

cadernos de

# CIÊNCIA & SAÚDE

ISSN 2236-9503



FACULDADES  
**SANTO AGOSTINHO**  
*Qualidade em Ensino Superior*

VOLUME 4 . NÚMERO 2 . ANO 2014

## **CADERNOS DE CIÊNCIA E SAÚDE**

### **EDITORIA CIENTÍFICA**

*Ludmila Mourão Xavier Gomes*

### **EDITORES ASSOCIADOS**

*Carla Silvana Oliveira e Silva*, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

*Lucinéia de Pinho*, Faculdades Santo Agostinho – FASA, Montes Claros – MG, Brasil

### **CORPO EDITORIAL**

*Alba Idaly Muñoz Sánchez*, Universidad Nacional de Colombia, Colômbia

*Aline Oliveira Silveira*, Universidade de Brasília - UnB, Brasília-DF, Brasil

*Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

*Angela María Salazar Maya*, Universidad de Antioquia, Colômbia

*Asunción Ors Montenegro*, Universidad de Alicante, Espanha

*Dulce Aparecida Barbosa*, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo-SP, Brasil

*Dulcinéia Ghizoni Schneider*, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Brasil

*Edinêis de Brito Guirardello*, Unicamp-SP, Brasil

*Joselany Áfio Caetano*, Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-CE, Brasil

*Heloísa de Carvalho Torres*, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

*Kátia Conceição Guimarães Veiga*, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil

*Maria Cecília de Souza Minayo*, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

*María Guadalupe Moreno Monsiváis*, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

*Maria Manuela Frederico Ferreira*, Escola Superior de Enfermagem, Coimbra, Portugal

*Nelcy Martínez Trujillo*, Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de la Habana, Cuba

### **REVISÃO LINGUÍSTICA**

*Nely Rachel Veloso Lauton*

### **DIAGRAMAÇÃO**

*Projeto gráfico: Maria Rodrigues Mendes*

*Capa: Débora Torres*

---

Cadernos de Ciência e Saúde / Faculdades Santo Agostinho. – Vol. 1, n. 1, - . -  
Montes Claros : Faculdades Santo Agostinho, 2011-  
v. : il. 28 cm.

Trimestral

Vol. 4, n. 2, 2014.

Organizadora: Ludmila Mourão Xavier Gomes.

ISSN 2236-9503

1. Saúde. 2. Enfermagem. I. Faculdades Santo Agostinho . II. Título

CDU: 61

---

Catálogo: Bibliotecário Edmar dos Reis de Deus - CRB 6-2486.



## *S U M Á R I O*

### **EDITORIAL**

- 5** SUICÍDIO DE PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: UMA QUESTÃO PARA A SOCIEDADE E A SAÚDE COLETIVA

### **ARTIGOS DE PESQUISA**

- 7** O PROCESSO DE CUIDADO À CRIANÇA COM ASMA NO AMBIENTE DOMICILIAR
- 15** AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
- 25** SISTEMATIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM MATERNIDADES: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA IMPLANTAÇÃO
- 35** A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: PERSPECTIVAS DE USUÁRIAS

### **ARTIGO DE REVISÃO**

- 43** CULTURA ORGANIZACIONAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA
- 53** A DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA E SUAS REPERCUSÕES PARA CRIANÇA E A FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA
- 65** INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA: UMA REVISÃO DAS INCIDÊNCIAS QUANTO AOS FATORES DE RISCO PÓS-CIRURGIA

### **ARTIGO DE REFLEXÃO TEÓRICA**

- 81** CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA TEORIA DA COMPLEXIDADE: ALGUMAS REFLEXÕES
- 91** INSTRUÇÕES AOS AUTORES



## SUICÍDIO DE PESSOAS IDOSAS NO BRASIL: UMA QUESTÃO PARA A SOCIEDADE E A SAÚDE COLETIVA

Maria Cecília de Souza Minayo<sup>1</sup>

Há quase 120 anos, Émile Durkheim escreveu um livro considerado clássico sobre o suicídio, ressaltando que esse é um fenômeno que acontece em qualquer sociedade com certa regularidade e previsibilidade. Por sua constância, é possível entendê-lo e analisá-lo ao longo do tempo, por regiões, dentro de um país e no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que o suicídio é a primeira causa de morte violenta no mundo e suas taxas vem crescendo em alguns locais e em algumas faixas etárias. Entre essas sobressaem os idosos, cujo crescimento foi de 40% nos últimos 20 anos.

No Brasil, tendo em vista a relevância dos homicídios e da criminalidade no conjunto da morbimortalidade por violência, os suicídios sempre foram pouco estudados. As pesquisas nacionais ao longo do tempo, quase sempre ficaram restritas à área de psiquiatria e vinculadas aos diagnósticos de transtornos mentais. No entanto, cada vez mais é possível afirmar a multicausalidade do fenômeno, em cuja gênese estão envolvidos fatores psicológicos, sociais, biológicos, culturais, ambientais e médicos. O suicídio, sob qualquer aspecto, deve ser considerado como ato de escolha de uma pessoa em estado de sofrimento insuportável, sob o ponto de vista dela.

No Brasil, os suicídios têm aumentado paulatinamente ao longo dos últimos 30 anos. Eis algumas informações sobre os seus padrões, regularidades e variações na população em geral e entre idosos.

De 1980 a 2010 as taxas de suicídio no país passaram de 4,0/100.000 para 4,8/100.000. Esses índices mostram leve tendência de crescimento, embora mantendo o país entre os que têm os menores índices, segundo os critérios estabelecidos pela OMS, internacionalmente utilizados. O crescimento se deve, sobretudo, ao aumento das mortes autoinfligidas na **população masculina jovem e na de 60 anos ou mais**.

Observar e estudar esse fenômeno na velhice é importante porque a faixa etária acima 60 anos é a que mais cresce no país: nos últimos 10 anos a população idosa como um todo apresentou um incremento de 21,6%, e o grupo de 80 anos ou mais, de 47,8% (chegando a 65% em alguns municípios). O aumento extraordinário dos idosos acima de 80 anos aponta a relevância de se dar atenção ao problema aqui tratado, uma vez que esse é o segmento, entre os velhos, reconhecidamente mais vulnerável para o suicídio no mundo.

As diferenças regionais de ocorrência de suicídio no Brasil são notáveis: de 1996 a 2010, a Região Sul teve as mais elevadas taxas de mortes autoinfligidas de pessoas idosas: variaram entre 14,4/100.000 e 19,1/100.000, o que a torna parte da categoria de localidades

---

<sup>1</sup> Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: Cecília@claves.fiocruz.br

com “taxas médias” de suicídio no mundo, segundo critérios da OMS. Dos 50 municípios brasileiros com os índices mais elevados de mortes autoprovocadas entre pessoas acima de 60 anos, 90% estão no Sul. Ao contrário, durante o mesmo período, o Norte do país é o que apresentou as menores taxas: na região, nenhum município está entre os 50 com índices elevados de suicídio.

Quando se observam os dados por sexo, as taxas de suicídio feminino em geral e também entre as mulheres idosas são baixas e sem variações significativas entre 1996 a 2010. Já as referentes à população masculina como um todo e aos idosos em particular não só são muito mais elevadas como tendem a crescer, puxando para a cima os índices gerais de mortes autoinfligidas no país.

Existem também algumas características sociodemográficas e epidemiológicas do suicídio de idosos no período de 1996 a 2010: homens (77,3%), sem companheiro ou companheira (44,8%); com pouca educação formal (38,2%). O lugar preferencial do suicídio é a casa (51%); seguido por hospitais (26,1%). Quanto aos métodos, predominam o enforcamento (47,2%), o uso de armas de fogo (18,7%), outros meios (14,4%) e envenenamentos (14,3%). Quando ocorreram em casa, 64,5% dos suicídios de idosos foram por enforcamento e 17,8% por arma de fogo. De todas as mortes por envenenamento, 37,1% aconteceram no hospital e apenas 5,8% em casa. Desse conjunto, 41,5% dos idosos usaram pesticidas e 18%, medicamentos. Nas ruas ou em áreas públicas, a maioria das mortes envolveu arma de fogo (24,7%). Nas cidades grandes tem crescido o número de suicídios por queda de altura.

O suicídio na velhice se diferencia por gênero e por faixas etárias (60 a 69; 70 a 79; 80 ou mais anos). No entanto, alguns elementos precipitadores são mais ou menos comuns a todos: isolamento dentro do grupo familiar e da comunidade; perda do sentido da vida o que era dado pela profissão ou pela função social; intenso sofrimento provocado por enfermidades graves ou degenerativas; e depressão em diversos graus de gravidade.

É possível prevenir as mortes autoinfligidas, agindo sobre os fatores de risco e os elementos precipitadores. A OMS e o Ministério da Saúde apresentam propostas que podem ajudar os familiares e os profissionais de saúde que também estão pouco preparados para lidar com o problema. Pela exiguidade do espaço, remeto os leitores para os seguintes documentos que se encontram acessíveis online: Manual de prevenção de suicídio (MS) [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf); e Prevenção do Suicídio, OMS, [www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf) .

## O PROCESSO DE CUIDADO À CRIANÇA COM ASMA NO AMBIENTE DOMICILIAR

Andressa da Silveira<sup>1</sup>, Camila Fernandes Wild<sup>2</sup>

**RESUMO:** A asma é considerada a doença crônica mais comum na infância, gerando absenteísmo escolar e um importante impacto na vida da criança. O estudo objetivou apresentar de que forma os familiares/cuidadores desenvolvem os cuidados a criança com asma no ambiente domiciliar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. O cenário do estudo foi a Policlínica Infantil do município de Uruguai/RS, os sujeitos do estudo foram 15 familiares/cuidadoras que frequentam o Programa Infantil de Prevenção da Asma. Os dados obtidos pelas entrevistas foram transcritos e empregou-se a análise de discurso em sua corrente francesa. Os resultados apontaram que os cuidados são desenvolvidos pelas mulheres da família da criança. Essas cuidadoras desenvolvem um cuidado integral e comprometido a fim de livrar a criança dos agravos que possam comprometer sua saúde. Os conhecimentos adquiridos pelas famílias para cuidar no ambiente domiciliar advêm de diversas fontes, como as informações prestadas pelo médico, equipe de enfermagem e por pessoas próximas do núcleo familiar. Constatou-se, ainda, que as familiares desconhecem a fisiopatologia da asma. Nessa pesquisa, o enfermeiro mostrou-se desarticulado frente ao papel de agente transformador com competência para desenvolver práticas de educação em saúde. Recomenda-se que a enfermagem esteja apta para acompanhar e assistir a criança com asma e sua família, promovendo práticas de educação em saúde que fortaleçam o processo de cuidado no ambiente domiciliar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado; Assistência domiciliar; Enfermagem; Família; Saúde da criança.

## THE PROCESS OF CARE CHILD WITH ASTHMA IN HOUSEHOLD ENVIRONMENT

**ABSTRACT:** Asthma is considered the most common chronic childhood disease, causing school absenteeism and a major impact on a child's life. The study aimed to show how the family/caregivers develop the care the child with asthma in the home environment. This is a qualitative, exploratory and descriptive. The study setting was the Children's Polyclinic of the municipality of Uruguai/RS, the study subjects were 15 families /caregivers who are part of the Children's Asthma Prevention Program. Data were transcribed verbatim and employed the analysis of discourse in its French chain. The results showed that care is developed by the women of the family of the child. These caregivers develop a comprehensive and committed to rid the child of the problems that may compromise their health care. The knowledge acquired by households for care in the home environment come from various sources, such as information provided by the physician, nursing staff and people close to the family nucleus. It was found also that the relatives do not know the pathophysiology of asthma. In this research, the nurse showed up disarticulated opposite role of transforming agent responsible for developing practical health education. It is recommended that nursing is able to monitor and assist children with asthma and their families, promoting health education practices to strengthen the process of care in the home environment.

**KEYWORDS:** Care; Home care; Nursing; Family; Child health.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Tutora do Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde Redes de Atenção. Uruguai, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: andressadasilveira@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde Redes de Atenção. Uruguai, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: camilinhah@hotmail.com

Recebido em: 04/02/2014 . Aceito em: 10/03/2014

## INTRODUÇÃO

A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas. A inflamação crônica está associada à hiperresponsividade das vias aéreas, que leva a episódios recorrentes de sibilos, dispnéia, opressão torácica e tosse. Esses episódios são uma consequência da obstrução do fluxo aéreo intrapulmonar generalizado e variável, sendo reversível espontaneamente ou com tratamento (CRUZ *et al.*, 2012).

Sabe-se que a asma acomete cerca de 300 milhões de indivíduos em todo o mundo, nessa perspectiva, a asma é considerada a doença crônica mais comum na infância, gerando absenteísmo escolar e um importante impacto na qualidade de vida da criança (BRASIL, 2010).

Devido à cronicidade da doença, o seu controle é geralmente realizado no domicílio. A infância é uma fase da vida na qual o indivíduo não tem independência no autocuidado, sendo os pais e/ou familiares, na maioria das vezes, os cuidadores principais (SILVA; SILVA; MENESES, 2009). O manejo da asma inclui a educação dos familiares sobre a patologia, a identificação dos fatores agravantes, o controle dos fatores desencadeantes e o uso adequado dos medicamentos para melhor adesão ao tratamento e controle dos sintomas (STEPHAN; COSTA, 2009).

A participação da família no processo de cuidado à criança concerne à dimensão de como essa é efetivada na assistência. É indispensável à interação entre a enfermagem e os familiares/cuidadores a fim de que o processo de cuidado à criança esteja pautado na aliança de saberes (PIMENTA; COLLET, 2009).

Diversos fatores contribuem para a deficiência do conhecimento sobre a doença por parte dos cuidadores dessas crianças, entre eles, os níveis socioeconômicos, culturais, escolaridade e, principalmente, a falta de programas educacionais e a capacitação inadequada ou insuficiente dos profissionais de saúde para o tratamento de doenças respiratórias (GUSTAVO *et al.*, 2012)

No que tange o papel dos cuidadores de crianças, destaca-se que este cuidado costuma ser restrito aos membros mais próximos da família, que passam a viver em prol dos cuidados cotidianos requeridos pelas crianças. Assim, os cuidadores passam a cuidar da criança com dedicação exclusiva (NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013). O cuidado é entendido como um modo de ser; sem o cuidado deixa-se de ser humano. Ocorre por uma força que move a capacidade de cuidar, evidenciando esta habilidade ao satisfazer uma resposta a algo ou a alguém (WALDOW; BORGES, 2011).

Ressalta-se a importância da participação dos familiares no processo de cuidado a criança com asma e que esse cuidado deve ser orientado pela enfermagem, a fim de que os familiares sintam-se seguros para a prática. Frente ao exposto, o presente artigo tem por objetivo apresentar de que forma os familiares/cuidadores desenvolvem os cuidados a criança com asma no ambiente domiciliar.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo realizada em janeiro de 2014. A coleta de dados foi conduzida pela entrevista semiestruturada, com a finalidade de dar voz aos sujeitos do estudo. Na entrevista semiestruturada, o entrevistado tem a possibilidade de descrever o tema questionado, sem ter de preocupar-se com as respostas e as condições fixadas pelo pesquisador, pois se trata de perguntas fechadas ou abertas com ênfase nas interações (MINAYO, 2010).

O cenário de pesquisa foi a Policlínica Infantil do município de Uruguai/RS, o serviço caracteriza-se por ser um centro de referência no atendimento às crianças com asma, credenciado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os sujeitos do estudo foram 15 familiares/cuidadoras de crianças com diagnóstico de asma, que fazem parte do Programa Infantil de Prevenção da Asma



(PIPA). Foram incluídos no estudo familiares que desempenhavam cuidados no ambiente domiciliar a criança com asma com acompanhamento regular no serviço de saúde. Foram excluídos os familiares que não desempenhavam cuidados cotidianos à criança com asma no domicílio, bem como aqueles que desconhecem o diagnóstico da criança.

As entrevistas foram desenvolvidas em uma sala de espera dentro do serviço de saúde e o áudio foi gravado. Para chegar à amostra do estudo, utilizou-se a amostragem por saturação, que estabelece o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (DENZIN; LINCOLN, 2005). Os dados obtidos pelas entrevistas foram transcritos e empregou-se a Análise de Discurso (AD) em sua corrente francesa (ORLANDI, 2009).

A AD serve para dar expressão ao texto, possibilitando ao leitor compreender as falas dos sujeitos. Para tanto, inclui-se materialidade linguística aos discursos por meio de sinais ortográficos como: / Pausa reflexiva curta; // Pausa reflexiva longa; /// Pausa reflexiva muito longa; ... Pensamento incompleto# Interrupção da fala do sujeito; [ ] Explicação/ Correção da palavra ou frase incompleta; [...] Recorte de um trecho do discurso; “...” aspas duplas indicam a fala ou texto de outrem. Posteriormente foram aplicadas ferramentas analíticas como a metáfora, paráfrase e polissemia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob Protocolo nº 498.734. Aos sujeitos de pesquisa foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando os objetivos do estudo e sobre o caráter voluntário de suas participações. Para garantir o anonimato dos sujeitos de pesquisa, atribuiu-se o codinome “FC” relativo à familiar/cuidador seguido de uma numeração ordinal aleatória. O estudo seguiu as diretrizes de pesquisa com seres humanos, Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Dentre os sujeitos de pesquisa, havia 11 mães, três avós e uma bisavó. Ao serem questionadas sobre o estado civil, 54% das familiares/cuidadoras afirmaram serem casadas, outras 13% moravam com companheiro, 13% eram viúvas e 20% solteiras.

Quanto à caracterização socioeconômica, salienta-se que 53% viviam abaixo da linha da pobreza com uma renda de até um salário mínimo, (R\$724,00) e 47% afirmaram possuir uma renda de até dois salários mínimos.

Em relação à escolaridade das familiares/cuidadoras, 40% tinham o ensino fundamental incompleto, 27% concluíram o ensino fundamental, 6% possuíam o ensino médio incompleto e 27% concluíram o ensino médio.

Quando as familiares/cuidadoras foram questionadas sobre quem as orientou em relação aos cuidados da criança com asma, as mulheres relataram que receberam orientações do médico pediatra e eventualmente dos familiares e pessoas mais próximas ao núcleo familiar. Como pode ser observado nos discursos a seguir:

*Primeiro com o pediatra e depois agora com a doutora [nome da médica], o tratamento aqui [no serviço de saúde]. (FC4)*

*Ah, eu recorro assim, geralmente as pessoa mais velhas né!? Minha sogra, minha mãe. Porque elas sabem o que é mais assim... [cuidar corretamente] né!? (FC5)*

*Olha, eu aprendei com o médico mesmo, dizendo os cuidados que tinha que ter. (FC7)*

*[...] Eu vou no médico pra saber. Com ele sim, eu me informo como que eu tenho que fazer, né!? (FC13)*

*[...] Isso foi tudo aqui, com a enfermeira. A enfermeira [...] [nome da enfermeira do serviço] me ensinou muita coisa. [...] (FC10)*

*Aprendi aqui no posto. Porque elas [Enfermeira e Técnicas de enfermagem] explicam pra gente, né?! Como que deve agir no momento de crise [de asma], e coisa assim.../ elas explicam... [...] (FC11)*

De acordo com as enunciações das familiares/cuidadoras, o pediatra é o profissional com maior destaque no que tange as orientações, seguido pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Contudo, devido ao fato da enfermagem ter contato diário com as crianças que frequentam o serviço de saúde e por atuarem na triagem e orientação, suas ações deveriam ser enfatizadas pelas familiares, o que não ocorreu.

Quanto ao entendimento sobre a asma, as familiares/cuidadoras associaram a doença aos sinais e sintomas apresentados pelas crianças durante a crise asmática, conforme suas enunciações:

*[...] No caso o que eu vejo [...] quando da nele [crise de asma], o peito dele fica chiando [Sibilos] e ele fica com falta de ar. (FC3)*

*[...] Eu sei que é aquela ofegação pra respirar [dificuldade para respirar], né!?![...] (FC9)*

*Mas olha, alguma coisa envolvida com o pulmãozinho dele, né!? Porque é uma insuficiência uma falta de ar que ele tem. [...] (FC10)*

As familiares/cuidadoras, mesmo desconhecendo a fisiopatologia da asma, conseguem identificar quando as crianças entram em crise asmática pelos sinais clínicos apresentados. A partir da possibilidade da constatação da crise de asma, as familiares elaboram suas estratégias de cuidado, conforme suas afirmações:

*[...] Eu deixo a casa bem ventilada [...]! Ela usa dois tipos de remédio de uso contínuo eu dou a metade de um comprimido todos os dias de noite pra ela, e coloco spray no nariz dela... todos os dias de noite eu tenho que fazer isso pra poder controlar a asma! (FC2)*

*Ah, eu dou a medicação dele [...] quando vejo que ele não tá respirando bem, faço nebulização. [...] Ah, tem que*

*ta [está] sempre bem arejada [a casa]! [...] Está sempre ventilando, né!?! (FC5)*

A principal meta no tratamento da asma é a obtenção e manutenção do controle da doença, ou seja, o controle das manifestações clínicas e funcionais. Desse modo, as familiares/cuidadoras lançam mão de dispositivos, recursos e adaptação do ambiente físico em prol do bem-estar da criança e para o desenvolvimento do processo de cuidado.

## DISCUSSÃO

Diante dos achados, a orientação e o tratamento prescrito pelo médico são fundamentais para essas familiares. Poucas familiares/cuidadoras relataram a presença da enfermagem no processo de orientação para o cuidado, o que comprova a invisibilidade dos enfermeiros para essas famílias. É de suma importância que a família e a criança sejam acompanhadas por um conjunto de serviços multiprofissionais, que auxiliem no processo de cuidado e reabilitação. A rede social da família deve ir além dos serviços médicos, a enfermagem e outros profissionais devem participar a fim de fornecer suporte aos familiares (SILVEIRA; NEVES, 2012).

Estudos revelam que a enfermagem acaba significando certa invisibilidade frente ao paciente e sua família, visto que a falta de informação prestada e registros incompletos das ações executadas desvaloriza e fragiliza o papel do enfermeiro na prática (SILVEIRA; NEVES; FAMOSO, 2011).

A rede familiar extensa assume um papel fundamental no cuidado à criança, pois esta é responsável pelo seu bem-estar. Assim, a família é imprescindível na vida das familiares/cuidadoras. As redes podem ser compreendidas como sistemas compostos por vários objetos sociais, situações, funções e pessoas, de acordo com o que cada membro exerce e significa. Oferecem apoio instrumental e emocional para superar as necessidades dos familiares (ZAMBERLAN *et al.*, 2013).

Constatou-se, ainda, que as familiares desconhecem a fisiopatologia da asma. Estudo enfatiza a importância dos familiares/cuidadores reconhecerem sinais e sintomas precocemente, pois o baixo nível socioeconômico, o tratamento profilático inadequado e a ausência de acompanhamento médico regular para o tratamento são apontados como fatores de risco para a hospitalização infantil (GOMES *et al.*, 2010).

As familiares/cuidadoras desenvolvem um cuidado integral e comprometido a fim de livrar a criança dos agravos que possam comprometer a saúde e a qualidade de vida. Porém, para que esse cuidado seja prestado de modo eficiente e em benefício não só da criança, mas de toda a família, os profissionais de saúde devem estar habilitados para oferecer apoio a essas pessoas.

A enfermagem deve reconhecer e esclarecer as dificuldades e as dúvidas dos familiares para promover o cuidado no domicílio, auxiliar na promoção da autonomia e do empoderamento da família para que os mesmos possam desenvolver os cuidados em casa (SOUZA; NEVES; BORBA, 2013).

A explicação e a prática médica, mesmo essencial na percepção das familiares/cuidadoras, demonstram não ser suficientes, pois as famílias das crianças possuem dificuldades na compreensão sobre a doença.

Quanto à relação médico-paciente, ainda existe deficiência na comunicação. Em geral, os médicos não explicam de forma clara e compreensiva o problema de saúde, não verificam o grau de entendimento do paciente e sua família sobre a doença, o que prejudica significativamente a adesão ao tratamento (CAPRARA; FRANCO, 1999).

## CONCLUSÃO

O processo de cuidado domiciliar evidenciado neste estudo mostrou-se ser exclusivamente feminino, praticado pelas mães, avós e bisavó. O estudo evidenciou,

ainda, o predomínio de familiares com baixa renda socioeconômica e baixa escolaridade.

Os conhecimentos adquiridos pelas familiares/cuidadoras para cuidar no ambiente domiciliar advêm de diversas formas, como as informações oferecidas pelo médico, equipe de enfermagem e por pessoas mais próximas do núcleo familiar.

O fato das familiares/cuidadoras, em geral, não saberem conceituar a doença, pode estar relacionado à maneira como elas receberam o diagnóstico. O esclarecimento e a comunicação adequada possibilitam formar um elo com a criança e sua família, para que haja maior adesão ao tratamento.

O enfermeiro mostrou-se desarticulado frente ao papel de agente transformador com competência para desenvolver práticas de educação em saúde. Desse modo, a enfermagem deve estar apta a traçar metas para que a criança e sua família sejam acompanhadas e assistidas adequadamente, tendo a missão de promover a educação em saúde para o processo de cuidado da criança com asma no ambiente domiciliar.

Ainda que essas crianças disponham de um acompanhamento contínuo por meio de um programa específico, há algumas lacunas no que tange o processo de educação em saúde para o cuidado no ambiente domiciliar. Nesse sentido, sugere-se um modelo integral de cuidado voltado à orientação da família da criança com asma, considerando não apenas a sobrevivência da criança com a doença, mas a promoção da saúde da criança e de sua família.

Ademais, recomenda-se que a enfermagem esteja apta para acompanhar e assistir a criança com asma e sua família, promovendo práticas de educação em saúde que fortaleçam o processo de cuidado com qualidade no ambiente domiciliar.

## RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Asma**. 2010. Disponível em: <<http://www.isaude.net/ptBR/noticia/4592/geral/segundo-ministerio-da-saude-asma-e-responsavel-por-6-mortes-ao-diano-brasil>>. Acesso em: 18 jul. 2013.
- BRASIL. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 12 dez. 2012.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.3, p.647-654, 1999.
- CRUZ, A. *et al.* Diretrizes da sociedade brasileira de pneumologia e fisiologia para o manejo da asma. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.38, p. S1-S46, 2012.
- DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **The sage handbook of qualitative research**. 3ed. California/USA: SAGE publications, 2005. 1210p.
- GOMES, F.; BORGES, L.C.; DUARTE, M.R.; ROCHA, S.S. Conhecimento e práticas de cuidar das mães frente à criança com asma. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.3, n.1, p.19-23, 2010.
- GUSTAVO, A.S. *et al.* Características e conhecimentos de cuidadores de crianças portadoras de asma. **Revista de Graduação PUCRS**, v.5, n.1, p.1-10, 2012.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 407p. 2010.
- NEVES, E.T.; CABRAL, I.E.; SILVEIRA, A. Rede familiar de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v. 21, n.2, p. 2-9, 2013.
- ORLANDI, E.P. **Análise do discurso**: princípios e procedimentos. Campinas, v.8. p.100, 2009.
- PIMENTA, E.A.G.; COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: Concepções de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.3, p.622-629, 2009.
- SILVA, M.D.B.; SILVA, L.R.; MENESES, I.M. O cuidado materno no manejo da asma infantil—contribuição da enfermagem transcultural. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.4, p.772-779, 2009.
- SILVEIRA, A. *et al.* Caracterização de crianças em tratamento cirúrgico em um hospital escola no sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n.2, p.174-182, 2011.
- SILVEIRA, A.; NEVES, E.T. Vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 172-180, 2012.
- SOUZA, N.S.; NEVES, E.T.; BORBA, R.I.H. Ser cuidadora familiar de criança com asma: análise do discurso e estudo de suas significações. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 3, n. (esp), p. 573-580, 2013.
- STEPHAN, A.M.S.; COSTA, J.S.D. Conhecimento sobre asma das mães de crianças acometidas pela patologia, em

área coberta pelo Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p.671-679, 2009.

WALDOW, V. R.; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p.

414-408, 2011.

ZAMBERLAN, K.C. *et al.* Cristiane Cardoso de. O cuidado familiar à criança com necessidades especiais de saúde no contexto da comunidade. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p.290-297, 2013.





## AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL\*

Ana Tereza Martins Lopes<sup>1</sup>; Ana Railka de Souza Oliveira<sup>2</sup>; Keila Maria de Azevedo Ponte<sup>3</sup>; Vanessa Emille de Carvalho Souza<sup>4</sup>; Antônia Eliana de Araújo Aragão<sup>5</sup>

**RESUMO:** Conhecer a sobrecarga dos cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral (AVC) contribui para a qualidade da assistência de enfermagem de forma que a função da enfermagem se torne mais esclarecida e humanizada para a população. Objetivou-se avaliar a sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes acometidos por AVC. Estudo transversal, realizado no período de junho a agosto de 2012, com cuidadores de pacientes acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada na cidade de Reriutaba, Ceará. Entrevistaram-se 22 cuidadores em relação aos dados sociodemográficos, atividades desempenhadas, existência de dor, avaliação dos gastos financeiros e avaliação da sobrecarga de cuidados pela Caregiver Burden Scale (CBS). Compilaram-se os dados no programa Microsoft Excel e fez-se a análise estatística, no SPSS versão 20.0. Foram atendidas todas as recomendações éticas. A maioria dos cuidadores era do sexo feminino (77,3%), solteiro (45,5%) e filho (50,0%) do paciente. No tocante aos dados de saúde dos cuidadores, observaram-se doenças como hipertensão e diabetes; e muitos se queixam de dores corporais após a realização das atividades de cuidado. Quanto à sobrecarga, encontrou-se uma média de 1,88 na CBS. Concluiu-se que é necessário o estabelecimento de uma parceria dinâmica com a família, com divisão de responsabilidades e o estabelecimento de um canal de comunicação contínuo da equipe de enfermagem com o paciente e sua família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidadores; Acidente cerebral vascular; Enfermagem.

## EVALUATION OF THE OVERLOAD OF CAREGIVERS OF PERSONS AFFECTED BY STROKE

**ABSTRACT:** The burden of caregivers of patients affected by stroke should be known to contribute to the quality of nursing care, making it more enlightened and humane for the population. The study aimed to evaluate the burden of family caregivers of stroke patients. Cross-sectional study was conducted between June to August 2012, with caregivers of patients followed by the Family Health Strategy, located in Reriutaba, Ceará. 22 caregivers were interviewed regarding sociodemographic data, work activities, presence of pain, assessment of financial costs and burden assessment of care for Caregiver Burden Scale (CBS). Compiled the data in Excel and did the analysis of SPSS software, version 20.0. We respected all ethical recommendations. Most caregivers were female (77.3%), single (45.5%) and child (50.0%) patients. With regard to health data of caregivers, observed diseases like hypertension and diabetes; and many complain of body aches after completion of care activities. Regarding overload is found an average of 1.88 on CBS. It was concluded that the establishment of a dynamic partnership with the family, with division of responsibilities and the establishment of a communication channel continuous nursing team with the patient and family is necessary, not considering the family as problems, but as partners in achievement of care and health care.

**KEYWORDS:** Caregivers; Stroke; Nursing.

\* O trabalho é resultante da Monografia de Graduação apresentada ao curso de Enfermagem, das Faculdades INTA, no ano de 2013.

<sup>1</sup> Enfermeira. Coordenadora de Vigilância Epidemiológica do Município de Reriutaba. Reriutaba, Ceará, Brasil. E-mail: anateresa\_23@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: ana.railka@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: keilinhaponte@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: vanessaemille@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA. Sobral, Ceará, Brasil. E-mail: antoniaelianaaraujo@gmail.com

Recebido em: 01/02/2014 . Aceito em: 30/03/2014

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma alteração da circulação cerebral que ocasiona um déficit transitório ou definitivo no funcionamento de uma ou mais partes do cérebro. Quanto às causas, podem ser observadas o evento isquêmico e o hemorrágico, os quais levam a uma perda da função neurológica. Além disso, ele representa a terceira causa de morte em vários países do mundo e a principal causa de incapacidade física e mental, acometendo, particularmente, pessoas com mais de 55 anos (COSTA *et al.*, 2011).

Cavalcante *et al.* (2011) evidenciam que, quanto maior o número de necessidades afetadas do paciente, maior será a urgência de planejar a assistência, pois a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada.

Logo, percebe-se que cuidar de alguém acometido por AVC tem se tornado uma realidade cada vez mais frequente no cotidiano das famílias. Deste modo, a avaliação do estado de saúde destes cuidadores é um ponto essencial do cuidado de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Neves (2011) relata que as atividades realizadas pelos enfermeiros, relacionadas ao cuidado de enfermagem ao paciente com AVC, vêm crescendo e se tornando complexa, a cada ano, sendo compreendido pelo cuidar, educar e gerenciar. No entanto, na prática, alguns enfermeiros possuem uma visão limitada, acreditando que o cuidar, relacionado ao educar, possibilita conversão e diversificação dos conhecimentos, valorizando as necessidades individuais.

