreitamento da família/cônjuge junto à mulher, tanto nas consultas de pré e pós-natal, quanto nas visitas domiciliares⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os estudos revisados, pôde-se observar que a depressão pós-parto é considerada problema de saúde pública, perante a alta incidência dos casos e sua forte relação com a ausência de apoio social. Os fatores de risco mais citados foram a baixa escolaridade, condição sócio-econômica desfavorável, violência doméstica, eventos estressantes, relação marital deficiente, dentre outros.

Para tanto, a prevenção deste transtorno pode ser conduzida através de atividades interativas desenvolvidas durante a gravidez, que podem diminuir o risco de desenvolver depressão

pós-parto, além de prevenir agravos pessoais e familiares, contribuindo para a redução dos custos da saúde pública relacionados à patologia.

Os resultados encontrados enfatizam a importância dos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, por assistir à mulher de forma contínua, dessa forma, cabe a este profissional conhecer os sinais e sintomas característicos da depressão pós-parto, acolhendo e direcionando de forma condizente na realização de ações de promoção e prevenção deste transtorno.

Dessa forma, atuação do enfermeiro durante as consultas de pré-natal pode representar mais uma oportunidade para viabilizar a interação profissional/família juntamente à gestante, estreitando seu vínculo e propiciando uma relação de confiança, preparando a mulher para vivenciar de forma saudável a maternidade.

Portanto, conclui-se que o apoio social aliado a uma intervenção precoce com a gestante e seu grupo social possa diminuir os agravos decorrentes da depressão pós-parto. Para tanto, é necessária uma melhor investigação deste transtorno em novas pesquisas que viabilize a atuação do enfermeiro na assistência à mulher. Portanto, o estudo proposto pôde ser justificado devido à importância do apoio social como fator protetor da depressão pós-parto.

REFERÊNCIAS

1. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62(3): 387-392.
2. Rodrigues OMPR, Schiavo RA. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetria*. 2011; 33(9): 252-257.
3. Felix GMA, Gomes APR, França PS. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2008; 19 (1): 51-60.
4. Silva MR, Piccinini CA. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*. 2009; 14(1): 5-12.
5. Gomes LA, Torquato VS, Feitosa AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2010;11 (n.esp): 117-123.
6. Tostes JG, Silva FC, Barbosa DK, Freitas DL, Paula EC. Depressão pós-parto: correlações com suporte social-familiar e assistência no SUS. *Revista Ciências em Saúde*. 2011; 1 (2): 8-18.
7. Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26 (2): 219-227.
8. Valença CN, Germano RM. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. Fortaleza. 2010; 11 (2): 129-139.
9. Francisquini AR, Higashihashi IH, Serafim D, Bercini LO. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2010; 9(4): 743-751.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. 2008; 17 (4): 758-764.
11. Pompeu DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22 (4): 434-438.
12. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2011.
13. Silva FCS, Araújo TM, Araújo MFM, Carvalho CML, Caetano, JA. Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2010; 23 (3): 411-4116.
14. Figueira P, Corrêa H, Malloy DL, Romano MAS. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43 (1): 79-84.
15. Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26 (4): 738-746.
16. Santos JHPD; Silveira MFA; Gauda DMR. Depressão pós-parto: um problema latente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2009; 30 (3): 516-24.
17. Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 2011;11 (4): 369-379.
18. Fonseca, MO, Tavares DMS; Rodrigues LR. Investigação dos fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2009; 8 (3):321-28.

Recebido em: 11.01.2015

Aprovado em: 26.01.2015

FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESMAME PRECOCE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

FACTORS THAT INFLUENCE THE EARLY WEANING : A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

Artigo de Revisão

Tarcia Millene de Almeida Costa Barreto¹

Fabricio Barreto²

RESUMO

A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e o desenvolvimento de uma criança nos seus primeiros 1000 dias de vida. A questão do aleitamento materno, não é somente biológica, mas é histórica, social e psicologicamente delimitada. O objetivo da pesquisa foi analisar diferentes fatores que interferem no tempo de duração da amamentação e as principais razões do desmame. A metodologia envolveu a seleção de artigos publicados entre 2009 e 2013 nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo, Bireme, utilizando os descritores: aleitamento materno; desmame; relações mãe-filho. Os resultados mostraram que alguns fatores, como maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora do lar, são frequentemente considerados como determinantes do desmame precoce. Apesar da relevância dos fatores mencionados acima, os aspectos culturais e a história de vida da mãe foram os mais importantes na decisão do momento do desmame.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desmame; Relações Mãe-Filho.

ABSTRACT

Breastfeeding is one of the most efficient ways to meet the nutritional aspects, immunological, and psychological development of a child in its first 1000 days of life. The issue of breastfeeding is not only biological, but it's historical, social and psychologically delineated. The objective of the research was to analyze different factors that affect the duration of breastfeeding and the main reasons for weaning. The methodology involved the selection of articles published between 2009 and 2013 in the databases Lilacs, Medline, Scielo, Bireme, using the key words: breastfeeding; weaning; mother-child relations. The results showed that some factors, such as early maternity, low maternal educational level and socioeconomic, parity, attention of health professionals in prenatal consultations, need to work outside the home, they are frequently considered determinants of early weaning. Despite the relevance of the above factors, the cultural aspects and the mother's life history are the most important in deciding the time of weaning.

Keywords: Breast Feeding; Weaning; Mother-Child Relations.

¹ Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva. Docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR). E-mail: tar.mil19@hotmail.com

² Enfermeiro. Mestre em Terapia Intensiva. Docente da UFRR.

INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional, no sistema imunológico, na fisiologia e no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a amamentação seja exclusiva até o sexto mês de vida, porém o aleitamento materno (AM) deve ser mantido até dois anos de vida. Além disso, as evidências acumuladas sobre o AM deixam clara a sua importância, não apenas para o binômio mãe/bebê, mas para todo o ciclo da vida, compreendendo o amplo espectro de situações que se desenvolvem desde os primeiros meses e anos de vida (doenças carências e processos infecciosos, por exemplo) até o complexo domínio das doenças crônicas não transmissíveis, mais comuns na fase adulta⁽²⁾.

A promoção do AM, em especial do AME (aleitamento materno exclusivo), é considerada uma das estratégias de saúde com melhor custo-benefício, pois diminui os custos da família, das instituições de saúde e da sociedade em geral, ao abolir os custos com leite artificial e mamadeira, e ao reduzir episódios de doenças nas crianças, o que diminui as faltas ao trabalho dos pais relacionadas à doença do filho⁽³⁾.

Apesar de ser um processo natural, o aleitamento materno sofre influência de diversos fatores (biológicos, socioeconômicos, culturais, demográficos) que podem interferir no êxito da amamentação. Pesquisas pontuais realizadas em vários estados brasileiros evidenciam que mães que obtiveram menor sucesso no aleitamento materno eram mais jovens (idade inferior a 20 anos), solteiras, com menor grau de instrução, com baixa condição socioeconômica, primíparas, sem experiência prévia positiva com o aleitamento e com necessidade de trabalhar fora do lar⁽⁴⁾.

Ao se tratar do desmame precoce, entende-se que ele pode acarretar consequências para a saúde da criança, especialmente nos países em desenvolvimento. A ausência ou a curta duração do aleitamento materno, por exemplo, contribui para o declínio dos níveis de hemoglobina no primeiro ano de vida e, portanto, para a anemia, o que pode levar a patologias mais sérias. Além disso, o sistema digestivo e os rins da criança pequena são imaturos, o que limita a sua habilidade em processar alguns componentes de alimentos diferentes do leite materno antes dos 6 meses.

Considerando os benefícios da amamentação e a sua importância como estratégia para diminuição da morbimortalidade infantil, objetivou-se identificar os principais fatores que influenciam no desmame precoce (aleitamento materno exclusivo < 6 meses) através de uma revisão integrativa de artigos publicados nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo, Bireme, utilizando as palavras-chave: desmame amamentação, mãe e aleitamento materno.

METODOLOGIA

Esta pesquisa utilizou o método de pesquisa qualitativa, que compreende um conjunto de técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significado. Tem por objetivo traduzir expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, reduzindo a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação.

Em relação aos seus procedimentos técnicos, a pesquisa se valeu da investigação bibliográfica, ou seja, a partir de referências teóricas já existentes busca explicar um problema a partir de referências teóricas já publicadas, com a finalidade de conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado assunto⁽⁵⁾.

Desse modo, o estudo pretende responder a questão: o que se tem produzido na literatura científica sobre fatores que influenciam no o desmame precoce? Para tanto, foram utilizados artigos publicados de 2009 a 2013 e disponíveis nas seguintes bases de dados: *Lilacs*, *Medline*, *Scielo*, *Bireme*. A busca foi guiada mediante o cruzamento dos descritores: "aleitamento materno; desmame; relações mãe-filho". Utilizou-se, ainda, teses e dissertações de portais das Universidades Federais e Estaduais; portarias, resoluções e fontes não publicadas, oriundas do Ministério da Saúde.

Foram encontrados artigos que relacionavam aleitamento materno, amamentação e desmame, sendo necessário lançar mão de critérios de inclusão para garantir a temática, como a relação da amamentação com o desmame precoce como foco principal em pelo menos um dos objetivos e/ou conter resultados e/ou conclusões a respeito do desmame precoce. Primeiramente, analisaram-se títulos e resumos. Após constatar a existência destes critérios, passou-se à leitura na íntegra. A revisão constou de 26 publicações, três monografias, 20 artigos científicos e três manuais no Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Logo após o nascimento do bebê, quase todas as mães têm a intenção de amamentar. Por outro lado, o desmame é realizado precocemente pela maioria das mulheres, havendo necessidade de incentivo para a manutenção do aleitamento materno (AM), principalmente, para o aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses.