Deste modo, compreender parte do processo de cuidar no domicílio possibilita identificar algumas das carências e fragilidades para as quais o enfermeiro precisa dirigir sua atenção, eleger prioridades e concentrar seu trabalho. Entretanto, apesar de existirem estudos sobre o perfil de pacientes com AVC e de seus cuidadores, há uma lacuna de estudos sobre a real sobrecarga desses cuidadores.

Portanto, o objetivo do presente trabalho foi investigar a sobrecarga dos cuidadores de pessoas acometidas por AVC.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza transversal, realizado junto aos cuidadores de pacientes com AVC, que eram acompanhados Estratégia Saúde da Família (ESF). Os critérios de inclusão na amostra foram: ser cuidador familiar principal e exercer atividades há, pelo menos, dois meses, tempo considerado como necessário para haver um maior envolvimento do paciente e do cuidado. Como critério de exclusão para a amostra, adotou-se: cuidadores de pacientes que, além do AVC, tenham outras doenças neurológicas ou transtornos mentais.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2012. Para isso, foi utilizado o instrumento previamente elaborado por Oliveira (2010). Para a mensuração da sobrecarga do trabalho do cuidador, adotou-se a *Caregiver Burden Scale* (CBS).

A CBS é composta de 22 questões, agrupadas em cinco dimensões (tensão geral, isolamento, decepção, envolvimento emocional e ambiente) e abrangem áreas de fundamental importância do cuidador, como saúde, bem-estar psicológico, relações pessoais, sobrecarga física, suporte social e ambiente. Às questões podem ser atribuídas respostas de 1 a 4, sendo: 1 = de modo algum; 2 = raramente; 3 = algumas vezes; 4 = frequentemente. Para a medida da sobrecarga dos cuidadores, o escore total foi obtido pela média aritmética dos valores equivalentes às respostas das 22 questões e o escore individual foi obtido a partir da média aritmética dos valores equivalentes às respostas das questões específicas de cada dimensão. Não há ponto de corte para classificar a sobrecarga (MEDEIROS, 1998).

Os dados foram coletados por uma acadêmica de enfermagem, do último semestre, a qual foi devidamente treinada



pelas pesquisadoras. A coleta de dados ocorreu nas unidades de Estratégia Saúde da Família ou no domicílio do paciente, após contato prévio com o cuidador para o agendamento da visita.

De posse dos dados, estes foram compilados numa planilha do programa Excel 8.0, e foram processados e analisados com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), version 20.0. Procedeu-se à análise mediante uma abordagem estatística descritiva, para a qual se fez a distribuição das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e das médias, com desvio padrão (DP) para variáveis contínuas. Foram construídas tabelas para a apresentação dos dados e estes foram discutidos com a literatura referente à temática estudada.

Em consideração aos aspectos éticos e administrativos da pesquisa científica, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com o protocolo de nº 70255, e em todas as suas etapas cumpriu as recomendações da Resolução nº 466/2012 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e os

compromissos da pesquisadora, em relação ao sigilo das identidades, na divulgação dos resultados, autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar, de forma voluntária, do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, voltou-se para o cuidador de pacientes acometidos por AVC, ao reconhecer que esse indivíduo possui grande importância para sociedade, contexto familiar e para o Sistema Único de Saúde (SUS), ao assumir uma parcela considerável de responsabilidade pela assistência aos cuidados. Foi encontrado, no território, cuidadores com diferentes características e necessidades. Uma abordagem geral, sem esquecer as peculiaridades de cada caso, é um desafio a ser vencido pelos serviços de saúde.

Participaram deste estudo 22 cuidadores de pacientes acometidos por AVC, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Reriutaba, Ceará. A Tabela 1 mostra a caracterização dos cuidadores, segundo as variáveis sociodemográficas.

**Tabela 1** – Caracterização dos cuidadores de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral segundo as variáveis: sexo, escolaridade, estado civil, relação cuidador/paciente, trabalha, conta com suporte externo, presença de dúvidas em relação à doença. Reriutaba 2012.

Variáveis	Frequência	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	17	77,3
Masculino	5	22,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	4	18,2
Ensino médio completo	4	18,2
Ensino médio incompleto	4	18,2
Ensino superior	7	31,8
Ensino superior incompleto	2	9,1
Analfabeto	1	4,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	10	45,5
Casado (a)	9	40,9
Divorciado (a)	2	9,1
Viúvo (a)	1	4,5

Continua

Variáveis	Frequência	%				
<b>Relação Cuidador/Paciente</b>						
Filho (a)	11	50,0				
Neto (a)	4	18,2				
Irmão (a)	3	13,6				
Outros	2	9,1				
Esposo (a)	1	4,5				
Genro/Nora	1	4,5				
<b>Trabalha</b>						
Sim	14	63,6				
Não	8	36,4				
<b>Conta com suporte externo</b>						
Sim	6	27,3				
Não	16	72,7				
<b>Presença de dúvidas em relação ao cuidado</b>						
Sim	9	40,9				
Não	13	59,1				
	<b>Média</b>	<b>DP<sup>1</sup></b>	<b>Mediana</b>	<b>P25<sup>2</sup></b>	<b>P50<sup>3</sup></b>	<b>P75<sup>4</sup></b>
Idade (anos)	35,13	15,5	32,50	22,50	32,50	47,25
Tempo como cuidador (meses)	38,41	32,36	36,00	11,00	36,00	51,00

<sup>1</sup>DP – Desvio-Padrão. <sup>2</sup>P25 - Percentil 25. <sup>3</sup>P50- Percentil 50. <sup>4</sup>P75 - Percentil 75

Infere-se, a partir da Tabela 1, que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino (77,3%), tendo cursado o ensino superior completo (31,8%), solteiro (a) (45,5%) e filho (a) do paciente com AVC (50,0%). Quanto à situação ocupacional 63,6% trabalham e, desse total, 18,2% são funcionários públicos, 13,6% são professores, 9,1% são atendente e empregadas domésticas, 4,5% são vendedores e mototaxista. Além disso, 36,4% não trabalham, tendo como principal motivo serem donas de casa (18,2%); 13,6% são desempregados, tendo também dois estudantes (9,1%) e um aposentado (4,5%).

Esses dados são muito semelhantes ao do perfil de cuidadores de pacientes com AVC de outros estudos (OLIVEIRA, 2013a; MORAES *et al.*, 2012; OLIVEIRA, 2010). Tal fato implica que a atribuição de obrigações, papéis e tarefas do cuidado segue normas culturais.

Um fato interessante verificado na pesquisa realizada foi a presença de pais cuidadores dos filhos acometidos por AVC, dado que também foi verificado no estudo de Oliveira (2010), no qual se visualizou que, muitas vezes, a mãe idosa ou sem capacidade de realizar algumas tarefas de cuidar, assumia essa tarefa, dada a falta de outra pessoa. Assim, percebe-se que a família assume um papel importante na sociedade e no acolhimento aos familiares

que apresentam deficiências ou limitações.

Outro fato peculiar do presente estudo foi que 31,8% dos cuidadores tinham curso superior, o que ressaltou cuidados bastante eficazes. É importante reconhecer o grau de instrução desses cuidadores, pois são eles receberam informações e orientações da equipe de saúde. Esse dado foi diferente da pesquisa de Oliveira *et al.* (2013b), que encontrou um número significativo de cuidadores com baixa escolaridade.

No tocante a contar com suporte financeiro externo para ajudar no cuidar do paciente com AVC, 72,7 % dos cuidadores relataram não contar com nenhum tipo, contudo, daqueles que recebiam ajuda, na maioria das vezes, essa era proveniente da família (13,6%) e de forma mensal.

Quanto à questão de como aprendeu a cuidar, 27,3% aprenderam com profissionais e 18,2% aprenderam a cuidar sozinhos. Das atividades desempenhadas pela Estratégia Saúde da Família, o exame físico teve o maior desempenho com 45,5 %, em seguida, veio à realização de orientação mais exame físico (22,7%). Com menor incidência, vieram as realizações de orientações, exame físico mais matérias, exame físico mais fisioterapia e curativos com 4,5%. Diante desse contexto, na Tabela 2 apresenta-se o perfil clínico dos cuidadores.

Foi encontrado que a maioria das cuidadoras aprendeu a cuidar através de orientações de profissionais (27,3%) e algumas aprenderam sozinhas (18,2%). No entanto, é necessária a execução de estudos que especifiquem mais essa questão, para saber como esse conhecimento está sendo passado e adquirido por esta população. Um exemplo disso é o estudo de Oliveira *et al.* (2013), em que 81% dos cuidadores relataram que não receberam orientações

dos cuidados necessários aos pacientes após primeiro AVC.

Quando se avaliou a realização das atividades diárias, constatou-se que os cuidadores não apresentavam dúvidas em relação aos procedimentos que realizam, como curativos, cuidados com a higiene, alimentação, procedimentos medicamentosos e os exercícios realizados com esse paciente, como evidenciado no estudo de Oliveira (2010).

**Tabela 2** - Perfil clínico dos cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. Reriutaba, 2012.

Variáveis	Frequência	%				
<b>Diabete Mellitus</b>						
Sim	1	4,5				
Não	18	81,8				
Não sabe	3	13,6				
<b>HAS</b>						
Sim	6	27,3				
Não	16	72,7				
<b>Osteoporose</b>						
Sim	6	27,3				
Não	16	72,7				
<b>Dislipidemia</b>						
Sim	1	4,5				
Não	18	81,8				
Não sabe	3	13,6				
<b>Toma medicações</b>						
Sim	9	40,9				
Não	12	54,5				
<b>Sente dores no corpo</b>						
Sim	15	68,2				
Não	7	31,8				
<b>Modificações no corpo após cuidar do paciente</b>						
Sim	11	50,0				
Não	11	50,0				
	<b>Média</b>	<b>DP<sup>1</sup></b>	<b>Mediana</b>	<b>P25<sup>2</sup></b>	<b>P50<sup>3</sup></b>	<b>P75<sup>4</sup></b>
<b>Tempo de Diabete (meses)</b>	12,00		12,00	12,00	12,00	12,00
<b>Tempo de Hipertensão (meses)</b>	60,00	22,45	60,00	96,00	42,00	60,00

<sup>1</sup>DP – Desvio-Padrão. <sup>2</sup>P25 - Percentil 25. <sup>3</sup>P50- Percentil 50. <sup>4</sup>P75 - Percentil 75

Ao observar o perfil clínico dos cuidadores, a hipertensão arterial foi a doença mais frequente (72,2%). Tal fato chama a atenção, por ela propiciar maior risco para o desenvolvimento de outras doenças, como o AVC. Outras doenças também foram apresentadas, como gastrite (18,2%), depressão e labirintite, ambas com 4,5%, respectivamente.

Quanto ao uso de medicação, 40,9% utilizavam algum tipo de remédio. Desse total, 18,2% tomam drogas anti-hipertensiva,

9,1 % usam medicações para depressão e 4,5% utilizam protetores gástricos e 4,4% utilizam associadamente, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais.

Com o surgimento das tarefas diárias do cuidado, 50,0% dos cuidadores referiram modificações em seu corpo e 68,2% referiu à presença de dores, sendo estas mais significativas nos braços (22,7%) e pernas (13,6%). Essa dor, em 40,9% dos entrevistados, teve início antes da dependência e em 59,1% ela permaneceu

após a realização das atividades.

Ao observar as atividades desempenhadas pelos cuidadores, verificou-se que a maioria (63,6%) realizava atividades fora de casa, além do cuidado com o parente e das obrigações com as tarefas de casa. Desse modo, pouco tempo era destinado para o descanso físico e mental.

Vale ressaltar o alto grau de estresse que acomete esses cuidadores, o que é referido por Santos e Cardoso (2012), os quais estudaram os cuidadores de pacientes com transtornos mentais. Eles encontraram que dos participantes, 81,5% se perceberam com algum grau de estresse e entre estes, alguns aspectos da convivência com a pessoa em sofrimento mental foram avaliados como os que mais frequentemente contribuía para esta percepção. Dessa forma, a experiência de cuidador de usuário de serviço de saúde mental é significada como estressante, necessitando apoio,

orientação e auxílio em relação ao convívio no ambiente doméstico.

Com toda essa sobrecarga, o cuidador, quando jovem, deixa de realizar outras atividades e tendo que encarar o cuidado como sua principal tarefa diária. Assim, quanto maior for o tempo dispensado aos cuidados desse familiar, menos tempo irão sobrar para ele participar de eventos, festas, encontros religiosos e dos próprios cuidados consigo mesmo, podendo, dessa forma, despertar sinais sugestivos de depressão, exaustão física (VISSER-MEILY *et al.*, 2009).

No tocante à realização de atividades físicas, não foi relatado nenhum obstáculo para a sua realização, pois como vivem em cidade pequena, na qual tudo é perto, as práticas de exercício físico se tornam comum para esses cuidadores. Na tabela 3, apresentaram-se os valores da sobrecarga dos cuidadores, expressa pelos escores da CBS.

**Tabela 3** - Escore global e das dimensões da CBS aplicado aos cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. Reriutaba, 2012

	Média	DP <sup>1</sup>	Mediana	P25 <sup>2</sup>	P50 <sup>3</sup>	P75 <sup>4</sup>
<b>Média CBS</b>	1,88	0,45	1,77	1,56	1,77	2,13
<b>Média tensão geral</b>	2,31	0,80	2,15	1,72	2,13	3,00
<b>Média ambiente</b>	2,11	0,39	2,00	2,00	2,00	2,30
<b>Média decepção</b>	1,85	0,66	1,80	1,35	1,80	2,25
<b>Média isolamento</b>	1,70	0,76	1,60	1,23	1,60	2,08
<b>Média envolvimento emocional</b>	1,38	0,61	1,00	1,00	1,00	1,38

<sup>1</sup>DP – Desvio-Padrão. <sup>2</sup>P25 - Percentil 25. <sup>3</sup>P50 - Percentil 50. <sup>4</sup>P75 - Percentil 75

Em relação à medida da sobrecarga dos cuidadores de pacientes acometidos por AVC, a média geral foi de 1,88 (DP±0,45). As dimensões com maiores valores da sobrecarga foram, média tensão geral, ambiente, decepção, com média de 2,31, 2,11 e 1,85, respectivamente.

Nesse contexto, pode-se observar que o cuidador passa a ter que realizar muitas tarefas que prejudicam a sua saúde e que, conforme Santos e Cardoso (2012), levam os cuidadores a sentir dificuldade em lidar com tais comportamentos, demonstrando cansaço e incompreensão diante de situações que não conseguem modificar.

Quanto à tensão geral imposta pelo cuidar, 40,9% relataram que, algumas vezes, enfrentam problemas que são difíceis de resolver; 36,4% frequentemente assumem responsabilidades demais para cuidar de seu parente; 18,2% sentiram-se, algumas vezes ou frequentemente, cansados/esgotados fisicamente e 22,7% revelaram que, frequentemente, esse trabalho com o cuidar é muito desgastante mentalmente e muito preocupante ter que cuidar de um paciente com AVC. No entanto, apesar dessas dificuldades, 36,4% dos cuidadores referiram, de modo algum, sentir vontade de fugir da situação em que se encontravam;

e 36,4%, de modo algum, sentiam-se presos.

Em relação à saúde do cuidador, 45,5% disseram que em nada sua saúde tem sido prejudicada por causa do problema de seu parente e 40,9% afirmaram que esse cuidado de algum passa muito tempo cuidando a ponto de não sobrar tempo para si mesmo.

No que concerne à presença de Isolamento, 68,2% de modo algum evitam convidar amigos e conhecidos para irem à sua casa, 31,8% referiram que o tempo para sua vida social diminuiu e 18,2% relataram que o problema de seu parente impediu de realizar seus desejos. Tais dificuldades foram relatadas como presentes raramente, ou algumas vezes, evidenciando que a atividade de cuidar de um paciente com AVC, acaba impossibilitando o cuidador de manter a sua vida pessoal e social, pois, muitas vezes, tem que exercer uma atividade que lhe consome muitas horas do dia, quase todos os dias da semana.

A dimensão Isolamento, apontada como a terceira maior média do escore global da CBS, não pode ser considerada menos importante, pois ao se afastar de seu meio de convívio social e evitar a presença de amigos, pode-se provocar diferentes problemas de saúde nos cuidadores. Nesse sentido, Santos e Cardoso (2012) referem que os comportamentos cujo impacto foi avaliado negativamente pelos cuidadores podem ser apontados como os aspectos que mais requerem apoio, orientação e informação dos profissionais de saúde sobre o modo de se lidar com os pacientes que lhes são confiados, no cotidiano. Isso, certamente, ajudaria os cuidadores a identificar a universalidade desse sentimento, reconhecendo que muitas famílias se deparam com essa mesma dificuldade e aprendendo com o outro, na troca de conhecimentos sobre o 'fazer diário do cuidado'.

Ao avaliar a presença de decepção, após o cuidado de pacientes com AVC, não se observaram essas características entre os cuidadores, uma vez que para eles, de modo algum, a vida tem sido injusta (77,3%), ou que esperavam que a vida fosse diferente

(72,7%) ou que se sentem sozinhos (73,3%). Entretanto, 50,0% revelaram que é cansativo cuidar de seu parente, mas que, de modo algum, sentiram dificuldades financeiras para exercer tal atividade (36,4%).

Da mesma forma que na situação anterior, quanto à decepção, os cuidadores relataram que, de modo algum, sentem vergonha de seu parente (72,7%), ou já se sentiram ofendidos e com raiva de seu parente (77,3%), ou que o comportamento de seu parente o deixava em situação embaraçosa (77,3%).

Na dimensão Decepção, resultou-se que muito dos cuidadores revelaram o quanto é cansativo cuidar de seu parente (50%). Esse achado encontra-se em muitos trabalhos sobre cuidadores (MORAES *et al.*, 2013; GONZÁLEZ *et al.*, 2010), visto que, é nesse ponto que o cuidador passa a encarar as dificuldades diárias e isso reflete psicologicamente como uma grande sobrecarga.

Nessa perspectiva Beuter *et al.* (2009) afirmaram que o processo de fragilização do familiar acompanhante está relacionado à sua sobrecarga física e psicológica em razão do grau de dependência do doente e das mudanças no seu comportamento. Essa sobrecarga, além de ser resultante do acúmulo de trabalho para o cuidador e da redução de suas atividades sociais e de lazer, muitas vezes é agravada pelas condições socioeconômicas e culturais da família.

No quesito Envolvimento emocional, constatou-se que os cuidadores não encaram esse problema como um ponto negativo, que possa sentir vergonha ou raiva de seu parente. Conseguem encarar com naturalidade as dificuldades que seu parente enfrenta. Sobre isso, Silva e Bocchi (2005) referiram como ponto positivo da longa permanência dos familiares acompanhantes no hospital, o fato de gerar o seu envolvimento na dinâmica do cuidado, levando ao aprendizado a respeito dos sinais de alterações do estado físico e emocional de seu familiar.

No tocante ao Ambiente, muitos cuidadores relataram não sentir dificuldades na realização das tarefas diárias, talvez por ser em cidade pequena, na qual não precisa pegar alguma condução para se locomover ou levar o paciente para o acompanhamento a UBS. Entretanto, 77,3% deles se preocupam com não realizar o cuidado de seu parente, pois, muitas vezes, esse cuidador precisa sair de casa para assumir outra função e responsabilidade.

Conforme Silva e Bocchi (2005), esses acompanhantes, quase sempre, têm uma renda familiar baixa, o que se agrava quando é necessário deixar de trabalhar para cuidar de um familiar doente, especialmente com o aumento dos gastos com deslocamentos, manutenção pessoal e os adicionais referentes à condição do doente. Assim, a rotina diária do acompanhante é alterada, quando ele tem que reservar a maior parte do seu tempo para cuidar do seu familiar, comprometendo, assim, suas atividades no trabalho.

Enfatiza-se que outro ponto que reflete a sobrecarga dos cuidadores familiares de paciente com AVC, é a questão da dificuldade financeira. Problemas que envolvem a questão financeira trazem reflexos negativos, que prejudicam a saúde, como por exemplo, preocupação, nervosismo. No estudo de Machado *et al.* (2008), as participantes destacaram os gastos com a alimentação e com a medicação como mais significativos para aumentar a sobrecarga dos cuidadores

Segundo Oliveira *et al.* (2013b), o cuidado com pacientes acometidos por AVC torna-se desgastante, por gerar vários impactos e danos à saúde do paciente. Diante disso, o SUS e até mesmo o sistema privado precisam estar atentos às necessidades e limitações desses pacientes, disponibilizando ações que possibilitem ao cuidador e ao doente acometido por AVC uma melhor qualidade de vida. Nessa perspectiva, a provisão de cuidados formais adequados ao paciente e ao cuidador é visualizada como um forte aliado para a minimização do estado de fragilidade do

cuidador, decorrente dos longos períodos sem revezamento com outros familiares nessa difícil tarefa (REZENDE, 2008).

Medidas que visem ao menor impacto negativo do ato de cuidar na vida dos cuidadores contribuirão para manter o paciente crônico fora dos hospitais e instituições. Os cuidadores devem ser encorajados a procurar uma melhor assistência à saúde daquele paciente, para assim melhorar a qualidade de vida de ambos (SILVA; BOCCHI, 2005).

Rezende (2008) sugere aos gestores e aos profissionais de saúde que enfoquem as questões relativas ao papel, às responsabilidades e ao estresse da família e do cuidador, através de um processo educativo e da formação de habilidades junto ao cuidador. É preciso, portanto, o estabelecimento de uma parceria dinâmica com a família, com divisão de responsabilidades e o estabelecimento de um canal de comunicação contínuo com o paciente e sua família, que não veja as famílias como problemas, mas como parceiras na realização dos cuidados e atenção à saúde.

No tocante às dificuldades com relação ao ambiente para o cuidado do paciente, após AVC, 72,7% dos cuidadores não encontraram dificuldades de cuidar, em seu ambiente domiciliar, e 68,2%, de modo algum, encontraram dificuldades no bairro, que o impossibilite de cuidar. Entretanto 77,3% deles, algumas vezes, preocupam-se com não serem eles o responsável por cuidar de seu familiar. Isso ocorre quando o cuidador precisa sair de casa e outra pessoa tem que assumir a atividade.

## CONCLUSÃO

Na pesquisa estudou-se 22 cuidadores de pacientes acometidos por AVC, acompanhados pela ESF. Assim, foi objetivo desvelar o perfil dos cuidadores, identificar os elementos que proporcionam uma maior sobrecarga a esses cuidadores, mostrando a necessidade de uma rede de suporte ao cuidador.



Com os resultados desse trabalho, evidencia-se a necessidade do estabelecimento de uma parceria dinâmica entre os profissionais de enfermagem e a família, com divisão de responsabilidades e com a criação de um canal de comunicação contínuo da equipe com o paciente e sua família, não vendo os familiares como problemas, mas como parceiros na realização dos cuidados e atenção à saúde.

Uma limitação do presente estudo foi o fato de ter sido desenvolvida junto aos cuidadores de pessoas com AVC, cadastrados na ESF, o que pode não ser a realidade dos demais cuidadores do município. Assim, aqui foi encontrado que a maior dificuldade encontrada foi à falta de conhecimentos dos cuidadores, sobre a prática do 'cuidar', os quais precisaram ser conscientizados sobre como cuidar, de forma humanizada.

O assunto aqui abordado é bastante importante, significativo e esclarecedor, sobre a prática do cuidador de pessoas com limitações e perda de autonomia. Entretanto, ainda é um tema pouco estudado e com poucas pesquisas a respeito, carecendo de mais estudos e pesquisas futuras, de forma a conscientizar melhor as pessoas sobre a necessidade de cuidar.

Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro possa dispensar cuidado humanizado e acolhedor aos pacientes, como fornecer orientações para que o cuidador possa saber tratar, com desvelo e amor, àqueles que se encontra em condições de limitação e dependência.

Acredita-se que outros estudos possam vir a ser desenvolvidos nesse contexto, para uma melhor assistência desses pacientes e cuidadores que, em muitos momentos, passam despercebidos aos olhos do cuidador, ocasionando uma sobrecarga, que podem deixar sequelas físicas ou psíquicas.

## RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.

## REFERÊNCIAS

BEUTER, M. *et al.* Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.13, n.1, p.28-33, 2009.

CAVALCANTE, T.F. *et al.* Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 704-708, 2010.

COSTA, F.A; SILVA, D.L. A; ROCHA, V.M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de Fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl., p. 1341-1348, 2011.

GONZÁLEZ, L.A.M. *et al.* Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 32-39, 2010.

MACHADO, A.L.G. **A vivência do cuidador familiar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral: uma abordagem interacionista.** 2008. 75 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2008.

MEDEIROS, M.M.C. **Impacto da doença e qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide:** adaptação cultural e validação do Caregiver Burden Scale. 1998. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

MORAIS, H.C.C. *et al.* Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 944-953, 2012.

NEVES E.T.; SILVEIRA, A. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. **Revista Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 2, p. 254-260, 2011.

OLIVEIRA, A.R.S. **Desafio do cuidado domiciliar**: avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. 2010. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

OLIVEIRA, A.R.S. *et al.* Clinical indicators of caregiver role strain in caregivers of stroke patients. **Contemporary Nurse**, v. 44, p. 216-225, 2013a.

OLIVEIRA, A.R.S. *et al.* Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1143-1149, 2013b.

REZENDE, T.C.B. **Impacto do ato de cuidar na vida de cuidadores primários de idosos dependentes**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

SANTOS, A.F.O.; CARDOSO, C.L. Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 93-101, 2012.

SILVA, L.; BOCCHI, S.C.M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p.180-187, 2005.

VISSER-MEILY, A. *et al.* Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke. **Stroke**, v. 40, n. 4, p. 1399-1404, 2009.



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM MATERNIDADES: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA IMPLANTAÇÃO

Inez Sampaio Nery<sup>1</sup>; Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio<sup>2</sup>

**RESUMO:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), durante o ciclo gravídico-puerperal, assume fundamental importância porque permite identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, para a mulher que apresenta alterações psíquicas e fisiológicas próprias do período, e selecionar as melhores intervenções para atender ao trinômio mãe-filho-família; portanto deve ser desenvolvida pela equipe de enfermagem com base em conhecimentos técnicos científicos próprios da profissão. Este trabalho consiste em uma reflexão teórica feita a partir da revisão de pesquisas científicas decorrentes de trabalhos de iniciação científica, conclusão de curso, dissertações de mestrado em Enfermagem e pesquisas orientadas pelas autoras deste estudo tendo como cenário uma maternidade pública de referência localizada na cidade de Teresina-PI. A discussão apoiou-se em autores que trabalham com a temática, bem como na legislação e Resoluções do COFEN. Os resultados abordam os aspectos relacionados à implantação da SAE como desafio para a prática profissional e as perspectivas para a consolidação dessa implantação nas maternidades. Concluiu-se que a operacionalização do Processo de Enfermagem através da SAE é de extrema importância para a mulher, uma vez que fundamenta cientificamente o cuidar, além de propiciar vínculo com a cliente, família e comunidade. É fundamental compreender que a atenção ao parto tem muitos desafios como uma prática inovadora que reflete em médio e longo prazo a melhoria da qualidade da assistência materna. Espera-se, com este tema, trazer contribuições aos profissionais da equipe no sentido de assegurar à clientela uma assistência digna, humanizada, sistematizada e de qualidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistematização da Assistência; Saúde da Mulher; Enfermagem.

## NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN MATERNITY WARDS: CHALLENGES AND PERSPECTIVES FOR DEPLOYMENT

**ABSTRACT:** Nursing Care Systematization (SNC) during pregnant and puerperal cycle assumes fundamental importance as it enables to identify the needs of nursing care for the woman who represents psychical and physiological alterations, natural in this period, and to select the best interventions to meet the trinity: mother, son and family. Therefore, the nurse team must developed it based on scientific technical knowledge of the profession. This work consists in a theoretical reflection based on the review of scientific researches coming from primary scientific works, course completion, Nursing dissertations and researches mentored by the authors of this study which scenery is a Reference public maternity wards located at Teresina city-Piauí. The discussion is based on the authors, who work in COFEN topics, legislation and resolutions. The results deal with the aspects related to the SNC implementation as a challenge for the professional practice and the perspectives for the consolidation of SNC implementation on maternity wards. We conclude that the operationalization of Nursing Process through SNC is extremely important for women, once it supports scientifically the care, and besides it promotes a bond with the client, the family and the community. It is critical to understand that delivery care has many challenges as an innovative practice that reflects, in the medium and long terms, the improvement of mother care quality. Studying this topic, it is expected to bring contributions to the professional of the team in order to ensure to the clients a worthy, humanized, systematized and quality care.

**KEYWORDS:** Systematization of Care; Woman of Health; Nursing.

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica. Mestra, Livre Docente e Doutora em Enfermagem. Professora Associada III do Curso de Enfermagem, membro efetivo dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e de Políticas Públicas (*stricto sensu*) da Universidade Federal do Piauí. Teresina-Piauí-Brasil. ineznery.ufpi@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora Adjunta IV do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (aposentada). Membro do Plenário do COFEN. Teresina-Piauí-Brasil. fatima\_sampaio@bol.com.br

Recebido em: 30/01/2014 . Aceito em: 20/03/2014

## INTRODUÇÃO

As complicações obstétricas são responsáveis por quase 50% de todas as mortes maternas no mundo, e o risco de morrer durante o ciclo grávido-puerperal é até 25 vezes maior em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, quando comparado aos países desenvolvidos (MONTENEGRO; RESENDE FILHO, 2011). Neste sentido, e para diminuir essa incidência, faz-se necessário aos profissionais de enfermagem prestar assistência de forma planejada e sistematizada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, incluindo o neonato e família, quer seja no domicílio, no ambulatório, nas casas/centros de parto normais, nos hospitais ou outros.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), durante o ciclo gravídico-puerperal, assume uma importância fundamental, porque permite identificar as necessidades dos cuidados de enfermagem para a mulher que apresenta alterações psíquicas e fisiológicas próprias do período, bem como selecionar as melhores intervenções para atender ao trinômio mãe-filho-família. Dessa forma, deve ser desenvolvida pela equipe de enfermagem com base nos conhecimentos técnicos e científicos próprios da profissão. Para que isso ocorra, requer que a enfermeira tenha interesse em conhecer o paciente como indivíduo e utilize seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas (POSSARI, 2008; NERY; SANTOS; SAMPAIO, 2013).

No que concerne aos aspectos legais, a SAE está embasada na legislação regulamentadora do exercício profissional da enfermagem, Lei n.º 7.498/86 e Decreto n.º 94.406/87, que definem como competência privativa do enfermeiro, entre outras: o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; a consulta de enfermagem; e a prescrição da

assistência de enfermagem. E atribui ao técnico de enfermagem atividades auxiliares, de nível técnico, conferidas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tem regulamentado, através de normativas próprias – as Resoluções –, a prática da SAE. Em 1993, baixou a Resolução COFEN n.º 159, na qual determinou que a Consulta de Enfermagem fosse obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, pois era a concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população. Para embasar essa Resolução, o COFEN considerou que a Consulta de Enfermagem se utiliza do método científico para identificar situações de saúde e doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Além disso, definiu como fases da Consulta de Enfermagem o Histórico de Enfermagem, o Exame Físico, o Diagnóstico de Enfermagem, a Prescrição e Implementação da Assistência e Evolução de Enfermagem (LIMA, 2007).

Em 2002, o COFEN aprovou uma nova regulamentação na qual ampliou a abrangência da Consulta de Enfermagem, tornou obrigatória sua implantação e implementação, através da SAE, em todas as instituições de saúde públicas e privadas. Por meio da Resolução COFEN n.º 272/2002, determinou ser de competência do enfermeiro, privativamente, a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do Processo de Enfermagem, que compreende a Consulta de Enfermagem, e que as etapas para sua operacionalização seriam: histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de

enfermagem (COFEN, 2002; NERY; SANTOS; SAMPAIO, 2013).

Entretanto, em 2009, por considerar que os conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem haviam evoluído ao longo dos anos, e que a SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem, a Resolução n.º 272/2002 foi revogada pela Resolução COFEN n.º 358/2009. Esta determina que o Processo de Enfermagem, como instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem, tais como hospitais, ambulatórios, escolas, domicílio, entre outros. O profissional deve seguir cinco etapas preconizadas: coleta dos dados de enfermagem ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, de maneira que estas etapas sejam interrelacionadas, interdependentes e recorrentes (COFEN, 2009; NERY; SANTOS; SAMPAIO, 2013).

O Processo de Enfermagem, por se tratar de uma assistência planejada pautada nas necessidades específicas do paciente, é um instrumento metodológico para o cuidado (NÓBREGA; SILVA, 2008-2009). Branden (2000) acrescenta que o processo é um instrumento simples e versátil que auxilia no planejamento detalhado da relação entre paciente e enfermeiro, o que possibilita ao profissional desenvolver estratégias eficazes para responder às necessidades e problemas atuais e potenciais. As ações do Processo de Enfermagem são planejadas para ir ao encontro das necessidades do indivíduo, e são essenciais em todas as abordagens de enfermagem, pois promovem cuidado humanizado, dirigido a resultados esperados de baixo custo, e impulsionamos enfermeiros continuamente a examinar o

que estão fazendo e a estudar como poderiam fazê-lo melhor (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

Desde o final da década de 70, século passado, foi introduzido no Brasil de forma pioneira, pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta, um modelo de assistência sistematizada, cuja implementação se dava através do Processo de Enfermagem. Esse modelo se caracterizava pelo interrelacionamento e dinamismo de suas fases e se fundamentava nas necessidades humanas básicas. Também se propunha a assegurar assistência individualizada de qualidade, para melhoria da assistência ao ser humano (HORTA, 1979; LEITE *et al.*, 2012).

No entanto, apesar de introduzido no Brasil há mais de quatro décadas e de ser obrigatória sua aplicação, as etapas do Processo de Enfermagem nunca foram realizadas de forma adequada pela enfermeira em todos os serviços, dando origem a uma assistência de enfermagem inadequada, não individualizada e não sistematizada ao cliente. Muitas vezes, devido à sobrecarga de trabalho que é imposta a essa profissional, que acaba acumulando atividades burocráticas e administrativas, que também fazem parte das suas atribuições profissionais, a metodologia assistencial é aplicada de forma parcial, fragmentada, sem atender a pressupostos teóricos ou mesmo ajustando o possível à realidade do serviço (KALINOWSKI, 2004; MOURA; RABÊLO; SAMPAIO, 2008; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

A aplicação da SAE tem o propósito de contribuir na qualidade da assistência à clientela. É uma abordagem deliberada de solução dos problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas, interpessoais com dinâmicas de ações sistematizadas e interrelacionadas, com vistas à satisfação das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade. É fundamental às ações de enfermagem em qualquer âmbito, por se tratar de um método eficiente de organização dos processos de pensamento

para a tomada de decisão e soluções de problemas (CABRAL; MEDEIROS; SANTOS, 2011).

Esta é uma realidade que precisa ser refletida, pois é a partir da SAE que o paciente poderá ser visto de maneira holística, mais humana e individual. Desta forma, pode-se afirmar que a SAE é uma estratégia por meio da qual a enfermagem desenvolverá um trabalho humanizado e qualificado. Humanização esta que foi proposta desde o ano 2000 pelo Ministério da Saúde, o qual implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, baseando-se na integralidade da assistência (BRASIL, 2004).

A humanização em saúde subsidia o atendimento, a partir do amparo dos princípios predeterminados, como: a integralidade da assistência, a equidade e o envolvimento do usuário, além de favorecer a criação de espaços que valorizem a dignidade do profissional e do paciente (CASATE; CORRÊA, 2005).

Assim, para que o cuidado ao paciente não seja fragmentado e descontínuo devido a atos dos próprios profissionais de Enfermagem, em decorrência de novas tecnologias, profissões, variedade de serviços e especialidades, é preciso que a enfermeira se conscientize da importância e da necessidade da implantação e implementação do Processo de Enfermagem nos serviços de saúde pública e privada, em que o atendimento à clientela seja fundamentado em conhecimento científico, na humanização e na sistematização da assistência de enfermagem, e que esta possa se tornar uma realidade no cotidiano dos profissionais da área.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho consiste em uma reflexão teórica feita a partir da revisão de

pesquisas científicas decorrentes de trabalhos de iniciação científica, conclusão de curso, dissertações de mestrado em Enfermagem e pesquisas realizadas e orientadas pelas autoras deste estudo tendo como cenário, em sua grande maioria, uma maternidade pública de referência localizada na cidade de Teresina-PI. A discussão apoiou-se em autores que trabalham com a temática (artigos científicos de periódicos da enfermagem, livros), legislação e Resoluções do COFEN.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo abordam os aspectos relacionados à implantação da SAE como desafio para a prática profissional e as perspectivas para a consolidação dessa implantação nas maternidades.

### **A implantação da SAE como desafio para a prática profissional**

A assistência de enfermagem para as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal deve ser orientada para suas necessidades de cuidado, relacionadas ao não atendimento de suas necessidades humanas básicas, no sentido de manter o equilíbrio harmônico para o entendimento do significado de determinados acontecimentos no seu cotidiano, sabendo ainda respeitar o outro e autocontrolar-se.

A SAE é um marco a ser institucionalizado nos serviços de saúde em todos os níveis assistenciais, tanto na rede pública quanto na rede privada. Porém, mesmo sendo fartamente regulamentada e frequente tema de discussões em eventos científicos da área de Enfermagem, na prática ainda não é realidade na maioria das instituições de saúde no país. Na realidade do Piauí, nos currículos do Curso de Enfermagem das universidades e faculdades, a SAE é quase sempre uma disciplina específica, com denominações diversas e utilizadas como modelo referencial para a prática. Entretanto, na rotina de trabalho, mesmo nas instituições utilizadas

como espaço para a prática discente, sua aplicação ainda é incipiente e descontínua.

Esta realidade deixa evidente a desarticulação entre ensino e prática profissional, com pouco impacto da academia para a transformação das instituições de saúde na prestação de cuidados. A dissertação de mestrado intitulada “O ensino da sistematização da assistência na visão do egresso da graduação em Enfermagem” refere que os egressos da UFPI, em sua maioria, não desenvolvem essa prática no cotidiano de suas atividades profissionais, mesmo que ao longo dos 30 anos de curso tenham sido estudadas teorias de enfermagem e metodologia do cuidado, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow utilizada por Wanda de Aguiar Horta, e que essa prática é fragmentada e descontinuada, pouco contribuindo para a qualidade do ensino e da assistência no Estado do Piauí (AVELINO, 2004; GONÇALVES; NERY; NOGUEIRA, 2007).

Ao ser avaliada a utilização de impressos do Prontuário do Paciente para registro do Processo de Enfermagem implantada na maternidade de referência, um estudo sobre a implementação da SAE feito em 673 prontuários evidenciou que em 50,89% deles havia três tipos de impressos, sendo 68,7% históricos de enfermagem completo, 86,6% evoluções e prescrições de enfermagem incompletas. Quanto à avaliação do preenchimento dos impressos, foi obtido o seguinte resultado: 92,5% considerados históricos ótimos; as evoluções oscilaram entre boas (43,5%) e ótimas (31,2%); e as prescrições de enfermagem foram consideradas regulares por 54,7%. A conclusão aponta que a SAE apresenta obstáculos a sua implantação e que deve haver investimentos no que se refere a treinamento e capacitação (MARTINS; LEITE, 2008).

Já o estudo “Desafio de implantar a SAE sob a ótica de discentes” revelou que, apesar da resistência inicial por parte dos profissionais de saúde, a implantação da SAE proporcionou aprendizagem aos alunos,

os quais a consideraram um instrumento metodológico importante para a prática devido ao exercício autônomo da profissão; realização da assistência de enfermagem com consequente satisfação dos alunos, da clientela e da família. Entretanto, aponta como dificuldade o preenchimento dos formulários (GONÇALVES; NERY; NOGUEIRA, 2007).

Fica evidente a importância referida pelos profissionais à metodologia na pesquisa “Percepção de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a SAE implantada em uma maternidade escola”. Os entrevistados, apesar de reconhecerem que deveriam estar inseridos no processo, pela sua importância para a prática profissional, alegavam não participar da sua implementação devido à falta de treinamento. As autoras concluíram que a assistência se apresentava deficiente devido ao não envolvimento de toda a equipe, o que prejudicava a continuidade da assistência; à falta de comunicação entre equipe e acadêmicos de enfermagem; à falta de apoio da gerente de enfermagem e enfermeiras; e à falta de educação permanente. Ressaltam, ainda, que os profissionais desconheciam os diversos aspectos da SAE (MARTINS; LEITE, 2008).

A falta de motivação, a acomodação e o despreparo ou desconhecimento dos profissionais sobre o Processo de Enfermagem, além do desinteresse dos dirigentes das instituições, são apontados como causas para a não utilização da SAE nas instituições, conforme pesquisa realizada em uma maternidade e intitulada “Aplicabilidade da SAE em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Escola” (GONÇALVES; ALVARENGA, 2008).

Considera-se também que a ausência de estímulo e apoio das instâncias superiores representa vulnerabilidade, pois sujeita ao desconhecimento associado, ao não envolvimento, ao não compromisso, à não valorização da execução da SAE na prática e também a não capacitação para sua execução, bem como gera lacunas na formação pelo ensino formal e dificuldades



estruturais institucionais (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

O estudo intitulado “Diagnósticos e intervenções de enfermagem na primeira fase do trabalho de parto normal” revelou que há fragilidade no atendimento prestado a parturientes dentro do Centro Obstétrico, observada tanto na organização do processo de trabalho, ainda inadequado a este tipo de assistência, quanto na carência de intervenções de enfermagem eficazes, ou mesmo no próprio Processo de Enfermagem, que raramente é utilizado na atenção às mulheres no momento do parto. O estudo também evidenciou que as parturientes possuíam déficits em necessidades humanas bem diversificadas, visto que os diagnósticos apresentados foram reais e de risco e estão relacionados tanto a aspectos funcionais quanto emocionais e ambientais (MELO; SANTOS, 2010).

Os resultados destes estudos deixam evidentes os desafios na implantação da SAE vivenciados pelos docentes, discentes e profissionais de enfermagem na instituição pesquisada, o que permite, a partir da realidade conhecida, o planejamento de estratégias para sua superação e a redefinição de rumos na implantação e implementação da SAE por discentes e profissionais que atuam em diferentes setores na maternidade. A implantação do Processo de Enfermagem conforme preconizado pela Resolução COFEN n.º 358/2009 não só garante aos profissionais de enfermagem a organização do trabalho profissional quanto ao método e instrumentos, como também orienta o cuidado e a documentação de prática profissional (COFEN, 2009).

### **Perspectivas para a consolidação da implantação da SAE**

Os resultados desses estudos deixam evidente que essa realidade necessita ser revertida, e é esse o objetivo dos docentes e dos profissionais que atuam nas instituições que atendem à gestante, parturiente, puerpera e recém-nascido, e que

conjuntamente com as universidades e faculdades que formam enfermeiras no Estado do Piauí realizam constantes projetos de extensão e estudos científicos neste setor, incentivando a implementação da SAE por discentes e profissionais que atuam em diferentes setores na maternidade.

Conscientes da importância da assistência sistematizada e dos desafios a serem superados, a partir dos estudos que evidenciam as dificuldades a serem superadas, devem ser desenvolvidas atividades para discutir as implicações éticas e legais do exercício profissional de enfermagem; e em parceria com os Conselhos Regionais de Enfermagem e com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras devem realizar eventos científicos sobre a atenção mulher durante o ciclo gravídico puerperal com enfoque na SAE.

É necessário, pois, para a implantação e implementação da SAE, observar os fatores determinantes, como: competência do enfermeiro; importância da formação e educação permanente dos envolvidos com a SAE; realização dos registros e uso dos instrumentos para aplicação da SAE. Também observar os aspectos institucionais, como: compromisso dos gerentes, chefias, supervisão da instituição de saúde envolvida, comprometimento da equipe de enfermagem em compartilhar saberes por meio de reuniões científicas, estudo de caso, estudos dirigidos e criação de grupo de estudos (AMORIM, 2009). Para que isso ocorra, há necessidade de uma maior coesão da equipe de enfermagem como um todo, superando os desafios para a tomada de decisão, já que, para a aplicação do Processo de Enfermagem, todos os profissionais devem estar envolvidos e comprometidos, tendo em vista os benefícios para a profissão, o cliente, o profissional e a instituição de saúde.

Para fundamentar e embasar os enfermeiros na construção de um processo consistente de implantação da SAE, um dos desafios é que os profissionais passem a consumir pesquisas e sejam sensíveis ao

refletir e compreender a importância da aplicabilidade do Processo de Enfermagem no cotidiano de sua prática assistencial em todos os setores (MELO; SANTOS, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização do Processo de Enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem é de extrema importância para a enfermagem, uma vez que fundamenta cientificamente o cuidar, por garantir uma assistência individualizada e qualificada, além de propiciar vínculo com o paciente, família e comunidade.

A SAE beneficia o cliente devido à qualidade do cuidado prestado pela equipe de enfermagem com autonomia e de modo individualizado, articulando-se com a equipe multiprofissional, paciente e família com o respeito à individualidade, o que favorece a humanização da assistência.

Observa-se que existem dificuldades e resistência por parte da equipe de enfermagem para a implantação da SAE, no entanto esses problemas podem ser solucionados a partir de um esforço conjunto por parte da equipe e do incentivo institucional. É fundamental compreender que a atenção ao parto tem muitos desafios a enfrentar, necessitando de conscientização acerca do conhecimento para avaliar corretamente a assistência a ser prestada, assim como uma prática inovadora que reflita a médio e longo prazo a melhoria da qualidade da assistência materna.

A responsabilidade sobre a qualidade da formação dos enfermeiros é compartilhada pelas instituições formadoras com os órgãos prestadores da assistência à saúde. Portanto, as instituições de ensino e os campos de prática devem estabelecer laços, proporcionando ao aluno contexto prático para a formação de profissionais qualificados.

Há perspectivas de uma atenção qualificada na assistência de enfermagem, durante o trabalho de parto e o parto, tendo em vista a inserção da enfermeira obstétrica na cena do parto, ao fazer parte da equipe multiprofissional, e a consequente utilização

de conhecimentos e métodos científicos da prática profissional da enfermagem para identificar as necessidades dos cuidados de enfermagem à mulher, ao neonato e à família no sentido de selecionar as melhores intervenções para atendimento humano e de qualidade.

Espera-se, com este tema tão relevante para a enfermagem brasileira, trazer contribuições aos profissionais da equipe como um todo, no sentido de assegurar à clientela uma assistência digna, humanizada, sistematizada e de qualidade por meio de uma atenção holística.

## RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do artigo.

## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- AMORIM, F. C. M. **O ensino do processo de enfermagem sob a ótica docente**. 2009.115 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2009.
- AVELINO, F. P. S. D. **O ensino da sistematização da assistência na visão do egresso da graduação em Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2004.
- BRANDEN, D. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso, 2000.
- BRASIL. Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei n.º 7.498. **Diário Oficial da União**, n.º 106. Brasília, 9 jun. 1987.

BRASIL. Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção I, fls. 9273-9275.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABRAL, R. W. L.; MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R. Assistência de Enfermagem à mulher no período puerperal: proposta de sistematização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, VII, 2011, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Abenfo, 2011. p. 2615-2634.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p.105-111, 2005.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução COFEN nº 272**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN, 2002. Disponível em: <[http://www.corengo.br/resolucao272\\_2002.htm](http://www.corengo.br/resolucao272_2002.htm)>. Acesso em: 07 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Resolução COFEN n.º 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**.

Brasília, DF, 23 out. 2009.

GONÇALVES, F. K. O.; ALVARENGA, R. I. **Aplicabilidade da SAE para os enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital escola**. Monografia (Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2008.

GONÇALVES, L. R. R.; NERY, I. S.; NOGUEIRA, L. T. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 459-465, 2007.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/Edusp, 1979.

KALINOWSKI, C. E. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde. In: ZAGONEL, I. P. S.; LACERDA, M. R.; LOPES, M. G. D. (Orgs.). **Experiência de enfermeiros da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba: subsídios para a sistematização do processo de cuidar em saúde coletiva**. Curitiba: ABEn, 2004. Série Didática: Enfermagem no SUS, n. 8, p. 17-57.

LEITE, C. E. A. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Nursing**, v. 14, n. 167, p.192-196, 2012.

LIMA, C. B. **Dispositivos legais norteadores da prática da enfermagem**. 2.ed. João Pessoa: Silkgraff, 2007. p. 80-81.

MARTINS, D. S.; LEITE, N. A. C. **Percepção de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem implantada em uma maternidade escola**. Monografia (Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2008.



- MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 21, n. 1, p. 47-53, 2013.
- MELO, A. S.; SANTOS, A. G. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem na primeira fase do trabalho de parto normal**. Relatório final (PIBIC/CNPq) – Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina, 2010.
- MENEZES, S. R.T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p.953-958, 2011.
- MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- MOURA, A. C. F.; RABÊLO, C. B. M.; SAMPAIO, M.R. F. B. Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, p.476-481, 2008.
- NERY, I.S.; SANTOS A. G.; SAMPAIO, M. R. F. B. Dificuldades para a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p.11-14, 2013.
- NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2.ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008-2009.
- POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. 2.ed. São Paulo: Iátria, 2008.



## A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: PERSPECTIVAS DAS USUÁRIAS

Isabel Monique Leite Romualdo<sup>1</sup>; Célida Juliana de Oliveira<sup>2</sup>; Maria de Fátima Esmeraldo Ramos de Figueiredo<sup>3</sup>; Edilma Gomes Rocha Cavalcante<sup>4</sup>; Dayanne Rakelly de Oliveira<sup>5</sup>

**RESUMO:** Considerando o aleitamento materno e sua importância para o binômio mãe-filho, destaca-se a atenção básica, mais especificamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como o serviço primordial para efetivação das ações educativas. Este estudo objetivou avaliar o significado atribuído às ações educativas na promoção do aleitamento materno, na visão de usuárias. Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso desenvolvido com catorze puérperas em uma maternidade no município de Crato-CE. A coleta de dados aconteceu por meio de entrevista semi-estruturada nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012. Os dados foram analisados pela técnica de Análise temática ou categorial. Os resultados demonstraram que as puérperas depositam grande importância às práticas educativas. Por outro lado, o estudo nos revela que a educação em saúde para apoio e incentivo ao aleitamento materno, bem como para os cuidados com o recém-nascido, ainda se encontra deficiente nos serviços de atenção básica e atenção terciária à saúde. Faz-se necessário, portanto, sensibilizar profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno, para que se efetivem as ações de promoção, proteção e apoio a esta prática social.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Aleitamento materno; Educação em saúde; Promoção da saúde.

## THE EDUCATION IN HEALTH AS PRACTICE OF ENCOURAGEMENT TO MATERNAL BREASTFEEDING: PERSPECTIVES FROM THE USERS

**ABSTRACT:** Whereas breastfeeding and its importance to the mother-baby, there is primary care, specifically the Family Health Strategy (FHS), as the primary service for realization of educational activities. This study searched evaluates the meaning assigned to educational actions in promotion of breastfeeding, in the perspective from the users. Qualitative research case study type developed with fourteen puerperal mother in a maternity hospital in the city of Crato-CE. The data collect has happened through semi-structured interview in the month of December 2011 to January 2012. The data was analyzed through the theme analysis technical or Category-Based Content analysis. The outputs have demonstrated that puerperal mother place great importance to the educational practices. On the other hand, the study reveals that education in health to support and encouragement to the breastfeeding, as well as to the newborn care, is still deficient in basic health care and tertiary health. In conclusion, it is necessary to sensitize health professionals relate to breastfeeding, for to perform the promotion actions, protection and support to this social practice.

**KEYWORDS:** Nursing; Breastfeeding; Health education; Health promotion.

<sup>1</sup> Enfermeira. Graduada pela Universidade Regional do Cariri/URCA. Brasil. E-mail: isabelmonique@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da URCA. Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular/URCA. Brasil. E-mail: celida.oliveira@urca.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Educação. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da URCA. Brasil. E-mail: faef2129@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Educação. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da URCA. Brasil. E-mail: edilma.rocha@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutoranda em Bioquímica Toxicológica/UFSM. Mestre em Bioprospecção Molecular/URCA. Especialista em Enfermagem obstétrica/UECE. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da URCA. Pesquisadora vinculada ao Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade/URCA. Brasil. Autor correspondente: E-mail: dayanne\_rakelly@yahoo.com.br

Recebido em: 17/01/2014 . Aceito em: 22/02/2014

## INTRODUÇÃO

A educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007). Entendemos que a educação em saúde busca envolver a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, quais seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. Sobrepõe-se ao conceito de promoção da saúde, pois possui uma definição mais ampla, tendo em vista que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer.

Considerando o aleitamento materno e sua importância para o binômio mãe-filho, destaca-se a atenção básica, mais especificamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como o serviço primordial para efetivação das ações educativas. Nesse enfoque, durante a consulta de pré-natal as gestantes devem ser instruídas quanto aos benefícios e a importância do mesmo. No entanto, a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, ainda se encontra deficiente em algumas instituições, apesar de ser de conhecimento público que a amamentação protege o lactente contra distúrbios nutricionais, doenças diarreicas e respiratórias, promove a maturação do sistema imune e favorece o desenvolvimento do aparelho sensoriomotor oral (PEDROSO; SILVA, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que todo recém-nascido deva ser colocado junto à mãe para iniciar as mamadas, ainda na primeira meia hora de vida, sempre que ambos estiverem em boas condições. Nesse sentido, os profissionais que atuam nas maternidades são agentes imprescindíveis no estímulo ao contato precoce, uma vez que atuam diretamente na assistência

podendo ser facilitadores ou dificultadores dessa prática (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Dessa forma, é importante que este profissional esteja disponível, observando aspectos como a pega do recém-nascido e respondendo perguntas quanto ao aleitamento materno e aos cuidados com a criança. É necessária uma comunicação simples e objetiva durante a orientação, incentivo e apoio ao aleitamento materno (CRUZ; SUMAN; ESPÍNDOLA, 2007).

Diante do exposto, o estudo buscou avaliar as práticas de promoção e de incentivo ao aleitamento materno realizadas por um projeto de extensão universitária, vinculado ao curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA), executado por alunos e docentes desta, durante o período de março a dezembro de 2011.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso (MINAYO, 2010) realizada em uma maternidade de um hospital de referência em Crato-CE. A escolha pelo local se deu pelo fato do serviço estar conveniado com a Universidade Regional do Cariri (URCA), Curso de Graduação em Enfermagem e foi contemplado para o desenvolvimento de um Projeto de Extensão da referida Universidade, tendo este como objetivo principal a promoção e o incentivo ao aleitamento materno no alojamento conjunto da maternidade.

O estudo foi desenvolvido com catorze puérperas, de parto normal ou cesáreo, que se encontravam no alojamento conjunto nos dias destinados à coleta de dados, maiores de 18 anos e que tivessem participado das ações educativas do projeto de extensão no mesmo dia ou em dia anterior à coleta. Realizamos um pré-teste para aprimoramento das questões norteadoras. Empregou-se a entrevista semi-estruturada aplicada em local cedido pela instituição para esta finalidade, o que garantiu as condições de aplicabilidade da mesma, sendo as falas

gravadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É importante ressaltar que a pesquisadora que realizou as entrevistas, a qual também fez parte do projeto de extensão executado na instituição de saúde junto a um grupo de dez alunos de graduação e duas docentes do curso, não participou de atividades com as mães que foram entrevistadas, nem tampouco informou às mesmas que era membro do projeto, no sentido de não gerar viés ao estudo.

Utilizamos como critério de encerramento da coleta a saturação teórica. Os depoimentos foram analisados pela técnica de análise temático-categorial (OLIVEIRA, 2008). Os preceitos éticos foram rigorosamente seguidos, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob o parecer nº 74/2011. As usuárias foram identificadas pela sigla US, seguida de número de ordem da entrevista.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes foram caracterizadas em relação à faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, religião e número de filhos. Desse modo, a faixa etária variou entre 18 e 40 anos, sendo que 64% das entrevistadas encontram-se na faixa etária entre 18 e 25 anos. Quanto à escolaridade, 43% das puérperas possuíam ensino fundamental incompleto. Já em relação ao estado civil, 57% eram casadas. No que concerne à ocupação, 35% disseram ser agricultoras. A renda familiar da maioria das entrevistadas não ultrapassava um salário mínimo, sendo que destas, 43% (6) vivem com menos de um salário e 29% (4) vivem com um salário mínimo completo. Quanto à religião, 93% (13) disseram ser católicas. Por fim, em relação ao número de filhos, 64% das mães, informaram ser o primeiro filho, enquanto que 22% das entrevistadas já eram mães pela segunda vez, seguido de 13% que já eram mães de três ou mais filhos.

Para análise dos dados, procedemos à descrição minuciosa das falas das participantes e agrupamento, documentação e classificação das mesmas, sendo identificados os núcleos temáticos, a partir dos quais emergiram as categorias: Percepção das usuárias sobre as ações de Educação em Saúde; Orientações fornecidas durante as atividades educativas; Opinião das usuárias sobre as estratégias usadas nas atividades de educação em saúde.

### Percepção das usuárias sobre as ações de educação em saúde

Nesta categoria, buscamos saber qual a opinião das participantes da atividade educativa em relação às orientações e esclarecimentos recebidos sobre o aleitamento materno no alojamento conjunto, conforme demonstrado nas falas:

*Eu achei interessante, porque tirou algumas dúvidas minha, porque é meu primeiro filho e eu não sabia de muitas coisas, né? (US6)*

*O que eu achei interessante é porque tem muita mãe que ainda não sabe amamentar a criança, não sabe pegar, não sabe fazer a massagem e isso aí é uma base fundamental para iniciante e também a gente que é veterana[...] E tem muita coisa que a gente leva nos mitos né? Esclareci muitos mitos. (US5)*

Diante do exposto, percebe-se que as puérperas valorizaram as atividades de educação em saúde. Recomenda-se que a assistência ao aleitamento materno seja iniciada desde a gestação, com orientações em relação aos vários aspectos dessa prática. A consulta de enfermagem deve, primeiramente, identificar vivências e experiências que a mulher traz consigo, assim como, crenças e atitudes. É necessário que a mulher saiba o motivo que deve amamentar não somente do ponto de vista das vantagens para a criança, mas também em relação às vantagens para ela e para a família (BOSI; MACHADO, 2005).

Outros autores complementam ao

afirmar que a assistência à puérpera é tão importante quanto a assistência durante o pré-natal, pois o preparo para um puerpério saudável começa na fase da gestação, devendo ser reforçado e incrementado logo após o nascimento, para que haja adequado restabelecimento da mulher e sejam identificadas possíveis alterações pós-parto (MONTICELLI; ELSEN, 2006).

Porém, recente estudo realizado em Fortaleza-CE, ao analisar as características da orientação sobre AM, considerou baixa a prevalência de mulheres que foram orientadas na atenção básica; das 252 entrevistadas, 23(9,1%) receberam orientações no pré-natal, enquanto que 101 (40,1%) foram orientadas quanto à amamentação somente na maternidade e 93(36,9%) receberam orientações em ambos, o que totaliza o percentual de 77% de informações recebidas na maternidade. Ainda neste estudo, 33(13,1%) não obtiveram nenhuma orientação e duas (0,8%) afirmaram ter sido orientadas em outro local (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Diante desses resultados, percebemos que ainda é preciso sensibilizar e incentivar muitos profissionais para trabalhar ações de promoção do aleitamento materno, pois acreditamos que estas além de serem essenciais durante as consultas de pré-natal, também são fundamentais no alojamento conjunto. E assim, consideramos que na prática cotidiana, há espaço para desenvolvimento de atividades criativas e ao mesmo tempo simples, que podem ser trabalhadas pelos profissionais da saúde e que visam à melhoria da qualidade do cuidado, especialmente, o de enfermagem.

### **Orientações fornecidas durante as atividades educativas**

Nesta categoria, procuramos conhecer as estratégias utilizadas para o desenvolvimento da atividade educativa e extrair das falas das puérperas como essas aconteceram e o que foi comentando e compreendido a respeito do aleitamento materno.

*Que não é pra gente dá nem chupeta, nem a mamadeira... porque a criança vai esquecendo mais o peito e querer só a mamadeira; a massagem no peito; que deve dar de mamar até 6 meses e a partir dos 6 meses dá outros alimentos a ele[...] que depois de amamentar, tem que deixar ele uns 15 minutos, a criança né? Pra poder arrotar. (US4)*

*[...] uma linguagem simples. Falou que o aleitamento materno é muito importante; do início do líquido, do leite, o colostro que chama né? Que a gente não deixasse de amamentar, que é importante dá exclusivo do início até os 6 meses; do jeito de banhar; quando a criança tá com cólica, as formas das massagens e falou também pra gente evitar de comer gordura, pra quando for amamentar o bebê ele pode sentir muita cólica, e as vezes é um refrigerante que a gente bebe, ou alguma coisa que a gente come, aí tem que comer comida saudável. (US6)*

*Foi falado como amamentar, quando ele tivesse cólica o que fazer, sobre o 'rachamento' no peito [...] Que o ideal é até os 6 meses (amamentação) porque fortalece, que o leite tem 3 fases né? Tem água, tem gordura... que precisa amamentar num peito primeiro, depois dar no outro. (US13)*

Podemos constatar que nestes depoimentos as puérperas tiveram segurança em mencionar o período mínimo de seis meses, para amamentar exclusivamente, como preconizado pelo MS.

Esta questão também foi abordada em estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro e em Santa Catarina, nos quais 83,3% e 80% das mulheres, respectivamente, afirmaram que o AME deve ser adotado até o sexto mês de vida da criança. Por outro lado, um estudo (TREVISAN; LEWGOY, 2009), destacou que um dado a ser discutido no puerpério, refere-se à amamentação, uma vez que foi um assunto discutido nos oito encontros e colocados pela maioria dos participantes como algo a ser comentado



sempre no grupo. Concluíram ainda que apesar de ser preconizado pelo Ministério da Saúde que a amamentação deve ser exclusiva até os seis meses de idade do bebê, muitas mulheres não o fazem por falta de conhecimento e orientação. Perceberam, nos relatos dos participantes, que as informações transmitidas erroneamente pelo senso comum prevalecem em muitos casos, como a ideia de que o leite materno é fraco.

Nesse sentido, torna-se importante que as informações sobre a promoção, apoio e incentivo para o AM e cuidados com o bebê sejam repassadas também para as acompanhantes das nutrizes, bem como para as pessoas que vivenciam com estas, como o esposo, a mãe, sogra, irmãos e parentes próximos. O momento da visita a puérpera, no alojamento conjunto é de grande valia para que essas informações de educação em saúde sejam repassadas, tendo em vista que a influência positiva dos familiares para encorajar está mulher irá tornar-se essencial.

Observamos ainda que, as entrevistadas evidenciaram o aleitamento materno como fonte de saúde para o bebê, esquecendo que o ato de amamentar traz inúmeros benefícios, sobretudo para a mãe. O mesmo acontecendo nos resultados de outro estudo (AZEVEDO *et al.*, 2010), em que se observou um percentual bastante elevado de mulheres que desconheciam alguma vantagem que o AM poderia propiciar para elas, correspondendo a 69,8% das entrevistadas. Relacionou-se isso ao fato de não haver uma grande divulgação para a população sobre as vantagens da amamentação para a mãe, pois, grande ênfase é dada as questões relacionadas à saúde do bebê e, na maioria das vezes, a saúde da mãe é menos visada.

Vale lembrar que, a amamentação proporciona inúmeros benefícios para a nutriz tanto a curto, como em longo prazo; diminui o sangramento, evitando assim, o risco de hemorragia e anemia pós-parto; ajuda o útero a recuperar seu tamanho normal; reduz o peso mais rapidamente após o parto; protege contra o câncer de mama

e de ovário; é considerada um tipo de contraceptivo natural, evitando assim nova gravidez, ajuda no combate à osteoporose (BRASIL, 2009).

Então, cabe aos profissionais de saúde que se relacionam com as gestantes (principalmente as que se encontram no terceiro trimestre de gestação) e com as puérperas no pós-parto, que o ato de amamentar além de proporcionar vantagens para a saúde, crescimento e desenvolvimento do bebê, também oferece vantagens para ela, esclarecendo que existem os benefícios imediatos e tardios.

Neste, estudo apenas uma, das quatorze entrevistadas, mencionou esta importância para o binômio mãe-filho e ainda assim, apenas um benefício foi lembrado, como segue abaixo:

*[...]Entendi que é importante, porque nos primeiros meses o bebê só precisa disso, que é importante pro sistema imunológico do bebê, é importante também para prevenir o câncer de colo, as vantagens né pra mãe, pra o desenvolvimento também do bebê em geral, bom é isso. (US10)*

É sabido que o aleitamento materno colabora para a saúde biológica e emocional tanto para a mãe quanto para o filho. A ênfase da puérpera na importância do aleitamento materno somente para o bebê traz embutido o conceito da centralização do cuidado assistencial ao bebê. Neste caso é imprescindível que o profissional de saúde esteja apto a desenvolver ações educativas com as mães sobre o aleitamento materno, enfatizando a importância para ambos (CARVALHO; SILVA, 2005).