Dentre as publicações levantamos com a temática quatorze tratavam de estudo transversal e demonstraram as maiores fragilidades da manutenção da amamentação exclusiva, foram destacados os percentuais de mulheres que mantiveram o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, o perfil socioeconômico e as principais dificuldades apontadas pelas mães no AME. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão definidos no estudo estão relacionados na Tabela 1.

Tabela 1. Estudos que atenderam aos critérios de inclusão previstos no estudo. Brasil, 2015

ORDEM	AUTORES	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	Karina Camillo Carrascoza; Rosana de Fátima Possobon; Ánderon Luis Costa-Júnior; Antônio Bento Alves de Moraes	Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães	Revista de Saúde Coletiva	2011
2	Flávia Corrêa Porto de Abreu, Márcia Regina Cangiani Fabbro, Monika Wernet	Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa	Revista da rede de enfermagem do Nordeste	2013
3	OTENIO, Cristiane Corsini Medeiros, et al.	Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa bebê-clínica em bandeirantes-pr	Salusvita	2007
4	Alessandra Rivero Hernandez; Celina Valderez Feijó Köhler	Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas	Revista de Saúde Coletiva	2011
5	Letícia Pacífico de Queiroz Salustiano; Angélica Lemos Debs Diniz; Vânia Olivetti Steffen Abdallah; Rogério de Melo Costa Pinto	Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2012
6	Julia Laura Delbue Bernardi; Regina Esteves Jordão; Antônio de Azevedo Barros Filho	Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo	Revista de Nutrição	2009
7	Maria Teresa Cera Sanches; Gabriela dos Santos Buccini; Suely Godoy Agostinho Gimeno; Tereza Etsuko da Costa Rosa; Andrea Wander Bonamigo	Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica	Cad. Saúde Pública	2011
8	Mirella Gondim Ozias Aquino de Oliveira, Pedro Israel Cabral de Lira, Malaquias Batista Filho, Marília de Carvalho Lima	Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil	Revista Brasileira de Epidemiologia	2013
9	Jamile de Sousa Oliveira, et al	Fatores associados ao desmame precoce entre multiparas	Revista Rene Fortaleza	2010
10	GIULIANI, Núbia de Rosso, et al	Fatores Associados ao Desmame Precoce em Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC	Pesq Bras Odontoped Clin Intergr	2011
11	SILVA, Andréa Viola et al	Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultados e discussão	Rev Inst Ciênc Saúde	2009
12	VIEIRA, Graciete O, et al	Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação	Jornal de Pediatria	2009
13	FROTA, Mirna Albuquerque, et al	Fatores que interferem no aleitamento materno	Rev. RENE	2009
14	Sonia Fontes Figueredo, Maria José Guardia Mattar, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão	Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes	Revista da Escola de Enfermagem da USP	2013
15	GIULIANI, Núbia de Rosso, et al	O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática	Pesq Bras Odontoped Clin Integr	2012
16	Bruna Turaça Silva; Luciano Borges Santiago; Joel Alves Lamonier	Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa	Revista Paulista de Pediatria	2012
17	GIULIANI, Núbia de Rosso, et al	Prevalência do Início do Desmame Precoce em duas Populações Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis, SC, Brasil	Pesq Bras Odontoped Clin Integr	2011
18	Maria da Conceição Rivemales; Ana Caroline Campos Azevedo; Patrícia Lopes Bastos	Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce	Rev. enferm. UERJ	2010
19	LEON, Casandra Genoveva Rosale Martins Ponce de. et al	Vivência da amamentação por mães-adolescentes	Cogitare Enfermagem	2009
20	ISSLER, Hugo, et al	Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo	Pediatria (São Paulo)	2010

Tabela 1: Estudos que atenderam aos critérios de inclusão previstos no estudo. Brasil, 2015

DISCUSSÃO

Segundo estudo entre as 200 participantes, 196 mães iniciaram o processo de amamentação (AM = 98%). Destas, 36 realizaram o AME até os seis meses de idade do bebê (AME = 18,4%) e 160 (81,6%) fizeram o desmame precoce.

No estudo realizado sobre a duração mediana da amamentação exclusiva encontrou-se a média de 90 dias (Erro-Padrão - EP 1,2; IC95% 87,6 - 92,4) e para o aleitamento materno geral foi de 120 dias (EP 1,6; IC95% 116,9 - 123,1). A prevalência do AME com um mês de vida foi de 66,2%, decaindo para 2,3% aos seis meses. Quanto ao aleitamento geral, 83,0% estavam mamando com um mês de vida, índice que baixou para 7,4% aos seis meses. Em 1,6% dos casos as crianças nunca haviam recebido leite de suas mães⁽⁶⁾.

O uso da chupeta foi citado pela maioria dos autores como determinante social que com frequência se relacionou com a interrupção do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno foi o uso de chupeta observou que os fatores mais associados ao abandono do AME em menores de seis meses foram trabalho materno fora de casa (OR=2,73; IC95%=1,74-4,29) e uso de chupetas (OR=4,26; IC95%=2,85-6,38) verificaram que os bebês que usaram chupeta tiveram um risco quatro vezes maior de não mamarem exclusivamente (6,7,8,9,10). Tanto o uso da chupeta quanto a presença prolongada de queixa das mães no seguimento ambulatorial devem ser considerados como um alerta aos profissionais de saúde para a prática do AME, requerendo uma abordagem mais singular⁽⁹⁾.

Aponta-se como determinantes sociais para a interrupção, tanto do aleitamento materno exclusivo como para o aleitamento materno, a primiparidade e o trabalho. Destaca-se, ainda que para o aleitamento materno exclusivo, encontraram-se como fatores de risco a idade precoce e menor escolaridade⁽¹⁰⁾.

No estudo realizado foram destacados como fatores que interferiram no sucesso da AME, o retorno ao trabalho, o desinteresse, os mitos, a dor nas mamas e falta de orientação no pré-natal⁽¹¹⁾.

Notou-se: referência ao choro e à fome da criança; insuficiência do leite materno; trabalho das mães fora de casa; problemas relacionados às mamas e recusa ao seio, por parte da criança, como opções para a introdução de outros alimentos precocemente. Ressalta-se que a composição do leite materno é ideal para alimentar e nutrir exclusivamente a criança até os 6 meses de vida, haja vista que a maioria dos lactentes cresce dentro dos padrões de normalidade e são saudáveis⁽¹²⁾.

Em relação às condições socioeconômicas da família, precárias condições de vida, determinadas pelo índice de condições de vida (ICV), estavam associadas à interrupção precoce do aleitamento exclusivo⁽¹³⁾. A renda familiar entre um e três salários mínimos apresentou associação significativa com interrupção do aleitamento exclusivo antes dos 3 meses de vida. Em relação à renda familiar, ainda encontram-se controvérsias quanto ao desmame precoce, dessa forma, alguns autores afir-

mam que a amamentação é influenciada positivamente por um melhor nível de renda familiar nos primeiros meses de vida da criança, destarte, para outrem, em famílias que vivenciam situação de dificuldades econômicas, o aleitamento materno representa a única alternativa para alimentar os lactentes, sendo o diferencial para a sobrevivência de muitas crianças⁽⁶⁾.

O baixo nível de renda já é conhecido fator relacionado com prevalência à reduzida duração do aleitamento materno. Em áreas mais desenvolvidas, as mulheres de maior nível educacional e econômico amamentam mais nos primeiros meses e esse grupo é o primeiro a valorizar o aleitamento materno. O acesso a maior disponibilidade de renda pode constituir-se numa proteção contra os processos mórbidos, que desempenham, ao lado da falta de nutrientes, um importante papel na etiologia da desnutrição nos primeiros meses de vida⁽¹⁴⁾.

A importância da assistência no pré-natal para manutenção do AME. Destacou ainda que as orientações relacionadas à alimentação e ao aleitamento materno durante o pré-natal estiveram associadas a uma maior duração do aleitamento exclusivo/predominante em Gameleira. A ocorrência de hospitalização prévia e a visita rotineira dos agentes comunitários de saúde não apresentaram associação significativa com a duração do aleitamento exclusivo/predominante, em ambos os municípios, apesar de se verificar uma duração mais prolongada nas crianças que não foram hospitalizadas nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista⁽¹⁵⁾.

Na assistência pós-natal imediata realizada no alojamento conjunto é necessária uma comunicação simples e objetiva durante a orientação. No incentivo e apoio ao aleitamento materno, no alojamento conjunto, é preciso demonstrar as diversas posições, promovendo relaxamento e posicionamento confortável, explicando a fonte dos reflexos da criança e mostrando como isso pode ajudar a sucção do recém-nascido⁽¹⁴⁾.

As mães compreendem a importância do leite materno e seus benefícios. Entretanto, o conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno não é suficiente para manter a amamentação. Apesar de afirmarem, em vários momentos das entrevistas, as qualidades do leite humano, inclusive sua eficácia na prevenção de doenças infecto-contagiosas, ocorre a introdução precoce da mamadeira⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado aponta uma baixa adesão ao aleitamento materno em mais de 80% dos casos analisados. Esse resultado ainda está muito aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde, ainda que o aleitamento materno predominante esteja sendo realizado. Observou-se que há inúmeros fatores que podem contribuir com o aleitamento materno.

Ao analisar as variáveis que influenciam o desmame, foi notado que as razões alegadas para o insucesso do aleitamento materno estão diretamente associadas aos fatores socioeconômicos e demográficos, já que a mulher, frente às

dificuldades que se colocam na vida, falta de apoio e ao mesmo tempo com necessidade de garantir sua sobrevivência, se depara com um sistema de saúde nem sempre coerente com a demanda, o que a torna vulnerável ao desmame.