Diante do exposto, avaliamos que apesar de alguns temas importantes não terem sido mencionados por algumas mães, houve um aprendizado de coisas simples relacionadas ao aleitamento materno e também dos cuidados com o bebê e que são fundamentais para que as entrevistadas possam cuidar melhor dos seus filhos, evidenciando assim, a importância da educação em saúde no puerpério.

Por outro lado, o fato dessas mulheres

terem participado da atividade educativa embora contribua e a incentive na adesão ao aleitamento materno e aos cuidados com o recém-nascido, não assegura que ela realmente dê continuidade ao mesmo. Então, faz-se necessário que este processo educativo tenha continuidade no puerpério tardio e nas consultas de puericultura, realizadas na atenção básica, em que o profissional enfermeiro poderá aproveitar este momento para dar continuidade ao processo de promoção do aleitamento materno. Ressaltamos ainda, a necessidade de um trabalho multiprofissional onde cada profissional de saúde deveria abordar os aspectos do AM que mais se relacionam com a sua área de atuação. Com isso, as mulheres seriam beneficiadas por uma assistência integral e completa tanto para ela como para seu filho.

### **Opinião das usuárias sobre as atividades de educação em saúde**

Inquiriu-se acerca da compreensão das informações repassadas e sobre sugestões, elogios e/ou críticas que pudessem melhorar as ações das atividades realizadas no alojamento conjunto, almejando melhorar tais estratégias e promover melhor aprendizado e conforto para as participantes.

*Deveria ter sempre porque tem mais dinâmica, porque às vezes a mãe tem a dúvida, mas tem vergonha de perguntar e a pessoa (palestrante) tendo mais simpatia e dedicação acho que a mãe tem mais liberdade de perguntar as dificuldades. (US2)*

Percebemos por meio da análise desta fala que a educação em saúde proporciona um momento de aprendizado, e a forma de comunicação utilizada, a disponibilidade e dinâmica usada pelo profissional torna-se fundamental para o desenvolvimento e sucesso da mesma. Tais atividades demonstram a importância da abertura ao diálogo nas ações educativas, levando em consideração que estas devem incluir informações corretas, palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos participantes.

Isto nos leva a enfatizar o aconselhamento em amamentação, lembrando que aconselhar não significa dizer à mulher o que ela deve fazer, mas ajudá-la a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e conversar com ela sobre os prós e contras das opções (CARVALHO; SILVA, 2005). No aconselhamento, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo seu bem-estar e de seus filhos para que adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas.

Em revisão da literatura sobre os tipos de tecnologias que o enfermeiro tem desenvolvido ou poderia utilizar para a promoção do aleitamento materno foram identificados 13 tipos de tecnologias para o cuidado, classificadas como duras (8) e leves (6). Quanto aos estudos que utilizaram a tecnologia dura, o vídeo/filmagem foi o que mais se destacou. Além disso, os folhetos e livretos, *softwares*, uso de escalas e exames laboratoriais também foram estratégias referenciadas pelos autores para promoção do aleitamento materno. Nos estudos que abordaram a tecnologia leve, o aconselhamento e o estabelecimento de contato pele-a-pele entre mãe-bebê foram as principais estratégias citadas e versavam principalmente sobre a questão da amamentação precoce (JOVENTINO *et al.*, 2011).

Nesse sentido, o trabalho educativo pode transformar a relação existente entre profissional de saúde e usuário tornando-a mais horizontalizada, o que facilita a expressão individual e coletiva das necessidades e expectativas.

*Compreendi e entendi todas as orientações que eles disseram. Entendi mais. Eu gostei desse projeto. (US12)*

*Eu adorei esse negócio aí (palestra), foi bom[...] Teria que implantar esse projeto, que desse certo. Principalmente assim, porque eu perguntei uma coisa que nem tinha haver com aleitamento, foi sobre a minha cirurgia, que eu tinha dúvida e eu perguntei pra ele, e ele soube me responder. (US5)*



Podemos avaliar nos discursos acima que as mães compreenderam o que foi repassado. Nesse contexto, um estudo avaliou que dos dez passos preconizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), apenas três (de forma aleatória) eram cumpridos, tanto em instituições públicas quanto privadas (SUSIN; GIUGLIANI; KUMMER, 2005). Após quatro anos, a situação não teve mudanças satisfatórias, como corrobora outra pesquisa comprovou que a maioria dos serviços, de atendimento obstétrico e neonatal, não contempla um programa específico para o incentivo ao AM (TOMA; MONTEIRO, 2011).

Vale salientar que estas atividades foram desenvolvidas a partir da implantação de um projeto de extensão composto por acadêmicos do último ano de graduação de enfermagem e de caráter temporário. Diante da valorização que foi dada por parte das usuárias ao mesmo, é interessante dar continuidade as atividades, mas para isto, a capacitação dos profissionais da instituição torna-se indispensável.

Contudo, acreditamos que essa ação educativa proporcionou para as usuárias a consolidação de um conhecimento, possibilitando que estas façam escolhas conscientes a respeito do aleitamento materno. Pudemos considerar que, a partir do momento que esta mãe foi ensinada a se cuidar, a entender o filho e satisfazer suas necessidades integrais, elas podem tornar-se agente multiplicador das informações recebidas do aleitamento materno, tanto no âmbito familiar, como social.

## CONCLUSÃO

As participantes demonstraram satisfação em relação às informações recebidas e entendemos que foi de grande valia a atuação do projeto nesta instituição, o qual objetivou trabalhar temáticas relacionadas ao aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido a apoiar puérperas internadas no setor de alojamento conjunto a amamentar e a manter o

aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida, considerando que antes de sua implementação, as usuárias não recebiam nenhum tipo de apoio no puerpério para o manejo da amamentação e esclarecimento de dúvidas.

Por outro lado, o estudo nos revela que a educação em saúde para apoio e incentivo ao aleitamento materno, bem como para os cuidados com o recém-nascido, ainda se encontra deficiente em serviços de saúde, tanto da atenção básica como da atenção terciária, fato já comprovado por diversos estudos.

Durante o desenvolvimento deste, alguns assuntos discutidos durante a atividade ainda eram desconhecidos pelas participantes, ou muitas dúvidas ainda acompanhavam estas mulheres, até mesmo as múltiparas. Lembramos que, o trabalho educativo não é uma tarefa simples, sobretudo na saúde, uma vez que não se limita à transmissão de informações aos usuários em relação ao cuidado de si e de sua família. Ao contrário, é uma prática compartilhada, de troca de saberes, a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho em saúde. Para tanto, torna-se necessário promover uma prática educativa que visa a participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, direcionando esse trabalho de acordo com suas necessidades, crenças, representações e histórias de vida, tornando-se os co-produtores desse processo educativo, juntamente com os profissionais de saúde.

É preciso que os profissionais de saúde ultrapassem as burocracias do cotidiano e as limitações de recursos. Nesse contexto, faz-se necessário sensibilizar permanentemente os profissionais de saúde em relação ao aleitamento materno, para que se efetivem as ações de promoção, proteção e apoio a esta prática social. Entretanto, estas ações devem estar integradas a todos os níveis de atenção à saúde por meio de um efetivo sistema de referência e contra-referência e trocas de informações e experiências entre os profissionais.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.F.M. *et al.* Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p.513-520, 2006.

AZEVEDO, D.S. *et al.* Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Revista Rene**, v. 11, n. 2, p.53-62, 2010.

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará**, v. 1, n. 1, 2005.

BRASIL. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica nº 23. **Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

CARVALHO, C.F.; SILVA, M.G.F. Avaliação do desmame precoce e suas implicações infecciosas nas crianças atendidas no ambulatório de um hospital terciário. **Arquivos de Ciência e Saúde**, v. 3, n. 12, p.129-132, 2005.

CRUZ, D.S.C.; SUMAN, N.S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p.234-246, 2007.

JOVENTINO, E.S. *et al.* Tecnologias de

enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 176-184, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 12. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.

MONTICELLI, M.; ELSSEN, I. A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 1, p.26-34, 2006.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

PEDROSO, G.C.; SILVA, E.M.K. Aleitamento materno. In: MORAIS, M.B.; CAMPOS, S.O.; SILVESTRI, W.S. **Pediatria**. Ed Manole; 2005: p. 1-7.

SUSIN, L.R.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; KUMMER, S.C. Influência das avós na prática do aleitamento. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p.141-147, 2005.

TOMA, T.; MONTEIRO, C. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p.409-415, 2011.

TREVISAN, M.L.; LEWGOT, A.M.B. Atuação interdisciplinar em grupo de puérperas: percepção das mulheres e seus familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 8, n. 2, p.255-273, 2009.

## CULTURA ORGANIZACIONAL E A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA

Alessandra Bassalobre Garcia<sup>1</sup>, Fernanda Maria Vieira Pereira<sup>2</sup>, Fernanda Ludmila Rossi Rocha<sup>3</sup>, Sílvia Helena Henriques Camelo<sup>4</sup>

**RESUMO:** A cultura organizacional representa as práticas e os valores de uma organização, os quais são adquiridos quando um novo membro se insere numa organização de trabalho, já sendo adulto e tendo seus valores pessoais firmemente consolidados. A cultura organizacional pode ser considerada um fator de risco psicossocial no trabalho, sendo estes riscos mais evidentes quando a cultura apresenta características como comunicação deficiente, pouco suporte para resolução de problemas, falta de definição de objetivos organizacionais. O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre a cultura organizacional dos serviços de saúde e sua relação com a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Estudo de revisão integrativa da literatura utilizando as bases de dados: LILACS, Medline, Scopus e Web of Science e a biblioteca virtual SciELO. Foram encontrados 827 artigos, porém selecionados e analisados apenas cinco, dos quais todos eram publicações em periódicos internacionais no idioma inglês, sendo três publicações na área de enfermagem. Na avaliação dos estudos, todos apresentaram nível 4, o que representa moderado nível de evidência. Os estudos demonstraram que, quanto mais negativamente a cultura da organização era percebida pelos trabalhadores de enfermagem, piores eram os indicadores de saúde ocupacional e de segurança do trabalhador. Constatou-se a escassez de estudos que relacionem estas duas temáticas, principalmente nacionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Cultura organizacional; Saúde do trabalhador; Enfermagem do trabalho.

## ORGANIZATIONAL CULTURE AND OCCUPATIONAL HEALTH NURSING: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** Organizational culture represents the practices and values of an organization, which are acquired when a new member is part of a labor organization, already being an adult and having their personal values firmly consolidated. Organizational culture can be considered a factor of psychosocial risk at work, these being the most obvious risks when the crop characteristics such as poor communication, little support for problem solving, lack of definition of organizational objectives. This study aimed to analyze the scientific literature about organizational culture of health services and its relationship to nursing workers health. Study of integrative review of literature using the databases LILACS, Medline, Scopus and Web of Science and SciELO virtual library. 827 articles were found, but only five were selected and analyzed, all of them were published in international journals in english, three were nursing publications. In studies evaluation, all showed level 4, which represents moderate level of evidence. Studies have shown that the more negatively the culture of the organization was perceived by nursing staff, the worst were indicators of occupational health and worker safety. It was noted the paucity of studies correlating these two issues, mainly national studies.

**KEYWORDS:** Nursing; Organizational culture; Occupational health; Occupational health nursing.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil E-mail: alessandrabg@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil E-mail: fernandamaria@usp.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: ferocha@eerp.usp.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: shcamelo@eerp.usp

## INTRODUÇÃO

A cultura de maneira geral representa o conhecimento, a moral e as normas que regem o comportamento social, caracterizando-se pelas experiências, crenças e valores dos indivíduos, os quais podem ser aprendidos, compartilhados e transmitidos de geração para geração (HELMAN, 1994). As organizações são compreendidas como micro sociedades, caracterizadas pelos mesmos problemas que marcam os vínculos sociais; representam sistemas culturais, simbólicos e imaginários, compostos por uma estrutura de valores e de normas que condicionam o comportamento de seus membros (HOFSTEDE; HOFSTEDE; MINKOV, 2010; SCHEIN, 2010).

A cultura, assim como o poder, constitui a parte informal de uma organização, diferentemente dos organogramas, manuais e regimentos internos, que constituem elementos formais. Apesar disto, estes últimos sofrem grande influência da cultura, a qual se caracteriza por ser subjetiva, não documental e por nortear o significado do trabalho desenvolvido (KURCGANT; MASSOROLLO, 2010). A cultura organizacional também pode ser entendida como uma reinterpretação deste sistema formal pelo informal (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008).

O referencial teórico desenvolvido por Hofstede, Hofstede e Minkov (1994) baseia-se em extensos estudos internacionais desenvolvidos durante mais de duas décadas. A partir destes resultados, os autores desenvolveram investigações sobre a cultura das organizações em nove países, o que resultou em um importante modelo teórico.

Segundo este referencial, a cultura organizacional representa as práticas e valores de uma organização, as quais são adquiridas quando um novo membro se insere numa organização de trabalho, já sendo adulto e tendo seus valores pessoais firmemente consolidados. As diferenças culturais das organizações se manifestam

de diferentes maneiras, as quais são representadas por quatro elementos básicos: símbolos, heróis, rituais e valores. Os símbolos representam as manifestações mais superficiais da cultura de uma organização enquanto os valores são as mais fortes e profundas (HOFSTEDE; HOFSTEDE; MINKOV, 2010; SCHEIN, 2010).

O clima organizacional se diferencia da cultura de uma organização; o primeiro, apesar de também se configurar a partir dos ideários e preceitos explícitos e implícitos da organização, é considerado menos duradouro do que a cultura, pois se exterioriza por sentimentos e reações das pessoas (LUCK, 2001), ou seja, caracteriza-se pela forma como a organização é percebida pelos funcionários, o que pode ser diferente da cultura ali estabelecida (MARQUIS; HUSTON, 2010).

A força da cultura e poder nas organizações de saúde determinam as relações de trabalho, cuja dinâmica, tradicionalmente, é regida pela hegemonia médica administrativa (JERICÓ; PERES; KURCGANT, 2008). Estas relações, muitas vezes, determinam indicadores de bem-estar no trabalho. A literatura indica que a cultura organizacional está relacionada diretamente e de forma positiva à satisfação do trabalhador, qualidade dos cuidados e resultados clínicos (TZENG; KETEFIAN; REDMAN, 2002).

A cultura organizacional pode ser considerada um fator de risco psicossocial no trabalho, sendo estes riscos mais evidentes quando a cultura apresenta características como comunicação deficiente, pouco suporte para resolução de problemas, falta de definição de objetivos organizacionais (LEKA; COX; KORTUN, 2005). O risco psicossocial pode ser entendido como fator ligado ao planejamento, gerenciamento e organização do trabalho e às condições ambientais e sociais, sendo, potencialmente causador de danos físicos, sociais e psicológicos, como o estresse ocupacional (COX; RIAL-GONZÁLEZ, 2002).

De forma geral, o trabalho em enfermagem já é desgastante e isso se torna mais evidente em unidades de cuidados críticos, o que favorece o sofrimento psíquico entre os trabalhadores. Além disso, os profissionais de enfermagem representam a maioria dos trabalhadores nos serviços de saúde e estão envolvidos de forma direta na assistência ao paciente, também possuindo contato com todos os outros membros da equipe de saúde, vivenciando, portanto, todas as consequências do processo de trabalho em uma organização de saúde (GARCIA *et al.*, 2012).

A partir deste contexto, motivamo-nos a realizar esta revisão integrativa da literatura no intuito de analisar a produção científica existente sobre a cultura organizacional dos serviços de saúde e sua relação com a saúde dos trabalhadores de enfermagem.

## Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual tem por finalidade resumir, de forma sistemática, informações de estudos acerca de um tema para melhor compreensão de um fenômeno ou problema de saúde. Além disso, permite a inclusão de pesquisas com diversos delineamentos, ampliando o número de pesquisas sobre o tema (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A revisão integrativa é composta das seguintes etapas: identificação do problema, busca na literatura (seleção da amostra), avaliação dos estudos, análise dos dados e síntese dos resultados de pesquisas realizadas na área a ser estudada (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Sendo a identificação do problema e elaboração da questão do estudo uma das etapas mais relevantes por guiar todas as etapas deste método, elaborou-se de forma a considerar as variáveis de interesse do estudo a seguinte questão: “Qual a relação da cultura organizacional dos serviços de saúde com a saúde dos trabalhadores de enfermagem?”.

A busca dos artigos foi realizada com assessoria de um bibliotecário e foram

utilizadas a biblioteca virtual SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e as bases de dados: LILACS (Literatura Latino-America e do Caribe em Ciências da Saúde); PubMed - arquivo digital produzido pela *National Library of Medicine* (Medline); SciVerse Scopus e ISI Web of Science.

O DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) foi utilizado para a consulta aos descritores para as bases de dados SciELO e LILACS, sendo eles: Cultura Organizacional; Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Serviços de Saúde. Para as bases Medline, Scopus e ISI Web of Science adotou-se os descritores do MeSH (Medical Subject Headings), que compreenderam: *Organizational Culture; Occupational Health; Nursing; Health Services*.

Em cada base de dados foram feitas três buscas utilizando os descritores da seguinte forma: Cultura Organizacional AND Saúde do Trabalhador AND Enfermagem; Cultura Organizacional AND Saúde do Trabalhador AND Serviços de Saúde; Cultura Organizacional AND Serviços de Saúde AND Enfermagem. A busca foi realizada no campo de busca livre para atingir maior abrangência dos estudos que envolvem a temática, entre os dias 18 e 23 de Abril de 2012.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão na seleção dos artigos: artigos originais e de revisão, disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre janeiro de 1986 a abril de 2012.

Inicialmente, foram encontrados 827 artigos. Para a seleção da amostra, foi realizada a leitura dos títulos e resumos por dois pesquisadores, sendo que a não pertinência do estudo resultou em exclusão do mesmo para composição da amostra. A saber, foram excluídos os estudos que traziam as temáticas: clima de segurança no hospital, *bullying* em enfermagem, liderança e comunicação, violência/assédio no trabalho, estressores do ambiente de trabalho, programas de promoção/bem-estar do trabalhador, obesidade entre trabalhadores de enfermagem, cultura de



tabagismo em instituições de saúde mental, uso de álcool, drogas e outra substâncias entre profissionais da saúde e custos de instituições de saúde. Assim, foram selecionados 11 artigos.

Após a leitura na íntegra dos 11 artigos selecionados, ainda foram excluídos mais seis artigos por abordarem a temática da cultura organizacional, mas não relacioná-la à saúde do trabalhador de enfermagem. Um estudo abordava a cultura organizacional de hospitais de diferentes grupos étnicos; um trazia a influência dos traços culturais brasileiros nas instituições de saúde; um abordava a cultura e relações de poder dentro da estrutura organizacional, dando enfoque para o processo de negociação; um discorria sobre referencial da antropologia interpretativa para os estudos organizacionais; dois abordavam os referenciais teóricos de estudos realizados no Brasil e a perspectiva da produção científica nesta temática, sem fazer qualquer relação com a saúde dos trabalhadores. Dessa forma, a amostra final foi composta por cinco artigos, sendo realizada a leitura de cada um pelo menos três vezes pelos pesquisadores.

Para a extração das informações dos artigos selecionados foi utilizado instrumento validado por Ursi (2005), o qual contempla a etapa de avaliação dos estudos utilizando

o referencial de níveis de evidência (STETLER *et al.*, 1998). O nível de evidência de cada estudo é obtido por meio da avaliação do seu desenho metodológico, sendo: nível 1 - evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; nível 2 - evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; nível 3 - evidências de estudos quase-experimentais; nível 4 - evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; nível 5 - evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; nível 6 - evidências baseadas em opiniões de especialistas. O nível 1 é considerado evidências mais fortes e o nível 6 evidências mais fracas.

## RESULTADOS

A seleção final dos artigos compôs uma amostra de apenas cinco estudos, os quais contemplaram os critérios estabelecidos neste estudo. A grande redução do número de artigos selecionados ocorreu devido à inadequação do tema, após a leitura na íntegra, o que evidenciou a escassez de estudos sobre a temática da cultura organizacional relacionada à saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos obtidos sobre cultura organizacional dos serviços de saúde e sua relação com a saúde do trabalhador, de acordo com a base de dados, Ribeirão Preto-SP, 2012

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos pelo título	Artigos excluídos pelo Resumo	Artigos Selecionados	Artigos selecionados após leitura na íntegra
SciELO	14	06	05	03	-
LILACS	69	43	22	04	-
Medline	245	219	24	02	02
Scopus	306	232	73	01	01
Web of Science	193	167	22	04	03
Total	827	667	146	14	06
	Artigos encontrados sem repetição			11	05

Dentre os artigos analisados, três se caracterizaram por serem publicações na área de enfermagem, um na área de

medicina e um multidisciplinar; em relação ao ano de publicação, houve variação entre 2002 e 2009, apesar da pesquisa incluir



estudos publicados desde 1986. Todos os estudos representaram publicações em periódicos internacionais no idioma inglês, confirmando a inexistência de estudos nacionais que trazem a relação das temáticas.

Quanto ao delineamento metodológico, dois estudos apresentaram abordagem quantitativa dos dados com desenho não-

experimental; dois estudos caracterizaram-se por serem revisões da literatura; um estudo apresentou abordagem qualitativa. Na avaliação dos estudos, todos apresentaram nível 4, o que representa moderado nível de evidência.

A seguir, apresenta-se no Quadro 1 as sínteses dos estudos selecionados com seus respectivos conteúdos.

Quadro 1 – Síntese dos artigos sobre cultura organizacional dos serviços de saúde e sua relação com a saúde do trabalhador incluídos na revisão integrativa, Ribeirão Preto, 2012

Título	Autores/ Ano	Delineamento /amostra	Objetivos	Principais resultados	Conclusões/Recomendações
Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments	SHIREY, M.R.  2009	Abordagem Qualitativa  21 enfermeiros gerentes de 3 hospitais dos EUA	Mostrar a relação entre liderança autêntica, cultura organizacional e ambientes de trabalho saudáveis, na visão do estresse e do enfrentamento	Gerentes de enfermagem de culturas organizacionais positivas (n=12) geralmente trabalhavam em ambientes saudáveis e estavam envolvidos em comportamentos de liderança mais autênticos. Já os gerentes de enfermagem que trabalhavam com culturas organizacionais negativas (n = 9) trabalhavam em ambientes não-saudáveis e relatavam menos otimismo e mais desafios envolvidos em práticas de lideranças autênticas.	A cultura organizacional é matéria de liderança na criação e manutenção de ambientes de trabalho saudáveis. Enfermeiros gestores têm um papel central na criação desses ambientes, mas eles precisam de estruturas de apoio e recursos de forma mais eficaz na execução de suas funções.
The impact of organizational culture on clinical managers' organizational commitment and turnover intentions	WAY, C.; GREGORY, D.; DAVIS, J.; BAKER, N.; LEFORT, S.; BARRET B.; PARFREY, P.  2007	Abordagem quantitativa Não- experimental  104 (em 2000) e 99 (em 2002) enfermeiros gerentes de serviços clínicos do Canadá	Comparar a percepção de gerentes de enfermagem sobre a cultura organizacional e fatores comportamentais/atitude durante e depois da reestruturação do sistema de saúde de um Estado do Canadá. Testar um modelo de relação entre estes fatores.	Encontrou-se moderada relação entre as variáveis da cultura e as variáveis de atitude/comportamento. Uma percepção mais positiva sobre a cultura (clima emocional, práticas e "empoderamento") relaciona-se com uma maior confiança, satisfação, comprometimento e intenção de continuar no emprego. Há fortes evidências da influência da cultura, confiança e satisfação como preditores dos resultados da organização.	Para redirecionar o foco para valorização e estimulação de recursos humanos a longo prazo é necessário que haja mudanças nas estratégias de liderança para aprimorar a cultura da organização, melhorando a vida no trabalho dos gerentes e proporcionando sustentação para o Sistema da Saúde.
Organizational safety culture/climate and worker compliance with hazardous drug guidelines: lessons from the blood-borne pathogen experience	Mc DIARMID, M.A.; CONDON, M.  2005	Revisão de literatura	Avaliar a adesão a precauções universais utilizadas pelos profissionais da saúde a sangue e patógenos e sua solução parcial ligada à força da cultura de segurança.	Analisar a Cultura de Segurança Organizacional pode ampliar a compreensão das barreiras relacionadas à adesão às precauções por profissionais e sugerir estratégias para melhorá-la.	A Cultura de Segurança oferece muitos alvos de intervenção para melhorar e promover a adesão do trabalhador a práticas seguras na manipulação de drogas perigosas.
The Culture-Work-Health model and work stress	PETERSON, M.; WILSON, J.E.  2002	Revisão de Literatura	Descrever o papel da cultura organizacional na etiologia do estresse no trabalho através da estrutura do modelo Cultura-Trabalho-Saúde.	A cultura organizacional é um componente importante de estresse no trabalho e pode ser a chave para a criação de intervenções organizacionais eficazes.	O estresse no trabalho é tanto uma preocupação gerencial como um problema de saúde quando se está enquadrado em um argumento cultural, e o modelo Cultura-Trabalho-Saúde fornece uma base teórica para novas direções em amenizar o estresse no trabalho.
Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care	TZENG, H.M.; KETEFLIAN, S.; REDMA, N.R.W. 2002	Abordagem quantitativa Não- experimental  520 enfermeiros e 345 pacientes de 17 unidades de uma organização terciária de saúde dos EUA	Investigar a relação entre a avaliação dos enfermeiros sobre cultura organizacional, satisfação no trabalho e a satisfação de pacientes com cuidados de enfermagem. Desenvolver e testar um modelo conceitual sobre a relação causa-efeito entre variáveis organizacionais e os indicadores de resultados clínicos.	O estudo evidenciou que a percepção dos enfermeiros sobre cultura organizacional influenciou a percepção sobre a satisfação no seu trabalho, a qual influenciou o nível de satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem.	Estratégias para modificar a cultura organizacional deverão contribuir para o nível de satisfação geral do paciente, por meio da satisfação do trabalhador. Os administradores dos hospitais podem elaborar planejamentos que utilizem estes questionários como uma forma de auditoria interna.

## DISCUSSÃO

Os estudos selecionados, ao abordarem a cultura das organizações, trazem temáticas que envolvem a questão da saúde do trabalhador em seu âmbito mais subjetivo, como a satisfação, confiança e comprometimento no trabalho, ambientes de trabalho saudáveis, fatores comportamentais, estresse no trabalho e índices de rotatividade de pessoal. Estas temáticas representam riscos psicossociais no trabalho em saúde e estão associadas ao adoecimento de profissionais de enfermagem (COX; RIAL-GONZÁLEZ, 2002).

Dos trabalhos originais, observa-se que a avaliação da cultura organizacional e de fatores relacionados à saúde e ao ambiente de trabalho foi realizada pelo prisma dos próprios trabalhadores, ou seja, os resultados dos estudos provêm da percepção dos trabalhadores em saúde (COX; RIAL-GONZÁLEZ, 2002; TZENG; KETEFIAN; REDMAN, 2002; WAY, 2007).

Outro estudo selecionado aborda que, apesar da adoção de diretrizes nas instituições para normatização da manipulação de drogas perigosas por profissionais de saúde, a cultura é um fator importante para que haja adesão a equipamentos de segurança por estes profissionais. Em sua revisão de literatura, os autores destacam que estudos têm enfatizado que a cultura de uma organização pode tornar-se barreira para a adoção de práticas seguras no trabalho (MCDIARMID; CONDON, 2005).

Além da adesão e cumprimento das normas da organização, demonstrou-se também mais apoio aos diretores, capacitação, engajamento e compromisso no trabalho de enfermeiros gestores que consideram positiva a cultura de sua organização (SHIREY, 2009).

Tendo em vista que aspectos positivos na cultura organizacional podem refletir ambientes de trabalho saudáveis, líderes devem ser autênticos a fim de facilitar estruturas e processos organizacionais consistentes com a filosofia da instituição,

enfatizando o envolvimento dos trabalhadores em seu local de trabalho (SHIREY, 2009).

A cultura organizacional pode influenciar a percepção das pessoas e oferecer uma identidade aos trabalhadores; por outro lado, pode ser percebida como estressante pelo fato de determinar valores e normas capazes de alterar as relações, limitando a atuação profissional (PETERSON; WILSON, 2002), a liberdade e a criatividade dos indivíduos.

A dificuldade em encontrar estudos sobre a cultura organizacional e a saúde do trabalhador é também evidenciada em um estudo que demonstra que a produção científica da enfermagem no Brasil sobre a temática cultura/cultura organizacional é ainda incipiente. Os trabalhos nesta temática são realizados sob enfoques e referenciais teóricos variados, evidenciando-se a inclusão de áreas como a psicologia, sociologia, administração e antropologia nas correlações e interfaces do processo saúde-doença. Estes estudos parecem revelar a procura de respostas dos enfermeiros para seus problemas práticos, trazendo subsídios para a compreensão dos mesmos e demonstrando uma mudança da lógica instrumental para a substantiva em uma abordagem crítico-reflexiva (PROCHNOW; LEITE; OLIVO, 2005).

Cabe destacar que, embora excluídos desta revisão, estudos sobre clima organizacional demonstraram a relação entre fatores organizacionais e a saúde do trabalhador (STONE *et al.*, 2005; STONE; DU; GERSHON, 2007; CLARKE; SLOANE; AIKEN, 2002). Assim, a percepção de 2.047 trabalhadores de enfermagem dos Estados Unidos sobre fatores organizacionais demonstrou inúmeros fatores negativos sobre a ocorrência de doenças ocupacionais e injúrias no trabalho, em 2007. Os autores discutem que enfermeiros que percebem negativamente o clima são menos comprometidos com a organização e estão expostos a um risco elevado de vivenciarem sintomas de *burnout*. Deste modo, melhorar

o clima organizacional contribui para a obtenção de melhores indicadores de saúde no trabalho. Uma intervenção que pode tornar o clima da organização mais positivo deve ser baseada em ações de trabalho em equipe e de colaboração entre os profissionais (STONE; DU; GERSHON, 2007).

Estudo com três hospitais brasileiros demonstra que os valores de uma organização tem relação com o desenvolvimento e níveis de *burnout* de seus trabalhadores e que esta relação é mediada pela própria organização, mais precisamente por sua cultura (BORGES *et al.*, 2002).

Outro estudo demonstrou que enfermeiras que atuavam em hospitais com quantidade de recursos humanos precários e clima organizacional negativo têm duas vezes mais probabilidade de sofrer acidentes ou “quase-acidentes” com materiais perfurocortantes (CLARKE; SLOANE; AIKEN, 2002).

Estes estudos ainda discutem que para melhorar o ambiente de trabalho nas instituições de saúde torna-se fundamental compreender fatores organizacionais que compõem o local de trabalho. Além disso, pesquisadores afirmam que melhorar questões organizacionais de setores de saúde implica em melhores resultados nos indicadores de segurança tanto para o paciente quanto para o trabalhador, assim aprimorando a qualidade do serviço (STONE; DU; GERSHON, 2007; STONE *et al.*, 2005).

Para melhorar da cultura organizacional, pode-se somar a estes fatores aspectos referentes a liderança, comunicação, informação e qualidade de vida no trabalho.

Ambientes de trabalho saudáveis e favoráveis torna-se uma questão relevante para a promoção de saúde no trabalho, pois evitam sobrecarga física e mental, além de conferir sentido para o trabalho. Para redirecionar o foco para valorização e estimulação dos trabalhadores a longo prazo é necessário que haja mudanças nas estratégias de liderança para aprimorar a

cultura da organização, melhorando a vida no trabalho dos gerentes e proporcionando sustentação para o sistema da saúde (WAY *et al.*, 2007).

## CONCLUSÕES

Esta pesquisa reflete a escassez de estudos sobre a relação saúde dos trabalhadores de enfermagem e cultura organizacional, sendo encontrados estudos sobre clima organizacional. Além disso, consideramos que há a necessidade de que outros estudos sejam feitos a partir da cultura dos serviços de saúde.

Os estudos selecionados evidenciaram que a cultura organizacional tem grande influência sobre questões subjetivas e do ambiente de trabalho em saúde que podem prejudicar a saúde do trabalhador, principalmente com relação ao estresse e satisfação no trabalho, traduzidos como riscos psicossociais. Da mesma maneira, verificamos que os indicadores de saúde ocupacional e de resultados organizacionais também podem sofrer os efeitos da cultura.

Coloca-se como ponto chave no sentido de transformar ou “melhorar” a cultura da organização a liderança estabelecida, de forma que, para a mudança, há a necessidade de iniciativa e empenho dos coordenadores da organização, estabelecendo estratégias capazes de tornar o ambiente laboral mais saudável e oferecer suporte aos trabalhadores. Neste sentido, o enfermeiro, enquanto gerente das unidades de saúde, tem a responsabilidade sobre os ambientes laborais dos trabalhadores de enfermagem, pois ele representa o elo entre a equipe e outras esferas administrativas.

## RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do artigo.

## REFERÊNCIAS

BORGES, L.O. *et al.* A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um

- estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, p.189-200, 2002.
- CLARKE, S.P.; SLOANE, D.M.; AIKEN, L.H. Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 7 p.1115-1119, 2002.
- COX, T.; RIAL-GONZÁLEZ, E. Work-related stress: the european picture. **Magazine of European Agency for Safety and Health at work**, v.5, p.4-6, 2002.
- FLIN, R. *et al.* Measuring safety climate in healthcare. **Quality and Safety in Health Care**, v.15, n.2, p.109-115, 2006.
- GARCIA, A.B. *et al.* Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, p.153-159, 2012.
- HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HOFSTEDE, G.; HOFSTEDE, G.J.; MINKOV, M. **Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival**. 3. ed. New York: McGraw Hill, 2010.
- JERICÓ, M.C.; PERES, A.M.; KURCGANT, P. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, p.569-577, 2008.
- KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Cultura e poder nas organizações de saúde. In: KURCGANT, P. (Coord.) **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.26-36.
- LEKA S, COX T, KORTUN E. **Towards the development of a Psychological Risk Management (PRIMAT)**. IOHA 2005, PILANESBERG: paper 03.
- LUCK, H. A melhoria do desempenho da empresa pela mudança de sua cultura. **Revista da FAE**, v.4, n.1, p.3-16, 2001.
- MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- MCDIARMID, M.A.; CONDON, M. Organizational safety culture/climate and worker compliance with hazardous drug guidelines: lessons from the blood-borne pathogen experience. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.47, n.7, p.740-749, 2005.
- PETERSON, M.; WILSON, J.F. The culture work-health model and work stress. **American Journal Health Behavior**, v.26, n.1, p.16-24, 2002.
- PROCHNOW, A.G.; LEITE, J.L.; OLIVO, V.F. Cultura - cultura organizacional: uma análise com enfoque na produção científica da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.9, n.2, p.271-277, 2005.
- SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2010.
- SHIREY, M.R. Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments. **Critical Care Nursing Quarterly**, v.32, n.3, p.189-198, 2009.
- SILVA, R.M. *et al.* Sentido do trabalho para enfermeiros noturnos de um hospital universitário: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.10, n.3, 2011.

- STETLER, C.B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v.11, n.4, p.195-206, 1998.
- STONE, P.W. *et al.* Organizational climate of staff working conditions and safety – an integrative model. *In:* HENRIKSEN, K. **Advances in patient safety: from research to implementation**. Rockville, MD: AHRQ Concepts and Methodology, 2005. p.467-82.
- STONE, P.W.; DU, Y.; GERSHON, R.R.M. Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.49, n.1, p.50-58, 2007.
- TZENG, H.M.; KETEFIAN, S.; REDMAN, R.W. Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. **International Journal of Nursing Studies**, v.39, n.1, p.79-84, 2002.
- URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.
- WAY, C. The impact of organizational culture on clinical managers' organizational commitment and turnover intentions. **Journal of Nursing Administration**, v.37, n.5, p.235-242, 2007.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.5, p.546-453, 2005.





## A DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA E SUAS REPERCUSÕES PARA CRIANÇA E A FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz<sup>1</sup>, Eda Schwartz<sup>2</sup>, Maria Elena Echevarría-Guanilo<sup>3</sup>

**RESUMO:** Trata-se de uma revisão integrativa que objetivou identificar o conhecimento científico produzido sobre a doença crônica na criança, nos últimos cinco anos. Foi realizada uma busca na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na US *National Library of Medicine, National Institutes of Health* (PubMed). Foram utilizadas as estratégias de busca, no LILACS, Criança AND Doença crônica e na base de dados PubMed, *Chronic Disease AND Child Care NOT Adolescents NOT Bimedical Research*, sendo incluídos artigos publicados nos últimos cinco anos (2008 a 2013), em Inglês, Alemão, Espanhol e Português, e que incluam população desde o nascimento até 18 anos (delimitação possível na base de dados). Após leitura exaustiva dos títulos e resumos foram incluídos, para análise na íntegra, os artigos que relatavam a doença crônica em crianças até 12 anos de idade, com texto completo disponível gratuitamente. Analisaram-se 21 artigos os quais foram organizados em quatro categorias temáticas: a criança frente à doença crônica; a família e/ou cuidador no enfrentamento da doença crônica da criança; a assistência profissional no cuidado a criança com doença crônica e sua família; e o papel da rede de apoio social no enfrentamento da doença crônica na criança. Entre os estudos analisados foi possível identificar que a maior carga de cuidados está sobre as mães que, muitas vezes, não encontram apoio familiar nem social, dificultando o tratamento e interferindo na qualidade de vida do cuidador e da criança.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença crônica; Cuidado da criança; Relações profissional-família.

## CHRONIC ILLNESS IN CHILDHOOD AND ITS REPERCUSSIONS TO THE CHILD AND FAMILY: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** It is an integrative review that aimed to identify the scientific knowledge produced about chronic illness in children, in the last five years. It was developed a search on the databases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS and on the US National Library of Medicine, National Institutes of Health PubMed. Search strategies were used, on LILACS, *Criança AND Doença crônica* and on PubMed, *Chronic Disease AND Child Care NOT Adolescents NOT Bimedical Research*, being included articles published in the last five years (2008 to 2013), in English, German, Spanish and Portuguese, and that include population since birth to 18 years old (limit set on the database). After exhaustive reading of titles and abstracts, full articles were included to analysis, it was the ones that related chronic illnesses until 12 years old, with full text available for free. 21 articles were analyzed which were organized in four thematic categories: the child up against chronic illness, family and the care-giver on facing the chronic illness in the child; professional assistance on caring for the child with chronic illnesses and his/her family; and the role of social support on facing a chronic illness in the child. Among analyzed studies it was possible to identify that caring is mostly on the mothers, that a lot of times do not find family or social support, making it difficult for the treatment and inferring on the quality of life of the child caregiver.

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: r.gabatz@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Enfermeira, Pós-doutora, Professora Associada do Programa de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: eschwartz@terra.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora, Professor Adjunta do Programa de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elena\_meeg@hotmail.com.

Recebido em: 04/01/2014 . Aceito em: 18/03/2014

## INTRODUÇÃO

A presença da doença crônica na infância acarreta diversas consequências para a criança e toda a sua família. As condições crônicas demandam cuidados e preocupações adicionais podendo afetar o grau de atividade e desenvolvimento da criança, bem como o seu relacionamento e rendimento escolar, devido às limitações impostas e à necessidade de frequentes hospitalizações (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A condição de doença crônica na infância interfere na organização familiar, os pais, muitas vezes, necessitam se ausentar no trabalho, em decorrência das necessidades de cuidado com o filho, podem ainda enfrentar dificuldades econômicas em virtude das demandas com o tratamento. Além disso, irmãos também enfrentam adversidades, como limitação em participar de atividades de lazer, privação da presença de um dos pais durante a hospitalização da criança com doença crônica (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Destaca-se que a doença crônica acarreta uma sobrecarga física e emocional dos cuidadores. De forma geral, o cuidado fica mais centralizado na mãe, cujo título de cuidadora está implícito ao seu papel. Esta, geralmente, precisa abandonar o emprego para acompanhar o filho em consultas e hospitalizações frequentes. A necessidade de afastamentos constantes distancia a mãe também dos demais membros da família influenciando na dinâmica familiar, sendo necessárias adaptações constantes (SILVA *et al.*, 2010).

O estresse da família costuma estar relacionado à impotência que sente frente à condição crônica do filho que demanda cuidados especiais, como procedimentos técnicos específicos, em geral, realizados somente por profissionais de saúde. Neste contexto, fica ainda mais evidente a necessidade do apoio profissional, por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e a família, visando o compartilhamento de

conhecimentos e a formulação conjunta do plano de cuidado (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Partindo desses pressupostos justifica-se a realização de uma revisão integrativa da literatura que permitisse conhecer as publicações existentes sobre a doença crônica na criança, já que inúmeras são as consequências desta na vida da criança e da família. Assim objetivou-se identificar o conhecimento científico produzido sobre a doença crônica na criança, de forma a contribuir com o cuidado de profissionais de enfermagem que lidam diariamente com esta população.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa abordando a temática da doença crônica na criança. Utilizou-se para a construção seis passos descritos por Mendes, Silveira e Galvão (2008): estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão.

Seguindo-se os passos acima, primeiramente elegeu-se como questão norteadora pesquisa: “O que tem sido produzido nos últimos cinco anos acerca de doença crônica na criança?”.

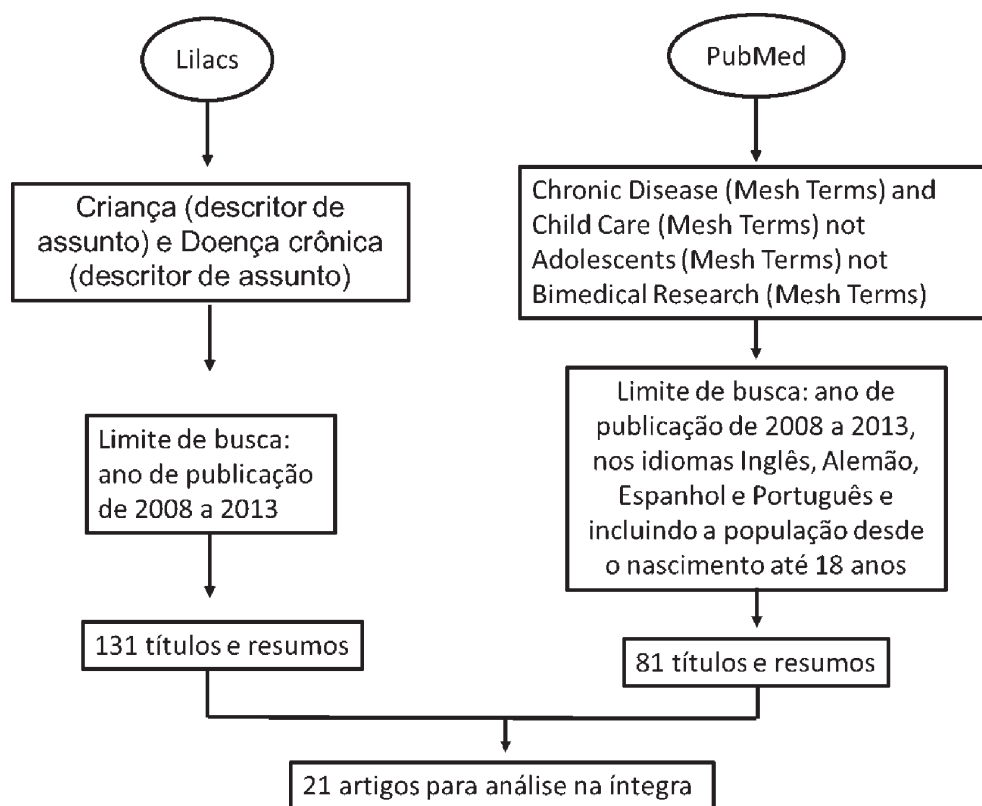
Como segundo passo, escolheu-se duas bases de dados para realizar a busca: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e US *National Library of Medicine, National Institutes of Health* (PubMed). Os descritores utilizados para a formulação da estratégia de busca foram primeiramente consultados nos dicionários Descritores em Ciências da Saúde - DeCS e *Medical Subject Headings* - MESH, com o intuito de atender às particularidades de cada base, após foram organizados conforme a base consultada, sendo utilizados como limites de busca, para ambas as bases: publicação nos últimos cinco anos (2008 a 2013). Para a

busca no PubMed: publicação em inglês, português espanhol ou alemão e estudos realizados com população recém nascida até 18 anos de idade (Figura 1). Optou-se pelo recorte de cinco anos, em função do grande volume de produções existentes sobre a temática e ser o objetivo capturar informações atuais.

A partir desta etapa, foram selecionados os estudos, por meio da leitura

exaustiva dos títulos e resumos, sendo incluídos para análise os artigos que relatavam a doença crônica em crianças até 12 anos de idade (de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente), que apresentavam o texto completo disponível gratuitamente, exclusivamente artigos, excluindo-se comentários, pontos de vista, cartas ao editor e editoriais, totalizando-se 21 artigos para análise (Figura 1).

Figura 1 – Etapas seguidas para identificação de estudos analisados na íntegra



Após esta etapa realizou-se a análise dos dados, categorizando-os e interpretando-os finalizando com a síntese do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 21 artigos selecionados, após aplicação dos critérios de inclusão

definidos previamente, 18 foram identificados na base de dados LILACS e três no PubMed. A partir da estratégia de busca selecionada, não foram identificados estudos publicados no ano de 2013 com esta temática. Quanto à distribuição dos artigos publicados, os anos de 2011 e 2012, apresentaram maior número, com seis em cada ano (Quadro 1).

**Quadro 1** – Distribuição das referências de acordo com a identificação, ano de publicação, periódico, tipo de estudo, base de dados e idioma

Identificação	Ano/ Periódico	Objetivo	Tipo de estudo	Base de dados/ Idioma
Psicoterapia de criança com alopecia areata universal: desenvolvendo a resiliência. Menezes; Lopez, Delvan - Psicólogas	2010 Paidéia	Relatar e discutir a experiência clínica e o desenvolvimento de comportamentos resilientes e de uma paciente infantil, portadora de doenças crônicas	Estudo de caso, descritivo, qualitativo.	LILACS Port.
Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. Nóbrega <i>et al.</i> - Enfermeiras	2012 Escol Anna Nery Revista de Enfermagem	Analisar as imposições e os conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica.	Descritivo exploratório, qualitativo	LILACS Port.
O cuidado domiciliar à criança em quimioterapia na perspectiva do cuidado. Comaru; Monteiro - Enfermeiras	2008 Revista Gaúcha Enfermagem	Compreender como o cuidador familiar vivencia o cuidado domiciliar à criança em quimioterapia	Qualitativo, fenomenológico	LILACS Port.
Cotidianos de famílias de crianças convivendo com doenças crônicas: microsistemas em interseção com vulnerabilidades individuais. Pedroso; Motta. - Enfermeiras	2010 Revista Gaúcha Enfermagem	Conhecer as percepções das famílias de crianças que convivem com doenças crônicas sobre as situações de vulnerabilidade e seus componentes, relacionados com o ambiente ecológico.	Descritiva exploratória com abordagem qualitativa	LILACS Port.
Funcionalidade de famílias de mães cuidadoras de filhos com condição crônica. Barbosa <i>et al.</i> - Enfermeiros	2011 Ciência, Cuidado e Saúde	Identificar quanto a mãe manifesta satisfação com a sua família e com o modo de funcionamento de grupo familiar diante da condição crônica da criança	Descritivo exploratório transversal quantitativo	LILACS Port.
Sobrecarga emocional e qualidade de vida em mães de crianças com erros inatos de metabolismo. Pontes-Fernandes; Pettean - Psicólogas	2011 Psicologia: Teoria e pesquisa	Investigar a sobrecarga emocional e a percepção da própria qualidade de vida em mães de crianças com erros inatos do metabolismo	Quantitativo	LILACS Port.
Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. Miura; Pettean - Psicólogas	2012 Mudanças – Psicologia da saúde	Investigar a qualidade de vida em mães/ Cuidadoras de crianças com diagnóstico de paralisia cerebral	Quantitativo	LILACS Port.
O desenvolvimento emocional em crianças submetidas a transplante hepático. Anton; Piccinini - Psicólogos	2011 Estudos de psicologia	Investigar o impacto da doença crônica e do transplante hepático infantil no desenvolvimento infantil	Qualitativo estudo de caso coletivo	LILACS Port.
Rede de apoio social das famílias de crianças em condição crônica. Nóbrega <i>et al.</i> - Enfermeiras	2010 Revista Eletrônica de Enfermagem	Identificar a rede social e os tipos de apoio social, avaliando os vínculos apoiadores, a perspectiva das famílias de crianças em condição crônica	Descritivo exploratório qualitativo	LILACS Port.
Aspectos psicossociais associados a diferentes fases do transplante hepático pediátrico. Anton; Piccinini - Psicólogos	2010 Psicologia: Teoria e Pesquisa	Investigar os aspectos psicossociais das diferentes fases do processo de transplante	Estudo de caso coletivo qualitativo	LILACS Port.
Paralisia cerebral: estudo sobre o enfrentamento familiar. Andrade; Vieira; Dupas - Enfermeiras	2011 REME Revista Mineira de Enfermagem	Compreender a experiência da família na vivência com a situação de Paralisia cerebral da criança e, assim, identificar as mudanças que essa condição crônica provoca na vida familiar e quais os mecanismos de enfrentamento que a família utiliza e/ou utilizou.	Descritivo Qualitativo Interacionismo simbólico	LILACS Port.
Câncer na infância: conhecendo a experiência do pai. Dupas <i>et al.</i> - Enfermeiras	2012 REME Revista Mineira de Enfermagem	Compreender a experiência do pai da criança com câncer, identificando quais mudanças significativas a doença provocou na relação pai e filho.	Descritivo Qualitativo Teoria Fundamentada em Dados	LILACS Port.
Perfil de crianças dependentes de tecnologia no município de Ribeirão Preto/SP. Okido; Hayashida; Lima - Enfermeiras	2012 Journal of Human Growth and Development	Caracterizar as crianças dependentes de tecnologia, residentes no município de Ribeirão Preto/SP, de acordo com as condições de gestação e nascimento, a origem das necessidades especiais de saúde e as demandas de cuidado	Descritivo transversal quantitativo	LILACS Port.
Rede de apoio social de famílias de crianças com doença crônica: revisão integrativa. Araújo <i>et al.</i> - Enfermeiras	2011 Ciência Cuidado e Saúde	Identificar o conhecimento científico produzido sobre o apoio social e a rede social como estratégias usadas pela família no enfrentamento da doença crônica na infância.	Revisão integrativa	LILACS Port.

Identificação	Ano/ Periódico	Objetivo	Tipo de estudo	Base de dados/ Idioma
O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade. Moreira; Machado - Psicólogas	2011 Ciência & Saúde Coletiva	Contribuir para a reflexão sobre o contexto hospitalar na vida de uma criança portadora de doença crônica e as interveniências da cultura técnica deste espaço para o processo de socialização da mesma.	Reflexão	LILACS Port.
Atendimento psicológico a mães de crianças com doença crônica: relato de experiência. Lopez; Stuhler - Psicólogas	2008 Psicol. Argum.	Relatar a experiência de um programa de atendimento psicológico a mães cuidadoras de crianças com doença crônica	Relato de experiência	LILACS Port.
Aspectos psicossociales de la epilepsia infantil. Salazar - Médico	2009 Medicina	Atualização sobre os aspectos psicossociais da epilepsia infantil	Atualização	LILACS Esp.
La ética en el paciente pediátrico portador de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Aguiar - Médico	2008 Revista Médica Eletrónica	Discutir a prática médica pediátrica na atenção a criança portadora de enfermidades crônicas não transmissíveis	Reflexão Atualização	LILACS Esp.
A family perspective on population health: the case of child health and the family. Witt; DeLeire – Médica, Economista	2009 WMJ	Revisar e sintetizar o conjunto de diversos artigos que examinaram a associação e vínculos entre a saúde da criança e a saúde da família	Revisão	PubMed Ing.
Chronic keratoconjunctivitis with dermatitis as a presenting sign of child abuse. Moore; Herlihy - Médicos	2012 Journal of AAPOS	Relatar um caso de keratoconjuntivite crônica em criança	Estudo de caso	PubMed Ing.
Childhood asthma: considerations for Primary Care Practice and Chronic Disease Management in Village of Care. Rosenthal - Médico	2012 Primary Care	Destacar o valor das contribuições das bases comunitárias para o cuidado da asma na infância e discutir o quanto esse valor pode ser vinculado ao desenvolvimento da prática e das necessidades do sistema de saúde	Atualização	PubMed Ing.

A maior parte dos artigos (13) retrataram o tema em estudo no Brasil, sendo a abordagem metodológica mais frequente a qualitativa. Quanto à autoria, a maioria dos artigos, nove foi produzida por enfermeiros (NOBREGA *et al.*, 2012; COMARU, MONTEIRO, 2008; PEDROSO; MOTTA, 2010; BARBOSA *et al.*, 2011; NÓBREGA *et al.*, 2010; ANDRADE; VIEIRA; DUPAS, 2011; DUPAS *et al.*, 2012; OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012; ARAÚJO *et al.*, 2011), seguidos pelos psicólogos, sete artigos (MENEZES; LOPEZ; DELVAN, 2010; PONTES-FERNANDES; PETTEAN, 2011; MIURA; PETTEAN, 2012; ANTON; PICCININI, 2011; ANTON; PICCININI, 2010; MOREIRA; MACHADO, 2009; LOPEZ; STUHLER, 2008), médicos quatro artigos (SALAZAR, 2009; AGUIAR, 2008; MOORE; HERLIHY, 2012; ROSENTHAL, 2012) e um com coautoria de médico e economista (WITT; DELEIRE, 2009).

A seguir são apresentados os resultados e sua correspondente discussão conforme as quatro categorias temáticas identificadas: a criança frente à doença

crônica; a família e/ou cuidador no enfrentamento da doença crônica da criança; a assistência profissional no cuidado a criança com doença crônica e sua família; o papel da rede de apoio social no enfrentamento da doença crônica na criança, as quais serão apresentadas na sequência.

### A criança frente à doença crônica

A doença crônica pode gerar um grande impacto na vida da criança, bem como uma variedade de limitações e restrições, alterando a sua vida cotidiana.

Estudo de Okido; Hayashida; Lima (2012) apresenta um perfil das crianças com doenças crônicas dependentes de tecnologia, tais como, uso de alimentação por sonda, gastrostomia, traqueostomia, oxigenioterapia, ventilação mecânica, em diálise peritoneal. A maioria das crianças era do sexo masculino, com idades entre um e quatro anos e de cor branca. As mães realizaram o pré-natal com mais de seis consultas, sendo os nascimentos, em maior parte, em instituições hospitalares e de parto cesáreo. Quanto aos fatores de risco gestacional encontram-se a gemelaridade, o uso abusivo



de álcool e drogas ilícitas a doença hipertensiva, diabetes (OKIDO; HAYASHIDA; LIMA, 2012).

Os resultados dos estudos apontam que as crianças com doenças crônicas podem apresentar dificuldades na aquisição de autonomia, dificuldade de relacionamento, medo da morte, pouca tolerância à frustração (ANTON; PICCININI, 2011), problemas de conduta, isolamento, repúdio à terapia (SALAZAR, 2009), além de angústia e tristeza, em especial, quando percebem suas dificuldades motoras e de aprendizado (ANDRADE; VIEIRA; DUPAS, 2011), o que pode levar ao abandono escolar ou interrupção de atividades realizadas diariamente no convívio familiar e social.

O impacto da doença crônica, de acordo com os resultados identificados nos estudos analisados na presente revisão, pode aumentar o risco de morbidade psicológica na criança (WITT; DELEIRE, 2009). Entretanto, se ela tiver acompanhamento psicológico pode desenvolver características resilientes, tendo capacidade de lidar com as adversidades causadas pela doença, diminuindo assim o risco de psicopatologias e se adaptando ao seu cotidiano (MENEZES; LOPEZ; DELVAN, 2010).

Neste contexto, vale destacar a importância do lúdico, na vida da criança, em especial, aquela com doença crônica que necessita de hospitalização (ANTON; PICCININI, 2011). Neste caso, o hospital torna-se um lugar de construção de relações sociais em que a criança expressa sua experiência com a doença. Estudo (MOREIRA; MACHADO, 2009) destaca que o processo de socialização para a criança é mediado pelo seu caráter lúdico, pela brincadeira, que atua na transmissão de valores e construção de sociabilidade.

Além disso, o uso do lúdico possibilita a integração da criança com os aspectos positivos e negativos da hospitalização, de forma que passam a ser criados espaços nos quais, as crianças têm a possibilidade de realizar atividades que as aproximam da normalidade, no qual o brincar está presente.

Para Moreira e Machado (2009, p. 651) “o brincar pode funcionar como um mediador privilegiado, facilitando a incorporação pela criança da experiência da doença e de todas as suas ramificações na sua experiência pessoal”. Isto é, no convívio em um ambiente novo como o hospital, a criança, pode identificar muitas coisas que domina, as quais podem manipular com segurança, e que poderiam promover momentos de relaxamento e liberdade.

Por fim, destaca-se a necessidade de estar sempre atento às possíveis relações de condições crônicas com situações de abuso infantil. Estudo realizado por Moore e Herlihy (2012) apresenta caso de keratoconjuntivite crônica e dermatite em criança de 13 meses que, após o acompanhamento de profissionais oftalmologistas, com diversos retornos ao hospital, chega ao serviço com uma hemorragia subdural e retiniana, descobrindo-se estar ligadas ao abuso pela mãe. Alerta-se para a necessidade de uma investigação completa e minuciosa dos sinais e sintomas de crianças trazidas para atendimento de saúde, com condições oftalmológicas crônicas e persistentes, a fim de detectar casos de abuso infantil (MOORE; HERLIHY, 2012).

### **A família e/ou o cuidador no enfrentamento da doença crônica da criança**

A doença crônica em uma criança costuma representar uma grande carga física, financeira, de tempo e psicológica sobre toda a família, além disso, ocasiona transformações na dinâmica e na vida familiar.

Andrade; Vieira e Dupas (2011) realizaram um estudo com familiares de crianças com paralisia cerebral indicando que a família demonstra angústia, aflição, choque, abalo e desespero no impacto da descoberta da patologia crônica. Destacam também a dificuldade de encontrar apoio social, bem como a falta de recursos para a saúde da criança (serviços insuficientes e



falta de profissionais capacitados para a assistência), dificuldade de acesso, transporte e infraestrutura municipal, aspectos que fragilizam ainda mais a família e a criança (ANDRADE; VIEIRA; DUPAS, 2011).

Atualização de Salazar (2009) sobre a epilepsia indica que grande inquietude e momentos de perigo envolvem a família da criança com a doença, associando-se ainda ansiedade, culpabilidade e agressividade, que geram proibições e superproteção.

Os desafios impostos pela doença crônica, além de medo e dificuldades, insegurança e impotência frente ao desconhecido, podendo unir a família ainda mais, ou separá-la (PEDROSO; MOTTA, 2010). No entanto, a participação e dedicação de todos os membros da família possibilitam uma boa capacidade de adaptação (BARBOSA *et al.*, 2011), bem como características de funcionamento positivo como suporte familiar, mecanismo de  *coping*  da criança e fé nos cuidados também contribuem para a adaptação da criança e da família à doença crônica (WITT; DELEIRE, 2009).

A maioria dos estudos (ANTON; PICCININI, 2010; PONTES-FERNANDES; PETTEAN, 2011; NÓBREGA *et al.*, 2012; MIURA; PETTEAN, 2012) analisados, apontam a mãe como cuidadora principal, ela sofre uma sobrecarga emocional e de responsabilidades, de forma que sua qualidade de vida acaba sendo afetada (PONTES-FERNANDES; PETTEAN, 2011), precisa abandonar o emprego para acompanhar o filho doente em consultas e hospitalizações constantes o que leva ao desequilíbrio financeiro, os afastamentos frequentes também levam a desestruturação familiar e a fragilização dos relacionamentos, que ocasionam, muitas vezes, a separação do casal (NÓBREGA *et al.*, 2012). A sobrecarga impõe também outras consequências para as mães, como a falta de tempo para atividades de lazer (COMARU; MONTEIRO, 2008; MIURA;

PETTEAN, 2012; NÓBREGA *et al.*, 2012) e a transferência de responsabilidades para outros filhos mais velhos (NÓBREGA *et al.*, 2012).

Anton; Piccinini (2010) realizaram um estudo com mães de crianças de transplante hepático apontando o sentimento de impotência, desamparo e dificuldade das mães em lidar com o diagnóstico, além da necessidade de muitos cuidados em casa e acompanhamento hospitalar com internações longas e repetidas.

A descoberta da doença crônica também pode levar a negação, bem como revolta e indignação como aponta estudo sobre atendimento psicológico a mães com criança com doença crônica (LOPEZ; STUHLER, 2008).

Ainda, uma das principais preocupações das mães de crianças com doenças crônicas relaciona-se a inserção na escola, o processo de escolarização e o preconceito sofrido pelos filhos, conforme estudo com mães de crianças transplantadas hepáticas (ANTON; PICCININI, 2011).

Por fim, ressalta-se uma lacuna nas produções que investiguem o sentimento do pai frente à patologia crônica na criança. Acredita-se que isso possa estar relacionado à naturalização do papel da mãe como cuidadora, sendo o pai poucas vezes incluído no planejamento da assistência.

Encontrou-se um estudo que buscou conhecer a experiência do pai no câncer na infância (DUPAS *et al.*, 2012). Neste, pode-se perceber que tal como as mães, também os pais, apresentam medo, angústia e sofrimento diante de uma condição crônica na criança. Nesta situação, o pai reconstrói seu papel em um processo de maior interação e afeto com o filho, redirecionando sua vida em busca da superação de preconceitos como demonstrar sentimentos e ser o único responsável por prover o sustento da família. A confiança em Deus e a fé são indicados como fonte de fortalecimento e equilíbrio para os pais e a família (DUPAS *et al.*, 2012).

### **A assistência profissional no cuidado a criança com doença crônica e sua família**

É importante que os profissionais da saúde compreendam o impacto que doença crônica causa na criança, no seu desenvolvimento e na família.

Aguiar (2008) destaca que a atenção à criança portadora de doença crônica é um importante dilema na prática médica, pois além das limitações que a doença impõe as crianças, cria ansiedade e superproteção familiar, pela necessidade de atenção médica e internações recorrentes. Neste contexto, a tomada de decisão acerca do tratamento deve ser tomada com base no consentimento informado dos pais e também da criança. A aplicação do método científico, clínico e epidemiológico deve estar acompanhada da análise ética, da utilização racional da tecnologia, da máxima compreensão da criança e sua família da capacidade de ser compreendido nas propostas estabelecidas.

A atenção primária é considerada a pedra angular no seguimento das crianças com doenças crônicas, uma vez que a equipe pode acompanhar integralmente a família, trabalhando em conjunto em busca da mudança de hábitos e padrões de conduta social que permitam a criança doente incorporar-se adequadamente a sociedade (AGUIAR, 2008).

Araújo *et al.* (2011) também apontam para a necessidade da inserção dos profissionais de saúde da atenção básica na rede de cuidado à criança com doença crônica. Eles devem inserir a criança e a família no seu processo de trabalho de forma participativa e simétrica, criando espaços para propor intervenções que melhorem a qualidade de vida de todos, instrumentalizando a família para o cuidado, visando diminuir as recidivas de futuras hospitalizações.

Ainda, neste contexto, é importante promover intervenções terapêuticas que considerem as características específicas

das famílias (PONTES-FERNANDAES; PETTEAN, 2011; MIURA; PETTEAN, 2012), reconhecendo a família como sujeito ativo no cuidado à criança com condição crônica, visando uma construção compartilhada do cuidado (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Por fim, Rosenthal (2012) em estudo sobre o valor das contribuições das bases comunitárias para o cuidado da asma na infância destaca que, muitas vezes, a formação médica está voltada apenas para as questões individuais do paciente, todavia é preciso considerar a vida em comunidade. A comunidade possui sua cultura, atitudes e formas de cuidado da saúde o que influencia as atitudes, comportamentos e crenças dos indivíduos que dela fazem parte. Neste contexto, é preciso coordenar esforços para um cuidado mais efetivo integrando os cuidados primários aos cuidados hospitalares, oferecendo um suporte centrado no paciente e na família (ROSENTHAL, 2012).

### **O papel da rede de apoio social no enfrentamento da doença crônica na criança**

A rede de apoio social tem uma importante função no auxílio às famílias de crianças com doenças crônicas. Estudo que buscou identificar a rede social das famílias de crianças em condições crônicas (NÓBREGA *et al.*, 2010) apontou que a rede social das famílias é constituída, principalmente, do hospital e da clínica, da igreja e da escola, sendo as principais fontes de apoio social (ajuda financeira, roupas, medicações) os profissionais de saúde do hospital.

A relação de apoio entre os familiares de crianças doentes no hospital, também constitui uma função muito importante no enfrentamento; por outro lado as famílias destacaram que falta acolhimento do nível primário de atenção à saúde, este não atende às necessidades da família (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Uma pesquisa envolvendo famílias de crianças com câncer indica que o apoio dos familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde e outras famílias de crianças com câncer são importantes, pois dão suporte para seguir em frente (DUPAS *et al.*, 2012).