Diante dos pontos levantados como fragilidade para manutenção do aleitamento materno podemos afirmar que existe a necessidade de intensificação das estratégias da política de aleitamento ainda no acompanhamento de pré-natal, se estendendo pelo acompanhamento de parto e de puericultura,

em especial o acompanhamento pelo profissional de saúde visando o fortalecimento de vínculo entre mãe e bebê e até mesmo os demais membros da família.

Espera-se com este trabalho que seus resultados possa contribuir com a realização de novas pesquisas sobre amamentação, sobretudo, contribuir para o incentivo do AME até os seis meses de vida, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Linck, IMD; Zachow, E; Stürmer, L. O Tempo Médio De Amamentação Oferecida Às Crianças No Centro De Saúde Da Mulher No Município De Cruz Alta [Internet]. XVI Mostra de Iniciação Científica. Disponível em: <http://www.unicruz.edu.br/seminario/artigos/saude/0%20TEMPO%20M%C3%89DIO%20DE%20AMAMENTA%C3%87%C3%83O%20FERECIDA%20%C3%80S%20CRIAN%C3%87AS%20NO%20CENTRO%20DE%20SA%C3%9ADE%20DA%20MULHER%20NO%20MUNIC%C3%8DPIO%20DE%20C.pdf>
2. Giuliani, NR et al. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2012 12(1): 53-58.
3. Giuliani, NR. Prevalência e fatores associados ao início de desmame precoce: abordagem da odontologia [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Odontologia, 2006.
4. Oliveira, MGOA et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2013, Mar; 16 (1): 178-189.
5. Cervo AL, Berviam PA, Silva R. Metodologia Científica. 6º Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
6. Bernardi, JLD; Jordão, RE; Filho, AAB. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Rev. Nutr. Campinas.* 2009; 22(6).
7. Hernandez, AR; Kohler, CVF. Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2011; 21(3).
8. Abreu, FCPA; Fabbro, MRC; Wernet, M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. *Revista da rede de enfermagem do Nordeste*. 2013; 14(3): 610-9.
9. Sanches, MT C et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2011; 27(5).
10. Salustiano, LP Q et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro Jan. 2012; 34 (1).
11. Silva AV, Oliveira DM, Grei EVE, Gonçalves PC, Gesteira ECR. Fatores de risco para o desmame precoce na perspectiva das puérperas – resultado de discussão. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(3):220-5.
12. Frota, MA, et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev. RENE.* 2009; 10(3):61-67.
13. Oliveira, JS et al. Fatores associados ao desmame precoce entre multiparas. *Rev. Rene. Fortaleza.* 2010; 11(4): 95-102.
14. Rivemais, MC; Azevedo, ACC; Bastos, PL. Revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre o desmame precoce. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2010; 18(1):132-7.
15. Oliveira, MGOA et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo. 2013;16(1).
16. Issler, H et al. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo *Pediatrics*, São Paulo. 2010;32(2):113-20.
17. Figueiredo, SFF; Mattar, MJG; Abraão, ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo. 2013; 47 (6).
18. Brasil. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)
19. Brasil. MS. Secretaria de Políticas Públicas. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
20. Carraschoza, KCC et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2011; 21(3).
21. Giuliani, NR et al. Prevalência do Início do Desmame Precoce em duas Populações Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis, SC, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2011; 11(2):239-244.
22. Giuliani, NR et al. Fatores Associados ao Desmame Precoce em Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2011; 11(3):417-23.
23. Leon, CGRMP et AL. Vivência da amamentação por mães-adolescentes. *Cogitare enferm.* Curitiba. 2009; 14(3).
24. Otenio, CCM et al. Aspectos associados à amamentação e desmame em crianças atendidas no programa bebê-clínica em Bandeirante-PR. *Sa-lusvita*, Bauru. 2007; 26(2): 45-53.
25. Organização Mundial da Saúde (OMS). Evidências científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Brasília: OMS; 2001.
26. Silva, BT; Santiago, LB; Lamonier, JA. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Rev. paul. Pediatr.* São Paulo. 2012; 30(1).
27. Vieira, GO, et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. *J. Pediatr.* Porto Alegre. 2010; 86(5).

Recebido em: 12.01.2015

Aprovado em: 01.02.2015

ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE AUDITORIA DE ENFERMAGEM E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANALYSIS OF THE ASSOCIATION BETWEEN NURSING AUDIT AND HEALTH PROMOTION: AN INTEGRATIVE REVIEW

Artigo de Revisão

Virna Ribeiro Feitosa Cestari¹

Marília Araripe Ferreira¹

Lusiane Batista de Almendras Gonçalves¹

Caroline Sousa Praxedes¹

Laís Hellen Cavalcante Lima¹

Islene Victor Barbosa²

Flávia Regina Furtado Lima³

RESUMO

Objetivou-se caracterizar a produção científica nacional e internacional de enfermagem acerca da auditoria, destacando-a como uma estratégia essencial para a promoção da saúde dos indivíduos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de outubro de 2014. Foram identificados 1.456 estudos, onde apenas 15 atenderam aos critérios de inclusão propostos, constituindo-se na amostra desta pesquisa. Após análise, emergiram duas categorias: A prática da enfermagem em auditoria e Promovendo a saúde do paciente: um enfoque na qualidade assistencial. O papel do auditor de enfermagem deve ser muito amplo, e pode ser explorado ao extremo para a melhoria dos serviços de saúde. A auditoria contribui de maneira ampla e satisfatória na melhoria da assistência de enfermagem e, consequentemente, destaca-se como estratégia essencial na promoção da saúde do paciente.

Palavras-chave: Auditoria de Enfermagem; Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the national and international scientific nursing's production about the audit, highlighting it as an essential strategy for promoting the health of individuals. Integrative literature review, with search articles in the Virtual Health Library (VHL), in October 2014. There were identified 1,456 studies, where only 15 met the proposed inclusion criteria, constituting the sample of this research. After analysis, two categories emerged: Nursing practice in auditing

and Promoting the health of the patient: a focus on service quality. The role of nursing auditor should be very broad, and can be exploited to the extreme to the improvement of health services. The audit contributes extensive and satisfactory way in improving nursing care and, therefore, stands out as a key strategy in promoting the health of the patient.

Keywords: Nursing Audit; Nursing; Quality of Health Care; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, de acordo com a Carta de Ottawa, é definida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Percebe-se, portanto, que para um cuidar direcionado à promoção da saúde, é necessário que o enfermeiro busque incorporar em sua assistência um saber e um fazer crítico reflexivo, fundamental ao seu desenvolvimento⁽¹⁾.

Nesse interim, o enfermeiro precisa ser capaz de enfrentar os desafios da profissão, tanto na prática assistencial quanto no setor gerencial, e buscar novas abordagens que direcionem para uma gerência participativa e programas de qualidade, que são o foco central do trabalho em auditoria.

A auditoria pode ser definida como a avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e/ou das próprias condições destes, favorecendo as instituições no planejamento

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Enfermeira do Hospital Dr. José Frota.

³ Enfermeira. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

e programação de insumos e recursos, e aos clientes, a garantia de uma prática assistencial de qualidade⁽²⁾.

Estatística está presente desde o início da atividade econômica do homem e incorporou-se à rotina das instituições de saúde em 1918, com o objetivo de avaliar a prática médica através dos registros no prontuário. A auditoria de enfermagem surgiu nos Estados Unidos, em 1955, e no Brasil, na década de 1970, com o intuito de avaliar os aspectos qualitativos da assistência requerida pelo paciente, os processos internos e as contas hospitalares⁽³⁾.

A auditoria de enfermagem representa a função de controle do processo administrativo, verificando se os resultados da assistência estão de acordo com os objetivos e com as legislações vigentes. Configura-se, portanto, como um subsídio para que os profissionais orientem suas atividades, estimulando a reflexão individual e coletiva, além de nortear o processo de educação permanente. Destaca-se, ainda, por ser uma avaliação administrativa de fundamental importância na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem⁽⁴⁾.

A mensuração da qualidade da assistência de enfermagem realizada através da auditoria evidencia a enfermagem como ciência, por embasá-la em um saber científico visto que expressa a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento. Desta forma, deve ser realizada de forma clara, objetiva e de acordo com os princípios éticos e morais da profissão⁽⁵⁾.

Percebe-se, portanto, a prática da auditoria de enfermagem como uma ferramenta fundamental para a garantia da qualidade da assistência, tendo em vista a promoção da saúde dos indivíduos. Frente a isso, indaga-se: como a auditoria de enfermagem relaciona-se com a promoção da saúde?

Diante do exposto, objetivou-se caracterizar a produção científica nacional e internacional de enfermagem acerca da auditoria, destacando-a como uma estratégia essencial para a promoção da saúde dos indivíduos.

METODOLOGIA

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se pelo método de revisão integrativa, de caráter descritivo. A revisão integrativa consiste num método de pesquisa amplo, que abrange desde a literatura teórica e empírica, e que permite estabelecer uma síntese e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular, realizada de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado⁽⁶⁾.

Seis fases distintas compõem esse método de pesquisa: estabelecimento da questão da pesquisa, seleção das pesquisas que construirão a amostra, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento⁽⁷⁾.

A questão norteadora que guiou esta revisão foi: Qual a relação entre a auditoria com a promoção da saúde dos pacientes e como o que a enfermagem tem produzido acerca desta temática?

Os artigos foram selecionados por meio da busca dos artigos foi realizada pela internet, através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), através dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “auditoria” e “enfermagem”. Os descritores selecionados foram combinados entre si, acrescentando-se o termo AND entre eles, para que os resultados da busca atendessem aos objetivos do estudo. A seleção dos estudos ocorreu no mês de outubro de 2014.

Foram definidos como critérios de inclusão: pesquisas publicadas por enfermeiros, em forma de artigo, em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês e espanhol; que envolvam a temática auditoria; publicadas no período de 2009 a 2014; independente do método de pesquisa; e que estivessem disponíveis eletronicamente na íntegra.

Foram identificados 1.456 estudos, onde apenas 15 atenderam aos critérios de inclusão propostos, constituindo-se na amostra desta pesquisa. As informações foram consolidadas e agrupadas por similaridade de conteúdo, sendo construídas duas categorias de análise, assim especificadas: A prática da enfermagem em auditoria e Promovendo a saúde do paciente: um enfoque na qualidade assistencial.

RESULTADOS

Dos 15 artigos analisados, em relação às categorias emergidas, verificou-se que dez (66,7%) abordavam a prática da enfermagem em auditoria e cinco (33,3%), a qualidade assistencial para promoção da saúde dos clientes, expostos nas Tabelas 1 e 2, respectivamente. Quanto ao ano de publicação dos estudos, observou-se que, no último quinquênio, destacou-se o ano de 2013, com o quantitativo de sete (46,7%) publicações.

Os artigos selecionados foram divulgados em 14 (93,3%) periódicos nacionais, com destaque para a Revista Brasileira de Enfermagem, com o maior número de publicações, três (20%). Apenas um (6,7%) estudo foi publicado em um periódico internacional. No Brasil, verificou-se o predomínio de estudos realizados na região do Nordeste, com cinco (33,3%) publicações, sendo três (20%) no Ceará e duas (13,3%) na Bahia.

Quanto ao delineamento metodológico, observou-se a prevalência de estudos do tipo revisão bibliográfica, com sete (46,7%) publicações. Com relação à abordagem das pesquisas, constatou-se um maior número de estudos qualitativos, com dez (66,7%).

Os estudos foram classificados quanto aos níveis de evidências: nível I – as evidências são provenientes de revisão sistemática de estudos randomizados controlados ou oriundas de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados; nível II – evidências derivadas de revisões sistemáticas randomizadas individuais ou observacionais; nível III – evidências obtidas de estudos sem randomização controlados, coorte ou de seguimento; nível IV – evidências provenientes de caso-controle bem delineados, estudos de caso e longitudinais; nível V – evidências originárias de estudos descritivos (HOWICK et al., 2011). No tocante aos níveis de evidências, dez artigos foram classificados no nível V (66,7%); seguidos de cinco artigos de nível dois (13,3%) e três de nível III (20%).

Tabela 1. Síntese dos artigos selecionados de acordo com a categoria “A prática da enfermagem em auditoria”. Biblioteca Virtual da Saúde, 2014.

TÍTULO	PERIÓDICO/ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	ABORDAGEM	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
A produção científica de enfermagem e qualidade dos registros	Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online, 2013	Revisão bibliográfica	Qualitativa	V
Auditoria em enfermagem e suas interfaces e periodicos científicos internacionais no período de 1955-1972	Revista de Enfermagem da UFSM, 2013	Revisão bibliográfica	Qualitativa	V
A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do vale do Itajei	Revista Eletrônica de Enfermagem, 2013	Descritivo e exploratório	Qualitativa	V
Enfermagem auditoria e regulação em saúde: um relato de experiência	Revista Mineira de Enfermagem	Estudo de caso	Qualitativa	IV
Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos	Revista Brasileira de Enfermagem, 2013	Revisão bibliográfica	Qualitativa	V
Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência	Revista Rede de Enfermagem do Nordeste, 2013	Descritivo e exploratório	Qualitativa	V
A auditoria e o enfermeiro como ferramenta de aperfeiçoamento do SUS	Revista Baiana de Saúde Pública, 2012	Revisão bibliográfica	Qualitativa	V
Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura.	Revista Brasileira de Enfermagem	Revisão bibliográfica	Qualitativa	V
A prática da Enfermagem em auditoria em saúde	Revista Escola de enfermagem da USP 2010	Estudo de caso	Qualitativa	IV

Tabela 2. Síntese dos artigos selecionados de acordo com a categoria “Promovendo a saúde do paciente: um enfoque na qualidade assistencial”. Biblioteca Virtual da Saúde, 2014.

TÍTULO	PERIÓDICO/ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	ABORDAGEM	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escolar	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2013	Transversal	Quantitativo	III
Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals	International Journal for Quality in Health Care, 2013	Transversal	Quantitativo	III
Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais públicos	Revista Gaúcha de Enfermagem, 2012	Transversal	Quantitativo	III
Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional	Revista Brasileira de Enfermagem, 2011	Descritivo, Observacional	Quantitativo	V
Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura	Revista Interdisciplinar da PUC, 2011	Revisão bibliográfica	Quantitativo	V

DISCUSSÃO

A prática da enfermagem em auditoria

A auditoria teve origem na área de contabilidade, e se estendeu a outras áreas profissionais, sendo a auditoria em enfermagem uma poderosa ferramenta para melhoria na qualidade de cuidado prestado, bem como na gestão financeira⁽⁸⁾. No que se refere à auditoria em serviços de saúde pública no Brasil, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi instituído em 1993, atuando através do Departamento de Controle, Avaliação e Au-

ditoria (DCAA), posteriormente modificado para Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) em 2000⁽⁹⁾.

A auditoria em enfermagem é realizada por um profissional treinado e capacitado para avaliar um conjunto de medidas, envolvendo vários profissionais, com a finalidade de orientar, disciplinar, racionalizar, e normatizar os cuidados de enfermagem, perda de recursos e gastos desnecessários para a instituição, pública, ou privada. Esse conceito de auditoria de enfermagem

evoluiu no sentido de responder à necessidade de mensurar e analisar o custo decorrente da assistência de enfermagem⁽⁴⁾.

A auditoria é feita a partir da análise dos registros em prontuários e visitas técnicas aos profissionais e pacientes, devendo os erros identificados serem corrigidos de acordo com as normas da instituição. É função do auditor realizar críticas sobre os resultados apurados, e direcionar ao setor administrativo possíveis soluções para o benefício direto dos usuários do serviço e da própria instituição⁽¹⁾. No âmbito de saúde pública, a auditoria visa a qualificação do SUS, garantindo seus princípios básicos: universalidade, integridade e equidade.

Na atualidade observa-se que, o surgimento da auditoria trouxe vários aspectos positivos na área da saúde⁽³⁾. Possibilitando a prática de uma melhor assistência de enfermagem, o maior controle dos indicadores para os gestores e a inovação do conhecimento. As atuais funções da auditoria compreendem: fiscalização de serviços realizados, qualidade desse serviço, análise sistemática do objeto da informação; cumprimento de normas institucionais e/ou legais e avaliação comparativa entre assistência prestada, propiciando ainda ao auditor argumentar com os profissionais da assistência sobre o tratamento necessário ao paciente, o custo deste tratamento e, ainda, favorecer a definição de parâmetros e instrumentos adequados de avaliação⁽¹⁰⁾.

Além disso, o conhecimento sobre a prática das enfermeiras auditoras, pode contribuir para a otimização dos recursos físicos e materiais disponíveis nos serviços de saúde e para desenvolver as pessoas, melhorando, além do planejamento e a execução técnica do trabalho, a relação custo-benefício para o paciente, o hospital e o comprador de serviços de saúde. A auditoria, se entendida como um processo educativo fornece subsídios para a implantação e gerenciamento de uma assistência de qualidade⁽¹¹⁾.

Diante desse contexto, houve a necessidade de mais profissionais no mercado, que estivessem qualificados para exercer a função de auditor. E por está na linha de frente do cuidado, o enfermeiro ganhou grande destaque em comparação a outros profissionais da área⁽¹²⁾.

A atuação do enfermeiro auditor tem amplo espectro, no entanto, o que se observa rotineiramente é que a sua atuação volta-se para a auditoria retrospectiva, de forte cunho contábil, sendo este profissional subutilizado nos termos de gestão hospitalar, devido principalmente às estruturas administrativas. Neste aspecto, o olhar crítico do enfermeiro auditor reflete as inconformidades dos prontuários, geradas pela alta rotatividade, desatenção, excesso de trabalho e inexistência ou execução parcial do SAE⁽¹³⁾.

A auditoria retrospectiva traz resultados mais abrangentes e completos, refletindo melhora no atendimento dos futuros clientes da instituição, porém, por ser retrospectiva, não tem influência sobre a qualidade de atendimento dos pacientes já atendidos, que geraram os dados da auditoria. A auditoria

operacional, no entanto tem o poder de identificar prontamente os erros e *déficits* no atendimento, pois é realizada no decorrer do atendimento e cuidado aos pacientes, e parece ter grande impacto nos casos em que o cuidado pode ser benéfico, ou danoso ao paciente, exigindo correções imediatas, como por exemplo, em unidades de terapia intensiva (UTI).

Estudo de auditoria operacional, realizado em hospital do Paraná, avaliou oito itens do cuidado de enfermagem, e identificou falhas graves no cuidado, sendo considerados de qualidade limítrofe, apenas dois itens, referentes à segurança física e utilização de equipamentos; e de qualidade sofrível cuidados de higiene e conforto, atividade física, nutrição e hidratação, eliminações, utilização de equipamentos e UTI. O estudo permitiu a observação dos *déficits* e gerou uma base para discussão entre a equipe da UTI sobre melhorias na qualidade do cuidado⁽¹⁴⁾.

Em uma revisão sistemática de literatura, foram identificados os principais problemas encontrados referentes ao cuidado de enfermagem, em revisão de prontuários, sendo identificados pontos recorrentes de falhas. Entre os principais problemas identificados: solicitação e aprazamento da administração de medicamentos; letras pouco legíveis e rasuras; falta de checagem na prescrição médica e de enfermagem; anotações externas e pouco específicas; condições de pacientes, necessidades de terapêuticas, organização da unidade e conforto do paciente; falta de registro/registros incompletos da realização de curativos; e anotações por turno e não por horário. Estas distorções na assistência de enfermagem geram prejuízos diretos aos pacientes, bem como prejuízos financeiros à instituição⁽⁸⁾.