Por fim, ressalta-se que no cotidiano do cuidado à criança com doença crônica, diferentes tipos de apoio são necessários durante a trajetória da enfermidade. No início da doença, logo após o diagnóstico, o apoio de familiares e equipe do hospital está mais presente e vai diminuindo em longo prazo, muitas vezes, as mães acabam assumindo sozinhas os cuidados (ARAÚJO *et al.*, 2011). Destaca que o apoio da equipe hospitalar é deficiente, conflituoso ou inexistente, pois os profissionais dão poucas oportunidades para o diálogo. Fica explícito o sentimento de desamparo por parte das famílias, assim como a negligência e a falta de ética dos profissionais, no que diz respeito à demora em resolver os problemas relacionados à doença, fornecem informações com pouca clareza e negam serviços. Faltam sensibilidade e compreensão dos profissionais na comunicação com a família (ARAÚJO *et al.*, 2011).

## CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo foi possível sintetizar dados identificados em produções relacionados a doença crônica na criança. Percebe-se o grande impacto que esta acarreta para a criança, sua família e os profissionais que prestam o cuidado.

Os resultados indicam que a maior carga de cuidados está sobre as mães, que muitas vezes, não possuem apoio do pai da criança, nem da família e nem dos profissionais, o que suscita uma reflexão importante sobre que tipo de assistência é prestada pelos profissionais nos serviços de saúde e qual o comprometimento que possuem com o cuidado da criança e de sua família.

Poucos estudos buscam os pais como fonte de dados, o que se considera uma importante lacuna, pois conforme os resultados eles se sentem tão impotentes e angustiados quanto às mães, mas, em geral, nem são convidados a fazer parte do cuidado à criança.

Outra lacuna importante é a maioria dos estudos fala sobre a condição crônica da criança a partir da perspectiva de outros (mãe, pai, família, profissionais) e não da própria criança. Neste contexto, acredita-se na importância de realizar maiores investimentos na realização de estudos que permitam conhecer a realidade a partir da perspectiva da população que a vivencia.

Ainda destaca-se que a condição crônica é investigada apenas na família, enquanto que as instituições de abrigo que acolhem crianças, muitas vezes, com condições crônicas e incapacitantes, não são pesquisadas. Sugere-se que a realização de estudos que busquem conhecer a realidade vivenciada nas instituições de abrigo poderia contribuir para qualificar a assistência a essas crianças e melhorar a sua qualidade de vida.

É importante ressaltar a dificuldade do processo de escolarização enfrentada pelas crianças com doenças crônicas, devido as suas limitações, fragilidades físicas e emocionais, além das múltiplas hospitalizações, acabam se afastando por longos períodos da escola, o que, muitas vezes, inviabiliza o processo. Neste sentido, é necessário encontrar estratégias de apoio como, por exemplo, oferta de acompanhamento escolar durante a hospitalização, por equipes pedagógicas.

Por fim, destaca-se ainda a importância e necessidade do uso do brinquedo durante a internação hospitalar, pois este facilita o relacionamento da criança com os profissionais, com as outras crianças e com familiares. Além disso, constitui-se em uma excelente ferramenta para orientação e compreensão de procedimentos e tratamentos.

## RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS:

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.B. La ética en el paciente pediátrico portador de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. **Revista médica electrónica**, v. 30, n. 4, 2008.

Disponível em: <<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%202008/tema08.htm>> Acesso em: 20 mai de 2013.

ANDRADE, M.B.; VIEIRA, S.S.; DUPAS, G. Paralisia cerebral: estudo sobre o enfrentamento familiar. **Reme - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p.86-96, 2011.

ANTON, M.C.; PICCININI, C.A. O desenvolvimento emocional em crianças submetidas a transplante hepático. **Estudos de Psicologia**, v. 16, n. 1, p.39-47, 2011.

ANTON, M.C.; PICCININI, C.A. Aspectos psicossociais associados a diferentes fases do transplante hepático pediátrico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 455-464, 2010.

ARAÚJO, Y.B. *et al.* Rede e apoio social de famílias de crianças com doença crônica: revisão integrativa. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p.853-860, 2011.

BARBOSA, D.C. *et al.* Funcionalidade de famílias de mães cuidadoras de filhos com condição crônica. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p.731-738, 2011.

COMARU, N.R.C.; MONTEIRO, A.R.M. O cuidado domiciliar à criança em quimioterapia na perspectiva do

cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p.423-430, 2008.

DUPAS, G. *et al.* Câncer na infância: conhecendo a experiência do pai. **Reme - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p.348-354, 2012.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. (Edit.). **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LOPEZ, M.; STUHLER, G.D. Atendimento psicológico a mães de crianças com doença crônica: relato de experiência. **Psicologia argumento**, v. 26, n. 55, p.341-347, 2008.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto & Enfermagem**, v. 17, n. 4, p.758-764, 2008.

MENEZES, M.; LOPEZ, M.; DELVAN, J.S. Psicoterapia de criança com alopecia areata universal: desenvolvendo a resiliência. **Paidéia**, v. 20, n. 46, p.261-267, 2010.

MIURA, R.T.; PETTEAN, E.B.L. Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. **Mudanças - Psicologia da saúde**, v. 20, n. 1-2, p.7-12, 2012.

MOORE, D.B.; HERLIHY, E.P. Chronic keratoconjunctivitis with dermatitis as a presenting sign of child abuse. **Journal of APOS**, v. 16, n. 2, p.193-195, 2012.

MOREIRA, M.C.N.; MACHADO, A.L.D. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p.645-652, 2009.

NÓBREGA, V.M. *et al.* Rede social das famílias de crianças em condição crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, 431-440, 2010.

NÓBREGA, V.M. *et al.* Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p.781-788, 2012.

OKIDO, A.C.C.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R.A.G. Perfil de crianças dependentes de tecnologia no município de Ribeirão Preto/SP. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 3, p.291-296, 2012.

PEDROSO, M.L.R.; MOTTA, M.C. Cotidianos de famílias de crianças convivendo com doenças crônicas: microssistemas em intersecção com vulnerabilidades individuais. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.31, n. 4, p.633-639, 2010.

PONTES-FERNANDES, A.C.; PETTEAN, E.B.L. Sobrecarga emocional e qualidade de vida em mães de crianças com erros inatos de metabolismo. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 27, n. 4, p.459-465, 2011.

ROSENTHAL, M.P. Childhood Asthma: considerations for primary care and chronic disease management in the village of care. **Primary Care**, v. 39, n. 2, p.381-391, 2012.

SALAZAR, F.S. Aspectos psicosociales de la epilepsia infantil. **Medicina (Buenos Aires)**, v. 69, n.1/1, p.3-7, 2009.

SILVA, A.S. *et al.* Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p.359-365, 2010.

WITT, W.P.; DELEIRE, T. A family perspective on population health: the case of child health and the family. **Wisconsin Medical Journal**, v. 108, n. 5, p.240-245, 2009.





## INFECÇÕES HOSPITALARES EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA: UMA REVISÃO DAS INCIDÊNCIAS QUANTO AOS FATORES DE RISCO PÓS-CIRURGIA

Amanda de Andrade Costa<sup>1</sup>, Amanda Muniz Oliveira<sup>2</sup>, Rodolpho Alexandre Santos Melo Bastos<sup>3</sup>

**RESUMO:** Trata-se de um estudo bibliográfico que teve como objetivos conhecer por meio da literatura os fatores de risco predisponentes para as infecções no pós-operatório cardíaco, suas complicações e o papel do enfermeiro frente as condutas capazes de evitar este tipo de infecção. Além da pesquisa em livros procedeu-se a busca em artigos científicos das bases de dados *Scientific Electronic Library Online* - Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs e Biblioteca Virtual em Saúde - Birene os quais deveriam apresentar as seguintes palavras-chave: infecção pós-cirurgia cardíaca – fatores de risco – incidência. Após a revisão de literatura, verificou-se que as infecções mais comuns foram: as infecções bacterianas primárias, infecções de sítio cirúrgico, urinárias e pneumonias hospitalares representando um desafio para cirurgiões e profissionais de saúde, já que para o sucesso total das cirurgias cardíacas é imprescindível que o paciente esteja em condições clínicas aceitáveis, mas também é necessária uma equipe multidisciplinar treinada e com experiência, assim como um hospital com instalações e equipamentos adequados. Com relação as complicações destacam-se as do sítio cirúrgico, seguidas por pneumonias, sepse, infecções relacionadas a cateteres e infecções do trato urinário. Por fim, sobre a atuação dos enfermeiros ressalta-se esta tem início com a chegada do paciente no hospital e prossegue até a alta após a cirurgia. Quanto aos fatores de risco para a infecção pós-operatória cardíaca, destacaram-se neste estudo o sexo feminino, a idade e os procedimentos invasivos como o uso de cateter e sondagem vesical.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecção pós-cirurgia cardíaca; Fatores de risco; Incidência.

## HOSPITAL INFECTION IN PATIENTS UNDERGOING CARDIAC SURGERY: A REVIEW OF THE IMPLICATIONS REGARDING RISK FACTORS AFTER SURGERY

**ABSTRACT:** It is a bibliographic study aimed at learning through literature predisposing risk factors for postoperative infections in cardiac complications and the role of the nurse before the pipes can prevent this type of infection in addition to the research books proceeded to search scientific articles of databases *Scientific Electronic Library Online* - SciELO, the Latin American and Caribbean Health Sciences - Lilacs and Virtual Health Library - Biren which should contain the following keywords: infection after cardiac surgery - risk factors - incidence. After reviewing the literature, we found that the most common infections were: primary bacterial infections, surgical site infections, urinary tract infections and pneumonia hospital representing a challenge for surgeons and health professionals, as to the overall success of cardiac surgery is imperative that the patient is acceptable in clinical conditions, but also requires a multidisciplinary team trained and experienced, as well as a hospital with adequate facilities and equipment. Regarding the complications there are the surgical site, followed by pneumonia, sepsis, catheter-related infections and urinary tract infections. Finally, on the role of nurses it is noteworthy that begins with the arrival of the patient in the hospital and continues to discharge after surgery. The risk factors for infection after cardiac surgery, this study highlights the female sex, age and invasive procedures such as catheter and urinary catheter.

**KEYWORDS:** Infection after heart surgery; Risk factors; Incidence.

<sup>1</sup> Enfermeira residente em saúde da Mulher na Universidade Estadual de Montes Claros. Especialista em Saúde da Família, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: bandinhaandrade@gmail.com

<sup>2</sup> Advogada. Pós-graduanda em Direito Processual Civil pela Universidade Estácio de Sá. Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Homocultura, da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: amandai040@gmail.com.

<sup>3</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em História pela Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes. Pós-Graduado em História da Filosofia com ênfase em Epistemologia pela Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: rodoxbastos@gmail.com.

Recebido em: 04/01/2014 . Aceito em: 25/02/2014

## INTRODUÇÃO

As cirurgias cardíacas, a partir da segunda metade do século XX passaram a ser, conforme ressalta Rossi Neto (2004), um fato corriqueiro, sendo comum encontrar pessoas das mais diversas idades e dos mais diversos segmentos sociais que passaram por este tipo de intervenção cirúrgica.

Apesar de ser um procedimento complexo, normalmente as cirurgias cardíacas têm transcorrido sido efetuadas com sucesso, o que Lotufo (1996) atribui as novas e avançadas tecnologias empregadas nestes procedimentos. No entanto, Ferraz e Ferraz (2003) considera que apesar dos avanços, as infecções hospitalares continuam a ser as principais e mais frequentes complicações do período pós-operatório, representando um desafio para cirurgiões e profissionais de saúde, já que para o sucesso total das cirurgias cardíacas é imprescindível que o paciente esteja em condições clínicas aceitáveis, além de ser necessária a presença de uma equipe multidisciplinar treinada e experiente, bem como um hospital com instalações e equipamentos adequados.

Way (2001), por sua vez, destaca a mediastinite, a pneumonia, a sepse e as infecções por cateteres como as mais frequentes e graves complicações do pós-operatório cardíaco. Complicações que tem sua incidência reduzida quando realizadas condutas preventivas, como o uso de antibióticos.

Meeker e Rothrock (1997) ressaltam que a prevenção de infecções situa-se em um dos maiores objetivos da equipe de enfermagem durante o cuidado prestado aos pacientes, seja no pré ou no pós-operatório cardíaco e que as ações da equipe multidisciplinar são importantes para evitar que as infecções ocorram. Para Carneiro (2003, p. 06), “O atendimento prestado no Centro Cirúrgico, pelo grau de invasibilidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos e a conseqüente diminuição das defesas orgânicas, faz com que este momento seja

o principal determinante para a ocorrência de infecção hospitalar pós-cirurgia”.

De acordo com Fernandes e Fernandes (2003), as infecções hospitalares cirúrgicas ocorrem geralmente dentro dos primeiros 30 dias de pós-operatório, sendo em média de sete a dez dias. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, conheçam os fatores de risco predisponentes para as infecções no pós-operatório cardíaco, bem como suas complicações e seu papel frente as condutas capazes de evitar que as infecções se sobreponham ao sucesso do procedimento. Assim, o desenvolvimento deste estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco para infecção pós-operatória incidentes em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, levantar as complicações mais comuns nos casos de infecção e compreender o papel da enfermagem nas condutas capazes de evitar as infecções pós-operatórias em pacientes submetidos à este tipo de procedimento.

Espera-se que o conhecimento dos fatores de risco para a ocorrência de infecção pós-cirurgia cardíaca possa contribuir para o planejamento e priorização de ações de controle de infecção em uma população cada vez mais crescente e com estadia hospitalar relativamente curta para a complexidade do procedimento cirúrgico pelo qual passa.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica fundamentada em estudo sistematizado desenvolvido a partir de material já elaborado constituído de livros, artigos científicos, material impresso, assim como em revistas e bases de dados eletrônicas.

Para a busca em artigos científicos utilizou-se as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* - Scielo, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs e Biblioteca Virtual em Saúde – Birene, nas quais foram buscados artigos com as seguintes palavras-

chave: infecção pós-cirurgia cardíaca – fatores de risco – incidência. Durante a pesquisa foram analisados e estudados 65 artigos e selecionados aqueles que mais se adequaram ao tema para o alcance dos objetivos e assim para o desenvolvimento do estudo proposto. A análise consistiu na leitura sistemática dos materiais resultando na apresentação das seguintes categorias: Os fatores de risco mais comuns para infecção pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca; Complicações infecciosas mais comuns no pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca e Atuação da Enfermagem frente as condutas para evitar infecções pós-cirurgia cardíaca Por fim os resultados foram discutidos e confrontados a luz da literatura.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Os fatores de risco mais comuns para infecção pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca

Infecção é uma doença que envolve microrganismos (bactérias, fungos, vírus e protozoários). Conforme lecionam Prado-Palos, Canini e Gir (2006), na contaminação infecciosa, inicialmente ocorre a penetração do agente infeccioso (microrganismos) no corpo do hospedeiro (ser humano) e há proliferação dos microrganismos, com conseqüente apresentação de sinais e sintomas que podem ser, entre outros: febre, dor no local afetado, alteração de exames laboratoriais, debilidade, etc. Veiga e Padoveze (2003, p. 02) destacam que “as infecções podem acometer diversas partes do corpo de um indivíduo, ou disseminar-se pela corrente sangüínea. Alguns agentes têm ‘preferência’ por determinadas localizações topográficas, assim a localização da infecção depende do tipo de microrganismo”.

As infecções relacionadas à assistência à saúde, que segundo a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (2007, p.09) “trata de algum processo infeccioso adquirido em qualquer instituição de saúde”, podem ser provocadas por

deficiências na assistência ao doente, condições próprias do paciente ou falhas no processo de limpeza, desinfecção e esterilização de artigos odonto-médico-hospitalares, preparo de medicações parenterais, execução de procedimentos invasivos, uso irracional de antimicrobianos e até na ausência de um gesto simples, que é a higienização correta das mãos do profissional de saúde.

Prado-Palos, Canini e Gir (2006), lembram que todas as atividades humanas apresentam riscos e os cuidados devem ser tomados para preveni-los, assegurando assim sua execução apropriada. Sabe-se, também, que as infecções podem ser evitadas quando o controle e a aplicação de medidas são fundamentados em conhecimentos técnicos e científicos adequados, sendo interesse de todos que frequentam um determinado ambiente clínico e, portanto, obrigação coletiva somada à indistinta colaboração para que essa meta possa ser alcançada. No caso das cirurgias cardíacas, que geralmente apresentam complexidade, o risco de infecção é grande. De acordo com Kollef *et al.* (1997) a incidência de infecções hospitalares no final do século XX após cirurgia cardíaca era de 21,7 %.

Estudo coordenado por Ribeiro *et al.* (2004) baseado em dados de 2000-2003, demonstrou que 8% dos pacientes que passaram por cirurgia cardíaca no Brasil neste período morreram antes de receber alta. Se a taxa ideal tivesse sido alcançada, pelo menos 4 mil vidas poderiam ter sido poupadas nesse período, de acordo com o autor do trabalho. Hospitais de referência em cirurgia cardiovascular dos Estados Unidos e da Inglaterra, por exemplo, apresentam em média 4% de morte. O estudo demonstrou ainda que a falta de uma infra-estrutura mínima nos hospitais onde são realizadas as cirurgias cardíacas foi responsável pelo alto índice de mortes registradas

Ainda conforme Ribeiro *et al.* (2004, p.12) “não há dúvida de que é preciso ter uma infra-estrutura mínima em tais locais

e, principalmente, um volume mínimo de atendimento, para manter a equipe sempre treinada”, observa. Numa cirurgia cardíaca, conta, estão envolvidos pelo menos seis profissionais, três deles cirurgiões. “São procedimentos que duram horas. Todos têm de trabalhar de forma harmônica”, completa.

Para o paciente ter uma boa recuperação, é preciso que cuidados na unidade de terapia intensiva (UTI) e no pós-operatório sejam também eficientes, pois para Ribeiro *et al.* (2004, p.13)

O paciente depende do anestesista, do enfermeiro, do fisioterapeuta no período após a operação e do infectologista, além da equipe de controle de infecção hospitalar. O próprio nome diz. É um serviço de alta complexidade e justamente por isso não deve ser feito em locais onde há dúvidas sobre a qualidade dos serviços.

Vários são os fatores de risco para a infecção pós-cirurgia cardíaca, sendo destacado por Ledoux e Luikart (2005), as doenças pré-existentes como diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença crônica degenerativa, imunodeficiência adquirida ou congênita, bem como o uso de corticóides, submissão a tratamento hemodialítico, quimioterápico ou radioterápico, dentre outros.

Fernandes e Fernandes (2003) alertam para o fato da existência de dois períodos principais de ocorrência de infecção em cirurgias cardíacas. O primeiro período compreende o pós-operatório imediato até o final do primeiro mês, no qual predominam as infecções bacterianas primárias, infecções de sítio cirúrgico, urinárias e pneumonias hospitalares, quando, em alguns casos, os receptores estão sujeitos a monitorização invasiva com drenos torácicos, tubo endotraqueal, cateteres venosos e sonda vesical. O segundo período começa após o primeiro mês de pós-operatório, predominando, nessa época, as infecções oportunistas, causadas por vírus, fungos e protozoários.

Desta forma, o pós-operatório em cirurgia cardíaca caracteriza-se por um período crítico e delicado, com a possibilidade de surgimento de complicações, das quais podemos citar as pulmonares, digestivas, neurológicas, renais, cardíacas e infecciosas. Para Fernandes e Fernandes (2003), todas estas complicações merecem atenção cuidadosa e especial da equipe multiprofissional, mas o risco de infecção pode e deve ser previsto e monitorado tanto antes como durante e após a cirurgia cardíaca, pois as demais complicações podem resultar de uma infecção.

Medidas preventivas devem ser instituídas pelas comissões de controle de infecção hospitalar e seguidas pela comunidade hospitalar, com o objetivo de diminuir o risco de o paciente adquirir uma infecção pós-cirúrgica. Segundo Ledoux e Luikart (2005), deve-se, também, conhecer a flora bacteriana predominante no hospital, conforme o tipo de infecção, com a finalidade de se introduzir corretamente a terapia empírica inicial.

Em estudo realizado por Pasternak *et al.* (1991), foram analisadas uma série de 84 cirurgias cardíacas realizadas sequencialmente por uma mesma equipe cirúrgica demonstrou que o risco de infecção pós-cirurgia cardíaca com desenlace fatal foi significativamente maior em homens e que o sexo feminino, nível sócio-econômico mais baixo, história progressiva de doença renal, aumento da uréia sanguínea entre o primeiro e quinto dia pós-operatório e profilaxia antibiótica por período mais longo após a cirurgia foram as variáveis correlacionadas com o maior risco. Diabetes, desnutrição, baixo nível de albumina sérica no primeiro ou no quinto dia pós-operatório, história progressiva de asma ou pneumonia não tiveram relação com o risco de infecção pós-operatória, nem o uso de antibióticos nos meses que precederam a cirurgia ou o tempo de internação no hospital antes da cirurgia.

A antibioticoterapia profilática em cirurgia é um dos passos mais importantes

na prevenção de infecção de sítio cirúrgico, mas esta medida não previne outras infecções comuns no ambiente hospitalar como as pneumonias, infecções do trato urinário ou infecções de corrente sanguínea. Assim, conforme Almeida *et al.* (2003), não se deve depositar toda responsabilidade da prevenção de infecção no uso de antibióticos, pois isto pode tornar-se um risco, no caso de negligência com as demais ações de prevenção.

Prado-Palos, Canini e Gir (2006) também ressaltam cuidado com o uso da antibioterapia profilática e no caso das cirurgias cardíacas a primeira dose de antibiótico deve ser administrada aproximadamente 30 minutos antes da incisão, ou seja, durante a indução anestésica. As doses subsequentes devem ser repetidas num tempo adequado para o agente utilizado. A antibioticoprofilaxia deve durar o tempo cirúrgico, e deverá ser mantida por 24 horas em caso de haver comorbidades (paciente idoso, diabético, desnutrido etc) ou 48 horas se houver implante de prótese durante a cirurgia.

Galdeano *et al.* (2004) reafirmam que fatores relacionados ao paciente e ao procedimento cirúrgico influenciam na ocorrência de infecções pós-cirurgia cardíacas e destacam que independente do fator de risco ou da etiologia, os procedimentos adotados pela equipe de saúde são extremamente importantes para evitar ou prevenir as infecções hospitalares pós-cirurgia cardíaca.

Entre os fatores relacionados ao paciente, Galdeano *et al.* (2004) listam a idade, estado nutricional (desnutrição ou obesidade), diabetes, fumo, etilismo, infecções coexistentes em sítios corporais remotos, colonização com microorganismos, transfusão perioperatória, resposta imune alterada, tempo de internação pré-operatória. Relacionadas a cirurgia os autores citam o banho pré-operatório e a tricotomia, além da higiene da equipe cirúrgica. Como salientam Rabhae, Ribeiro Filho e Fernandes (2000), alguns fatores relacionados ao procedimento cirúrgico

como, por exemplo, o uso de cateteres e a duração da cirurgia também influenciam no registro de ISC pós-cirurgia cardíaca. Ademais, a internação prolongada, o uso prévio de antimicrobianos, a tricotomia inadequada e a circulação extracorpórea (CEC) são fatores citados por Pereira (2004), como os que predis põem o paciente ao risco de infecção no período pós-cirurgia cardíaca.

Couto e Pedrosa (2001) descrevem que a infecção da ferida cirúrgica é importante topografia de infecção hospitalar em muitas instituições. Estes autores afirmam que o principal fator predisponente é o potencial de contaminação da cirurgia. O tempo de duração do procedimento e a condição pré-operatória do paciente também são fatores predisponentes à infecção do Sítio Cirúrgico.

Essas afirmações deixam clara a importância de medidas para a prevenção e controle de infecções, que devem ser tomadas no período pré e perioperatório.

A avaliação pré-operatória tem como objetivo otimizar a condição clínica do paciente candidato à cirurgia com vistas a reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatória. Conforme relata Stein (2006) a necessidade e importância do pré-operatório justifica-se tendo como base o fato de que a incidência das complicações no período pós-operatório imediato poderão estar associadas as condições do paciente no pré-operatório, as especificidades do procedimento cirúrgico, intercorrências no período trans-operatório e as medidas terapêuticas adotadas.

Com relação aos fatores que predis põem o paciente ao risco de infecção no período pós-cirurgia cardíaca Fernandes e Fernandes (2003) citam a tricotomia, que tem a finalidade de reduzir o risco de infecção e auxiliar na visualização do campo cirúrgico. Este autor alerta que a técnica de preparo da pele do paciente é fator relevante para o registro de ISC, e que este procedimento deve ser realizado no máximo até duas horas do início da cirurgia, diminuindo assim o risco de infecção. A



utilização de um Clipper elétrico para evitar lesão na pele é recomendado por Fernandes e Fernandes (2003) visto que o uso de lâminas provoca cortes microscópicos na pele que servem como foco para a proliferação de microorganismos.

Fernandes e Fernandes (2003) citam estudo realizado com o objetivo de comparar a incidência de infecção no pós-operatório entre pacientes submetidos ou não à tricotomia, quando obtiveram uma taxa de infecção de 5,6% após preparação da pele com lâmina de barbear e 0,6% quando não se efetuava a tricotomia ou quando o procedimento era realizado com creme depilatório. Quando foi estudado o melhor momento para a realização da tricotomia, a taxa de infecção foi de 3,1%, quando realizada imediatamente antes do ato cirúrgico, enquanto que, ao ser efetuada 24 horas ou mais antes do ato cirúrgico, esta taxa subia para 20%. Os autores concluíram que, sem dúvida, as infecções ocorreram devido aos pequenos traumatismos produzidos pela lâmina de barbear, que predis põem a infecções superficiais de pele. Assim, quanto mais curto o tempo entre a tricotomia e a cirurgia, menores os riscos de infecções.

O tempo de Circulação extracorpórea (CEC) influencia diretamente no prognóstico do paciente em POI de cirurgia cardíaca. Conforme relatam Baptista *et al.* (2008), os pacientes submetidos a operações cardíacas com CEC são susceptíveis a infecções, devido à ativação do sangue pela circulação artificial e pelo material do circuito de CEC. Tanto crianças quanto adultos apresentam predisposição à infecção e, freqüentemente, apresentam seqüelas graves como edema, disfunção pulmonar, renal e do sistema nervoso central, além de leucocitose e febre. Ainda segundo Baptista *et al.* (2008, p. 10), “os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, com uso de CEC, podem desenvolver a SRIS de graus variáveis, produzindo lesões orgânicas, que elevam a morbidade pós-operatória e interfere diretamente na reparação tecidual”.

A literatura sinaliza que as infecções

são mais prevalentes em cirurgias de longa duração com CEC. Sendo assim pesquisadores como Baptista *et al.* (2008); Campos (2006); Souza e Elias (1995), aconselham investir em ações no trans operatório para evitar a contaminação e desenvolvimento de infecções, o que resulta em estratégias como a utilização de técnicas assépticas rigorosas durante a cirurgia, assim como a manutenção da qualidade do ar ambiente com controle de fluxo de tráfego e utilização de filtros de ar, otimização de tempo da circulação extracorpórea, prevenção de sangramentos, uso profilático de antibióticos e controle de esterilização de materiais.

O Banho pré-operatório também exerce influencia sobre a ocorrência de infecção pós-operatória cardíaca e deve ser feito na véspera da cirurgia e no próprio dia, até duas horas antes da cirurgia. Machado *et al.* (2001, p. 03) aconselham: “O banho deve ser feito com água e detergente (sabão). O uso de antissépticos não é consensual, e deve ser reservado para cirurgias de grande porte, implante de próteses, ou em situações específicas como surtos”. Além disso, Almeida *et al.* (2003) afirmam que o banho deve incluir cuidados com o couro cabeludo e deve haver uma higiene cuidada das unhas. O paciente deve ser levado com o cabelo bem seco para o bloco cirúrgico.

Abboud (2001) alerta para o fato de que, a partir do momento em que o paciente entra em cirurgia cardíaca, uma série de eventos pode ocorrer. Segundo o autor, a síndrome de resposta inflamatória sistêmica é o mais importante dos eventos, pois há a liberação de mediadores inflamatórios (citocinas) pelo músculo cardíaco e pulmões.

### **Complicações infecciosas mais comuns no pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca**

Segundo Abboud (2001), as principais complicações infecciosas que podem ocorrer são as do sítio cirúrgico, seguidas



por pneumonias, sepse, infecções relacionadas a cateteres e infecções do trato urinário. As mediastinites aparecem numa incidência que varia entre 0,4 por cento e 2,4 por cento, com mortalidade entre 5 por cento e 47 por cento, sendo o tempo de tratamento prolongado. As endocardites são complicações severas em pós-operatório de troca valvar, com a incidência variando entre zero e 9,5 por cento. As infecções de sítio cirúrgico representaram 46% do total de infecções pós-cirurgia cardíaca, seguidas por pneumonias (29%), sepse (7,6%), infecção primária da corrente sanguínea (6,9%), infecção do trato urinário (6,1%). O cateter, enquanto fator independente, aparece presente em 3% dos casos e outros fatores correspondem a 1% das infecções pós cirurgia cardíaca.

### Infecções do sítio cirúrgico

As infecções do sítio cirúrgico (ISC), comumente conhecidas por infecções da ferida e se constituem em um grave problema dentre as infecções hospitalares por sua incidência, morbidade e mortalidade, assim como pelos relevantes custos atribuídos ao tratamento. Conforme ANVISA (2009), elas ocupam a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde no Brasil e compreendem entre 14% e 16% daquelas encontradas em pacientes hospitalizados.

Dirks e Paloma (2000) ressaltam que os fatores que predispõe à Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) podem ser relacionados ao paciente como estado clínico, nutricional e tempo de internação pré-operatório, ou relacionado ao procedimento, onde a duração da cirurgia é o mais importante. De acordo com Gelape (2007), em geral as infecções de feridas cirúrgicas surgem entre o quinto e o sétimo dias de pós-operatório e a febre é o sinal clínico inicial mais comum. O autor descreve que além de febre o paciente pode apresentar queda do estado geral e anorexia.

Rabhae, Ribeiro Filho e Fernandes (2000) ressaltam que, no pós-operatório normal de cirurgia cardíaca, febre pode

ocorrer na ausência de infecção por até quatro a cinco dias. Excepcionalmente, pode haver persistência de febre por semanas, o que pode ser devido a reações medicamentosas, flebite, atelectasia e embolia pulmonar ou síndrome pós-pericardiotomia.

### Pneumonias

Complicações pulmonares após cirurgias cardíacas com toracotomia são muito comuns e constituem em principais causas da morbidade e mortalidade pós-operatória. Muitos autores relacionam essas complicações pulmonares com os efeitos sistêmicos decorrentes do uso da circulação extracorpórea. Beluda e Bernasconi (2004) também relacionam a diminuição da força muscular respiratória que ocorreu no período pós-operatório com a piora da função pulmonar e com maior incidência de complicações pulmonares. Regenga (2000), também afirma as complicações pulmonares como freqüentes no período pós-operatório de qualquer cirurgia, porém com maior incidência nas torácicas e abdominais altas, sendo descritas como a maior causa de morbidade no período pós-operatório.

Referindo-se às complicações pulmonares pós-cirurgia cardíaca Noma, Malta e Nishide (2002) descrevem que as principais complicações relacionadas ao aparelho respiratório são pneumotórax, que ocorre devido à abertura da pleura durante o ato cirúrgico; atelectasia; edema de glote pós extubação; paralisia diafragmática; pneumonias e síndrome do desconforto respiratório agudo. Com relação à pneumonia, que os autores consideram como a mais freqüente, orienta-se utilizar antibióticos de acordo com as culturas e perfil microbiológico do local.

Estudo foi realizado por Felcar *et al.* (2008) visando avaliar a incidência e o risco de complicações pulmonares em pacientes submetidos a intervenção fisioterapêutica pré e pós-operatória nas cirurgias cardíacas, bem como para comparar com aqueles submetidas apenas a intervenção fisioterapêutica pós-operatória. Os autores

concluíram que a fisioterapia respiratória pré-operatória reduziu significativamente o risco de desenvolvimento de complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia cardíaca, o que reforça a necessidade de um atendimento multidisciplinar tanto no período pré quanto pós-operatório cardíaco.

Abboud (2001) ao abordar os fatores que podem ser observados em relação ao risco de infecção nas cirurgias cardíacas cita que muitos dos casos registrados estão relacionados ao sangue utilizado durante a cirurgia. O autor cita estudo realizado no Hospital de Massachusetts, quando foram observados 416 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca e os autores compararam se havia associação de aparecimento de pneumonia pós-cirúrgica entre os pacientes que receberam sangue estocado e os que receberam sangue fresco, já que o sangue estocado pode conter substâncias bioativas que teriam ação imunomoduladora com efeito imunossupressor. Foi encontrada correlação entre os pacientes que receberam sangue estocado e o aumento de casos de pneumonia no grupo.