O papel do auditor de enfermagem deve ser muito amplo, e pode ser explorado ao extremo para a melhoria dos serviços de saúde. Pesquisa realizada por enfermeiros auditores em um município do Rio Grande do Sul, identificou falhas e sobrecarga e falhas na gestão financeira dos recursos do SUS, sendo então criado um Núcleo de Auditoria e Regulação no município, onde foi exposto aos profissionais os problemas apresentados e criado grupos de trabalho. Cada profissional apontou soluções para melhor gestão dos recursos e melhor atenção à saúde da população, como por exemplo, gestão dos encaminhamentos para consultas especializadas realizadas na própria unidade solicitante. Como resultado, houve uma melhoria na atenção geral à saúde da população, ganho na gestão referente à coparticipação e corresponsabilização pelo uso dos recursos, tornando o serviço mais eficiente e eficaz⁽¹⁵⁾.

Percebe-se que o desenvolvimento de habilidades para o exercício da função de enfermeiro auditor pode ser introduzida desde a formação acadêmica, uma vez que as instituições hospitalares têm cada vez mais contratado o profissional enfermeiro para exercer o papel de enfermeiro auditor. Sobre tudo, observa-se que tal área de formação ainda é restrita, pouco divulgada durante a graduação, apresentando escassez de qualificação com entrada somente em cursos de pós-graduação, ainda com pouca oferta de qualificação pelas instituições de ensino superior⁽¹⁶⁾.

Promovendo a saúde do paciente: um enfoque na qualidade de assistencial

O capitalismo e a competitividade foram fatores que culminaram no aumento da preocupação com o padrão de qualidade nos serviços de saúde. No que se refere à avaliação em saúde, os desvios de padrão e erros podem ser precocemente detectados e corrigidos, sustentando a qualidade da assistência. Dessa forma, a identificação de discordâncias no atendimento qualificado, possibilita a reestruturação de serviços para que possa ser atendida a demanda da clientela⁽¹⁷⁾.

Os enfermeiros são reconhecidos por deter um padrão de organização e, por isso, vêm ocupando cargos de gestão e liderança de grande importância nas instituições de saúde. Porém, relatórios vêm demonstrando que muitos desses profissionais não estão suprimindo as expectativas⁽¹⁸⁾. A qualidade assistencial é um processo complexo e tem como principal objetivo evidenciar possíveis melhorias de trabalho para a equipe de enfermagem que reflita no cuidado prestado ao cliente exigente. Portanto, faz-se necessário a elaboração de instrumentos que permitam que o enfermeiro avalie nos níveis de qualidade da assistência prestada⁽¹⁾.

Uma pesquisa realizada no Canadá avaliou o domínio da prática de enfermeiras nas seguintes esferas: avaliação e planejamento, ensino, comunicação, supervisão, qualidade no atendimento, no conhecimento atual e na ambiência. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros que detinham um melhor resultado na assistência, isto é, menor ocorrência de efeitos adversos, eram os profissionais inovadores, incluindo uma combinação de competências, maior apoio de profissionais qualificados e com maior investimento para inovação, este fator também está relacionado ao ambiente que favorece o sucesso profissional⁽¹⁸⁾.

Um estudo realizado em uma UTI geral de um Hospital Universitário de Mato Grosso do Sul no período de 2012 elaborou um Roteiro para Auditoria Operacional adaptado, elaborado pela Assessoria de Controle de Qualidade e Assistência de Enfermagem, do qual foram abordados oito itens para avaliação da qualidade da assistência prestada. O item referente ao manuseio dos equipamentos, higiene e conforto e segurança física, alcançou um nível satisfatório de qualidade, porém no que se refere a mudança de decúbito, troca de equipo de sonda enteral, troca de nebulizadores, fixação da sonda vesical de demora e prescrição de enfermagem incorreta, tiveram uma rotulação de sofrível, proporcionando um déficit na segurança do paciente, logo a diminuição da qualidade da assistência⁽¹⁾.

Na enfermagem, o processo que promove a coleta de dados, o planejamento e a implementação da assistência é o Processo de Enfermagem (PE), orientando o enfermeiro na tomada de decisão e no atendimento individualizado do paciente. Este método sistematiza a assistência em cinco etapas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. Sabe-se que existe uma correlação satisfatória entre o registro e o cuidado prestado, tornando-se útil às instituições de saúde o incentivo a prática do PE. A literatura

afirma que dentre as dificuldades apontadas por enfermeiros diante da falta de registro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nos prontuários, destacam-se: despreparo do profissional, falta de interesse em preenchê-lo, falta de conhecimento, e em especial, dificuldades para elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem⁽¹⁷⁾.

Embora a PE seja de imensa importância, evidencia-se que no Brasil, ela não é adotada com confiabilidade e embasamento técnico-científico. Em estudo transversal realizado com 1289 prontuários de dois hospitais universitários públicos situados no estado do Paraná, no ano de 2010, observou-se que as duas instituições apresentaram prevalência de cuidados prescritos inadequadamente, o que aponta um problema comum: as prescrições errôneas eram mais comuns para pacientes jovens (<20 anos) e adultos (20-34 anos), deduzindo-se que isso pode ter ocorrido por não considerar esse grupo de risco; e as prescrições incompletas com a ausência de identificação do profissional que a prescreveu, seja pela ausência do carimbo ou nome do enfermeiro. Estes dados são preocupantes, pois põem em risco a segurança do paciente⁽¹⁷⁾.

A falta do preenchimento da PE e da devida identificação do enfermeiro nela infringe os padrões de qualidade, violando uma questão ética que compõe um dos itens do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, e também, exigência legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Nota-se que a auditoria contribui de maneira ampla e satisfatória na melhoria da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, destaca-se como estratégia essencial na promoção da saúde do paciente. Através do estudo do prontuário, considerado o espelho do atendimento, qualifica-se a assistência através dos indicadores analisados, gerando a redução dos gastos, dando margem à necessidade de aperfeiçoamento entre os profissionais, visto que se tornou uma especialização exercida, em sua maioria, por enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros exercem diversas funções no âmbito administrativo, dentre elas, destaca-se a auditoria como uma ferramenta fundamental para melhoria da assistência prestada. Na auditoria, os enfermeiros analisam a condição encontrada, consolida seus resultados previstos e os analisa. Essa conduta atende ao significado da promoção da saúde, a qual ratifica a melhoria da qualidade de vida e saúde dos usuários através da materialização de um profissional crítico e reflexivo.

Ademais, a auditoria traz benefícios para a instituição, a qual economiza em recursos físicos e materiais, melhorando o planejamento e execução dos serviços de saúde. Ratificou-se também a necessidade da especialidade do enfermeiro na área, pois os profissionais inovadores e entendedores se tornam excelentes gestores.

Faz-se necessário salientar a sugestão de novos estudos que abordem a temática auditoria em enfermagem, tendo em vista o progresso que os profissionais têm realizado na área, contribuindo diretamente para a assistência à saúde e promoção da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Silva MVS, Silva LMS, Dourado HHM, Nascimento AAM, Moreira TMM. Limites e possibilidades da auditoria em enfermagem e seus aspectos teóricos e práticos. *RevBrasEnferm.* 2012; 65(3): 535-8.
2. Camelo SHH, Pinheiro A, Campos D, Oliveira TL. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. *RevEletrEnferm.* 2009; 11(4):1018-25.
3. Vieira RQ, Sanna MC. Auditoria de enfermagem em periódicos científicos internacionais no período de 1955-1972. *RevEnferm UFSM.* 2013; 3(3): 528-38.
4. Scaparo AF, Ferraz CA, Chaves LDP, Rotta CSG. Abordagem conceitual de métodos e finalidade da auditoria de enfermagem. *Rev Rene.* 2009; 10(1): 124-30.
5. Passos MLL, Borges CT, Cavalcante MBPT, Gurgel MGI, Costa MS, Alves MDS. Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. *Rev Rene;* 2012; 13(5): 1025-33.
6. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *RevEscEnferm USP.* 2014; 48(2):335-45.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8: 102-6.
8. Dias TCL, Santos JLG, Cordenuzzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *RevBrasEnferm.* 2011; 64(5).
9. Santos CA, Santana EJS, Vieira RP, Gargia EG, Trippo KV. A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. *Rev Baiana Saúde Públ.* 2012; 36(2).
10. Silva RB, Loureiro MDR, Frota OP, Ortega FB, Ferraz CCB. Qualidade da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital escola. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(4): 114-120.
11. Pinto AK, Melo MMC. A prática da enfermeira em Auditoria em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.*2010; 44(3): 671-8.
12. Valença NC, Azevedo NML, Oliveira GA, Medeiros ASS, Malveiras SAF, Germano MR. A produção científica sobre auditoria de enfermagem e qualidade dos registros. *Rev.pes.:cuid. fundam.online.* 2013;5(5): 69-76.
13. Blank CY, Sanches EM, Leopardi MT. A prática do enfermeiro auditor hospitalar na região do Vale do Itajaí. *RevEletrEnferm.* 2013; 15(1): 233-42.
14. Padilha EF, Matsuda LM. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. *RevBrasEnferm.* 2011; 4(64): 684-91.
15. Ceccon RF, Paes LG, Santos MB, Grenzel JCM. Enfermagem, auditoria e regulação em saúde: um relato de experiência. *Rev Min Enferm.* 2013;3(17):695-9.
16. Pereira AS, Miranda RRN, Costa FR. Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura. *Percurso Acad.* 2011;1(2): 287-306.
17. Versa GLGS, Murassaki AY, Silva LG, Vituri DW, Mello WA, Matsuda LM. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público. *Rev GaúchaEnferm.* 2012; 33(2): 28-35.
18. Doboís CA, D'Amour D, Tchouaket E, Clarke S, Rivard M, Blais R. Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *Internat J Qual Health Care.* 2013; 25(2): 110-117.

Recebido em: 20.01.2015

Aprovado em: 10.02.2015

ReTEP

Revista Tendências da Enfermagem Profissional

INSTITUCIONAL



2015



Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

Presidente do Coren-CE
Enfermeiro do Instituto Dr. Jose Frota e da
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Ao cumprimentar os leitores e profissionais de Enfermagem, nesta edição da Revista Tendências da Enfermagem Profissional, trago os cumprimentos do novo Plenário do Coren-CE, eleito para a Gestão 2015/2017. Já tive a oportunidade de me dirigir a vocês quando estive à frente da presidência do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e agora muito me honra, falar como presidente do Regional Cearense.

Temos uma longa jornada pela frente e um plano de ações que será posto em prática, mas que somente se consolidará com o apoio da categoria. Somos mais de cinquenta e sete mil profissionais no Estado do Ceará. Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que buscam mais qualidade na assistência profissional e reconhecimento pelo trabalho sério e digno que desenvolvemos com ética e compromisso.

É de nosso conhecimento as mazelas institucionais a que muitos dos nossos pares são submetidos. E, através do Departamento de Fiscalização e em parceria com o Ministério Público e a Ordem dos Advogados do Brasil - Seccional Ceará, já iniciamos nossas ações em vários municípios cearenses e pretendemos visitar, fiscalizar e cobrar em todas as cidades do Estado, o correto tratamento que as unidades de saúde sejam públicas ou privadas, devem dar aos profissionais de Enfermagem.

O Coren-CE não medirá esforços e ampliará o diálogo para que possamos avançar na luta pela aprovação das 30 horas semanais para a Enfermagem e o piso salarial da categoria. Além disso, ampliaremos as Comissões de Ética nas unidades hospitalares, para aprimorar o nosso

olhar sobre a Enfermagem e criar mais um canal de diálogo com os colegas. Disponibilizamos em nossa página na internet: www.coren-ce.org.br, uma série de ferramentas de comunicação de fácil acesso para interação entre os inscritos e o conselho, bem como todas as informações sobre o exercício da profissão. No site do Coren-CE, é possível acompanhar as ações do plenário e a contabilidade do regional, através do canal da transparência.

Destacamos que além do canal direto com a ouvidoria do Coren, há um link de autoatendimento disponível 24 horas para consultas e impressão de certidões, bastando para isso digitar o número de sua inscrição no Coren ou CPF.

Cursos, palestras e seminários são oferecidos gratuitamente aos que estão adimplentes com o Conselho, e ganham destaque neste ano de 2015, pois ofertam um número maior de vagas e de abrangência curricular. Temos ainda uma oferta generosa de descontos que chegam a 50% sobre produtos e serviços que são oferecidos, através de convênios firmados com instituições parceiras e que são extensivos inclusive aos familiares dos inscritos no Coren-CE.

Venho ainda, reafirmar meu compromisso com a nossa categoria e apresentar uma gestão aberta a todos os profissionais de Enfermagem do Ceará. Nossas portas estão abertas. O Coren-CE é dos profissionais. Tragam suas sugestões ou mesmo reclamações. Com diálogo e ações conjuntas, vamos construir um grande ano, juntos. A RETEP traz nas próximas páginas, algumas ações institucionais, que reafirmam o nosso compromisso com a transparência e o respeito aos profissionais. ●

NOVOS CAMINHOS PARA O COREN-CE



Enxergar muito além da Enfermagem como profissão, buscar a excelência para a atuação do profissional, vencer as barreiras das dificuldades impostas no dia a dia no sistema de saúde. Assim é a atividade de todos os Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que atuam no Ceará e no país. Condições precárias de atendimento, salários baixos, insalubres ambientes de trabalho, falta de respeito para com os profissionais.

Reconhecendo essa situação, o Coren-Ce inicia 2015 com uma visão clara de que é preciso buscar melhorias para os profissionais de Enfermagem, tanto no sistema de saúde, quanto no modelo de atendimento aos que buscam o Conselho. E é exatamente com este sentimento que a nova equipe de gestão assume o Conselho.

Tendo à frente o ex-presidente do Conselho Federal de Enfermagem, Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho (2013-2014), que também já atuou como presidente interventor do Coren-CE (2011), e com apoio de Conselheiros com experiência técnica em Saúde Pública e Administração Pública em Saúde, além da formação da Plenária com conhecimento prévio nos trâmites de gestão em autarquia federal.

A nova equipe é formada pelos conselheiros: Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, Dra. Maria Dayse Pereira,

Luiza Lourdes Pinheiro, Dra. Jacqueline Dantas Sampaio, Dr. Francisco Antonio da Cruz Mendonça, Marli Veloso de Menezes, Ana Lúcia de Assis, Dra. Regina Cláudia Furtado Maia, Dra. Maria Celina Saraiva Martins, Dra. Nancy Costa de Oliveira, Dra. Maria Verônica Sales da Silva, Raimunda de Fátima Dantas, Maria de Fátima Ferreira de Sousa, Adailson Rodrigues de Moraes.

Como bandeiras, a nova plenária propõe o resgate, a defesa e a consolidação político-social dos profissionais de Enfermagem embasados nos preceitos éticos, legais e sociais da profissão, tendo como eixos integradores de sua atuação, a transparência administrativo-financeiro, a qualidade no atendimento, a comunicação, a valorização profissional e a educação permanente.

Visando a concretização de seus objetivos, a nova gestão irá elaborar um projeto e implementar o Planejamento Estratégico do Conselho. Também será formado um grupo de trabalho e escuta dos conselheiros e dos colaboradores, para atuar com base nas propostas de quem faz o dia a dia da autarquia. As ações pensadas, incluem ainda, a realização de Concurso Público; a instalação da subseção na Região dos Inhamuns (e aqui o Regional deverá contar com apoio do Conselho Federal) e atendimento da sede, a fim de garantir a fiscalização do Regional e consequentemente defesa da profissão, bem como



fortalecimento das subseções, dotando-as dos recursos necessários para o funcionamento, além da readequação da estrutura organizacional adaptando-a à realidade atual da entidade.

Ainda na área administrativa, irá atuar com transparência e organização na prestação de contas de todas as ações do Coren-CE, demonstrativos fiscais e financeiros e publicar no site do Conselho, processo que deverá ser implantando ainda nos primeiros seis meses de gestão, através do Portal de Acesso à Informação.

Na educação continuada, a equipe pretende atuar no Programa Napen – Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem, ampliando e fortalecendo sua participação nas cidades do interior do Estado, bem como dar continuidade das ações na Sede, em Fortaleza.

Ainda na educação, o Coren-CE pretende incentivar a produção científica dos profissionais de Enfermagem estimulando a apresentação em eventos da categoria da área de saúde; Participar de projetos de pesquisa, extensão e campanhas específicas com instituições formadoras e da saúde, objetivando enaltecer o papel, a imagem profissional e a expansão do conhecimento científico da Enfermagem. Também atuar em consultoria para implantação e implementação de protocolos clínicos e atos

normativos do profissional Enfermeiro, nas organizações públicas e privadas de saúde.

No atendimento ao inscrito, o objetivo é aperfeiçoar o processo de emissão de boletos bancários, certidão de responsabilidade técnica, certidão negativa e outros documentos, por meio do site do Coren-CE, além de buscar novas modalidades de pagamento das anuidades. Realizar, através do Setor de Fiscalização, um diagnóstico nas entidades hospitalares, de Enfermagem e atuar junto ao Ministério Público para a despreciação do trabalho profissional. Também pretende-se fortalecer a Comissão de Ética e elaborar o projeto da Ouvidoria do Conselho, facilitando o acesso aos profissionais.

Na luta pela Enfermagem, deve atuar em parceria com as entidades, para a aprovação do Projeto de Lei 2295/00 que versa sobre a regulamentação da jornada de trabalho da Enfermagem em 30 horas/semanais, com a definição de jornada mínima diária e participar de lutas organizadas pela categoria, com vistas à aprovação e/ou criação de Leis de interesse da profissão, bem como fortalecer a luta para a aprovação do Projeto de Lei que estabelece o piso salarial da categoria de Enfermagem. ●

CONSELHEIROS REGIONAIS DO CEARÁ SÃO DIPLOMADOS



Os Conselheiros Regionais de Enfermagem do Ceará eleitos para a gestão 2015-2017 do Coren-CE foram diplomados no dia 30 de janeiro deste ano, pela Conselheira Federal e representante do Cofen, Dra. Julita Correia Feitosa. Na solenidade, os novos representantes foram apresentados aos convidados e autoridades presentes.

Durante a solenidade, os Conselheiros prestaram juramento ao Conselho e ao trabalho que realizarão nos próximos três anos, período da gestão. Essa foi a primeira vez no país, que o juramento foi instituído durante a solenidade de posse. Em discurso, Dra. Julita Feitosa reconheceu o trabalho já realizado pelo atual presidente, Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, quando à frente da Autarquia-chefe, o Conselho Federal de Enfermagem, entre os anos de 2013 e 2014. Reforçou também a necessidade de defesa da profissão.

Em seu discurso, o presidente do Coren-CE, Dr. Osvaldo Albuquerque, ressaltou trecho do juramento de Florence Nightgale, reconhecendo a importância da defesa da profissão, e conclamou a todos, conselheiros e profissionais, a se fazerem presentes nesse processo de construção de um novo capítulo da Enfermagem no Ceará. O presidente relembrou a importância da presença e participação dos profissionais, e que estes terão o empoderamento em suas mãos na participação das ações do Conselho, garantindo uma autarquia mais próxima dos profissionais. Garantiu também, a continuidade das ações na defesa da profissão, já iniciadas quando chefe do Conselho Federal, em Brasília, a exemplo da participação do Conselho em decisões como a criação da Ficha Limpa, o Combate à Corrupção, e o elo reforçado entre Conselho e políticos para a aprovação do PL das 30 horas.