Para Regenga (2000), a causa básica para o aparecimento de pneumonia no pós-operatório relaciona-se com o maior tempo em ventilação mecânica, tendo em vista a prótese ventilatória (cânula orotraqueal), que é a via de acesso direta para a árvore brônquica, impedindo a ação dos mecanismos naturais de proteção do ar que entra para os pulmões.

Ambrosin e Cataneo (2005) destacam a prevenção como a maior arma contra as infecções nosocomiais pós-cirurgias cardíacas, especialmente a pneumonia e aconselham cuidados quanto às técnicas de assepsias na montagem do circuito ventilatório ou na sua troca e durante a aspiração de secreções pulmonares. Estes cuidados devem ser seguidos em todos os seus passos, evitando a contaminação do material e, subsequentemente, do paciente.

## Sepse

A sepsé, mais conhecida como infecção generalizada, apresenta-se como um grave

problema de saúde pública no Brasil, sendo responsável, conforme Akamine (2000) por 25% da ocupação de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e aparecendo nas estatísticas de mortalidade tardia como uma das principais causas nas UTIs, superando o infarto do miocárdio e o câncer.

A sepsé apareceu em estudo coordenado por Sales Junior *et al* (2006) e realizado com 587 pacientes, em 21 UTIs brasileiras de 18 hospitais públicos e privados, com o objetivo de conhecer as complicações no pós-operatório de cirurgias de grande porte e de urgência. O estudo apontou que 24,7% dos pacientes foram atingidos por infecção. As nosocomiais mais frequentes foram pneumonias (10%), abdominal (5,6%), infecção do local da cirurgia (5,1%), infecção do trato urinário (1,7%) e infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter (1%). A complicação mais frequente foi sepsé afetando 22,9% da população global, sendo 95% de sepsé grave ou choque séptico, e 73% dos que foram a óbito, causado, na grande maioria, por disfunção de múltiplos órgãos (DMOS).

Aboud (2001) descreve que a sepsé pós-cirurgia cardíaca é geralmente causada por *Staphylococcus aureus* ou estafilococos coagulase negativa, quando o foco inicial da infecção é o acesso vascular. Ainda segundo este autor, eventualmente, os bacilos Gram-negativos podem estar envolvidos, se o foco da infecção corresponder as vias aéreas ou o trato urinário.

## Mediastinites

A mediastinite apesar da pouca incidência pós-cirurgias cardíacas é uma complicação grave que exige intervenção precoce e agressiva, necessitando, conforme Spina, Sampaio e Grinberg (2002), de debridamento extenso de partes moles, do esterno e de cartilagens costais.

Tabagismo, ventilação mecânica prolongada (> 48 horas) e tempo de permanência prolongado na UTI são citados na literatura como fatores de risco para mediastinite. Schimin, Batista e Mendonça

(2002) citam ainda que a obesidade e a diabetes, principalmente nos pacientes que necessitam de insulina, reoperação com tempo maior de perfusão e sangramento têm sido fatores de risco observados em casos de mediastinite pós-cirurgia cardíaca.

Souza, Freire e Tavares Neto (2002) desenvolveram estudo com o objetivo de rever a casuística de casos de mediastinite no Hospital João XXIII / Instituto de Cirurgia Cardiovascular da Paraíba de Campina Grande (Paraíba). Foram analisados os prontuários de 2.272 pacientes submetidos a cirurgia cardíaca entre 1991 e 2000, através de esternotomia mediana longitudinal e circulação extracorpórea. Os resultados demonstraram que a mediastinite ocorreu, em média, 10 dias após a cirurgia, num total de 37 (1,6%) casos, com taxa de letalidade 21,6% (n=8). A maioria (n=19; 51,4%) dos casos foi em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio, seguidos pelos procedimentos valvares (n=13; 35,1%), correções de cardiopatias congênitas (n=4; 10,8%) e aneurisma de aorta ascendente (n=1; 2,7%). Vários fatores de risco como obesidade, tempo de permanência hospitalar prolongado, diabetes mellitus, tabagismo, reoperações e cirurgias de emergência. O fator de risco preponderante foi a permanência, por mais de 72 horas no pré-operatório, em unidade de terapia intensiva. A cultura do exsudato foi positiva em 35 (94,6%) dos 37 pacientes, sendo o *Staphylococcus aureus* o patógeno mais observado em 17 (48,6%). Pode-se concluir, no estudo em questão, que a frequência de mediastinite pós-cirurgias cardíacas, com esternotomia associada, mostrou-se semelhante a descrita na literatura e que esta complicação continua representando um desafio para os cirurgiões cardíacos e equipes de saúde, apesar do arsenal diagnóstico e terapêutico atuais.

### Infecções relacionadas a cateteres

O cateter é definido por Richtmann e Levin (2005) como qualquer instrumento tubular inserido para administrar ou retirar

líquidos de cavidades do corpo. Existem vários tipos de cateter, entre eles o vesical que serve para drenar urina e os cateteres vascular periférico e central, que são utilizados para infundir medicação, soro, nutrição parenteral, sendo interessante destacar que o cateter vascular central ainda permite a medicação da Pressão Venosa Central – PVC. Os cateteres são artefatos indispensáveis na prática da medicina atualmente. Segundo O'grady *et al.* (2002, p.02)

Embora tais cateteres forneçam acesso vascular necessário, sua utilização coloca os pacientes em risco de complicações infecciosas sistêmicas e locais, incluindo infecção do local, CRBSI, tromboflebite séptica, endocardite e demais infecções metastáticas (por exemplo, abscesso pulmonar, abscesso cerebral, osteomielite e endoftalmite).

De acordo com Brandão *et al.* (1997), a utilização do cateter requer técnica asséptica, por meio de antisepsia ampla e materiais estéreis, pois o registro de infecção relacionada a cateteres é bastante grande. No Brasil, dados apontam de 10% a 20% de infecção local e 5% a 9% de bacteremia primária relacionada a cateteres. Conforme Pinto e Altoé (2003, p.04)

A infecção de cateter está relacionada ao tipo de cateter, doença subjacente, duração do uso do cateter e cuidados no manuseio. O uso de barreiras mecânicas completas (luva, capote, gorro, máscara) durante a implantação reduz em 6,1 vezes a incidência de infecções quando comparado com o uso de máscara e luvas apenas.

De acordo com Pinto e Altoé (2003) são quatro os tipos mais comuns de infecção associada ao acesso vascular: infecção de pele no local da punção, contaminação da agulha, contaminação bacteriana do cateter ou da infusão. Microrganismos presentes na pele próxima ao cateter são os principais patógenos das sepses associadas a ocorrência de infecção.

## Infecções do trato urinário

De acordo com Soares *et al.* (2011), as Infecções do Trato Urinário (ITU) são muito comuns, sendo responsáveis por grande parte dos processos infecciosos hospitalares. A infecção do trato urinário hospitalar, segundo Blatt e Miranda (2005) é responsável por aproximadamente 40% de todas as infecções hospitalares, sendo também uma das fontes de sepse hospitalar.

Segundo Gagliardi, Fernandes e Cavalcante (2000), nas cirurgias cardíacas, as infecções do trato urinário são bastante frequentes, estando presentes em cerca de 6% dos pacientes que apresentam complicações e estão comumente associadas ao uso de cateteres. Além de prolongar a permanência do paciente no hospital, elevando custos, promovem complicações graves como septicemias em um percentual de 1 a 3% dos pacientes, o que ocorre devido à presença de microrganismos patogênicos e suas toxinas na corrente sanguínea. Muitos óbitos registrados pós-cirurgia cardíaca são em decorrência de infecções do trato urinário.

Poveda, Galvão e Santos (2005) reforçam a informação de que o uso do cateter é um dos fatores relevantes para a ocorrência de infecção do trato urinário. Este autor destaca que a duração do cateterismo é ainda mais relevante uma vez que, de 10 a 20% dos pacientes desenvolverão bacteriúria após a cateterização, mas o risco aumenta de 3 a 10% para cada dia de permanência com o cateter.

Segundo a ANVISA (2000), a cirurgia cardíaca já representa fator de risco para a infecção e o uso de cateteres, assim como doenças pré-existentes predisõem ainda mais o paciente que passa pelo procedimento cirúrgico a infecção do trato urinário. Assim, é importante o acompanhamento adequado de grupos de risco específicos para evitar este tipo de complicação pós-cirurgia cardíaca.

## Endocardites

A endocardite consiste em afecções, infecciosas ou não, do endocárdio. Prado-Palos, Canini e Gir (2006) explicam que o coração é formado por três camadas: o pericárdio, o miocárdio e o endocárdio. O pericárdio é a camada externa, o miocárdio é a camada do medial e o endocárdio é a camada interna. No endocárdio encontram-se as válvulas cardíacas.

O coração é formado por três camadas: o pericárdio é a externa, o miocárdio é a medial e o endocárdio é a interna, da qual fazem parte as válvulas cardíacas. A endocardite se localiza preferencialmente nas válvulas do coração, mas pode ser encontrada em qualquer parte do endocárdio, podendo ser classificada em aguda e subaguda.

As endocardites são complicações severas em pós-operatório de troca valvar, com a incidência variando entre zero e 9,5 por cento (2,3 por cento em média); em muitos casos, segundo Abboud (2001), a reoperação faz parte do tratamento, aumentando o tempo de internação. As pessoas mais propensas à endocardite, segundo este autor são aquelas portadoras de lesões valvulares do coração, mas, esta inflamação também pode ocorrer também em pessoas que não apresentam lesão cardíaca.

As endocardites surgem principalmente depois de procedimentos invasivos, em que há a invasão do organismo, como cirurgias, extrações dentárias, colocação de sondas e em pessoas que fizeram ou fazem uso de drogas injetáveis. Para Akamine (2000), as pessoas que são submetidas à cirurgia cardíaca são as mais propensas a infecção do endocárdio, sendo encontrado em alguns estudos dados comprovando que 30% dos pacientes que implantaram válvulas artificiais no coração foram atingidos pela endocardite infecciosa.

Para Gonçalves (1982), a endocardite infecciosa é bastante comum no pós-cirúrgico cardíaco, podendo aparecer até



mesmo 12 meses após a cirurgia e merece toda uma atenção visto que, quando não devidamente reconhecida esta patologia pode ser de evolução fatal. É uma infecção de difícil diagnóstico e sua sintomatologia pode ser proveniente de infecção valvular, fenômenos tromboembólicos, bacteremia com ou sem focos metastáticos, distúrbios imunológicos produzidos pela presença de antígenos bacterianos ou fúngicos, dentro do sistema vascular e alterações funcionais ou clínicas, com repercussões clínicas e hemodinâmicas nos sistemas de válvulas, no miocárdio e, às vezes no pericárdio.

### **Atuação da Enfermagem frente às condutas para evitar infecções pós-cirurgia cardíaca**

Como muitos fatores influenciam a ocorrência de infecção no período pós-operatório, cuidados devem ser adotados no pré-operatório para evitar esta ocorrência. Incluem-se nesses cuidados desde o preparo da unidade para receber o paciente internado até a promoção da educação continuada em serviço, geralmente desenvolvida pelo profissional enfermeiro e direcionada a todos os profissionais de saúde. Os cuidados de enfermagem são considerados por Marques (2000) como ponto fundamental no que diz respeito ao aperfeiçoamento das práticas, visando à prevenção de infecções.

Com relação ao cuidado de enfermagem propriamente dito, no pós-operatório cardíaco, McCloskey e Bulechek (2004) registram que este tem início com a chegada no paciente no hospital até a alta após a cirurgia, cabendo a enfermagem ficar atenta a qualquer alteração que possa surgir e atuar na recuperação plena do paciente.

No bloco cirúrgico o enfermeiro também desempenha importante papel, pois, além de avaliar a área a ser operada, proporcionando segurança física ao paciente, deve se preocupar em manter a assepsia e o controle sobre o ambiente. Cabe a este profissional revisar o prontuário,

identificar e avaliar o nível de consciência do paciente e promover a monitoração fisiológica do paciente cirúrgico.

No pós-cirúrgico podem ocorrer complicações e assim as habilidades cognitivas e perceptivas do enfermeiro são fatores que influenciam na assistência prestada ao paciente. A monitoração fisiológica do paciente continua sendo de responsabilidade do enfermeiro, devendo este distinguir os dados normais dos anormais e comunicar aos médicos as alterações no paciente quanto aos batimentos cardíacos, pulso, respiração, temperatura, pressão sanguínea etc.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), nas 24 horas depois da cirurgia, o cuidado ao paciente hospitalizado deve continuar, a avaliação do estado fisiológico do paciente é de extrema importância, para alcançar as metas de longo prazo de independência com o auto cuidado do regime terapêutico, alta para casas e recuperação plena. Os cuidados de enfermagem devem focalizar aspectos como monitorização e manutenção dos estados respiratório, circulatório e neurológico, bem como controle da dor. Neste período é comum o aparecimento de infecções e o enfermeiro deve estar atento a sinais e sintomas que possam indicar a ocorrência desta complicação.

O uso de antibiótico é indicado em cirurgias com alto risco de infecção, ou naquelas com baixo risco nas quais as conseqüências de uma infecção seriam desastrosas. O enfermeiro é o responsável pela administração dos medicamentos e pode auxiliar o médico na prescrição do antibiótico adequado, informando a flora bacteriana predominante no hospital já que utiliza-se antibióticos de acordo com as culturas e perfil microbiológico do local. Mas, segundo João e Faria Junior (2003), a profilaxia antibiótica não deve ser um substituto da técnica cirúrgica adequada e nem da ação preventiva desenvolvida pelo enfermeiro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar, neste estudo, que existem dois períodos principais para ocorrência de infecção em cirurgias cardíacas. O primeiro período compreende o pós-operatório imediato até o final do primeiro mês, no qual predominam as infecções bacterianas primárias, infecções de sítio cirúrgico, urinárias e pneumonias hospitalares, quando, em alguns casos, os receptores estão sujeitos a monitorização invasiva com drenos torácicos, tubo endotraqueal, cateteres venosos e sonda vesical. O segundo período começa após o primeiro mês de pós-operatório, predominando, nessa época, as infecções oportunistas, causadas por vírus, fungos e protozoários.

Dentre os fatores de risco mais comuns para este tipo de procedimento foi possível evidenciar que o risco de infecção pós-cirurgia cardíaca com desenlace fatal foi significativamente maior em homens com nível sócio-econômico mais baixo, história pregressa de doença renal, aumento da uréia sanguínea entre o primeiro e quinto dia pós-operatório e profilaxia antibiótica por período mais longo após a cirurgia, o procedimento de tricotomia, a necessidade de CEC e o banho pré-operatório foram as variáveis correlacionadas com o maior risco. Vale ressaltar que a história pregressa de Diabetes, desnutrição, baixo nível de albumina sérica no primeiro ou no quinto dia pós-operatório, asma ou pneumonia não tiveram relação com o risco de infecção pós-operatória.

No que diz respeito as complicações, destacam-se as do sítio cirúrgico, seguidas por pneumonias, sepse, infecções relacionadas a cateteres e infecções do trato urinário. Quanto ao papel do enfermeiro este tem início com a chegada do paciente no hospital e prossegue até a alta após a cirurgia.

## RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito, trocando informações constantemente à medida que a pesquisa se desenvolvia. Todavia, cada qual se responsabilizou por uma parte específica do presente artigo, em razão de suas próprias formações e limitações acadêmicas. Assim, restou atribuído a cada qual o seguinte tópico da pesquisa:

Amanda Andrade Costa: responsável pelo item “Complicações infecciosas mais comuns no pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca”.

Amanda Muniz Oliveira e Rodolpho Alexandre S.M. Bastos: responsáveis pelo item “Os fatores de risco mais comuns para infecção pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.”

Os demais tópicos da presente pesquisa foram desenvolvidos em conjunto.

## REFERÊNCIAS

ABBOUD, C.S. Infecção em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.11, n.5, p. 915-921, 2001.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Epidemiologia para o Controle de Infecção Hospitalar**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2000.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Projeto educação e promoção da saúde no contexto escolar: o contributo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para o uso racional de medicamentos**. Brasília: Anvisa, 2007.



- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Sítio cirúrgico:** critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde. ANVISA, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.rj.gov.br/Docs/cecih/Criterios\\_nacionais\\_ISC.pdf](http://www.saude.rj.gov.br/Docs/cecih/Criterios_nacionais_ISC.pdf)>. Acesso em 18.mar.2009.
- AKAMINE, N. Choque séptico. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, cap. 15, p. 175-210, 2000
- ALMEIDA, F.F. *et al.* Fatores preditores da mortalidade hospitalar e de complicações per-operatórias graves em cirurgia de revascularização do miocárdio. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 80, n. 1, p. 41-50, 2003.
- AMBROZIN, A.R.P.; CATANEO, A.J.M. Aspectos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v.20, nº 4, p. 408-415, jan/set, 2005
- BAPTISTA, I.M.C. *et al.* **O laser de baixa potência, pode prevenir a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS), pós circulação extracorpórea (CEC), em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca?** Disponível em <http://www.sociedadedelaser.com.br/blog/categoria/cirurgias/>. [postado em 06.fev.2008] Acesso em 31.mar.2009.
- BELUDA, F.A.; BERNASCONI, R. Relação entre a força muscular respiratória e a circulação extracorpórea com complicações pulmonares no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.1. n. 4 p. 1-9, 2004.
- BLATT, J.M.; MIRANDA, M.C. Perfil dos microorganismos causadores de infecções do trato urinário em pacientes internados. **Revista Panamericana de Infectologia**, v.7, n. 4, p. 10-14, 2005.
- BRANDÃO, M.R.. Cateter totalmente implantável em pacientes oncológicos. Experiência de 46.076 dias. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v.12, p.66-72, 1997.
- CAMPOS, Y.A.R. **A circulação extracorpórea como fator predisponente da infecção hospitalar**. Rio de Janeiro: Hospital Santa Tereza de Petrópolis Cirurgia Cardíaca, 2006.
- CARNEIRO, J.C.O. *et al.* **Módulo de cirurgia**. Taquaritinga. Hospital Regional de Taquaritinga; 2003
- COUTO, C.; PEDROSA, T. **Infecção hospitalar – epidemiologia e controle**. Belo Horizonte: Medsi, 2001.
- DIRKS, J.L.; PALOMA, A.S. Intervenção e terapêutica cardiovascular. In: THELAN, L.A. *et al*, **Enfermagem em cuidados intensivos - diagnóstico e intervenção**. Lisboa: Lusocidacta, 2000.
- Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00003418.doc>>. Acesso em 20.set.2011
- FELCAR, J.M.. *et al.* Fisioterapia pré-operatória na prevenção das complicações pulmonares em cirurgia cardíaca pediátrica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 3. n. 23. p. 383-388, 2008
- FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.F. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2003
- FERRAZ, Álvaro Antônio Bandeira; FERRAZ, Edmundo Machado. Antibioticoprofilaxia em cirurgia. In: **Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Programa de atualização. Volume 1, n. 02, p. 4-18, 2002.

- GAGLIARDI, E.M.D.B.; FERNANDES, A.T.; CAVALCANTE, N.J.F. Infecção do trato urinário. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 459-78
- GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A.N.; FACIO, L.; *et al.* **Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca**. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 12.dez.2008
- GELAPE, C.L. **Infecção do sítio operatório em cirurgia cardíaca**. Arquivos **Brasileiros de Cardiologia**, v.89, n.1, p.e3-e9, 2007.
- GONÇALVES, A.J.R. Considerações sobre o diagnóstico e o diagnóstico diferencial das endocardites infecciosas. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v.56, n. 6, p. 291-293, 1982.
- JOÃO, P.R.D.; FARIA JUNIOR, F. Cuidados imediatos no pós-operatório de Cirurgia Cardíaca. **Jornal de pediatria**, v. 79, supl. 2, p. 213-222, 2003.
- KOLLEF, M.H. *et al.* The impact of nosocomial infections on patient outcomes following cardiac surgery. **Chest**, 112, n.3, p.666-675.
- LEDOUX, D.; LUIKART, H. Cirurgia Cardíaca. In: WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.,
- MOTZER, S.U. **Enfermagem em cardiologia**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2005.
- LOTUFO, Paulo Andrade. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 541-547, 1996.
- MACHADO, A.; FERRAZ, A.A.B.; FERRAZ, E. *et al.* **Prevenção da infecção hospitalar**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Infectologia, 2001.
- MARQUES, S.R. Infecção hospitalar - medidas preventivas (isolamento e precauções). **Pediatria Moderna**, n. 36, p. 55-63, 2000.
- MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2004.
- MEEKER, Huth Meeker; ROTHROCK Jane C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;1997.
- NOMA, H.H.; MALTA, M.A.; NISHIDE, V.M. **Enfermagem em unidade de terapia intensiva: assistindo ao paciente em pós-operatório na UTI**. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/posoputi.htm>>. Acesso em 15.mar.2009.
- O'GRADY, N.P. *et al.* **Diretrizes para a prevenção de infecções relacionadas a cateteres intravasculares**. Rio de Janeiro: Centro Nacional para Doenças Infecciosas, 2002
- PASTERNAK, J. *et al.* Fatores de risco para infecção após cirurgia cardíaca. **Revista do Hospital das Clínicas**, v.46, n. 5, p. 215-218, 1991.
- PEREIRA, C.A.P. **Antibioticoprofilaxia em cirurgia**. Disponível em: <<http://www.unimeds.com.br>>. Acesso em 15 set. 2011.
- PINTO, C.F.; ALTOÉ, L.M. Cateter venoso central semi-implantável de baixo custo no tratamento quimioterápico. **Prática Hospitalar**, v.5, n. 30, p.9-95, 2003.

- POVEDA, V.B.; GALVÃO, C.M.; SANTOS, C.B. Fatores predisponentes à infecção do sítio cirúrgico em gastrectomia. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.1, p.31-38, 2005.
- PRADO-PALOS, M.A. *et al.* Acidentes com material biológico ocorridos com profissionais de laboratórios de análises clínicas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 18, n. 4, p. 231-234, 2006
- RABHAE, G.N.; RIBEIRO FILHO, N.; FERNANDES, A.T. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT et al. **Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 479-505.
- REGENGA, M.M. **Fisioterapia em cardiologia: da UTI à reabilitação**. Editora Roca. São Paulo, 2000.
- RIBEIRO, K.C.S. *et al.* A influência do antibiótico profilático na infecção pós-operatória. **Rev. Médica Ana Costa**. n. 9; v. 4; Out./dez, 2004.
- RICHTMANN, R.; LEVIN, A. S. S. **Infecção relacionada ao uso de cateteres vasculares**. 3ª ed. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2005
- ROSSI NETO, J.M. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca do Brasil e do mundo. **Revista da Sociedade de Cardiologia**, v.14, n. 1, p. 1-10, 2004.
- SALES JUNIOR, J.A.L. *et al.* Sepsis Brasil: estudo epidemiológico da sepsis em Unidades de Terapia Intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n.1, p.9-17, 2006.
- SCHIMIN, L.C.; BATISTA, R.L.; MENDONÇA, F.C.C. Mediastinite no Hospital de Base do Distrito Federal: incidência em seis anos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 17, n. 2, p. 36-39, 2002.
- SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SOARES, A.B. Complicações em cirurgias cardíacas. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.24, n.3, p. 139-146, 2011.
- SOUZA, M.H.; ELIAS, D.O. **Fundamentos da circulação extracorpórea**. Rio de Janeiro: Centro Editorial Alfa, 1995
- SOUZA, V.C.; FREIRE, A.N.M.; TAVARES NETO, J. Mediastinite pós-esternotomia longitudinal para cirurgia cardíaca: 10 anos de análise. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v.17, n.3, p.266-270, 2002.
- SPINA, G.S.; SAMPAIO, R.O.; GRINBERG, M. O seguimento clínico de portadores de valvopatias. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.11. n.1, p. 66-71, 2002.
- STEIN, A.T. **Avaliação pré-operatória e cuidado em cirurgia eletiva**. 2006. Disponível em: <[http://74.125.95.132/search?q=cache:4Q09QhXl6oJ:www.unimedpoa.com.br/cooperadoonline/prot\\_medico/Avaliacao%2520pre\\_operatoria.pdf](http://74.125.95.132/search?q=cache:4Q09QhXl6oJ:www.unimedpoa.com.br/cooperadoonline/prot_medico/Avaliacao%2520pre_operatoria.pdf)>. Acesso em: 31abr.2009.
- VEIGA, J.F.F.S.; PADOVEZE, M.C. **Infecção hospitalar**. 2003. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2008.
- WAY, Lawrence W. **Cirurgia, diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.



## CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA TEORIA DA COMPLEXIDADE: ALGUMAS REFLEXÕES<sup>1</sup>

Diéssica Roggia Piexak<sup>2</sup>, Silomar Ilha<sup>3</sup>, Jamila Geri Tomaszewski-Barlem<sup>4</sup>, Dirce Stein Backes<sup>5</sup>

**RESUMO:** Com o desenvolvimento científico e tecnológico, a enfermagem começou a utilizar técnicas e procedimentos; seguir normas e regras para exercer o cuidado. No entanto, a prática seguiu o modelo biologicista centrado na cura da doença e não no ser humano como um todo. Nos dias atuais, questiona-se o cuidado de enfermagem pontual, linear e descontextualizado. As condutas profissionais ampliaram-se e passaram a contemplar a saúde do indivíduo como um todo, onde se visualizam as suas relações e interações sistêmicas. O objetivo desse artigo é refletir teoricamente acerca da temática cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade. Trata-se de um estudo teórico-reflexivo que buscou refletir acerca do cuidado de enfermagem na perspectiva da complexidade de Edgar Morin. Para essa reflexão realizou-se as interrelações entre os aspectos histórico-conceituais do cuidado de enfermagem e o cuidado de enfermagem como fenômeno complexo. A partir da abordagem teórica apresentada, pode-se refletir sobre possibilidades de ampliação do cuidado de enfermagem, embasado no referencial da complexidade que norteou os pesquisadores a ampliarem a percepção do cuidado pontual e linear para uma abordagem circular, integradora, na qual se visualiza as interações, retroações e multidimensões que comportam o cuidado e o tornam complexo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidados de enfermagem; Dinâmica não linear; Enfermagem.

## NURSING CARE FROM THE PERSPECTIVE OF THE THEORY OF COMPLEXITY: SOME REFLECTIONS

**ABSTRACT:** With the scientific and technological development, nursing started to make use of techniques and procedures, and to follow norms and rules to exert care. However, nursing practice followed the biological model, which focuses on the cure of illness instead of the human being as a whole. Nowadays, the isolated, linear and decontextualized nursing care is questioned. Professional conducts have expanded and now they include the health of the individual as a whole, where his or her systemic relationships and interactions are taking into account. This article aims at reflecting theoretically about nursing care from the perspective of complexity. It is a theoretical, reflexive study that sought to reflect about nursing care from the perspective of Edgar Morin's complexity theory. In order to do so, interrelations were made between the historical-conceptual aspects of nursing care and nursing care as a complex phenomenon. From the theoretical approach presented, it is possible to think about possibilities to expand nursing care, based on the referential of complexity that guided the researchers to expand the isolated and linear care into a circulating, integrative approach, where the interactions, reactions and multi-dimensions comprising care and making it complex are taken into account.

**KEYWORDS:** Nursing care; Nonlinear dynamics; Nursing.

<sup>1</sup> Extraído da dissertação "Significado de cuidado de enfermagem complexo para docentes de uma instituição de ensino superior", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2012.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: diessicap@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando do PPGEnf/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: silo\_sm@hotmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do PPGEnf/FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jamila\_tomaszewski@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: backesdirce@ig.com.br

Recebido em: 04/01/2014 . Aceito em: 18/02/2014

## INTRODUÇÃO

A história da enfermagem vem sendo construída ao longo dos anos, tendo em vista as necessidades de cada época. No Brasil, foi reconhecida como profissão apenas no século XX, com a chegada das enfermeiras americanas ao país, criando-se assim a Escola de Enfermagem Anna Nery. No entanto, a formação desta classe profissional estava voltada para o modelo hospitalocêntrico, individualista e tecnicista (MORAES *et al.*, 2012). Com o desenvolvimento científico e tecnológico, a enfermagem começou a utilizar técnicas e procedimentos; seguir normas e regras para exercer o cuidado. Tudo isso passou a prevalecer, em detrimento dos aspectos humanos do cuidado. Assim, a prática seguiu o modelo biologicista centrado na cura da doença e não no ser humano (BUENO; QUEIROZ, 2006).

Nos dias atuais, questiona-se o cuidado de enfermagem pontual, linear e descontextualizado, focado apenas nas partes. As condutas profissionais ampliaram-se e passaram a contemplar a saúde do indivíduo como um todo, em que se visualizam as suas relações e interações sistêmicas, pois como ser humano ele é ao mesmo tempo a parte e o todo. Sustenta-se, que o cuidado de enfermagem é um fenômeno complexo, sistematizado por meio das múltiplas relações, interações e associações sistêmicas, com vistas a promover a saúde do ser humano de forma integral e articulada com tudo que o cerca (GEPESSES, 2011).

Sabe-se que são os profissionais de enfermagem quem disponibilizam a maior parte de seu tempo para cuidar e estar com o outro. Desse modo, uma das atividades essenciais da enfermagem, no contexto das práticas de saúde, é o cuidado. Tal cuidado, nesse contexto, é compreendido como um sistema complexo, como um fenômeno dinâmico, circular e integrador (BACKES *et al.*, 2008).

Ao apreender o cuidado na perspectiva do pensamento complexo de

Morin, emergem mais inquietações do que respostas. Ressalta-se que a intenção é fomentar reflexões a respeito do cuidado, tendo em vista que o pensamento complexo é capaz de reunir, contextualizar, globalizar e, ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o individual, o singular e o concreto. Nesse entendimento, o todo é uma unidade complexa e não se reduz à soma dos elementos que constituem as partes (PETRAGLIA, 2010).

Logo, o cuidado de enfermagem precisa ser apreendido em suas múltiplas dimensões. Os profissionais de enfermagem necessitam cuidar do local onde atuam como promotores do viver saudável, sendo necessária a busca pelo cuidar de tudo o que faz parte desse ambiente (BACKES, 2008). Na perspectiva da complexidade, esse cuidado requer uma profunda mudança na maneira de perceber o ser humano e uma reflexão sobre os princípios éticos, procurando compreendê-los segundo as suas possibilidades (TERRA *et al.*, 2006).

Assim, os enfermeiros, além do conhecimento científico e habilidades técnicas, devem incorporar uma abordagem que valorize o cuidado integrador e complementar no processo de cuidado as pessoas, compreendendo-as em sua complexidade e singularidade. Nesse entendimento, o cuidado de enfermagem complexo poderá contribuir na organização do trabalho da enfermagem ao possibilitar o reconhecimento deste processo nas suas particularidades e multidimensionalidades. Poderá, ainda, fornecer uma compreensão das questões que envolvem cuidar do outro e do ambiente no qual estão inseridos, ao valorizar a singularidade e a pluralidade dos seres humanos, na tentativa de direcionar um cuidado imperativo e condizente com as necessidades de saúde.

Necessita-se perceber as interações e interrelações existentes nas diversas dimensões do cuidado, no sentido de refletir constantemente sobre o ser e fazer Enfermagem. Com base no exposto e pela necessidade de se discutir/refletir acerca do cuidado de enfermagem em uma abordagem



ampliada, questiona-se: quais são os aspectos histórico-conceituais que perpassam o cuidado de enfermagem e suas interfaces teóricas com a complexidade de Edgar Morin? Por meio dos enfoques supracitados, objetivou-se refletir teoricamente acerca da temática cuidado de enfermagem na perspectiva da teoria da complexidade. Para essa reflexão realizou-se as inter-relações entre os aspectos histórico-conceituais do cuidado de enfermagem e o cuidado de enfermagem como fenômeno complexo.

### ASPECTOS HISTÓRICO- CONCEITUAIS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

O cuidado está presente em toda a história da humanidade e é a garantia para a continuidade da espécie humana. Esse cuidado humano, além de instinto de preservação e sobrevivência da espécie, está ligado também à racionalidade e sensibilidade. É parte integrante da vida, característica própria da humanidade, constituindo-se na mais antiga prática da história do mundo (COLLIÈRE, 1989; WALDOW, 1992).

As diversas práticas de cuidado foram influenciadas pelos papéis femininos e pelos fatores culturais, sociais e econômicos de cada época. Caracterizaram-se por terem sido realizadas de forma empírica, com base em forças místicas e da natureza. Eram prestadas e recebidas sem uma instrução ou um conhecimento prévio sobre o que se fazia, possuíam apenas um caráter de tradição cultural, transmitido através da experiência (re)passada de geração a geração (COLLIÈRE, 1989).

Ao longo do tempo, o cuidado foi adquirindo novas concepções. Passou por um processo de profissionalização, sendo um atributo de profissionais da saúde, em especial daqueles da enfermagem. Evidencia-se, na profissionalização da enfermagem, uma forte herança advinda de um vínculo ligado à moralidade e à religiosidade, entre outros fatos históricos.

O cuidado na enfermagem, a partir de

Florence Nightingale (1820-1910), na segunda metade do século XIX, apresentou-se como um cuidado integral do ser humano e valorizava os fatores ambientais como influentes na saúde dos mesmos. Foi a partir de Nightingale que a enfermagem adquiriu relevância, pois buscou um conhecimento científico. Através de seus estudos surgiram dois aspectos significativos, sendo um deles uma proposta de reforma sanitária, endereçada às instituições de saúde da rede oficial. E o outro um projeto profissional paradigmático, de pertinência e lógica para a formalidade de preparar enfermeiras para ampliar o escopo da profissão (CARVALHO, 2004).

A partir de então, a enfermagem conseguiu criar suas próprias formas de ação, introduzindo de maneira nova e categórica as transformações no modo de cuidar, que enfatizavam a preocupação com o ambiente, higiene, corpo, pureza da água, assim como o emocional das pessoas. Nightingale deixou um legado de persistência, capacidade, compaixão e dedicação ao próximo. Assim, seu legado difundiu-se e influenciou, por anos, os cuidados prestados pela enfermagem em inúmeros países (SILVA, 1997).

No entanto, a prática de enfermagem, na primeira metade do século XX, vai se distanciando dos valores morais e religiosos herdados do passado e adota o modelo biomédico, valorizando o tecnicismo. A partir disso, o cuidado distancia-se do ser humano, foco da atenção de enfermagem, e detém-se na doença como um fim em si mesmo. Ou seja, o cuidado restringe-se cada vez mais ao que advém do patológico, distanciando-se da sua origem de preocupação com a vida. A intersubjetividade dos seres humanos praticamente é esquecida e a valorização do cuidado direciona-se ao aspecto biológico (COLLIÈRE, 1989).

O modelo biomédico, como é conhecido na área da saúde, herdado de Descartes e Newton, no qual há fragmentação do corpo humano, fez com que esse corpo fosse comparado a uma

máquina, e o cuidado prestado pelos profissionais de saúde passou a ser considerado como um conserto (CAPRA, 1987). Essa visão fragmentada do ser humano implica um pensamento que desconsidera o complexo e o multidimensional de cada pessoa envolvida no processo de cuidar, dando ao cuidado um caráter simplista. Essa valorização tecnicista/mecanicista reduz o cuidado, por vezes, a uma ação pontual, linear, desconsiderando a singularidade e a pluralidade de cada ser humano.

Teóricas da enfermagem como Leininger, Paterson e Zderad, Watson e Paim, transcendem o pensamento linear e pontual do cuidado pela busca de novos referenciais para o ser e fazer enfermagem. Logo, o desenvolvimento teórico do cuidar em enfermagem inicia-se nos anos de 1950, com Madeleine Leininger, com a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado. Ela destacou-se ao defender as concepções de cuidado, sendo o cuidado uma necessidade humana essencial e que cuidar é a essência da enfermagem, além de ser uma forma de alcançar a saúde, bem-estar e sobrevivência das culturas e das civilizações (NEVES, 2002).

A enfermagem transcultural de Leininger é um subcampo ou ramo que trata do estudo comparativo e da análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde/doença, com o objetivo de proporcionar um atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas, de acordo com seus valores culturais e seu contexto de saúde/doença (GEORGE, 2000).

Na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, enfatiza-se que o enfermeiro mantém com o outro uma simples relação sujeito-objeto tecnicamente competente e uma relação intersubjetiva, baseada na consciência existencial que ele tem de si e do outro. O espaço onde se encontra o doente é considerado um local de transações intersubjetivas, em que o enfermeiro mantém constante interdependência com o cliente, a família e a equipe, e eles com o enfermeiro.

Assim, tal contexto é propício para firmar relações e conquistar a visibilidade (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Na Teoria Transpessoal de Watson (1985) o cuidado de Enfermagem assume a forma mais elevada de compromisso com o eu, com o outro, com a sociedade, com o ambiente e com o cosmo. O cuidado é físico, processual, objetivo e real, mas em algumas situações vai além, e transcende o mundo físico e material, entrando no mundo subjetivo e emocional da pessoa.

Watson propõe um modelo centrado no cuidado, que promova aos estudantes e aos enfermeiros mais responsabilidade e comprometimento com a sociedade. Preocupando-se mais com os seres humanos, buscando solidariedade, sensibilidade e zelo com os problemas éticos e morais, criativos e capazes de refletir sobre as questões que envolvem cada ser humano que cuidam (WATSON, 1996).

A Teoria Sistêmico-Ecológica de Enfermagem de Rosalda Paim valoriza as relações ecológicas no que se refere à homeostasia (estado de equilíbrio/saúde). Aborda os conceitos das necessidades gerais (comuns a todos os tipos de pessoas hospitalizadas) e das necessidades específicas (decorrentes da patologia de que a pessoa é portadora) em conjunto com a assistência em enfermagem. Nesta teoria o ser humano é um sistema aberto que se relaciona com o ambiente. Assim, as condições do ambiente interferem na saúde desse ser humano. Portanto, o ambiente, no processo de cuidar, deverá ser considerado (PAIM, 1998).

## **O CUIDADO DE ENFERMAGEM COMO FENÔMENO COMPLEXO**

O complexo pode ser compreendido, como a união entre a unidade e a multiplicidade, “do que foi tecido junto”, isto é, quando elementos “diferentes são inseparáveis constitutivos do todo e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as

partes e as partes entre si” (MORIN, 2002, p. 38).

A complexidade é o cerne do pensamento de Edgar Morin. No entanto, o termo “complexidade”, como definição, surge em sua obra só a partir do final dos anos de 1960, advindo da cibernética, da teoria dos sistemas e do conceito de auto-organização (MORIN, 2008). Morin defende a não fragmentação do mundo e das ciências. Assim, a complexidade tem a tarefa de ligar tudo o que está disjunto, é a construção de um conhecimento multidimensional, que valoriza o pensamento complexo do religar em detrimento do pensamento simplista e reducionista. É um pensamento capaz de considerar todas as influências: interna e externas.

Nessa perspectiva, ressalta-se que Morin apresenta a incerteza como princípio norteador da humanidade e não propõe a eliminação dessa incerteza; pelo contrário, sugere que se busque compreender a contradição e o imprevisível, a partir da convivência com eles (PETRAGLIA, 2010). A complexidade não possui a pretensão de explicar todos os aspectos do fenômeno, nesse caso, o cuidado de enfermagem, mas, considerar a multidimensionalidade de fios interativos e associativos para a compreensão do cuidado. Desse modo, a complexidade instiga a aprender a aprender, sendo imprescindível o questionamento, na perspectiva de pensar e repensar constantemente o “eu”, o “nós” e o mundo.

Ao apreender o cuidado na perspectiva da complexidade de Morin, emergem mais inquietações do que respostas. Ressalta-se que a intenção é fomentar reflexões a respeito do cuidado. Isso, tendo em vista que o pensamento complexo é capaz de reunir, contextualizar, globalizar e, ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o individual, o singular e o concreto.

Desse modo, questiona-se: Como fornecer um cuidado de enfermagem a partir das necessidades dos usuários da saúde, se cada usuário é singular e apresenta questões

culturais e existenciais atreladas ao seu modo de vida? Como compreender que o que eu considero importante não necessariamente seja importante para o usuário da saúde? Como posso fornecer um cuidado de enfermagem que seja singular para cada usuário da saúde? O que significa considerar o todo e as partes no cuidado de enfermagem?

O todo é uma unidade complexa e não se reduz à soma dos elementos que constituem as partes; aliás, a soma das partes é maior e menor que o todo, pois cada parte apresenta sua particularidade e, em contato umas com as outras, modificam-se as partes e também o todo (PETRAGLIA, 2010). Para Morin, “é complexo o que não pode resumir-se numa palavra mestra, o que não pode reduzir-se a uma lei [...] A complexidade não poderia ser qualquer coisa que se definisse de maneira simples e tomasse o lugar da simplicidade” (MORIN, 2008, p. 8).

A palavra “complexidade” lembra problema e não solução. Nesse sentido, o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional, contudo sabe que o conhecimento completo é impossível. Desse modo, comporta o reconhecimento de um princípio de incompletude e de incerteza, mas traz também “o reconhecimento dos elos entre as entidades que o nosso pensamento deve necessariamente distinguir, mas não isolar uma das outras” (MORIN, 2008, p. 9).

Morin enfatiza que a dificuldade do pensamento complexo é enfrentar a confusão, a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes, entre si mesmos. Assim:

ao paradigma da disjunção/redução/unidimensionalização, seria preciso substituir um paradigma de distinção/conjunção que permita distinguir sem separar, associar sem identificar ou reduzir. Este paradigma comportaria um princípio dialógico e translógico, que integraria a lógica clássica tendo simultaneamente em conta os seus limites

*de facto* (problemas de contradição) e *de jure* (limites de formalismo). Traria nele o princípio da *Unitas multiplex*, que escapa à Unidade abstrata do alto (holismo) e do baixo (reducionismo) (MORIN, 2008, p. 22).

O holismo, em outras palavras, é também uma maneira reducionista de apreender, por exemplo, o homem e/ou o mundo. Uma vez que acaba por desconsiderar as especificidades. Desse modo, é necessário sempre procurar as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade todo/partes. Trata-se, ao mesmo tempo, de reconhecer a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais, as diversidades individuais e culturais em meio à unidade humana (MORIN, 2010a). O propósito de Morin não é enumerar os “mandamentos” da complexidade, mas sensibilizar para as enormes carências do nosso pensamento e fazer compreender que um pensamento mutilador conduz necessariamente a ações mutiladoras (MORIN, 2008).

No mundo atual, é emergente a necessidade de compreensão da condição humana. Morin apreende o ser humano, “ao mesmo tempo natural e supranatural, o qual deve ser pesquisado na natureza viva e física, mas emerge e distingue-se dela pela cultura, pensamento e consciência” (MORIN, 2010a, p. 40). Isso mostra o caráter duplo e complexo do que é humano: “a humanidade não se reduz absolutamente à animalidade, mas, sem animalidade, não há humanidade. [...] O ser humano nos é revelado em sua complexidade: ser, ao mesmo tempo, totalmente biológico e totalmente cultural” (MORIN, 2010a, p. 40). Para ensinar a condição humana, faz-se necessário, portanto, compreender que o ser humano é, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico.

Morin apresenta sete princípios para explicar a complexidade e o pensamento que une, os quais são complementares e interdependentes. Descreve-se a seguir, conforme Morin (2010a, p. 93-97),

sublinhando-se os três princípios que foram utilizados neste estudo.

Princípio sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, segundo o elo indicado por Pascal: “Considero impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes.” A ideia sistêmica, oposta à ideia reducionista, é que “o todo é mais do que a soma das partes”. Do átomo à estrela, da bactéria ao homem e à sociedade, a organização de um todo produz qualidades ou propriedades novas, em relação às partes consideradas isoladamente: as emergências. Assim também, a organização do ser vivo produz qualidades desconhecidas no que se refere aos seus constituintes físico-químicos. Acrescentemos que o todo é, igualmente, menos que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto (MORIN, 2010a).

O princípio holográfico põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Assim, cada célula é uma parte de um todo – o organismo global, mas também o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente em cada indivíduo, como todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas (MORIN, 2010a).

O princípio do circuito retroativo permite o conhecimento dos processos autorreguladores. Ele rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito age sobre a causa, como no sistema de aquecimento, em que o termostato regula o andamento do aquecedor. Esse mecanismo de regulação permite, aqui, a autonomia térmica de um apartamento em relação ao frio externo. De modo mais complexo, “a homeostasia” de um organismo vivo é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplas retroações. Em sua forma negativa, o círculo de retroação (ou *feedback*)

permite reduzir o desvio e, assim, estabilizar um sistema. Em sua forma positiva, o *feedback* é um mecanismo amplificador; por exemplo: a violência de um protagonista provoca uma reação violenta, que, por sua vez, provoca uma reação mais violenta ainda. Inflacionárias ou estabilizadoras, são incontáveis as retroações nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos (MORIN, 2010a).

O princípio do circuito recursivo ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são, eles mesmos, produtores e causadores daquilo que os produz. Assim, nós, indivíduos, somos os produtos de um sistema de reprodução que vem do início dos tempos, mas esse sistema não pode se reproduzir se nós mesmos não nos tornarmos produtores, com o acasalamento. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas interações e pelas interações, mas a sociedade, à medida que emerge, produz a humanidade desses indivíduos, fornecendo-lhes a linguagem e a cultura (MORIN, 2010a).

Princípio da autonomia/dependência (auto-organização) – os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, despendem energia para manter sua autonomia. Como têm necessidade de retirar energia, informação e organização de seu meio ambiente, sua autonomia é inseparável dessa dependência; é por isso que precisam ser concebidos como seres auto-eco-organizadores. O princípio de auto-eco-organização vale especificamente, é óbvio, para os humanos – que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura – e para as sociedades – que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico. Um aspecto-chave da auto-eco-organização viva é que ela se regenera permanentemente a partir da morte de suas células, segundo a fórmula de Heráclito, “viver de morte, morrer de vida”; e as ideias antagônicas de morte e vida são, ao mesmo tempo, complementares e antagônicas

(MORIN, 2010a).

O princípio dialógico acaba justamente de ser ilustrado pela fórmula de Heráclito. Ele une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. Deve-se conceber uma dialógica ordem/desordem/organização, desde o nascimento do Universo: a partir de uma agitação calorífica (desordem), onde, em certas condições (encontros aleatórios), princípios de ordem vão permitir a constituição de núcleos, átomos, galáxias e estrelas. Sob as mais diversas formas, a dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, via inúmeras inter-retroações, está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano.

A dialógica permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo. Niels Bohr, por exemplo, reconheceu a necessidade de conceber partículas físicas como corpúsculos e como ondas, ao mesmo tempo. De certo ponto de vista, os indivíduos, à medida em que desaparecem, são como corpúsculos autônomos; de um outro ponto de vista – dentro das duas continuidades que são a espécie e a sociedade, o indivíduo desaparece quando se consideram a espécie e a sociedade; e a espécie e a sociedade desaparecem quando se considera o indivíduo. O pensamento deve assumir dialogicamente os dois termos, que tendem a se excluir um ao outro (MORIN, 2010a).

O princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento. Esse princípio opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas (MORIN, 2010a).

Autores contribuem para essa reflexão, ao enfatizarem que é necessário empreender para potencializar o viver saudável, desenvolvendo um cuidado inovador, criativo e responsável, conforme as necessidades individuais e coletivas



(BACKES, 2008; BACKES *et al.*, 2008). Assim, o cuidado de enfermagem precisará ser apreendido em suas múltiplas dimensões. Backes (2011) ressalta que se precisa cuidar do ambiente onde atuamos como profissionais de enfermagem e promotores do viver saudável. É necessária a busca pelo cuidar de tudo o que faz parte desse ambiente.

No cuidado ao ser humano, Santos *et al.* (2007, p. 22) enfatizam que é “desejável que se perceba as questões técnicas, éticas, estéticas, específicas e multidimensionais do processo de nascer, viver e morrer humano em cada etapa”. Assim, torna-se imprescindível a ligação/religação dos diversos saberes dos profissionais de saúde para a possibilidade de alcance desses desejos. Portanto, o cuidado na perspectiva do pensamento complexo “requer do cuidador responsabilidade, solidariedade, uma profunda mudança na maneira de perceber o ser humano e uma revisão dos princípios éticos, procurando compreendê-los segundo as suas possibilidades” (TERRA *et al.*, 2006, p. 167).

### ALGUMAS REFLEXÕES

Considera-se satisfatória a realização desse estudo, pois foi possível refletir sobre a temática cuidado de enfermagem na perspectiva da teoria da complexidade, por meio da interrelação entre os aspectos histórico-conceituais do cuidado de enfermagem e o cuidado de enfermagem como fenômeno complexo.

No tocante aos aspectos históricos conceituais, pode-se observar a construção e o reconhecimento da enfermagem enquanto profissão e as contribuições das teorias de enfermagem nesse processo. No entanto, evidenciou-se o cuidado voltado para os aspectos biológicos, ou seja, ligados à patologia e não para o ser humano como um todo. Realidade que pode ser observada ainda nos dias atuais em alguns cenários de atuação da enfermagem.

Evidencia-se como potencialidade desse estudo, o referencial da complexidade

que norteou os pesquisadores a ampliarem a percepção do cuidado pontual e linear para uma abordagem circular, integradora, onde se visualizam as interações, retroações e multidimensões que comportam o cuidado e o tornam complexo. Para compreender a complexidade que envolve o cuidado aos seres humanos, é preciso ampliar o foco para além da doença e adentrar novos paradigmas, a fim de apreender o significado do cuidado de enfermagem de forma multidimensional.

Este estudo vem contribuir para a área da enfermagem/saúde, uma vez que propõe a ampliação das reflexões e discussões acerca da temática cuidado de enfermagem, com uma abordagem integradora e capaz de compreender o ser humano em sua multidimensionalidade. No entanto, tornam-se necessários outros estudos voltados à compreensão/reflexão do cuidado de enfermagem tendo como subsídio um novo olhar, voltado tanto para a “parte”, quanto ao “todo” e suas interligações.

### RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS:

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito”.

### REFERÊNCIAS

- BACKES, D. S. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 244p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- BACKES, D.S. *et al.* O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2008.
- BACKES, M.T.S. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia**



- Intensiva**. 2011. 303p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 222-227, 2006.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo (SP): Pensamento-Cultrix: 1987.
- CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.5, p. 806-815, 2004.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude até aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Printipo; 1989. 385p.
- GEORGE, J. B. Madeleine M. Leininger. In: GEORGE, J. B. (Coord.). **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. P.83-102.
- GEPESSES. Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. **Validação de conceito de cuidado de enfermagem à luz da complexidade**. Conceito discutido e validado no grupo de pesquisa, 2011.
- MORAES, C.T. *et al.* **Compreendendo a dinâmica familiar em uma comunidade socialmente vulnerável: desafios e conquistas**. In: BACKES, D. S. (Org). Empreendedorismo social da enfermagem: rupturas e avanços. Santa Maria, RS: Centro Universitário Franciscano, 2012. p. 87-98.
- MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma – reformar o pensamento**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010a. 128p.
- \_\_\_\_\_. **Os sete saberes necessários a educação do futuro**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 102p.
- NEVES, E. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 1, p.79-92, 2002.
- PAIM, R. **Teoria sistêmico-ecológica: uma visão holística da enfermagem**. Lambari (MG): CEL – Informática & Editoração; 1998. 134p.
- PATERSON, J. E.; ZDERAD, L.T. **Enfermería humanística**. Ciudad de México (MEX): Editorial Limusa S.A.; 1979.
- PETRAGLIA, I. **Edgar Morin: A educação e a complexidade do ser e do saber**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 126p.
- SANTOS, S. C. *et al.* Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. **Revista Didática Sistêmica**, v. 5, p. 13-22, 2007.
- SILVA, A. L. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: UFPEL; 1997.
- TERRA, M.G. *et al.* O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. esp. p.164-169, 2006.
- WALDOW, V. R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 29-35, 1992.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care: a theory of nursing.** Norwalk: Appleton-Century Crofts, 1985.

WATSON, J. **Watson's theory of**

**transpersonal caring.** *In:* WALPHU, P. H.; NEUMAN, B. *Blueprint for use of nursing models: education, research, practice and administration.* New York (NY/USA): NLN Press; 1996.

*Cadernos de  
Ciência e Saúde*

## Revista Cadernos de Ciência e Saúde

### APRESENTAÇÃO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista **Cadernos de Ciência e Saúde** é uma publicação multidisciplinar na área da saúde de periodicidade trimestral.

Publica artigos originais e inéditos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, inclusive revisão crítica sobre tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento das Ciências da Saúde.

Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

### MISSÃO DA REVISTA

Divulgar resultados de pesquisas na área das ciências da saúde que contribuam para a prática profissional e para o avanço do conhecimento científico.

### PROCESSO DE JULGAMENTO DOS ARTIGOS

A revista adota o sistema de avaliação por pares (*Double blind peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes de revisores e autores. Os pareceres/avaliações emitidos pelos revisores são apreciados pelos editores em relação ao conteúdo e pertinência. Os artigos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Os artigos submetidos, que atendem às “instruções aos autores” e que se enquadram com a sua política editorial, são encaminhados ao Editor para primeira avaliação que considerará o mérito científico da contribuição. Após a aprovação nesta primeira etapa, os artigos serão encaminhados aos

consultores *Ad hoc* previamente selecionados pelo Editor. Todos os artigos são enviados a dois consultores de reconhecida experiência na temática abordada. Os consultores têm o prazo de, no máximo, 28 dias para entrega dos pareceres, quando for aceita a realização da avaliação pelos avaliadores. Caso contrário, será enviado para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo. Em caso de desacordo entre os avaliadores, o artigo será encaminhado para uma segunda avaliação. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos consultores, será encaminhado para outro consultor. Posteriormente serão encaminhados os pareceres de aceitação de publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para a correspondência eletrônica do autor responsável pela submissão que terá o prazo de 10 (dez) dias para atender as solicitações. É garantido o anonimato durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho Editorial.

Os artigos aceitos sob condição serão devolvidos aos autores para modificações/alterações necessárias e normalizações de acordo com o estilo da revista.

Caso o número de trabalhos aprovados ultrapasse o número máximo de artigos para uma edição, os artigos excedentes serão publicados na edição posterior.

### REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS

Os **Cadernos de Ciência e Saúde** apoiam as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde – OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE. Ressalta-se a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em

acesso aberto. Nessa perspectiva somente serão aceitos para publicação os artigos referentes a pesquisas clínicas que apresentem o protocolo de identificação em um dos registros de Ensaio Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá ser inserido no final do resumo do artigo.

## FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

### CATEGORIAS DE ARTIGOS

1. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam trabalhos para as seguintes seções:

**1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (até 20 laudas e 5 ilustrações);

**1.2 Artigos de pesquisa**- resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (até 18 páginas e 5 ilustrações);

**1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (até 5 páginas e 3 ilustrações);

**1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionada à temática Ciências da Saúde, publicado nos últimos dois anos (máximo de 3 páginas);

**1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior dos Cadernos de Ciência e Saúde (até 3 páginas e 1 ilustração);

**1.6 Relato de Experiência** (até 15 páginas e 3 ilustrações);

**1.7 Reflexão teórica** (até 18 páginas e 3 ilustrações);

**1.8 Atualização** (até 20 páginas);

2. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam colaborações em português.

3. Os **Cadernos de Ciência e Saúde** aceitam somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum

outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

4. O artigo que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo uma cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde).

5. Os originais devem ser digitados em *Word* respeitando o número máximo de laudas definido por seção da revista.

6. Da folha de rosto devem constar título em português que deve ser centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5.

Abaixo do título: Nomes dos autores (centralizado; não deve estar em caixa alta; inicia-se pelo primeiro nome, seguido do nome do meio e por último o sobrenome) com as informações, em nota de rodapé, referentes a cada autor na seguinte ordem: Titulação, vínculo institucional - Departamento, Unidade, Universidade (apenas um, por extenso), Cidade, Estado (abreviação), País e e-mail.

**Observação:** não havendo vínculo institucional, informar a titulação, a atividade profissional, a cidade, o estado e o país.

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a sete. Acima deste número serão listados nos Agradecimentos.

7. **Ainda na folha de rosto** o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o trabalho foi financiado, se é resultado de monografia, dissertação de mestrado ou tese de

doutorado (nesse caso o orientador deverá ser incluído como autor), em notas de rodapé cuja numeração será no título.

8. **Resumos e descritores** – devem ser apresentados, **na folha de rosto**, dois resumos, sendo um em português e outro em inglês (abstract), incluindo descritores e keywords.

**Artigos de pesquisa** – para os de pesquisa, o resumo deve conter entre 160 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, estabelecendo a **introdução**, os **objetivos** do estudo ou investigação, os **métodos** empregados, os principais **resultados** e as principais **conclusões**. Os resumos devem estar com letra tamanho 11, e espaçamento simples. Abaixo do resumo, em português, deve ser fornecido de 3 (três) a 6 (seis) palavras-chave extraídas do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (LILACS - disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet <http://www.decs.bvs.br>).

As palavras-chaves devem iniciar com a primeira letra em maiúscula e devem ser separadas por ponto e vírgula (;). Observar na quebra de linha que alguns descritores usam barra (/) e esta deve estar agregada ao descritor;

Alguns descritores são compostos por dois ou mais termos, separados por vírgula e isso tem que ser respeitado.

Após o resumo em português vem o título do trabalho em inglês (centralizado, em caixa alta, *Times New Roman*, tamanho 12, espaçamento 1,5) seguido do abstract (*Times New Roman*, tamanho 11, e espaçamento simples). As *keywords* devem seguir o *Medical Subject Headings* (Mesh – disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) quando acompanharem os resumos em inglês.

As expressões “**PALAVRAS-CHAVE:**” e “**KEYWORDS:**” devem estar em maiúsculo e em negrito.

**Demais categorias** – para as demais categorias, o formato do resumo deve ser

narrativo, entre 200 até 250 (duzentas e cinquenta) palavras, destacando o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. (Somente não necessitam de resumo, as Cartas e as Resenhas).

9. O texto deve ser redigido em Times New Roman, tamanho 12 com espaço entre linhas 1,5, digitado com paragrafação de 2cm, formato A4, (21cm x 29,7cm). As folhas devem apresentar margem esquerda e superior de 3 (três) centímetros e direita e inferior de 2 (dois) centímetros.

10. Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, antes das referências, as responsabilidades individuais (com a seção: **RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS**, em caixa alta e negrito) de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos a seguir:

**Modelo 1:** “Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do artigo.”

**Modelo 2:** “Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Autor Z responsabilizou-se por..., etc.”

11. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Todas as ilustrações devem estar dentro do texto com respectivas legendas e numeração em algarismos arábicos.

12. As citações diretas curtas (de até três linhas) são inseridas no texto entre aspas. As citações diretas longas (mais de três linhas) devem constituir um parágrafo independente, recuado (4cm da margem esquerda) em fonte tamanho 11 (onze) e espaçamento 1 (um) entre linhas, dispensando aspas. Ressalta-se que deve-se evitar citações diretas no artigo.



13. As citações obedecem à recomendação das normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em especial a NBR 10.520 ou a que a substituir.

No corpo do texto as citações com mais de três autores devem ser elaboradas utilizando-se o primeiro autor seguido da expressão “*et al.*” que deve estar em itálico. Exemplo: (SANTOS *et al.*, 2011) ou Santos *et al.* (2011).

Quando o artigo for de pesquisa qualitativa e conter falas dos sujeitos de pesquisa deve-se obedecer à seguinte norma: as falas devem estar dispostas no texto **sem recuo** de 4cm da margem e em itálico. Não deve-se usar aspas.

14. As referências devem seguir a NBR 6023, da ABNT. No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos da página no caso de citações diretas.

Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética, alinhadas à esquerda, conforme exemplos abaixo. Os autores são

responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os nomes dos autores devem estar em formato abreviado em todas as referências. As referências de artigos de periódicos devem conter o nome do periódico escrito por extenso. Abreviaturas não devem ser utilizadas nos nomes dos periódicos. A cidade do periódico deve ser omitida na elaboração da referência. Deve-se incluir sem cortes a página inicial e a final do artigo.

Para destaque de nomes dos periódicos, títulos de livros e outros destaques necessários nas referências deve se usar a fonte em **negrito**.

Os autores devem utilizar preferencialmente referências atuais dos

últimos 5 anos. As referências antigas podem ser utilizadas se forem imprescindíveis para a escrita do trabalho e deve se limitar a menos que 30% do total de referências do artigo.

15. **Agradecimentos** – devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Podem constar agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material e outros.

16. **Declaração de Conflito de interesses, Transferência de direitos autorais,**

**Responsabilidade** - Os autores devem informar, em declaração, qualquer potencial conflito de interesse, a transferência de direitos autorais e a responsabilidade dos autores em uma única declaração (seguir modelo abaixo).

## DECLARAÇÃO

Declaro/Declaramos, para os devidos fins que não qualquer potencial de conflito de interesses.

Certifico/Certificamos que participei/participamos suficientemente do trabalho “TÍTULO DO ARTIGO” para tornar pública a minha/nossa responsabilidade pelo conteúdo.

Certifico/Certificamos que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha/nossa autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Declaramos que em caso de aceitação do artigo, concordo/concordamos que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da revista Cadernos de Ciência e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em

qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista **Cadernos de Ciência e Saúde**.

Cidade, e data.

Nome e assinatura de cada um dos autores.

17. **Submissões** - As submissões devem ser realizadas via e-mail como arquivo anexo para o seguinte endereço: [cienciaesaude@fasa.edu.br](mailto:cienciaesaude@fasa.edu.br)

#### **PADRÕES PARA REFERÊNCIAS:**

##### *Artigos de periódicos:*

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis**, v.9, n.1, p.83-112, 1999.

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade Urbana do nordeste brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 147-156, 1999.

##### *Artigos de periódicos em meio eletrônico:*

XAVIER-GOMES, L. M.; ANDRADE-BARBOSA, T. L.; CALDEIRA, A. P. Mortalidade por causas externas em idosos em Minas Gerais, Brasil. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.4, p.779-786, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400018&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 dez. 2012.

PEREIRA, B.F.B. *et al.* Motivos que levaram as gestantes a não se vacinarem contra H1N1. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1745-1752, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001400025&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013001400025&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 jan. 2013.

XAVIER-GOMES, L.M. *et al.* Knowledge of family health program practitioners in Brazil about sickle cell disease: a descriptive, cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v.12, p.89-95, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-89.pdf>>. Acesso em: 20 Jan. 2013.

##### *Livros:*

SHULTZ, J. **Ciência e saúde**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 308p.

##### *Capítulos de livros:*

PEREIRA, N. T. A mortalidade perinatal no Brasil. In: GUSMÃO, B. (Org.). **Epidemiologia e a saúde coletiva no Brasil: dos anos 80 aos dias atuais**. Rio de Janeiro: Scipione, 2001. p. 140-173.

##### *Trabalhos apresentados em congressos, seminários etc.*

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1., 1990, São Paulo. **Anais...** São Paulo: UNICAMP, 1990. 431p.

GOMES, L. P. Epidemiologia dos acidentes ofídicos no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2., 1994, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABRASCO, 1994. p. 80-89.

##### *Dissertações e teses:*

GOMES, L. M. X. **Avaliação da qualidade da assistência prestada à criança com doença falciforme na Atenção Primária no Norte de Minas Gerais**. 2010. 114 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Montes Claros, 2010.

CAMARGO JUNIOR, K. R. A **construção da Aids**. Racionalidade médica e estruturação das doenças. 1993. 229 p. Tese (Doutorado em Saúde

Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

*Jornais:*

SÁ, F. Praias resistem ao esgoto: correntes dispersam sujeiras, mas campanha de informação a turistas começa domingo. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 15. abr. 1999. Primeiro caderno, Cidade, p.25.

*Referência legislativa:*

BRASIL. Lei nº. 8.926, de 9 de agosto de 1994. Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de advertência e recomendações sobre o uso por pessoas de mais de 65 anos.

**Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, v. 132, n. 152, p. 12037, ago. 1994. Seção 1, pt.1.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº. 42.822, de 20 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a desativação de unidades administrativas de órgãos da administração direta e das autarquias do

Estado e dá providências correlatas. **Lex-Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-20, 1998.

*Documentos eletrônicos:*

REVENGE, S. J. **The internet dictionary**. Avon: Future, 1996. 98p.

Referência obtida via base de dados Biblio: CELEPAR, 1996. Disponível em: <<http://www.celepar.br/celepar/celepar/biblio.biblio.html>>. Acesso em: 20 jan. 2000.

ALEIJADINHO. *In*: ALMANAQUE abril: sua fonte de pesquisa. São Paulo: Abril, 1996. 1 CD-ROM.

MOURA, G. A. C. **Citações e referências a documentos eletrônicos**. Disponível em: <<http://www.elogica.com.br/users/gmoura/refet>>. Acesso em: 9 de dez. 1996.

COSTA, M. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem obtida por <[cbc@uerj.br](mailto:cbc@uerj.br)> em 10 ago. 2001.