Empossados desde o dia 1º de Dezembro, conforme rege a Resolução do Cofen, os 14 novos conselheiros assumiram a Autarquia no dia 1º de Janeiro, com as atividades sendo retomadas no dia 5 do mesmo mês.

Os novos Conselheiros são:

Dr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho

CONSELHEIRO PRESIDENTE

Dra. Maria Dayse Pereira

CONSELHEIRA SECRETÁRIA

Luíza Lourdes Pinheiro

CONSELHEIRA TESOUREIRA

CONSELHO EFETIVO

Dra. Jacqueline Dantas Sampaio

Dr. Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Marli Veloso de Menezes

Ana Lúcia de Assis

CONSELHO SUPLENTE

Dra. Regina Cláudia Furtado Maia

Dra. Maria Celina Saraiva Martins

Dra. Nancy Costa de Oliveira

Dra. Maria Verônica Sales da Silva

Raimunda de Fátima Dantas

Maria de Fátima Ferreira de Sousa

Adailson Rodrigues de Moraes

DR. OSVALDO ALBUQUERQUE SOUSA FILHO

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela UECE. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Presidente do Conselho Federal de Enfermagem Gestão 2013-2014. Atua como Enfermeiro no Instituto Dr. Jose Frota (IJF), Hospital Municipal referência Norte-Nordeste em Urgência Emergência e na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará SESA/CGTES.

DRA. MARIA DAYSE PEREIRA

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutoranda em Ciências da Educação pela Universidade Americana. Membro da Sociedade Brasileira em Gerenciamento de Enfermagem (SOBRAGEN). Exerceu cargos como Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC, implantando a Residência Multiprofissional em Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem; Docente da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e da UNICHRISTUS.

LUIZA LOURDES PINHEIRO

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Emergência pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade San Lorenzo (UNISAL). Instrutora/Coordenadora do Núcleo de Capacitação de Enfermagem em Emergência (NCEE), credenciado a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) – Capítulo Ceará. Assessora Técnica do Núcleo de Atenção a Urgência e Emergência (NUAEM) da Secretaria de Saúde do Estado. Atualmente Coordenadora de Enfermagem da Emergência do Instituto Dr. José Frota. Professora colaboradora da Associação Brasileira de Enfermagem.

DRA. JACQUELINE DANTAS SAMPAIO

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Emergência pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade San Lorenzo (UNISAL). Instrutora/Coordenadora do Núcleo de Capacitação de Enfermagem em Emergência (NCEE), credenciado a Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) – Capítulo Ceará. Assessora Técnica do Núcleo de Atenção a Urgência e Emergência (NUAEM) da Secretaria de Saúde do Estado. Atualmente Coordenadora de Enfermagem da Emergência do Instituto Dr. José Frota. Professora colaboradora da Associação Brasileira de Enfermagem.

DR. FRANCISCO ANTONIO DA CRUZ MENDONÇA

Graduado em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e Docência e Gestão do Ensino Superior pela DeVry Educacional do Brasil. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutorando em Saúde Coletiva pela AA UECE/UFC/UNIFOR. Atuou como Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família e no Hospital Municipal de Umirim. Coordenador Local do Programa Anjos da Enfermagem: educação em saúde através do lúdico. Docente da Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e da Faculdades Nordeste.

DRA. REGINA CLAUDIA FURTADO MAIA

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade de Fortaleza (1988). Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla UECE/UFC. Atua como Enfermeira no Hospital Infantil Albert Sabin. Professora da Graduação em Enfermagem da UNIFOR. Instrutora do Curso Suporte Avançado de Vida em Pediatria.

DRA. NANCY COSTA DE OLIVEIRA

Graduada pela UECE. Especialista em Saúde Pública pela UECE e em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Fortaleza e Doutora em Enfermagem pela UFC. Atua como enfermeira do PSF do Centro de Saúde Anastácio Magalhães e Gerente de Enfermagem do Hospital São José de Doenças Infecciosas.

DRA. VERÔNICA SALLES

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com Licenciatura Plena no Programa de Formação Pedagógica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista na Gestão de Sistemas Locais de Saúde (ESP-CE). Especialista em Enfermagem obstétrica (UVA). Especialista em auditoria na área da Saúde (INET). Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Doutora em Enfermagem - Promoção da Saúde pela UFC. Atua como enfermeira da Sesa-CE. Direção e assessoramento da Secretaria de Saúde do Estado no cargo de Coordenadora da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde - Fortaleza-CE. Professora do curso de especialização em auditoria do Instituto de Educação e Tecnologia.

DRA. MARIA CELINA SARAIVA MARTINS

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Enfermagem Cardiovascular pela Universidade Estadual do Ceará (Uece). Atua como enfermeira da sala de recuperação do hospital Walter Cantídio. É diretora de Enfermagem do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

MARLI VELOSO DE MENEZES

Instrumentadora cirúrgica e Auxiliar de Enfermagem pela Escola Normal, Técnica de Enfermagem pela Iassocial. Trabalhou na instituição do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) no Centro Cirúrgico Eletivo, Sala de Recuperação pós-anestésica e no Centro Cirúrgico da Emergência e Central de Material. Convidada pela chapa dos enfermeiros para representar a categoria dos quadros II e III como Conselheira Suplente na Gestão 2009-2011. De Março/09 a 2010, atuou como membro da Comissão de Ética. De Março/10 a 2011, na intervenção, atuou como coordenadora da Comissão de Tomada de Contas. Na gestão 2012 -2014 atuou como membro efetivo na Comissão de Tomada de Contas e nas Eleições para Gestão 2015-2017, foi eleita como membro efetivo da Controladoria do Coren-CE. Atualmente presta serviço na Secretaria de Saúde, lotada no Samu Ceará e é concludente da graduação de Enfermagem.



ANA LÚCIA DE ASSIS

Auxiliar de Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Técnica de Enfermagem pela escola de enfermagem MBL Saúde Ltda S/C. Graduada em Gestão de Unidade de Saúde Pública pela Universidade Estadual Vale da Acaraú (UVA) e Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale da Acaraú (UVA). Membro da Comissão de Tomada de Conta (CTC) no período da intervenção do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Atuou como Técnico de Enfermagem no Instituto Dr. José Frota (IJF).

ADAILSON RODRIGUES

Auxiliar de Enfermagem pelo Colégio Alfa S.A. Tem curso em Atualização em vacinas e participação no II Congresso Sul de Cardiologia e II Congresso Sul Cearense de Cardiometabologia,. Foi membro da Comissão de Ética no período da intervenção do Conselho Regional de Enfermagem do Ceará. Atua como Auxiliar de Enfermagem no Prontocárdio e é Conselheiro Suplente do Coren-CE.

RAIMUNDA DE FÁTIMA DANTAS

Auxiliar de Enfermagem e Técnica de Enfermagem. É graduada em Gestão Hospitalar pela Faculdade Integrada do Ceará. Atuou como Conselheira Efetiva da Comissão de Tomada de Contas do triênio 2009-2011 do Coren-CE a convite da então presidente e eleita como Conselheira Efetiva do Coren-CE no triênio 2012-2014. Atua como servidora pública atuando no Instituto Dr. José Frota.

MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE SOUSA

Formada no curso de Técnico de Enfermagem do Ginásio Anchieta e em Citotecnologia da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Graduada em Pedagogia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Atua há 27 anos como técnica de Enfermagem do Instituto de prevenção do Câncer (IPC). ●

ANJOS DA ENFERMAGEM NÚCLEO CEARÁ RECEBE PRÊMIO MÁXIMO NACIONAL DO PROJETO



Os Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará receberam o Prêmio Diamante durante solenidade em Fortaleza no final de Janeiro. O prêmio, considerado a categoria máxima que um núcleo no país pode receber, é repassado ao grupo que apresenta melhores resultados pelas atividades desenvolvidas durante o ano.

Paralelamente, a Universidade de Fortaleza, que ingressou no projeto esse ano, foi considerada a Melhor Universidade do Bem do país. Para a escolha foi levado em consideração o apoio da coordenadoria do curso e da própria instituição aos alunos que fazem parte do programa.

Os prêmios foram recebidos pela coordenadora Estadual do projeto, Dra. Mirna Frota, e pelos coordenadores local, Dr. Antônio da Cruz Mendonça e Dra. Karla Rolim. Também participaram, a Dra. Geisy Lane Muniz (coordenadora do curso de Enfermagem da Unifor) e os alunos das duas universidades que fazem parte do projeto em Fortaleza.

Alem dos dois prêmios, o Núcleo Ceará ainda teve os dois coordenadores locais, Dr. Antônio e Dra. Karla, indicados como os melhores os melhores coordenadores locais, como finalistas entre todos os coordenadores no Brasil.

O Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará, integra um programa de âmbito nacional, que atua em 18 estados no Brasil e conta com o apoio do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais. O grupo local é formado por estudantes de enfermagem de instituições de ensino superior e desenvolve ações de educação em saúde por meio do lúdico. O projeto é financiado pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselho Regional de Enfermagem do Ceará (Coren-CE) e apoiado pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Faculdades Nordeste (Fanor). A Dra. Mirna Albuquerque Frota atua como coordenadora estadual e conta com o apoio de dois coordenadores locais: a professora Karla Maria Carneiro Rolim e o professor Francisco Antonio da Cruz Mendonça.

Em Fortaleza, os Anjos da Enfermagem trabalham com crianças em situação de câncer no Hospital Infantil Albert Sabin, na Associação Peter Pan e no Hospital Waldemar Alcântara. Desenvolvem campanhas de saúde em prol de benefícios para crianças e familiares, tais como arrecadação de cestas básicas, de brinquedos, kits de higiene dental e realizam festas comemorativas ao longo do ano. ●

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: DIAGNÓSTICO PARA UMA GESTÃO PROFISSIONAL



O Conselho Regional de Enfermagem do Ceará está passando por mudanças. Que a concepção de atuação da Autarquia Federal tem a fiscalização como força motriz da sua existência, isso é fato. No entanto, o Conselho é composto de uma gama de setores, considerados como engrenagens fundamentais para o seu perfeito funcionamento.

Atendimento ao inscrito, Recepção, Centro de Processamento de Dados, Registro e Cadastro, Núcleo de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Enfermagem (Napen), Procuradoria Jurídica, Contabilidade, Secretaria, Departamento de Negociação e Cobrança, Comissão Permanente de Licitação, Gerência, Assessoria de Comunicação, Comissão de Ética, todos são setores que funcionam (e precisam funcionar) de forma harmoniosa para levar o apoio ao serviço final do conselho, que é fiscalizar e garantir o exercício da profissão de forma legal no Ceará.

Com o estabelecimento da Gestão 2015-2017, inicia-se também um processo inédito na história do Coren-CE, que é o Planejamento Estratégico. O processo se dá, face a necessidade de se implementar uma gestão profissional, capaz de proporcionar uma melhor prestação de serviço aos inscritos do Coren-CE. Considerado de relevante importância, o processo de planejamento está alinhado com uma tendência em curso no Brasil, de que a prestação do serviço público se dê de forma otimizada, sempre buscando a excelência e com a utilização de seus recursos de forma planejada e embasada em princípios éticos.

Por entender a necessidade de se implantar uma Gestão Estratégica Institucional, o Presidente, Dr. Osvaldo

Albuquerque, explanou, conforme consta em ata da 49ª Reunião Ordinária de Diretoria, realizada em 14 de Janeiro de 2015, sobre a importância de se promover um processo de Planejamento Estratégico para o desenvolvimento de melhorias administrativas no Conselho. A ideia foi aprovada por unanimidade.

Assim, no uso de suas atribuições legais e regimentais, o presidente criou, por meio da Portaria Coren-CE, nº 014/2015, de 16 de Janeiro de 2015, a Comissão de Planejamento Estratégico, que é coordenada pela Dra. Maria Dayse Pereira, Conselheira Secretária; Dra. Raquel Sampaio de Oliveira, Administradora e Sra. Ana Lúcia de Assis, Conselheira.

O propósito do planejamento será definido por um conjunto de variáveis previamente determinadas, onde se definirá a situação da instituição e serão avaliadas futuras decisões que possam efetivamente possibilitar uma tomada de decisões mais rápida e coerente com os propósitos estratégicos da autarquia.

O planejamento estratégico não é uma simples busca de afirmação das aspirações de uma instituição, mas sim um meio de implantar um plano de ações para que as aspirações da instituição transformem-se em uma realidade futura. Nota-se que o instituto não se limita a um relatório situacional da instituição, mas sim por um prognóstico de todo o sistema organizacional, que, aliado a um plano de objetivos e metas, busca implantar ações sistemáticas com o fim de alcançar os objetivos traçados pela própria instituição.

PRIMEIRA REUNIÃO

Na reunião inaugural, no dia 27 de janeiro, a coordenadora do projeto, Dra. Maria Dayse Pereira, promoveu aos membros da comissão o embasamento teórico científico do projeto, bem como a revisão da concepção estratégica para posterior redefinição com os colaboradores.

Adicionalmente, houve a apresentação dos quatro eixos integradores:

- Transparência Administrativo-financeiro;
- Qualidade do atendimento;
- Comunicação;
- Valorização Profissional;
- Educação Permanente.

Também foram definidos projetos estruturadores do Coren-CE como:

- Coren Móvel;
- Semana da Enfermagem;
- Gestão por processos;
- Infraestrutura física e tecnológica;
- Dimensionamento de pessoal;
- Educação permanente;
- Ouvidoria;
- Fiscalização;
- Comunicação;
- Projeto de Responsabilidade Social (Coren-CE: saúde para todos).

ÁREAS REALIZADAS PELO COREN-CE EM 2015

- Reestruturação do organograma com a criação da ouvidoria e implantação do Sistema VOX de atendimento;
- Controladoria geral e procuradoria geral;
- Participação de 18 eventos (capacitação no sistema cofen/conselhos regionais);
- Renovação de cinco contratos entre Coren-CE e empresas de diversos segmentos;
- Abertura de 15 novos processos para contratação de serviços e produtos;

- Reabertura do processo de aquisição de imóvel na cidade de Sobral para sediar a subseção nesta cidade;
- Avaliação de imóveis adquiridos em Limoeiro do Norte e Crato para início da reforma das subseções;
- Elaboração de projeto para instalação de subseções do Coren-CE nas cidades de Quixadá e Inhamuns;
- Implantação do sistema de contrato;
- Implantação do sistema de gerenciamento de documentos;
- Nomeação do controlador, procurador jurídico e ouvidor;
- Criação da comissão para elaboração do planejamento estratégico do Coren-CE;
- Criação da comissão para estudo da necessidade da realização de concurso público;
- Nomeação de Conselheiros para suporte e acompanhamento das atividades dos departamentos de fiscalização, Dencob e controladoria;
- Abertura de processo para contratação de estagiários para a fiscalização gerência administrativa, comissão permanente de licitação e atendimento;
- Slide institucional;
- Treinamento aos servidores e colaboradores locais na secretária, almoxarifado, controladoria, gerência administrativa, comissão permanente de licitação, assessoria de comunicação e unidade de processamento;
- Abertura de processo para análise da concessão de gratificação aos fiscais deste regional e aos membros da comissão permanente de licitação
- Reavaliação dos valores das diárias dispostos na decisão Coren-CE nº 04/2011. ●

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Tendências da Enfermagem Profissional – ReTEP, é um periódico científico trimestral, revisado por pares. Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar o trabalho. Os manuscritos submetidos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol, e destinar-se exclusivamente à ReTEP, organizados segundo as indicações a seguir.

Artigo Original: Investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia científica, incluindo introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Artigo de Revisão: Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

Atualidade: Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde.

Resenha: Revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Todas as modalidades de textos aceitos pela Revista deverão ser digitados em processador de texto Word for Windows, limitados a 15 páginas impressas em papel tamanho A4, em espaço 1,5, parágrafos de 1,25, fonte Times New Roman, tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 3 cm.

Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve seguir a seguinte ordem:

1. Folha de Rosto

Título em português e inglês, em negrito, centralizado e em caixa alta, não devendo exceder 15 palavras; deve ser conciso, explicativo e representativo do conteúdo do trabalho.

O tipo de colaboração enviada (original, de revisão, atualidade ou resenha).

Nome completo e filiação institucional de cada autor.

Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável pela correspondência.

Fonte financiadora da pesquisa (se houver).

Se o manuscrito foi baseado em tese/dissertação, colocar o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas.

2. Resumo em português e inglês

Deve conter entre 100 e 150 palavras. Ao final deve constar 03 a 06 palavras-chave, em português e inglês, digitadas em caixa alta e baixa e separadas por ponto e vírgula. Devem ser empregados preferencialmente aqueles que constam na Lista de Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME (<http://decs.bvs.br>).

3. Corpo do Texto

Deve começar em uma nova página. Não inicie uma nova página a cada subtítulo, separe-os utilizando uma linha em branco. Em trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização. Os títulos deverão estar em negrito e caixa alta, e os subtítulos deverão ser destacados em negrito e letras maiúsculas apenas na primeira letra de cada palavra e antecidos por uma linha em branco. As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser acompanhadas do número respectivo. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

4. Agradecimentos

Incluir, de forma sucinta, colaborações que não autoria, como auxílios técnicos, financeiros e materiais, incluindo auxílios ins-

tucionais, governamentais ou privados, e relações que possam implicar em potencial conflito de interesse.

5. Referências

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE).

A formatação da lista de referências deve adotar espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda apresentar a numeração em sobrescrito antes da pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula). Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal⁽⁷⁾.

Citações oriundas de 2 ou mais autores apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador⁽¹⁻⁵⁾.

Citações diretas (transcrição na íntegra) de até três linhas devem ser delimitadas por aspas e numeradas de acordo com a ordem de citação no texto; indicando o número da referência e a página da citação. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas”^{1:30-31}.

Citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. Fonte 12, sem destaque. Não utilizar os termos op. cit, id. Ibidem. A expressão apud é a única que é utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

Citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, sem aspas, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais [...] (e7);

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: *primeira nota, **segunda nota, ***terceira nota.

Envio de manuscritos

1. O material a ser submetido a avaliação para publicação deverá ser encaminhado, por e-mail ou correio, para os endereços citados no final deste texto.
2. Manuscritos originais encaminhados através do correio deverão ser acompanhados em CD Rom contendo todos os arquivos. Se a opção de remessa for e-mail, todos os arquivos (texto, figuras e tabelas) deverão ser anexados à mensagem em attach-file.
3. Anexar cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, uma carta de encaminhamento autorizando o processo editorial do manuscrito, transferindo os direitos autorais para a ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional e garantindo que todos os procedimentos éticos exigidos em lei foram observados. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

POR CORREIO COMUM: ReTEP – Revista Tendências da Enfermagem Profissional Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – Coren/CE. Rua Mário Mamede, 609 – Bairro de Fátima – CEP: 60.415-000

– Fortaleza-Ceará

POR E-MAIL: retep@coren-ce.com.br ●